



État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure

Olivia Goujon

► To cite this version:

Olivia Goujon. État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01464284

HAL Id: dumas-01464284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464284>

Submitted on 10 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

GOUJON Olivia

Née le 07 septembre 1986 à Mont-Saint-Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 08 décembre 2016

**Etat des lieux de la collaboration entre les
médecins généralistes et les sages-femmes dans les
départements de la Seine-Maritime et de l'Eure.**

PRESIDENT DE JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr Guillaume BOISDIN

MEMBRES DU JURY : Pr Pierre DECHELOTTE, Dr Joël LADNER, Dr Guillaume
BOISDIN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur Jean-Loup HERMIL qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre enseignement au cours de ces années d'internat.

Au Dr Guillaume BOISDIN qui a accepté de diriger ce travail avec patience et persévérance. Merci pour ton enseignement, ton accueil chaleureux en stage et merci d'avoir été un soutien bienveillant tout au long de ces deux années.

A Mr le Professeur Pierre DECHELOTTE pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour votre enseignement en nutrition à la faculté.

A Mr le Docteur Joël LADNER pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité.

A Mme le Docteur Elizabeth MAUVIARD pour m'avoir aidée à diffuser le questionnaire de thèse. Merci pour votre enseignement en stage et pour votre bienveillance.

Merci à tous mes maîtres de stage, pour leur accueil et leur enseignement. Merci aux docteurs Pascale BEUZART, Christophe MENARD, Cécile GRANDON-MILLARD, Christophe HENNART, Marianne LAINE, Céline CHATAIGNE, Jean-Sébastien ROTH.

A Mme Isabelle Métais. Merci pour avoir contribué à initier ce projet.

A Jason qui est à mes côtés à chaque instant. Merci d'être à la fois un compagnon, un amant, un confident, un soutien, un professeur d'informatique et de statistiques, le musicien et chanteur qui adoucit mes soirées de travail, le père de mes enfants...
Merci d'être le partenaire de ma vie.

A mes parents. Merci de nous avoir inculqué les valeurs de la famille. Merci d'être des modèles pour nous. Merci de nous avoir appris ce qu'est la persévérance et la combativité. Vous nous avez donné les outils pour pouvoir avancer sereinement dans la vie. Merci d'être toujours présents pour nous.

A Émilie. Merci pour les petits thés de l'après-midi, les petits repas, pour ton écoute et ta présence. Je sais que je peux toujours compter sur tes conseils avisés de médecin et de grande sœur.

A Guillaume. Merci d'avoir accepté de te laisser embrigader dans cette thèse. Merci pour ton courage de chaque instant et ton optimisme. Tu es le directeur de thèse que chacun voudrait avoir. Merci de redevenir mon beau-frère... !

A Clémence. Merci d'être toujours présente pour moi et d'être une oreille attentive pour chacun d'entre nous. Merci de m'apporter la joie d'être de nouveau tata et de te voir épanouie dans ce nouveau rôle de mère que tu accompliras à merveille.

A Olivier. Merci d'être un beau-frère génial et un amoureux idéal pour ma sœur.

A Céline. Merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement en stage. Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour tes qualités humaines. Merci du temps que tu as consacré à me conseiller.

A Caroline. Merci pour tout ce temps passé à me relire. Merci pour tes bons repas et la chaleur de ta famille.

A Mathilde, Marie, Clémence et Chloé, mes confidentes de chaque instant. Merci d'avoir toujours été là et de bonne humeur pendant ce long parcours des études de médecine.

A ma famille et mes amis.

A notre enfant, Jean, qui me rappelle à mes priorités ; à celui à venir...

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	16
INTRODUCTION	17
1.DÉFINITION DE LA COLLABORATION	19
2.LA DÉLÉGATION DE SOINS ET LE TRANSFERT D'ACTIVITÉ	22
3.DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ACTUELLE	23
a)Démographie médicale globale.....	23
b)Démographie des médecins généralistes	23
c)Démographie des gynécologues	24
d)Démographie des sages-femmes.....	24
4.HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME.....	25
5.MATÉRIEL ET MÉTHODE	30
5.1.Objectifs.....	30
5.2.Méthode	30
a)Enquête pré-analytique	30
b)Questionnaire quantitatif	31
c)Diffusion du questionnaire.....	32
5.3.Analyse statistique	32
6.RÉSULTATS.....	33
6.1.Caractéristiques de la population.....	33
a)Répartition en fonction du sexe	33
b)Répartition en fonction de l'âge	34
c)Répartition en fonction de l'âge et du sexe.....	35
d)Répartition en fonction du mode d'exercice.....	36
e)Répartition en fonction du secteur d'exercice	37
f)Répartition en fonction de la formation en gynécologie	38
6.2.Mode d'exercice	40
6.3.Communication avec les sages-femmes.....	42
6.4.Facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle	44
a)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le fait d'avoir des contacts ou non avec les sages-femmes libérales.....	46
b)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le sexe	51
c)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec l'âge	54
d)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le mode d'exercice	56
e)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le secteur d'exercice.....	56
f)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec la formation en gynécologie ...	57
g)Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec l'obtention d'un diplôme universitaire de gynécologie	59

6.5.Facteurs favorisant la collaboration interprofessionnelle	63
a)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le fait d'avoir des contacts ou non avec les sages-femmes libérales.....	65
b)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le sexe.....	67
c)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec l'âge.....	69
d)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le mode d'exercice	75
e)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le secteur d'exercice	76
f)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec la formation en gynécologie. .	77
g)Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec l'obtention d'un diplôme universitaire de gynécologie	81
7.DISCUSSION	83
7.1.Limites de l'étude	83
a)Biais de recrutement	83
b)Représentativité	83
c)Questionnaire	84
7.2.Activité gynécologique des médecins généralistes	85
a)Motif de consultation gynécologique le plus fréquent.....	85
b)Motif de consultation gynécologique le moins fréquent	86
c)Influence du sexe des praticiens sur la pratique de la gynécologie	87
d)Influence de l'âge sur la pratique de la gynécologie	87
e)Influence du lieu d'exercice sur la pratique de la gynécologie.....	87
f)Influence du mode d'exercice sur la pratique de la gynécologie	88
g)Influence de la formation sur la pratique de la gynécologie.....	88
7.3.Communication avec les sages-femmes.....	89
7.4.Les facteurs limitant la collaboration	90
a)Le manque de communication autour des cas des patientes.....	90
b)La volonté de conserver une activité gynécologique.....	91
c)L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités	92
d)L'absence de présentation mutuelle.....	93
e)L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint.....	94
f)La perte de cohérence dans le suivi des patientes	95
g)L'appauvrissement des compétences par manque de pratique	95
h)La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes.....	96
i)La perte de revenus.....	97
j)L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral	98
k)Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes.....	101
7.5.Les facteurs favorisant la collaboration	102
a)L'harmonisation des formations et des pratiques	102

b)La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes	104
c)La complémentarité dans la pratique	105
d)L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur.....	106
e)Le manque de gynécologues médicaux	107
f)L'avis spécialisé de la sage-femme libérale	108
g)La surcharge du planning de consultations.....	109
h)L'intérêt pour la gynécologie.....	110
i)Le fait d'être bien formé en gynécologie.....	111
7.6.Les jeunes médecins collaborent plus.....	112
7.7.La formation en gynécologie influence la collaboration	113
7.8.Les femmes collaborent moins.....	113
7.9.D'autres motifs entravant la collaboration	114
8.PROPOSITIONS POUR L'AVENIR	115
8.1.Des formations communes en gynécologie	115
8.2.Favoriser les rencontres multidisciplinaires	115
8.3.Mieux définir les rôles de chacun.....	116
8.4.Favoriser la communication	116
8.5.Mieux organiser le parcours de soins.....	117
8.6.Information des patientes.....	117
CONCLUSION	118
BIBLIOGRAPHIE.....	120
ANNEXES.....	124

ABRÉVIATIONS

CMGF	Congrès de Médecine Générale en France
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DFASMa	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DFGSMa	Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMP	Dossier Médical Personnel
DU	Diplôme Universitaire
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MG	Médecin Généraliste
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SF	Sage-Femme

INTRODUCTION

Suite à l'augmentation régulière de l'espérance de vie depuis la fin de la seconde guerre mondiale, on assiste à un accroissement de la population, à son vieillissement et à une augmentation des maladies chroniques.

Parallèlement, le taux de médecins actifs ne cesse de diminuer depuis les années 1980 et l'augmentation du *numerus clausus* depuis les années 2000 ne suffit pas à compenser les nombreux départs en retraite.

La démographie médicale globale diminue donc et l'accès aux soins se fait plus difficile.

Pour répondre à ces difficultés, plusieurs leviers peuvent être actionnés parmi lesquels :

- La télésanté ou production de soins à distance
- La coopération ou collaboration entre professionnels de santé, grâce à laquelle personnels médicaux et paramédicaux peuvent développer de nouveaux modes d'exercice collectif et opérer entre eux des transferts d'activité afin d'optimiser la production de soins¹.

En France, bien que se développant, ces démarches restent marginales, notamment dans le secteur ambulatoire où elles nécessitent l'évolution de certains principes d'exercice libéral.

Définie en France par la loi HPST (*Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*²), la coopération entre professionnels renvoie à deux dimensions.

- D'une part, elle consiste à opérer des transferts d'activités redéfinissant ainsi les périmètres d'intervention de chaque profession.
- D'autre part, la coopération conduit les acteurs à réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient notamment en se regroupant.

Si l'on se place dans le cadre du suivi gynécologique, la femme peut rencontrer différents professionnels de santé :

- Le médecin généraliste, pivot du système de soins depuis la loi HPST de 2009
- La sage-femme
- Le gynécologue médical ou obstétricien.

Ces différents professionnels sont donc amenés à collaborer entre eux.

Cependant, les modifications de la démographie médicale avec le manque de gynécologues et la diminution du nombre de généralistes, induisent une carence dans l'accès aux soins en matière de gynécologie.

Pour y pallier, les pouvoirs publics ont :

- Étendu le champ d'action légal des sages-femmes
- Favorisé les modes d'exercices collectifs, notamment dans le cadre des maisons de santé pluridisciplinaires par le biais de la loi HPST qui a créé un cadre institutionnel favorable au développement de l'exercice regroupé pluri-professionnel

- Favorisé le financement des lieux de regroupements pluri-professionnels grâce à la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 qui a créé l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR).

Les professionnels de santé sont donc incités à développer de nouveaux réseaux de soins, notamment avec les sages-femmes installées en secteur libéral.

La maison de santé pluridisciplinaire de Croisy-sur-Andelle a ainsi vu s'installer une sage-femme en 2014.

Au début de leur collaboration, les trois médecins généralistes déjà en place (deux femmes et un homme), ainsi que la sage-femme se sont posé la question de la répartition des tâches et du rôle de chacun dans le cadre du suivi gynécologique des patientes. La collaboration était aisée pour les tâches dévolues à la sage-femme ; rééducation périnéale et préparation à l'accouchement.

Cependant, comment se répartir le suivi gynécologique et obstétrical des patientes ?

Les femmes qui ne souhaitaient pas être suivies par un médecin généraliste homme ont pu être adressées soit aux collègues généralistes femmes soit à la sage-femme.

Les médecins généralistes femmes qui ne souhaitaient pas pratiquer certains actes de gynécologie comme la pose des dispositifs intra-utérins ont pu adresser leurs patientes à la sage-femme.

Cette organisation qui n'était pas évidente dès le début s'est mise en place progressivement, facilitée par les échanges formels et informels ainsi que par le système d'informations partagées propre aux maisons de santé.

Nous nous sommes posé la question de savoir comment s'organisaient les médecins et les sages-femmes entre eux, en dehors des maisons et pôles de santé en secteur libéral. Médecins généralistes et sages-femmes libérales collaboraient-ils finalement ?

La littérature est pauvre en ce qui concerne la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes libérales.

Une thèse en 2012 a abordé le sujet sous l'angle de la représentation des rôles, des limites et de la place de chacun³, et un travail de mémoire de sage-femme a été rédigé en 2008 sur la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes libérales⁴.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres travaux portant sur ce sujet.

Notre hypothèse était la suivante : les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent peu dans leur champ d'action commun.

L'objectif principal de ce travail était donc de comprendre pour quelles raisons les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent ou non dans leurs champs d'activités communs.

- Quels sont les facteurs limitant la collaboration ?
- Quels sont les facteurs favorisant la collaboration ?

1. DÉFINITION DE LA COLLABORATION

Le terme collaborer a été emprunté au latin collaborare qui se décompose en cum- (« avec ») et laborare (« travailler », « prendre de la peine »). Il signifie donc « travailler avec une ou plusieurs personnes ».

Le terme « coopérer » est souvent présenté comme étant l'un de ses synonymes. Cependant, il existe des nuances entre ces deux termes qui ne renvoient pas aux mêmes modes d'organisation du travail.

Dans « Apprentissage collaboratif à distance » de Henri et Lundgren-Cayrol en 2001⁵, le travail coopératif est présenté comme étant une organisation collective dans laquelle la tâche à satisfaire est fragmentée en sous-tâches. Chacune de ces sous-tâches est attribuée à un acteur spécialiste dans ce domaine.

Chacun a un objectif individuel.

La responsabilité de chacun est engagée sur la seule réalisation des tâches qui lui sont propres.

Le travail collaboratif correspond à une situation de travail collectif où tâches et buts sont communs.

Chacun des membres du groupe travaille sur les mêmes points.

La responsabilité est collective et incombe au groupe.

Cette organisation nécessite des interactions permanentes ainsi qu'une confiance mutuelle.

La relation entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales relève plutôt d'un travail collaboratif au sein duquel les intervenants ont un même but : le suivi gynéco-obstétrical des patientes.

Ce travail collaboratif intervient essentiellement dans leur champ d'action commun.

On remarque ici l'importance de la communication entre les différents intervenants et de la confiance mutuelle pour avancer vers l'objectif commun.

Dans le champ d'action qui est propre aux sages-femmes (rééducation périnéale, préparation à l'accouchement), il s'agit plus d'une coopération dans laquelle les différents professionnels interviennent pour une tâche qui leur est dévolue. Leur responsabilité est engagée uniquement pour cette tâche qui leur est propre.

Carol Landry⁶, docteur en andragogie et professeur en sciences de l'éducation, propose une autre définition selon laquelle il existe différents niveaux de collaboration qui se suivent en 8 paliers fondés sur l'intensité de la relation professionnelle.

- L'information mutuelle :

C'est la forme de collaboration minimale qui peut exister entre différents acteurs. Il s'agit d'échanger des informations permettant la réalisation d'une action. On va la retrouver entre « collègues » d'une même structure le plus souvent ; moins souvent entre professionnels de structures différentes.

- La consultation :

Pour qu'une collaboration existe, il est nécessaire que chacun puisse exprimer un point de vue, être consulté. La consultation peut exister dans une équipe (entre pairs).

- La coordination :

Cette forme de collaboration nécessite, outre un échange mutuel d'informations entre les acteurs et la consultation éventuelle, de convenir collectivement des modalités de l'action

en cours, de l'organiser collectivement. Le plus souvent, il faut « s'accorder » entre collègues d'une même structure voire aussi avec « d'autres acteurs ».

- La concertation :

On avance encore ici dans la notion de collaboration, puisqu'on crée une situation de négociation de laquelle on va pouvoir dégager collectivement une décision.

- La coopération :

Il s'agit de plusieurs personnes ou groupes de personnes qui imaginent, décident, organisent une action. Généralement sur une action de courte durée. Il y a dès le départ d'une action, une participation de tous les acteurs à la répartition des tâches entre les participants, une solidarité, une coresponsabilité dans la mise en œuvre.

- Le partenariat :

C'est une situation dans laquelle tous les participants cheminent ensemble du début du projet à son évaluation. Tous interviennent à égalité dans cette relation. Toutes les compétences sont prises en compte et jugées complémentaires. La relation est horizontale sans assujettissement, et sans prise de pouvoir. Les actions en partenariat sont des actions souvent étendues dans le temps.

- La cogestion et la fusion :

Deux types de relations où l'on voit l'autonomie des parties quasiment disparaître dans une fusion en une nouvelle entité où la poursuite des objectifs se fait dans une grande interdépendance.

Dans le cadre de la relation entre les médecins généralistes et les sages-femmes, l'information mutuelle semble essentielle pour pouvoir prendre en charge les patientes de manière optimale. On peut imaginer que cette communication soit plus aisée au sein d'une même structure, mais elle est toutefois possible par le biais de communications téléphoniques, de courriers ou d'échanges de mails. Il en est de même pour la consultation qui est envisageable dans une relation de proximité ou à distance.

Cependant, les autres niveaux de collaboration de la définition de Landry paraissent plus difficilement accessibles à l'exercice libéral en dehors des modes d'exercice regroupés. En effet, ils nécessitent une communication beaucoup plus fréquente et soutenue, plus compatible avec l'exercice regroupé.

D'ailleurs, l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération initiée en 2009 qui a favorisé la coordination entre les professionnels de santé⁷ (3^e niveau de la collaboration selon la définition de Landry), a accompagné l'émergence des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

On remarque donc que collaborer est une action qui nécessite une volonté et une démarche active de la part des différents acteurs.

Il existe malgré tout différents degrés de collaboration et donc l'interprétation de ce terme est assez large.

Dans le cadre d'une collaboration entre professionnels de santé qui prennent en charge un même patient, on s'attend au minimum à ce qu'il y ait une information mutuelle. Pour ce faire, les professionnels doivent au moins être en contact et c'est pourquoi ce terme a été utilisé dans notre étude.

Dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes collaborent avec un vaste réseau de professionnels.

D'après une étude de la DRESS en 2008 portant sur les médecins généralistes de 5 régions⁸, c'est avec les spécialistes et les pharmaciens qu'ils échangent le plus souvent à propos de leurs patients.

Les généralistes jouent un rôle pivot dans le parcours de soins.

Lorsqu'ils adressent au spécialiste, ils conseillent très souvent au patient des noms de confrères, principalement en fonction de critères relationnels *habitude de travailler avec ces confrères, certitude qu'ils les tiendront informés*.

- 80 % des spécialistes intervenant dans ce cadre sont libéraux.
- 40 % des généralistes considèrent que depuis l'instauration du dispositif du médecin traitant, leur place dans le parcours de soins s'est affirmée grâce à une meilleure définition du partage des rôles avec leurs confrères spécialistes.

Du fait de ce rôle « pivot » les médecins généralistes sont le plus souvent amenés à collaborer au cours de la prise en charge des patients.

2. LA DÉLÉGATION DE SOINS ET LE TRANSFERT D'ACTIVITÉ

D'après la définition de la HAS en 2008⁹, la délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

La question du partage des tâches et des compétences dans le domaine de la santé a déjà été développée dans certains pays, notamment anglo-saxons et scandinaves¹. Traditionnellement cette délégation se fait du médecin vers le personnel infirmier.

Dans ces pays, certains infirmiers ont développé un rôle de « triage » des patients auprès desquels ils effectuent un bilan, dont un examen clinique. Ils sont le point d'entrée dans le système de soins.

D'autres ont des compétences accrues dans la prévention et l'éducation à la santé.

D'autres encore se sont formés pour assurer le suivi de patients atteints de pathologies chroniques. Ils ont un rôle de conseil, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique, d'analyse des examens de contrôle et de réajustement de la thérapeutique. Ce sont les *nurses practitioners*.

Afin d'améliorer la coordination de ces professionnels, l'infirmier s'est vu confier, dans certains pays, la planification des soins (les *Community Matrons* au Royaume Uni).

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016¹⁰ crée dans ce sens le métier d'infirmier clinicien pour les titulaires d'un Master.

Cet infirmier spécialisé exercerait en complémentarité avec le médecin généraliste au sein des maisons de santé. Il délivrerait des soins de première ligne et interviendrait dans la prise en charge des pathologies chroniques. Il aurait un rôle dans la prévention et l'éducation à la santé ainsi que dans l'orientation des patients au sein de la maison de santé.

Le transfert d'activité et la délégation de soins permettent une amélioration de l'accès aux soins en diminuant la charge de travail des médecins et les délais d'attente.

Ils permettent également l'amélioration de l'efficacité du système de santé dans son ensemble et donc diminuent le recours à l'hospitalisation.

C'est une forme de collaboration qui n'est pas propre aux médecins généralistes et aux infirmiers mais qui peut être envisagée pour d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Cependant, dans le cadre de la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes, la responsabilité du médecin généraliste n'est pas engagée et il n'existe pas de supervision. La collaboration entre ces deux professions n'est donc pas de l'ordre de la délégation.

3. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ACTUELLE

a) Démographie médicale globale

- La population médicale globale vieillit :

D'après l'Atlas de la démographie médicale du 1er janvier 2016¹¹, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre sont âgés en moyenne de 51,3 ans.

Les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,1% des effectifs alors que les médecins âgés de moins de 40 ans représentent 18,6% des effectifs.

- Le nombre de médecins retraités augmente :

Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%.

Parmi les 70 257 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 26% d'entre eux ont fait le choix de continuer d'exercer la médecine. Ils seront très probablement le double d'ici 2025.

- La profession se féminise :

La féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2015, elles sont 58% des médecins nouvellement inscrits à un tableau de l'Ordre. Parmi les médecins âgés de moins de 30 ans, les femmes représentent 66% des effectifs.

b) Démographie des médecins généralistes

- Le nombre de médecins généralistes diminue :

Contrairement aux spécialités médicales et chirurgicales qui voient leurs effectifs augmenter, le nombre de médecins généralistes baisse.

Au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88886 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercice confondus.

Sur la période 2007/2016 les effectifs ont diminué de 8,4%.

La Normandie a une des densités les plus faibles en médecins généralistes (122,2/100000 habitants).

- La population de médecins généralistes vieillit :

Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 52 ans.

- 27,3% sont âgés de 60 ans et plus
- Les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

En Normandie, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52,2 ans :

- 28,9% ont plus de 60 ans
- 15,6% ont moins de 40 ans.

- **Le secteur libéral se désertifie chez les médecins généralistes :**

Alors que la population globale de médecins se tourne davantage vers le secteur libéral, il n'en est pas de même pour les médecins généralistes chez qui on observe une diminution de l'effectif global libéral : de 64778 en 2007 à 56347 en 2016. Les prévisions pour 2025 sont à la baisse avec un effectif attendu de 47916.

En Normandie, le nombre de médecins généralistes exerçant en secteur libéral a diminué de 11% par rapport à 2007.

c) Démographie des gynécologues

- **Le nombre de gynécologues médicaux diminue :**

La gynécologie est séparée en deux spécialités : la gynécologie médicale et une spécialité chirurgicale : la gynécologie-obstétrique.

On recense 4331 gynécologues obstétriciens en France en 2016 et 2471 gynécologues médicaux.

L'âge moyen des gynécologues médicaux est de 60 ans, et seulement 4,9% d'entre eux ont moins de 40 ans.

Les futurs départs en retraite vont donc accentuer la pénurie de gynécologues.

L'augmentation du numerus clausus pour cette spécialité ne permettra pas de compenser la carence.

d) Démographie des sages-femmes

- **Le nombre de sages-femmes libérales augmente :**

Le nombre de sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre augmente : de 24309 en 2010 à 27116 en 2014¹².

En effet, le numerus clausus a augmenté jusqu'en 2005, puis les départs en retraite ont diminué.

La majorité des sages-femmes exerce dans les maternités publiques (44%) et privées (13%).

Les sages-femmes libérales représentent plus de 21% de la profession.

- 15% sont exclusivement libérales
- 6% sont poly actives.

Le secteur libéral a considérablement augmenté au cours des dernières années, connaissant une croissance de 11% de 2009 à 2014. Ces effectifs devraient doubler dans les 6 prochaines années.

4. HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La « sage-femme » occupe une place privilégiée dans les sociétés humaines depuis la haute antiquité. Son rôle à la fois médical et social a fait d'elle la première protectrice des mères et des enfants. Tour à tour prêtresse, donneuse de vie, druidesse, leveuse, ramasseuse, ventrière, matrone, accoucheuse puis sage-femme, elle est sans doute, une des figures les plus universellement connues dans les collectivités humaines depuis l'Antiquité.

Les sources bibliographiques utilisées ici sont celles du conseil national de l'ordre des sages-femmes¹³, de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes¹⁴, et du livre de Madeleine Coulon-Arpin « La Maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XXème siècle »¹⁵.

- Dans l'Antiquité

En Egypte, la femme a une place de choix juridiquement, intellectuellement et moralement. La natalité est dense et par conséquent la sage-femme détient une position privilégiée et respectée.

L'obstétrique, enseignée dans les temples, fait partie intégrante de la médecine et a un caractère sacré. Elle est pratiquée par des sages-femmes prêtresses et ce sont les divinités féminines qui sont invoquées en cas de danger.

Avec le temps, la médecine et l'obstétrique perdent leur caractère magique et des corporations de sages-femmes et de médecins sont créées (vers 1230 avant J.C.).

En Grèce, berceau scientifique de la médecine, l'« obstetricie » amorce son évolution. Les sages-femmes se débarrassent des contraintes religieuses et ont une approche plus raisonnée de la naissance. Elles sont d'excellentes cliniciennes et savent observer les symptômes, établir un diagnostic, prescrire un traitement.

Pour pouvoir exercer, elles doivent être de naissance libre et avoir donné des preuves de leur fécondité.

La mère de Socrate, Phénarète, transmet la "maïeutique" ou l'art de faire accoucher.

Aspasie, sage-femme grecque et maîtresse de Périclès, rédige des traités d'obstétrique remarquables sur le plan de la technique obstétricale et de la pédagogie.

Durant la plupart des périodes, dont celle d'Hippocrate, seules les sages-femmes ont accès aux corps des femmes. Elles jouissent d'un grand prestige et du statut de prêtresses. Un pouvoir surnaturel, leur venant des Dieux eux-mêmes, leur est conféré.

Les médecins hommes ne connaissent et n'écrivent sur les maladies des femmes qu'au travers des descriptifs relatés par les sages-femmes

Hippocrate, dans son traité sur la grossesse et l'accouchement, apporte une vision moderne du rôle de la sage-femme se limitant à l'eutocie et laissant la place au médecin pour la pathologie.

A Rome, les obstetricie medicae (obstétrix) sont des praticiennes respectées et instruites. Le « Traité d'Obstétrique » de Soranos d'Ephèse, constitue la base théorique de leurs connaissances dans l'art des accouchements. Mais comme en Grèce, les médecins n'ont pas un accès direct au corps des femmes.

- **Au Moyen-Age**

L'effondrement de l'empire romain en 476 marque le début des royaumes barbares et une période de guerres durant laquelle l'art de l'accouchement se détériore.

Du Ve au IXe siècle, la médecine est pratiquée par les moines dans les institutions religieuses.

Ce sont les guérisseuses et les matrones qui pratiquent les accouchements.

La matrone est choisie par la communauté paroissiale sur ses qualités de bonne chrétienne et de savoir baptiser in-utero. Elle ne possède aucune connaissance obstétricale. La mortalité infantile est alors majeure et seuls 25% des nouveau-nés survivent.

Du Xe au XIIIe siècle, la renaissance Carolingienne, avec le puissant Empire de Charlemagne retrouve la culture.

En Italie aux environs de 1100, Constantin dit "l'Africain" qui revient de Carthage, est le traducteur en latin des traités de la médecine arabe et grecque.

Trotula, sage-femme de Salerne enseigne l'art obstétrical et la médecine des femmes.

Ainsi, le Moyen Age avec les croisades, va redécouvrir la médecine arabe qui était florissante.

La première université s'ouvre à Salerne au XIe siècle, suivie en France par les universités de Montpellier en 1220 puis Paris en 1253, sous la gouvernance papale.

C'est à cette période qu'apparaît le mot « sage » signifiant savante, du latin sapere traduisant intelligence, jugement, prudence, bon sens, science, savoir en général.

Ainsi le mot sage-femme se substitue à celui de ventrière dans les villes.

Du XIVe au XVe siècle, la méfiance des médecins est grande à l'égard des guérisseuses comme à l'égard des femmes d'une manière générale sous l'influence de l'église catholique.

Les guérisseuses représentent pour les hommes d'État et l'Église un danger car elles fournissent les plantes pour diminuer la fertilité et provoquer l'avortement. C'est ainsi qu'en France, l'église interdit l'émergence du savoir venu du Moyen Orient. Les guérisseuses n'ont pas accès à ces connaissances et restent dans leurs pratiques magico-empiriques.

- **La fin du XVe et XVIe siècle**

Les guérisseuses sont considérées et traitées comme des sorcières. Nombre d'entre elles périssent sur les bûchers.

Les connaissances en anatomie s'améliorent grâce aux dissections.

Mais le progrès et toutes ces nouvelles connaissances ne sont pas accessibles aux femmes. L'université et la médecine leurs sont interdites.

Louise Bourgeois, sage-femme de la Reine Marie de Médicis, rédige en 1609 le premier livre de " *Bons conseils aux sages-femmes*".

Ce traité détaille un grand savoir clinique, découlant d'une longue expérience. Elle y décrit de façon claire et précise les présentations du fœtus, avec, à chaque fois, la conduite à tenir pertinente.

Première d'une lignée de sages-femmes instruites, elle bénéficie d'une expérience et d'une dextérité que les chirurgiens et médecins de son époque n'ont pas.

- Le XVII^e siècle

A partir de 1630, les sages-femmes ont la possibilité de faire un stage de 3 mois comme "apprentissages" à l'Hôtel-Dieu de Paris.

En 1670, le pouvoir royal institue et finance des cours pour les sages-femmes. Seule la ville de Paris et ses alentours, bénéficient de ces sages-femmes expérimentées, formées dans "la salle des accouchées" de l'Hôtel Dieu, sous l'égide de Marguerite du Tertre.

Cette "salle des accouchées" est considérée sur plus d'un siècle, comme la meilleure école de formation d'Europe sur les accouchements.

Dans les campagnes, c'est la matrone qui est aux côtés des femmes. Elle ne bénéficie pas de formation et possède au mieux une connaissance empirique grâce à sa propre expérience.

Au XVII^e siècle, Madame La Chapelle, consciente du manque dramatique de compétence des matrones, s'emploie à les enseigner en faisant son tour de France.

C'est en 1660 que la communauté des Sages-Femmes est officiellement reconnue. Une grande mutation de la profession s'opère à partir de cette date.

- Fin du XVII^e jusqu'au XIX^e siècle

La fin du XVII^e et le XVIII^e siècle sont marqués par une évolution des pratiques obstétricales. Les sages-femmes sont reconnues, contrairement aux matrones, elles, très critiquées.

Mais il persiste un grand décalage entre les villes et les campagnes. Les sages-femmes restent dans les grandes villes et leurs pourtours, où elles sont rémunérées et leur formation reconnue.

Au XVIII^e siècle, une sage-femme invente une très ingénieuse « machine » pédagogique : Mme Angélique Du Coudray (« Abrégé de l'art des accouchements ») crée un mannequin et se déplace dans les provinces afin de diffuser auprès des matrones les différentes techniques de manœuvres obstétricales. Le dernier exemplaire de cette machine se trouve actuellement au musée Flaubert et d'histoire de la médecine de Rouen.

Par un texte législatif voté en 1803 Napoléon définit la profession de sage-femme comme une profession médicale et impose une formation théorique et clinique assortie d'un diplôme.

En 1807, la durée des études passe de 6 mois à 1 an, puis à 2 ans en 1892.

- **Au XXe siècle**

Une succession de révolutions sociales et de progrès scientifiques vont changer considérablement la maternité des femmes et bouleverser la profession de sage-femme. En quelques années, une très grande majorité d'entre elles va passer d'un exercice libéral au domicile des patientes à un exercice salarié dans les maternités.

En effet, au début du XXème siècle, les hôpitaux sont destinés aux femmes les plus pauvres qui ne peuvent accoucher chez elles. Or, les conditions d'hygiène dans les chambres communes des hospices et des hôpitaux sont déplorables. La mortalité maternelle et infantile est importante en raison, notamment, de la fièvre puerpérale. Les pouvoirs publics se préoccupent du taux de natalité et l'accouchement devient une affaire de santé publique.

Après la seconde guerre mondiale, grâce aux mesures de prophylaxie, à la création de la sécurité sociale et à l'extension des allocations familiales, les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités. Le mode d'exercice des sages-femmes devient majoritairement salarié et les syndicats de défense des intérêts salariés émergent. Le statut de la sage-femme hospitalière de la fonction publique est créé par les décrets de 1989.

En 1984, la formation s'ouvre aux hommes, qui restent toutefois très minoritaires aujourd'hui.

L'arrêté du 27 décembre 1985 fixe la durée des études à quatre ans avec la réalisation d'un mémoire de fin d'étude.

Les techniques scientifiques et médicales progressent spectaculairement dans le dernier quart du XXème siècle. Diagnostic anténatal, monitoring, échographie, marqueurs sériques, suivi de grossesse et accouchement deviennent des actes techniques. S'ajoute l'arrivée en salle de naissance du médecin anesthésiste avec la pratique courante de la péridurale.

Les sages-femmes gagnent en technicité mais perdent en autonomie.

Petit à petit, les protocoles s'installent pour rationaliser le temps et les prises en charge. Même si les derniers plans de périnatalité évoquent largement cette question, les conditions de surveillance et de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum accentuent la surmédicalisation.

Aujourd'hui, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital et 75 % sous péridurale.

- Cadre législatif

La profession de sage-femme a donc beaucoup évolué.
Le champ de compétences des sages-femmes ne cesse de s'élargir.

Depuis la loi de 2004, les sages-femmes sont habilitées à déclarer les grossesses, à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse.

La loi HPST de 2009 leur permet de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention chez toutes les patientes en bonne santé, sous réserve qu'elles adressent leur patiente à un médecin en cas de situation pathologique.
Les sages-femmes sont ainsi habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux, les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes.
Elles peuvent effectuer la première pose du diaphragme ou de la cape, l'insertion des dispositifs intra utérins et leur surveillance.
Le suivi biologique de la contraception doit être assuré par le médecin traitant.

Un décret de juillet 2012 est venu étoffer leurs compétences en matière d'Aide Médicale à la Procréation dans les centres habilités.
Elles peuvent également prescrire et effectuer la pose des implants contraceptifs.

Depuis le décret du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination [], les sages-femmes peuvent pratiquer les IVG médicamenteuses dans le cadre de la convention signée avec un établissement habilité.
De plus, la sage-femme peut désormais prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage, dès la grossesse de la mère et pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement, conformément au calendrier des vaccinations. L'entourage comprend les personnes vivant dans le même domicile que l'enfant ou fréquentant régulièrement ce domicile, ou étant chargées de sa garde régulière en ce lieu.

5. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale.

5.1. Objectifs

L'objectif principal est de déterminer pour quelles raisons les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent ou non dans leurs champs d'activités communs.

- Quels facteurs limitent la collaboration ?
- Quels facteurs favorisent la collaboration ?

Les objectifs secondaires sont :

- L'analyse épidémiologique de la population de médecins généralistes ayant répondu à l'étude.
- L'analyse de la pratique de la gynécologie au sein de cette population.

5.2. Méthode

a) Enquête pré-analytique

Nous avons d'abord réalisé une enquête entre septembre et octobre 2015, auprès de 5 médecins généralistes et 3 sages-femmes libérales exerçant en Haute-Normandie.

Ceux-ci étaient interrogés en tête à tête dans leur cabinet et enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Le but était de recueillir leurs opinions respectives sur les liens entre sages-femmes libérales et médecins généralistes et ainsi, d'être les plus exhaustifs possible dans le choix des items du questionnaire quantitatif.

Ils répondaient à des questions portant sur :

- Leurs caractéristiques démographiques
- La coopération interprofessionnelle
- Les compétences des sages-femmes, médecins généralistes ou gynécologues
- La connaissance du champ d'action légal des sages-femmes
- Les modes de communication entre les professionnels.

Ces questions étaient alternativement fermées ou ouvertes ce qui donnait du rythme à l'entretien, mais pouvait laisser la place à un discours plus libre.

Parmi les professionnels interrogés,

- 3 avaient plus de 50 ans, 3 avaient entre 35 et 50 ans et 2 avaient moins de 35 ans
- 5 étaient des femmes et 3 des hommes

- 1 exerçait seule, 4 en groupe et 3 en maison de santé pluridisciplinaire
- 2 exerçaient en milieu rural, 6 en milieu semi-rural et 0 en milieu urbain
- Tous pratiquaient la gynécologie.

Un certain nombre de thèmes sont ressortis de ces entretiens.

Pour les facteurs limitant la collaboration :

- Le manque de communication entre les professionnels
- L'absence de présentation au moment de l'installation
- La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes et la mauvaise définition de leur cadre légal
- La peur ou le refus du changement
- Le manque de confiance dans les compétences des sages-femmes
- La concurrence
- Le sentiment de hiérarchie entre médecins et sages-femmes
- L'appauvrissement des compétences par manque de pratique
- L'absence de demande de la part des patientes d'aller consulter une sage-femme
- L'inadaptation de la formation des sages-femmes à leur nouveau champ de compétences

Pour les facteurs favorisant la collaboration :

- La réponse à une demande de soins de la part des patientes
- La plus grande disponibilité des sages-femmes : consultations dédiées au suivi gynécologique, consultations plus longues
- Le manque de compétence de certains médecins généralistes dans le suivi gynécologique
- L'émulation intellectuelle de l'échange de pratiques
- Les domaines de compétences propres aux sages-femmes (rééducation périnéale, préparation à l'accouchement...)
- L'harmonisation des pratiques, offrant une meilleure compréhension mutuelle

A partir de ces différents thèmes, nous avons élaboré un questionnaire quantitatif.

b) Questionnaire quantitatif (Annexe 1)

Le questionnaire, destiné aux médecins généralistes haut-normands, était constitué de plusieurs parties :

- Une première partie comportait les données sociodémographiques : sexe, âge, type d'exercice (seul, en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire), secteur d'exercice (question dans laquelle les répondants se qualifiaient de ruraux, semi-ruraux ou urbains), type de formation en gynécologie (formations médicales continues, groupes de pairs, internet, lecture, diplôme universitaire de gynécologie).
- Une deuxième partie portait sur les consultations pratiquées par chaque médecin au cours du suivi gynécologique. (Sur le modèle « Pratiquez-vous tel type de consultation ? Jamais, Parfois, Souvent ou Très souvent »).

Ces items ont été choisis car ils correspondaient aux consultations de suivi gynéco-obstétrical qui pouvaient être pratiquées à la fois par les médecins généralistes et par les sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 (modifiée en 2012 puis plus récemment en 2016).

- Une troisième partie portait sur les facteurs pouvant entraver la collaboration avec les sages-femmes libérales. (Sur le modèle « Tel élément entrave-t-il votre collaboration ? Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui »).
- Une quatrième partie portait sur les facteurs pouvant favoriser la collaboration avec les sages-femmes libérales. (Sur le modèle « Tel élément favorise-t-il votre collaboration ? Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui »).
- A la fin de ces deux dernières parties, un item « Autres » permettait aux participants de préciser si d'autres facteurs entravaient ou favorisaient leur collaboration.
- Enfin, une dernière question laissait la place à d'éventuels commentaires.

Le questionnaire a été testé auprès de 4 médecins généralistes dont les remarques nous ont été utiles pour améliorer sa compréhension et sa lisibilité.

c) Diffusion du questionnaire

Le questionnaire était anonyme, laissant plus de liberté dans le choix des réponses.

Il a été diffusé par internet à 300 médecins haut-normands des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure par le biais d'une liste de diffusion du syndicat MG Form Haute Normandie et de groupes de pairs.

Les réponses ont été recueillies entre janvier et février 2016 pour la liste de diffusion du syndicat et entre juin et juillet 2016 pour les groupes de pairs. Il n'y a pas eu de relance.

5.3. Analyse statistique

Une base de données a été réalisée à l'aide d'un logiciel Excel.

Les données ont été analysées à l'aide d'un test du chi-deux pour la comparaison des variables quantitatives ou d'un test exact de Fisher pour les échantillons inférieurs à 5. Un risque alpha de 5% a été choisi ainsi qu'un degré de liberté de 1 ou 2 selon les questions.

6. RÉSULTATS

Du 10 janvier 2016 au 2 juillet 2016, nous avons collecté 133 réponses sur les 300 questionnaires envoyés, soit un taux de réponses de 44,3%. Certains participants n'ont pas répondu à tous les items, ce qui fait varier le nombre de réponses par question.

6.1. Caractéristiques de la population

a) Répartition en fonction du sexe

Choix de réponses	Réponses	
Homme	48%	64
Femme	52%	69
Total		133

Tableau 1 : Répartition des médecins selon le sexe

48% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient des hommes et 52% étaient des femmes.

b) Répartition en fonction de l'âge

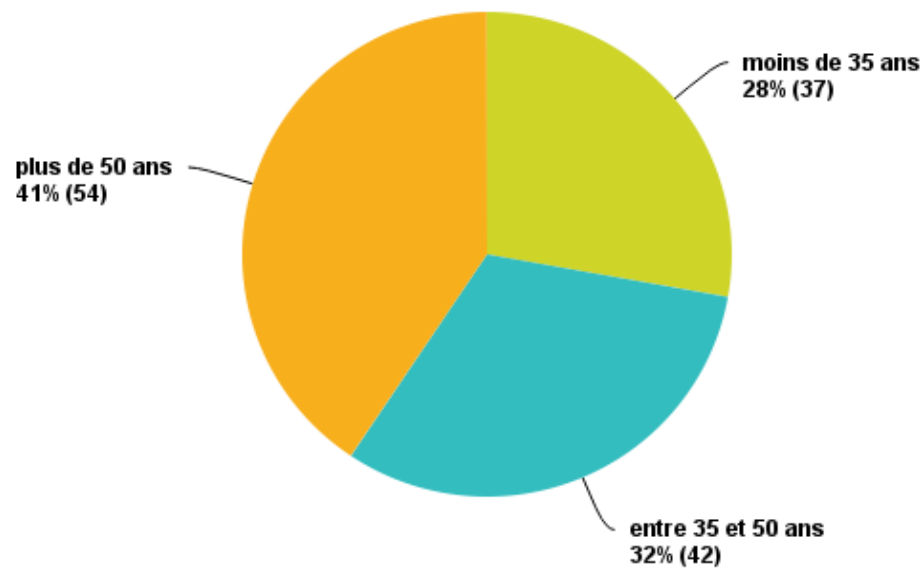


Figure 1 : Répartition des médecins selon l'âge

28% des répondants avaient moins de 35 ans, 32% avaient entre 35 et 50 ans et 41% avaient plus de 50 ans.

c) Répartition en fonction de l'âge et du sexe

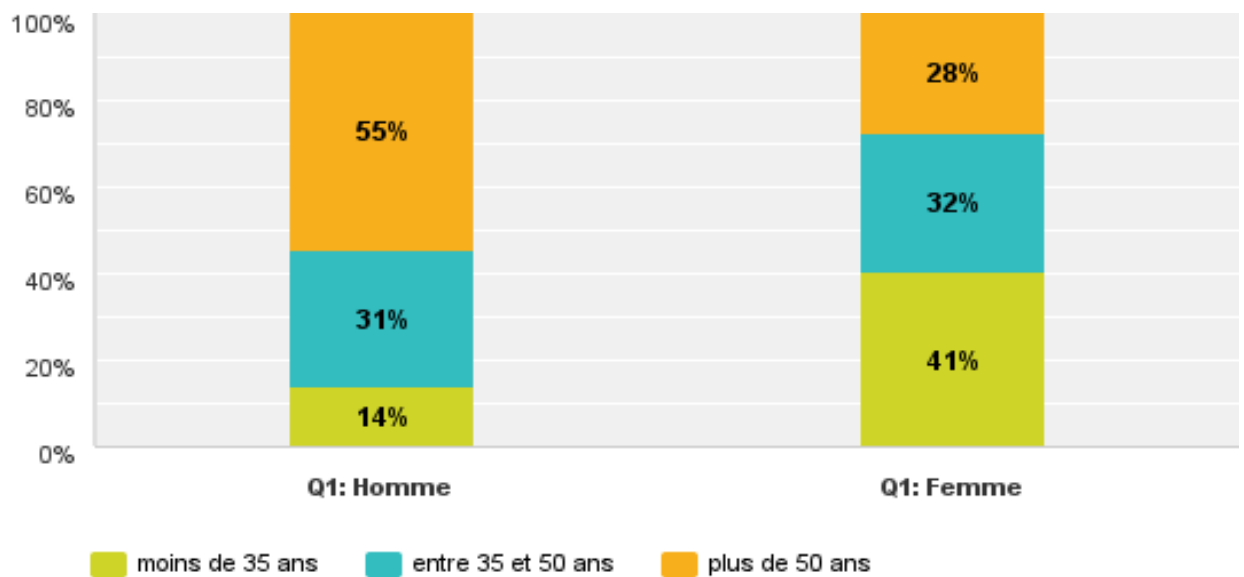


Figure II : Répartition des médecins en fonction de l'âge et du sexe

Les participants de sexe masculin avaient en majorité plus de 50 ans (55%), tandis que les participantes de sexe féminin avaient en majorité moins de 50 ans (41% avaient moins de 35 ans et 32 % avaient entre 35 et 50 ans) (différence significative ; $\chi^2=22$, $ddl=2$).

d) Répartition en fonction du mode d'exercice

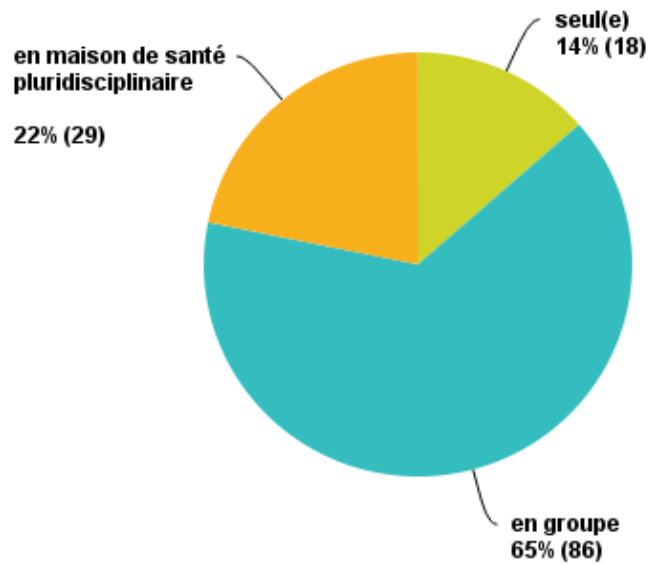


Figure III : Répartition des médecins selon le mode d'exercice

14% des répondants exerçaient seuls, 65% en groupe et 22% en maison de santé pluridisciplinaire.

e) Répartition en fonction du secteur d'exercice

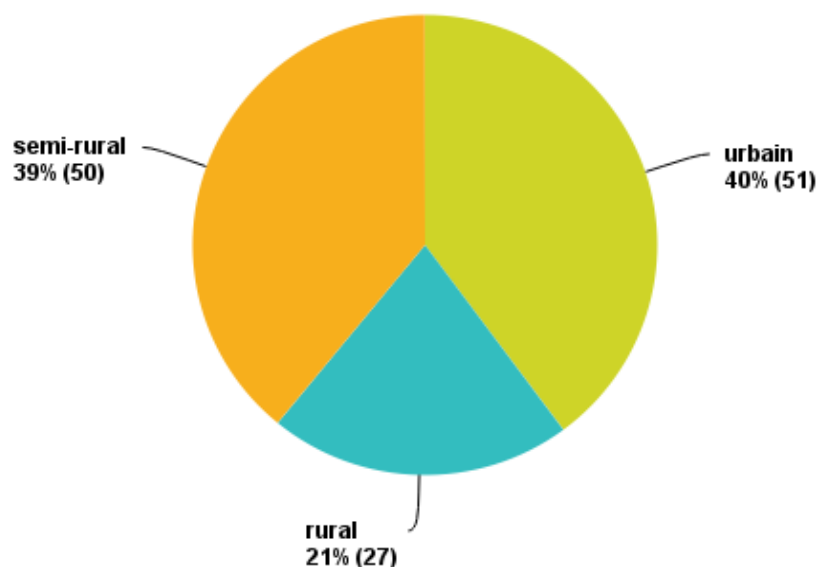


Figure IV : Répartition des médecins selon le secteur d'exercice

40% des répondants exerçaient en milieu urbain, 21% en rural et 39% en semi-rural. 63% étaient en Seine-Maritime et 37% dans l'Eure. 5 participants n'ont pas répondu à cette question.

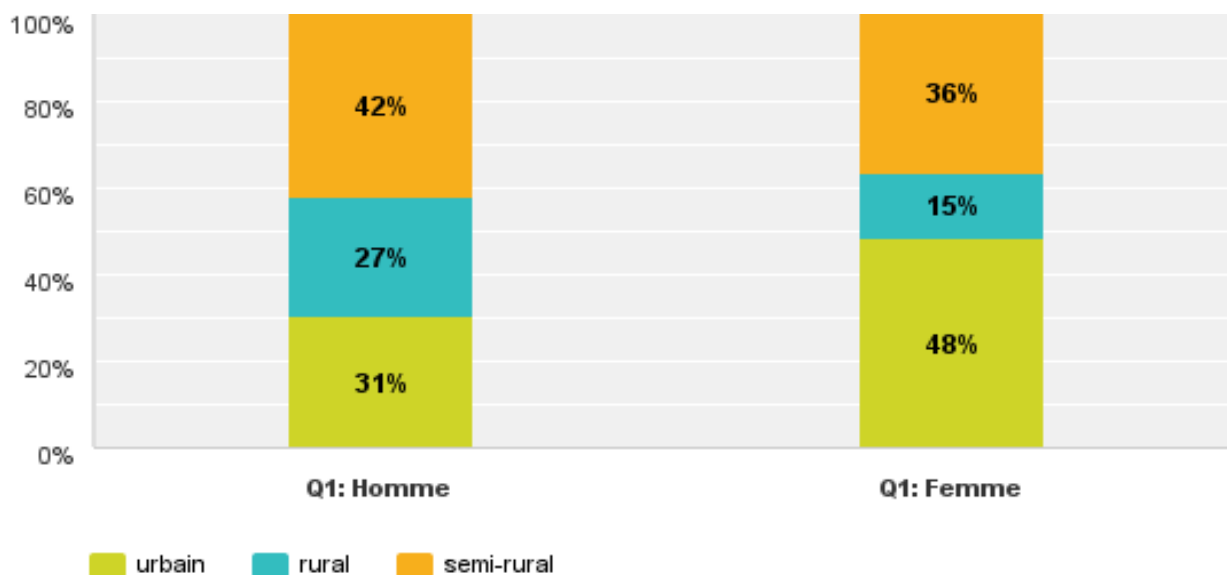


Figure V : Répartition des médecins selon leur sexe et le secteur d'exercice

Les femmes exerçaient en milieu urbain pour la moitié d'entre elles (48%), tandis que deux tiers des hommes exerçaient en milieu rural ou semi-rural (différence significative ; $\chi^2=7,54$, $ddl=2$).

f) Répartition en fonction de la formation en gynécologie

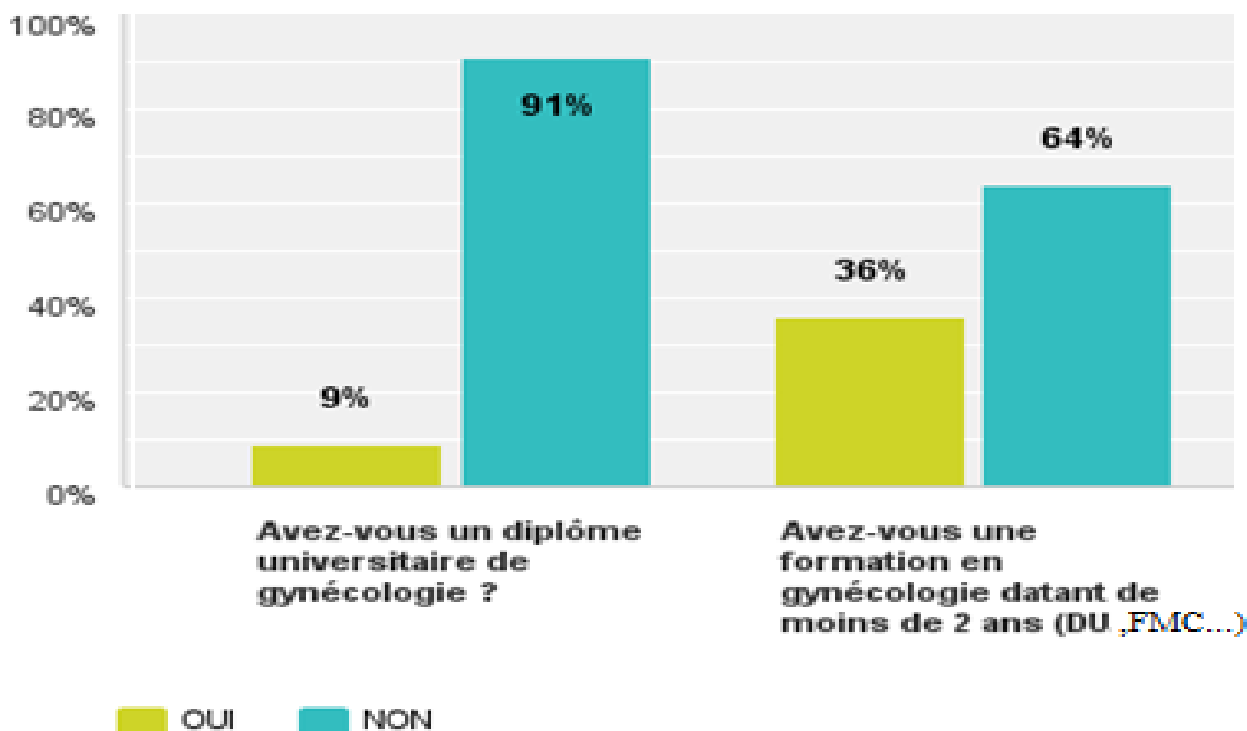


Figure VI : Répartition des médecins selon leur formation en gynécologie

9% des répondants avaient un diplôme universitaire en gynécologie et 36% d'entre eux s'étaient formés en gynécologie au cours des deux années précédentes.

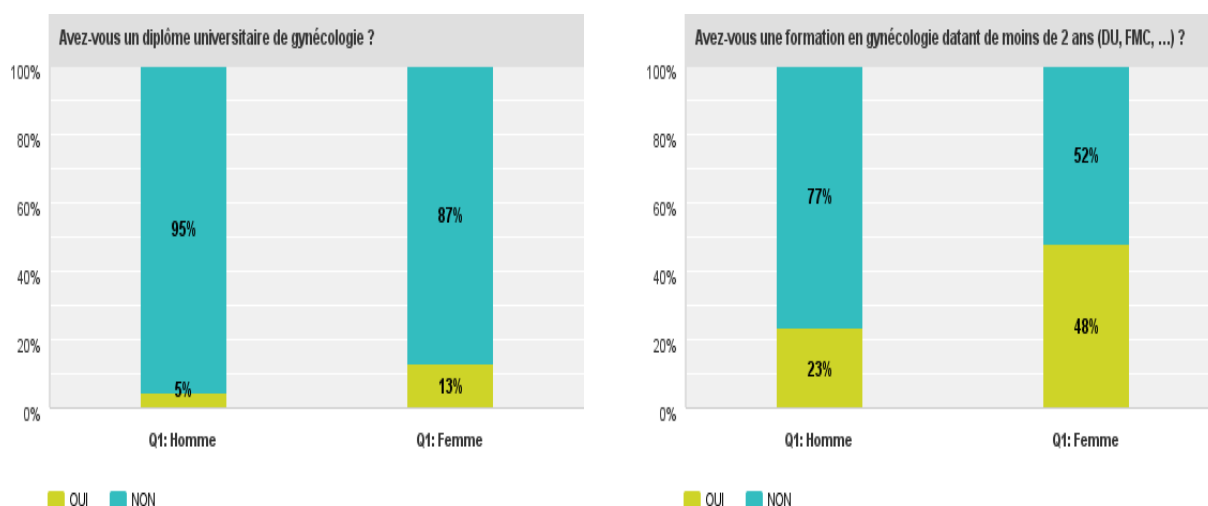


Figure VIII : Répartition des médecins selon le sexe et leur formation en gynécologie

13% des femmes avaient un DU de gynécologie contre 5% des hommes (différence significative ; $\chi^2=3,91$, ddl=1)

48% des femmes avaient une formation en gynécologie datant de moins de deux ans contre 23% des hommes (différence significative ; $\chi^2=13,65$, ddl=1).

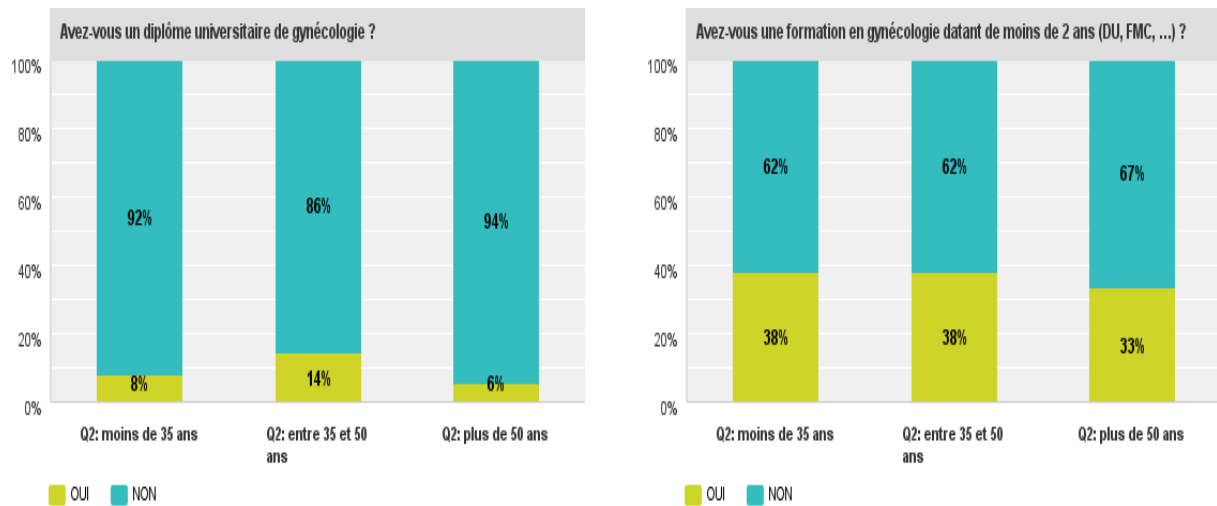


Figure VIII : Répartition des médecins selon l'âge et leur formation en gynécologie

Il n'existait pas de différence significative entre l'âge et la participation à une formation de gynécologie datant de moins de deux ans ($\chi^2=0,72$, ddl=2), et entre l'âge et l'obtention d'un DU de gynécologie ($\chi^2=4,09$, ddl=2).

6.2. Mode d'exercice

Dans un deuxième temps, nous avons voulu étudier le type de consultations pratiquées par les médecins généralistes au cours du suivi gynécologique.

A la question « Pratiquez-vous les consultations suivantes ? », les participants avaient le choix entre 4 réponses : « Jamais », « Parfois », « Souvent » et « Très souvent ».

Ces réponses avaient été notées de 1 (« Jamais ») à 4 (« Très souvent »), ce qui avait permis de noter les résultats sous la forme d'une moyenne pondérée. (Figure IX)

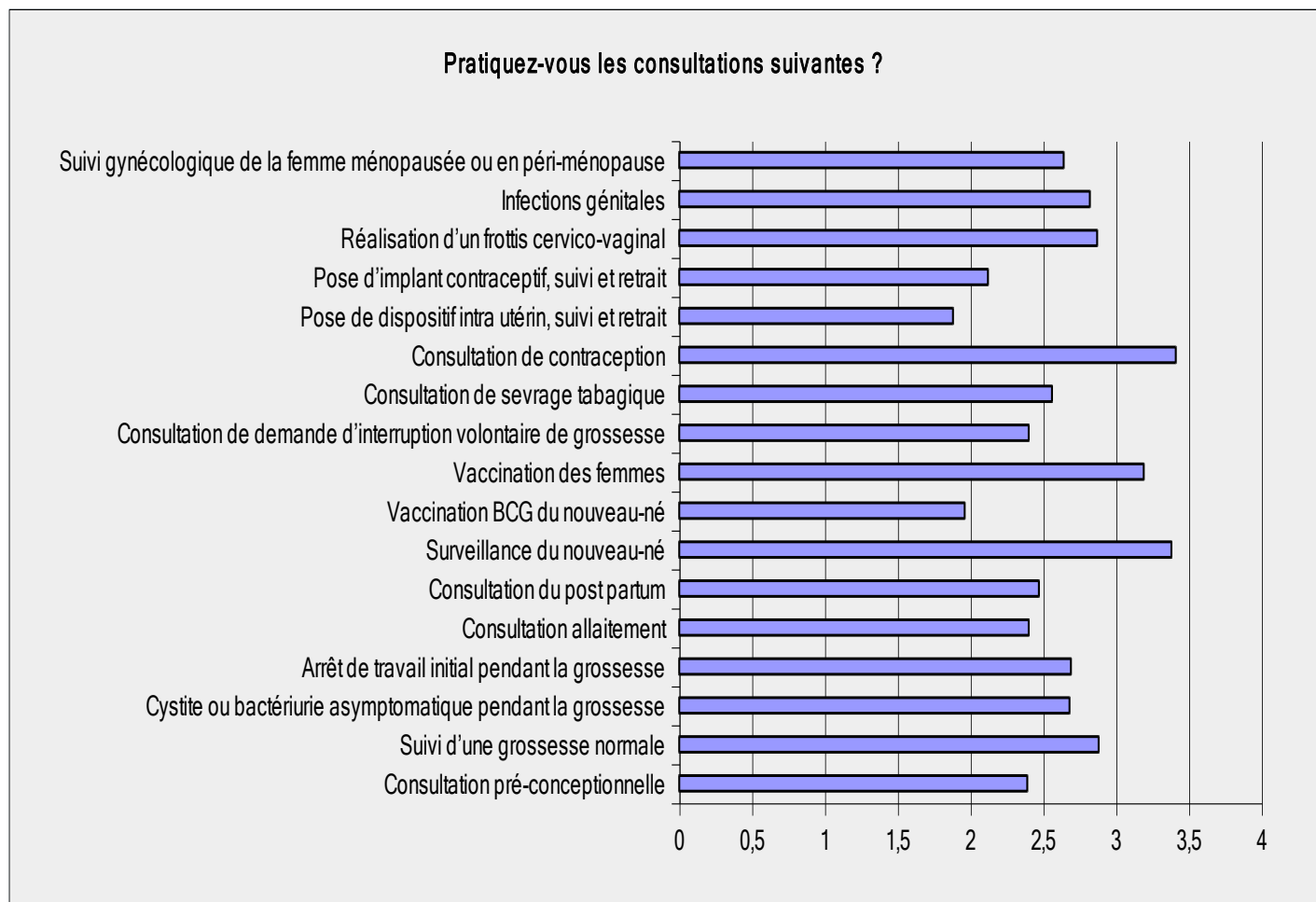


Figure IX : Diagramme représentant la moyenne pondérée sur 4 du type de consultations pratiquées par les médecins généralistes au cours du suivi gynécologique.

Les consultations les plus pratiquées étaient : la consultation de contraception, la vaccination des femmes et la surveillance du nouveau-né.

Les consultations les moins pratiquées étaient : la pose d'implant contraceptif et de dispositif intra-utérin, leur suivi et leur retrait, ainsi que la vaccination BCG du nouveau-né.

En comparant les consultations pratiquées par les médecins généralistes avec leur sexe, on observait que les femmes pratiquaient plus souvent les consultations du suivi gynéco-obstétrique que les hommes en général.

Pour les consultations de :

- Suivi d'une grossesse normale
- Du post-partum
- De surveillance du nouveau-né
- De contraception
- De pose de dispositif intra-utérin, suivi et retrait
- De réalisation de frottis cervico-vaginaux
- Et de prise en charge des infections génitales

Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test exact de Fisher).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le type de consultations pratiquées et l'âge des médecins généralistes sauf pour :

- La consultation pré-conceptionnelle, celle du post-partum et la consultation de sevrage tabagique qui étaient plus souvent pratiquées chez les plus de 35 ans (test exact de Fisher, $p < 0,05$).

Le mode d'exercice ainsi que le secteur d'exercice n'apparaissaient pas influencer de manière significative sur le type de consultations pratiquées, sauf pour les consultations de demande d'IVG qui se pratiquaient plus en milieu urbain (différence significative avec un test exact de Fisher, $p < 0,05$).

Les médecins généralistes qui s'étaient formés en gynécologie au cours des 2 années précédentes pratiquaient plus la gynécologie en général, et ce, de manière significative (test exact de Fisher, $p < 0,05$).

Les consultations d'allaitement, les vaccinations, les demandes d'IVG et les consultations de sevrage tabagique étaient plus souvent réalisées par les médecins qui s'étaient formés mais la différence n'était pas significative.

Les médecins généralistes qui avaient obtenu un diplôme universitaire de gynécologie pratiquaient plus souvent la pose du DIU, son suivi et son retrait, le suivi de grossesse (dont les arrêts de travail et la prise en charge des cystites et bactériuries) et les consultations pour les infections génitales.

Ces résultats étaient significatifs ($p < 0,05$ selon un test exact de Fisher).

6.3. Communication avec les sages-femmes

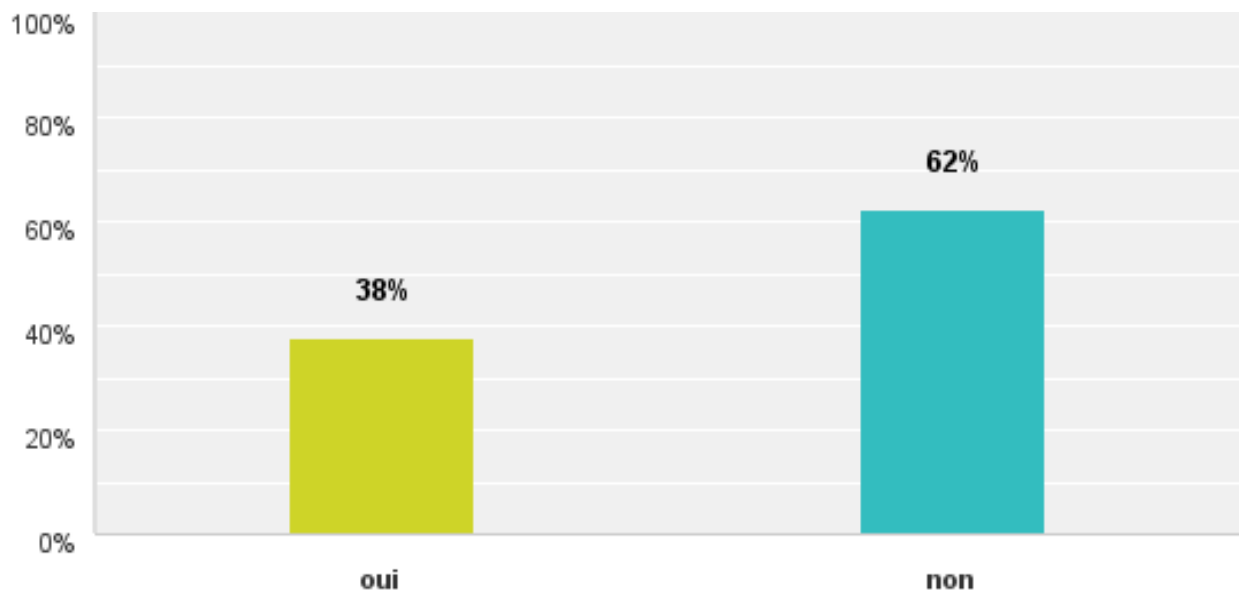


Figure X : Répartition des médecins ayant des contacts ou non avec les sages-femmes libérales

Choix de réponses	Réponses	
oui	38%	47
non	62%	77
Total		124

Tableau 2 : Répartition des médecins ayant des contacts ou non avec les sages-femmes libérales

62% des participants de l'étude affirmaient ne pas avoir de contacts avec les sages-femmes libérales.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le fait d'avoir des contacts ou non avec les sages-femmes libérales et :

- Le sexe des médecins généralistes
- Leur mode d'exercice
- Le secteur d'exercice
- Le fait d'avoir participé à une formation en gynécologie dans les deux années précédentes.

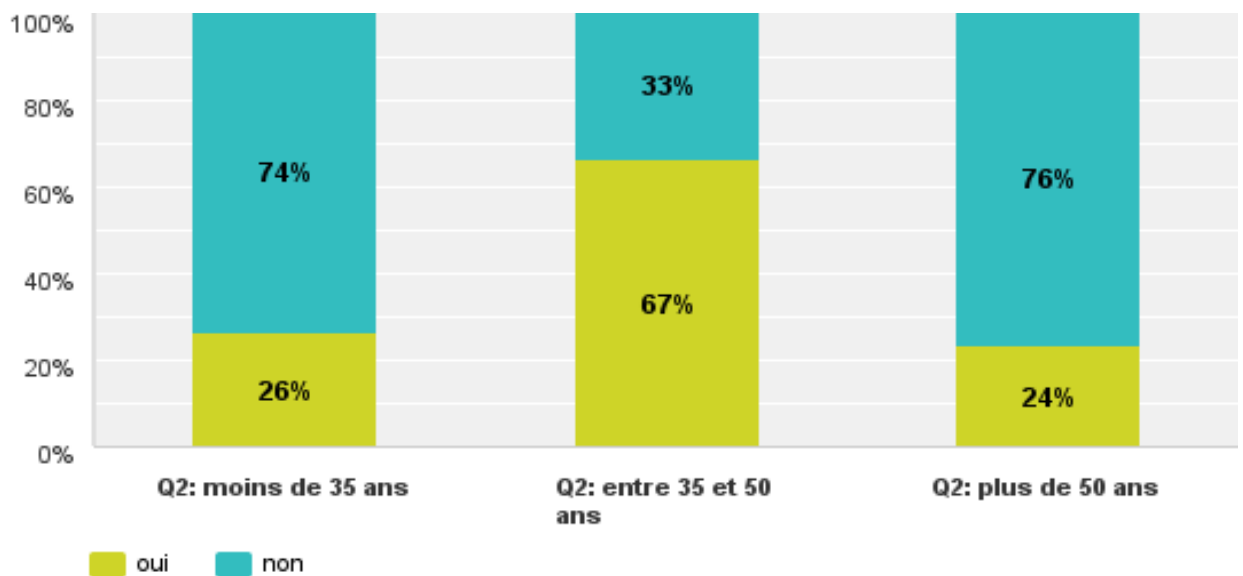


Figure XI : Répartition des médecins selon leur tranche d'âge et ayant des contacts ou non avec les sages-femmes libérales

Les médecins généralistes qui avaient entre 35 et 50 ans avaient plus de contacts avec les sages-femmes (67% contre 26% des moins de 35 ans et 24% des plus de 50 ans). La différence était significative ($\chi^2=20,1$, ddl=2).

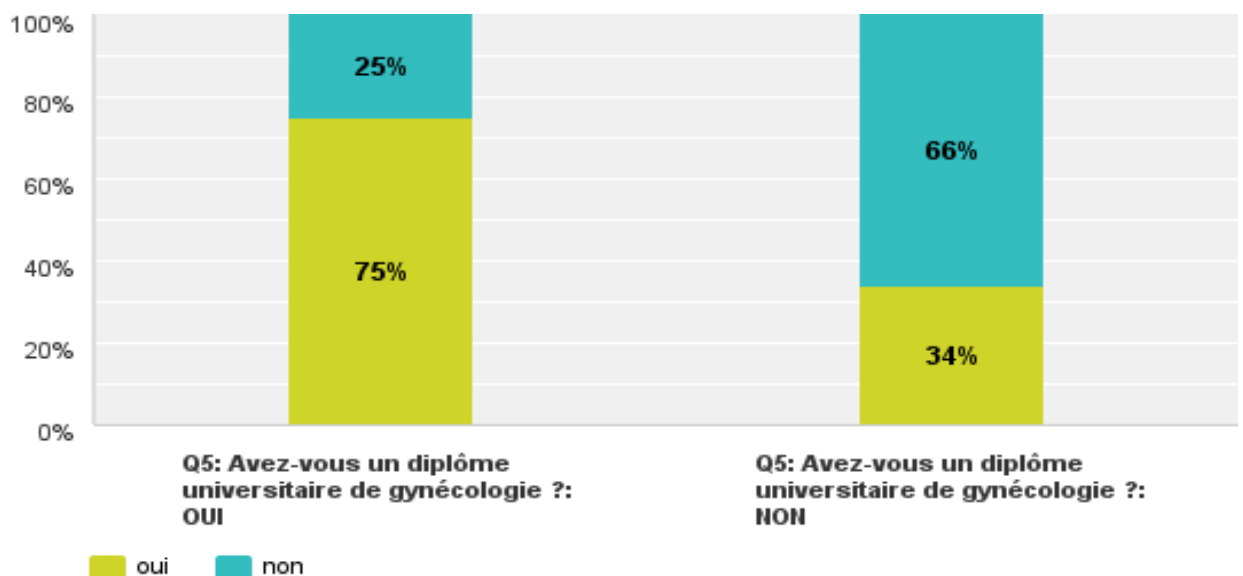


Figure XII : Répartition des médecins selon l'obtention d'un DU de gynécologie et leurs contacts avec les sages-femmes libérales

Les médecins généralistes qui avaient obtenu un diplôme universitaire de gynécologie avaient plus de contacts avec les sages-femmes (75% contre 34%). Ce résultat était significatif (test exact de Fisher, $p<0,05$).

6.4. Facteurs limitant la collaboration interprofessionnelle

Nous avons recherché quels éléments pouvaient entraver la collaboration des médecins généralistes avec les sages-femmes libérales.

A la question « Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? », les participants avaient le choix entre 4 réponses : « Non », « Plutôt non », « Plutôt oui » et « Oui ».

Ces réponses avaient été notées de 1 (« Non ») à 4 (« Oui »), ce qui avait permis de présenter les résultats sous la forme d'une moyenne pondérée. (Figure XIII)

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?

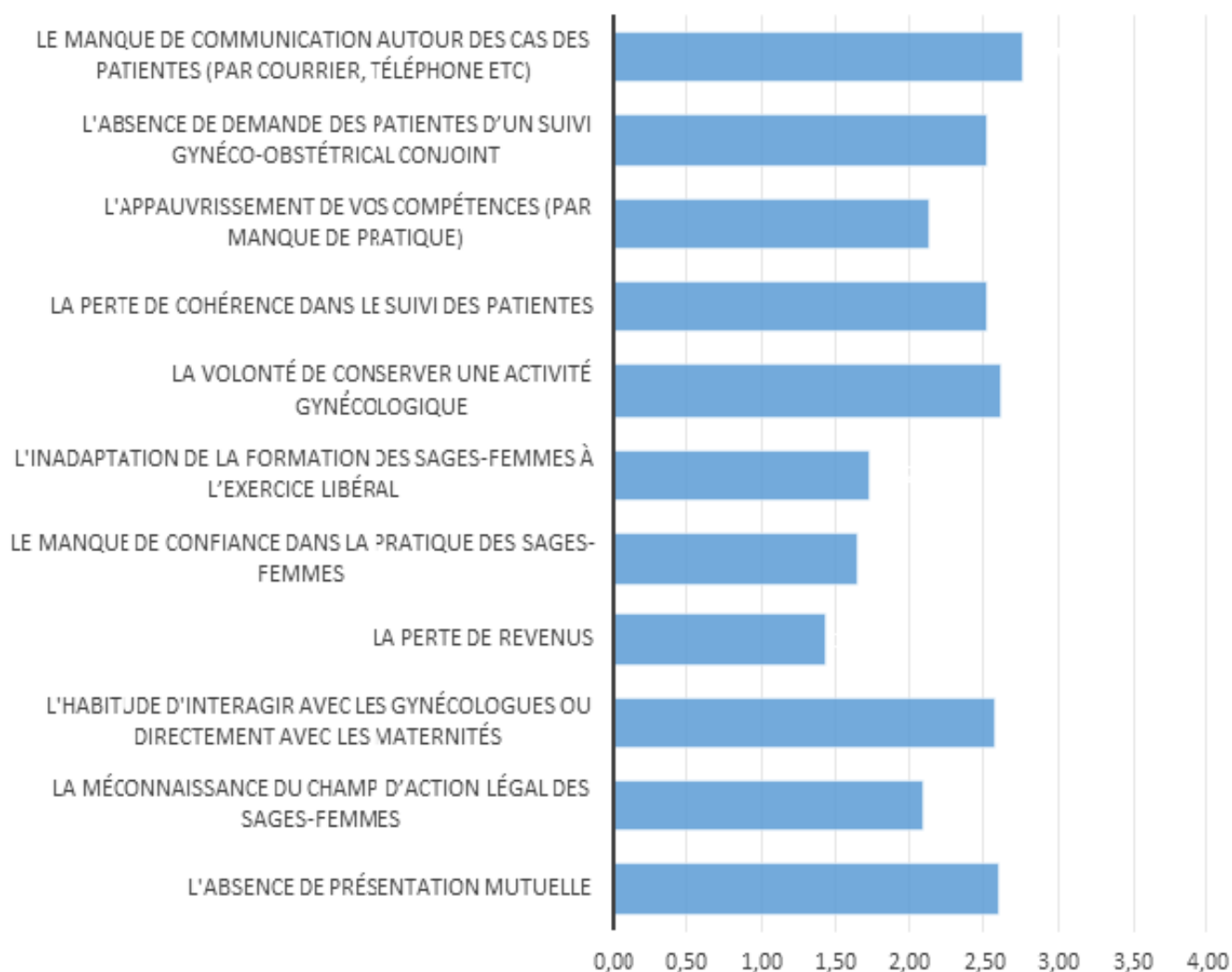


Figure XIII : Diagramme représentant la moyenne pondérée sur 4 des éléments entravant la collaboration avec les sages-femmes (0 : n'entrave pas, 4 : entrave)

Les éléments entravant le plus la collaboration (en moyenne pondérée sur 4) étaient :

- Le manque de communication autour des cas des patientes (2,8)
- La volonté de conserver une activité gynécologique (2,6)
- L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités (2,6)
- L'absence de présentation mutuelle (2,6)
- L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint (2,5)
- La perte de cohérence dans le suivi des patientes (2,5)
- L'appauvrissement des compétences par manque de pratique (2,1)
- La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes (2,1).

Les éléments entravant le moins la collaboration étaient :

- La perte de revenus (1,4)
- L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral (1,7)
- Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes (1,7).

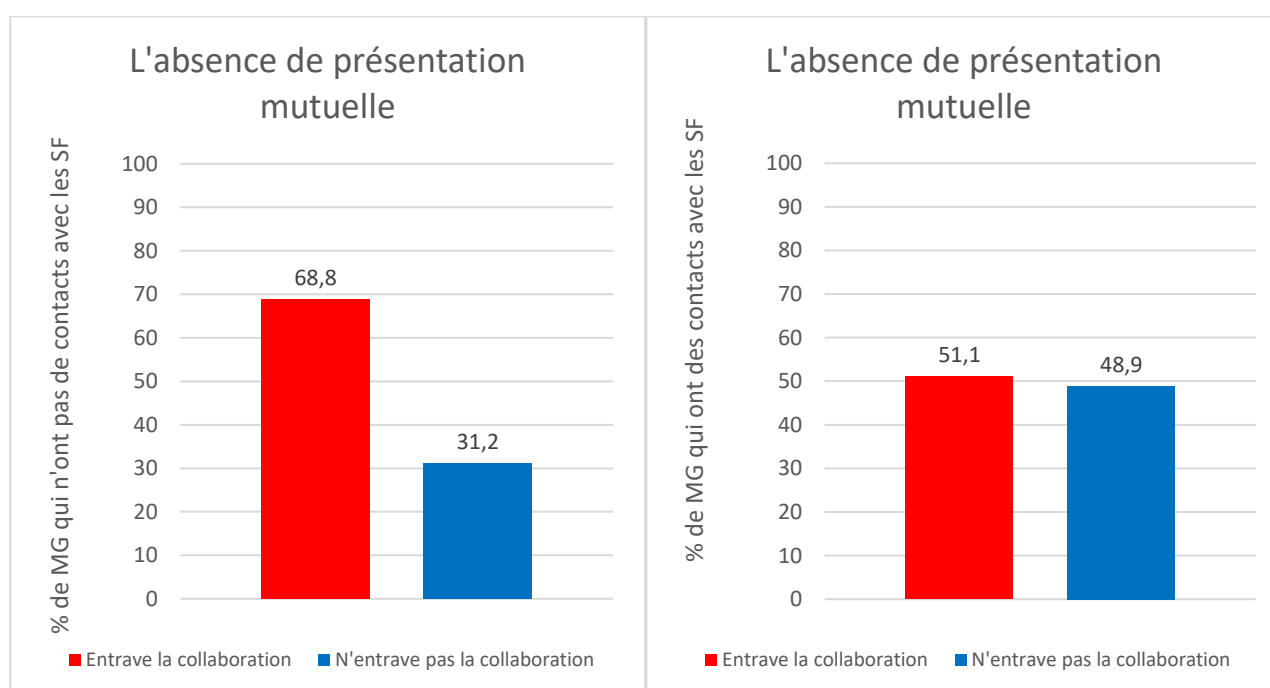
a) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le fait d'avoir des contacts ou non avec les sages-femmes libérales (Annexe 2)

Nous avons mis en relation les facteurs limitants de la collaboration avec le fait d'être en contact ou non avec les sages-femmes libérales.

Pour plus de clarté, les résultats principaux ont été représentés sous la forme d'histogrammes.

L'item « N'entrave pas la collaboration » correspond aux réponses « Non » et « Plutôt non » de la question « Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? ».

L'item « Entrave la collaboration » correspond aux réponses « Oui » et « Plutôt oui ».



Chez les médecins généralistes sans contact avec les sages-femmes :

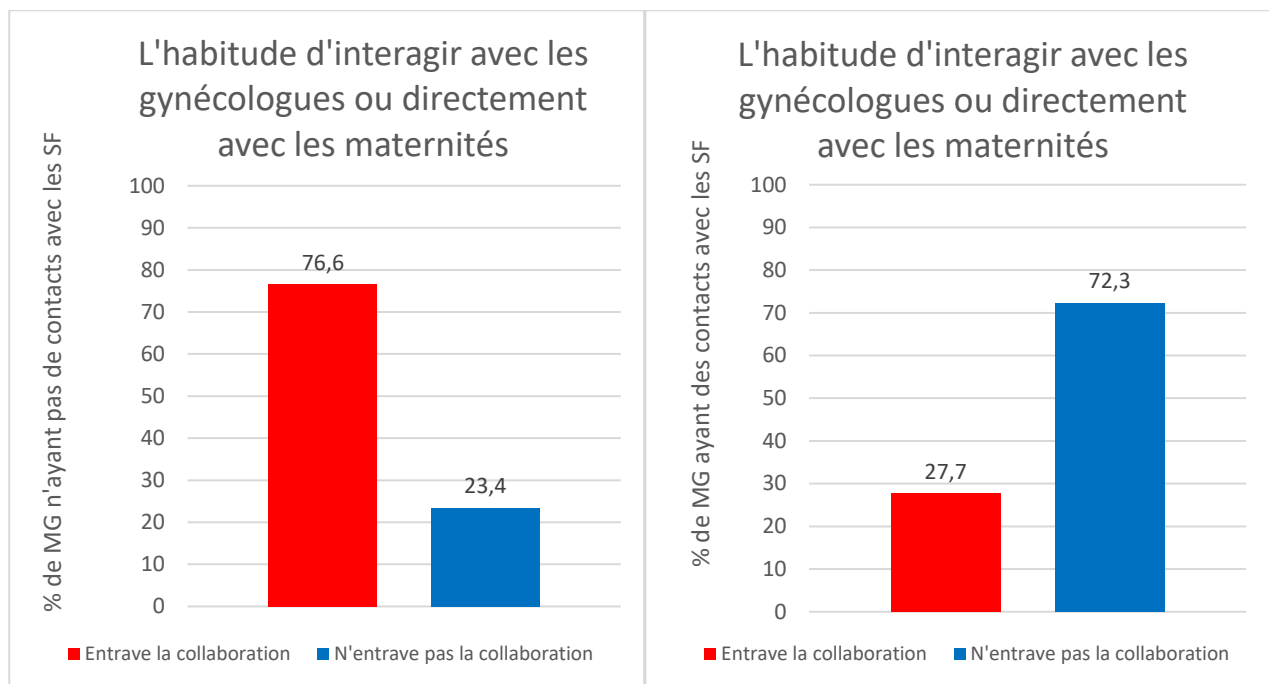
- 68,8% estiment que l'absence de présentation mutuelle limite la collaboration.

(Résultat significatif, $p < 0,05$ selon un test du Chi2).

Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes, le résultat est partagé :

- 51,1% estiment que l'absence de présentation mutuelle limite la collaboration,
- 48,9% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Les médecins généralistes qui n'ont pas de contact avec les sages-femmes estiment que le fait de ne pas s'être présentés entrave la collaboration.



Chez les médecins généralistes sans contacts avec les sages-femmes :

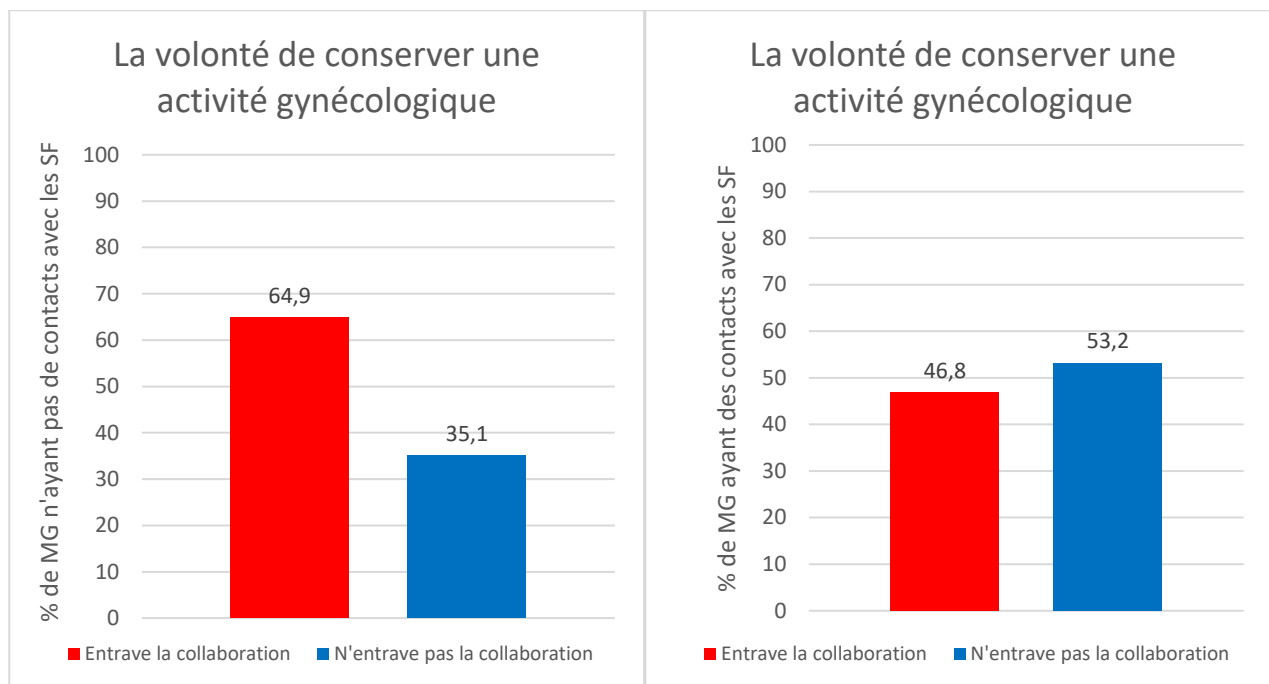
- 76,6% estiment que l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités limite la collaboration.

A l'inverse, chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes :

- 72,3% estiment que cette habitude ne limite pas la collaboration.

(Résultats significatifs selon un test du Chi2 ($p < 0,001$).)

Le fait d'avoir l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou les maternités entrave la collaboration pour les médecins généralistes qui n'ont pas de contact avec les sages-femmes.



Chez les médecins généralistes sans contacts avec les sages-femmes :

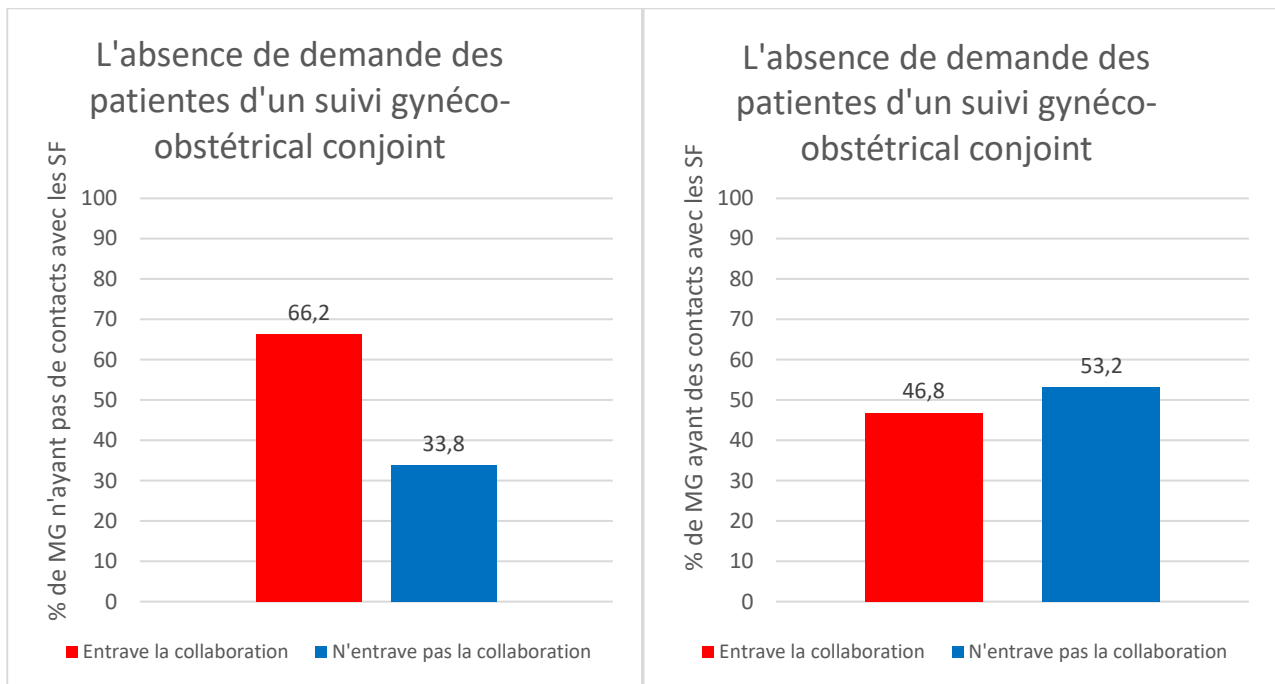
- 64,9% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration.

(Résultat significatif, $p < 0,05$ selon un test du Chi2).

Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes, le résultat est partagé :

- 46,8% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration,
- 53,2% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Le fait de vouloir conserver une activité gynécologique entrave la collaboration pour les médecins généralistes, a fortiori lorsqu'ils n'ont pas de contact avec les sages-femmes.



Chez les médecins généralistes sans contacts avec les sages-femmes :

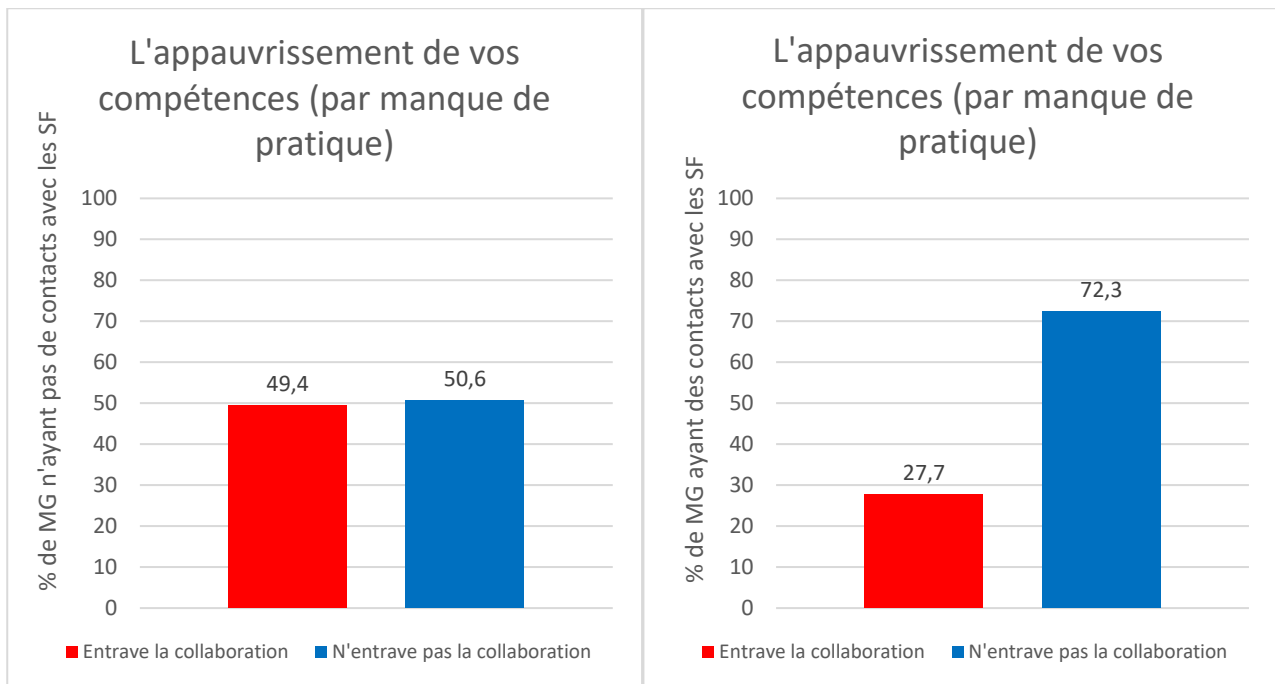
- 66,2% estiment que l'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration.

(Résultat significatif, $p < 0,05$ selon un test du Chi2).

Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes, le résultat est partagé :

- 46,8% estiment que l'absence de demande de la part des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration,
- 53,2% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Le fait que les patientes ne demandent pas de suivi gynéco-obstétrical conjoint est un argument d'entrave à la collaboration, surtout pour les médecins généralistes qui n'ont pas de contact avec les sages-femmes.



Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes :

- 72,3% estiment que la crainte d'un appauvrissement des connaissances par manque de pratique ne limite pas la collaboration.

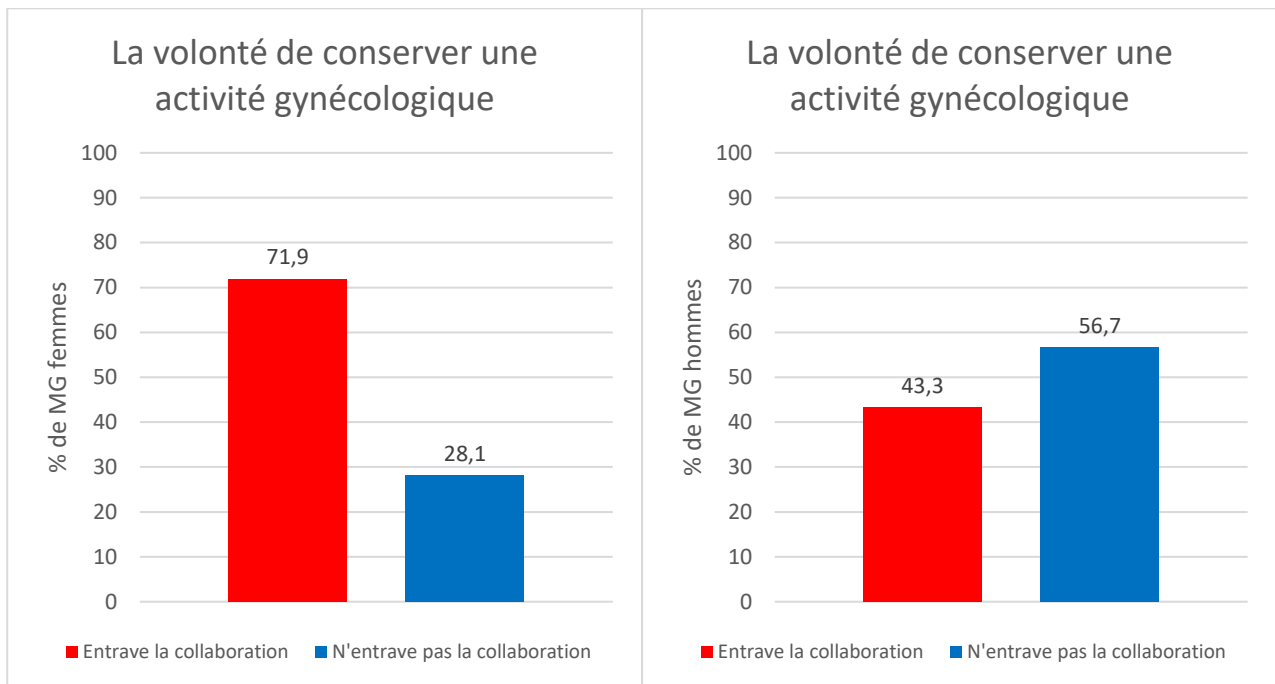
(Résultat significatif selon un test du Chi2, $p < 0,05$).

Chez les médecins généralistes sans contacts avec les sages-femmes, le résultat est partagé :

- 49,4% estiment que la crainte d'un appauvrissement des compétences par manque de pratique limite la collaboration,
- 50,6% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

La crainte d'un appauvrissement des compétences par manque de pratique n'entrave pas la collaboration.

**b) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le sexe
(Annexe 3)**



Chez les médecins généralistes femmes :

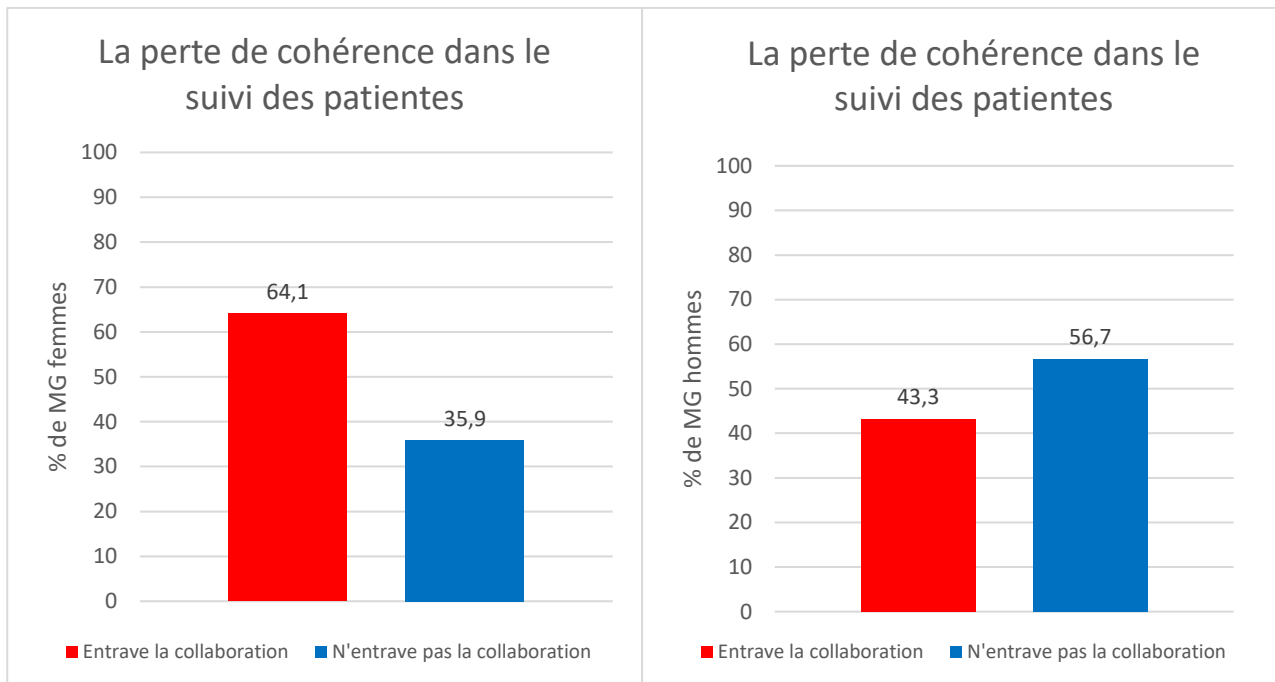
- 71,9% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

Chez les médecins généralistes hommes :

- 43,3% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration,
- 56,7% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Vouloir conserver une activité gynécologique entraîne la collaboration pour les femmes médecins généralistes.



Chez les médecins généralistes femmes :

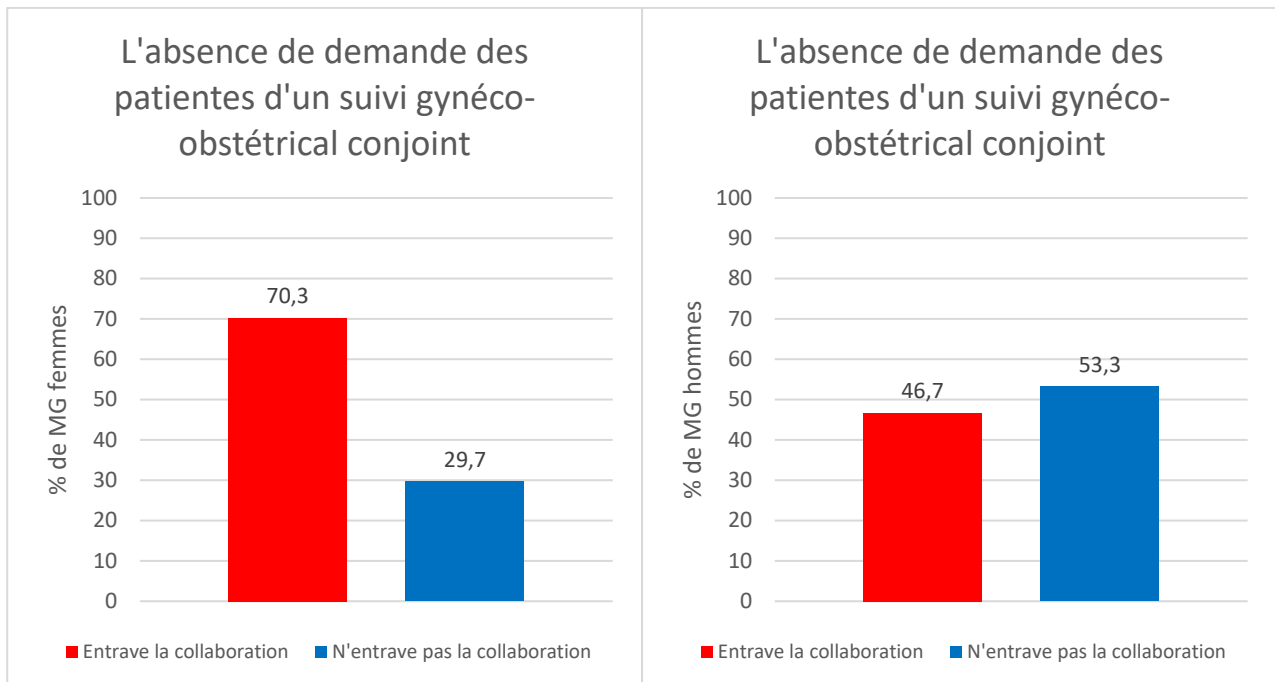
- 64,1% estiment que la perte de cohérence dans le suivi des patientes limite la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

Chez les médecins généralistes hommes :

- 43,3% estiment que la perte de cohérence dans le suivi des patientes limite la collaboration,
- 56,7% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

De façon significative, la crainte d'une perte de cohérence dans le suivi des patientes entrave la collaboration pour les femmes médecins généralistes.



Chez les médecins généralistes femmes :

- 70,3% estiment que l'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

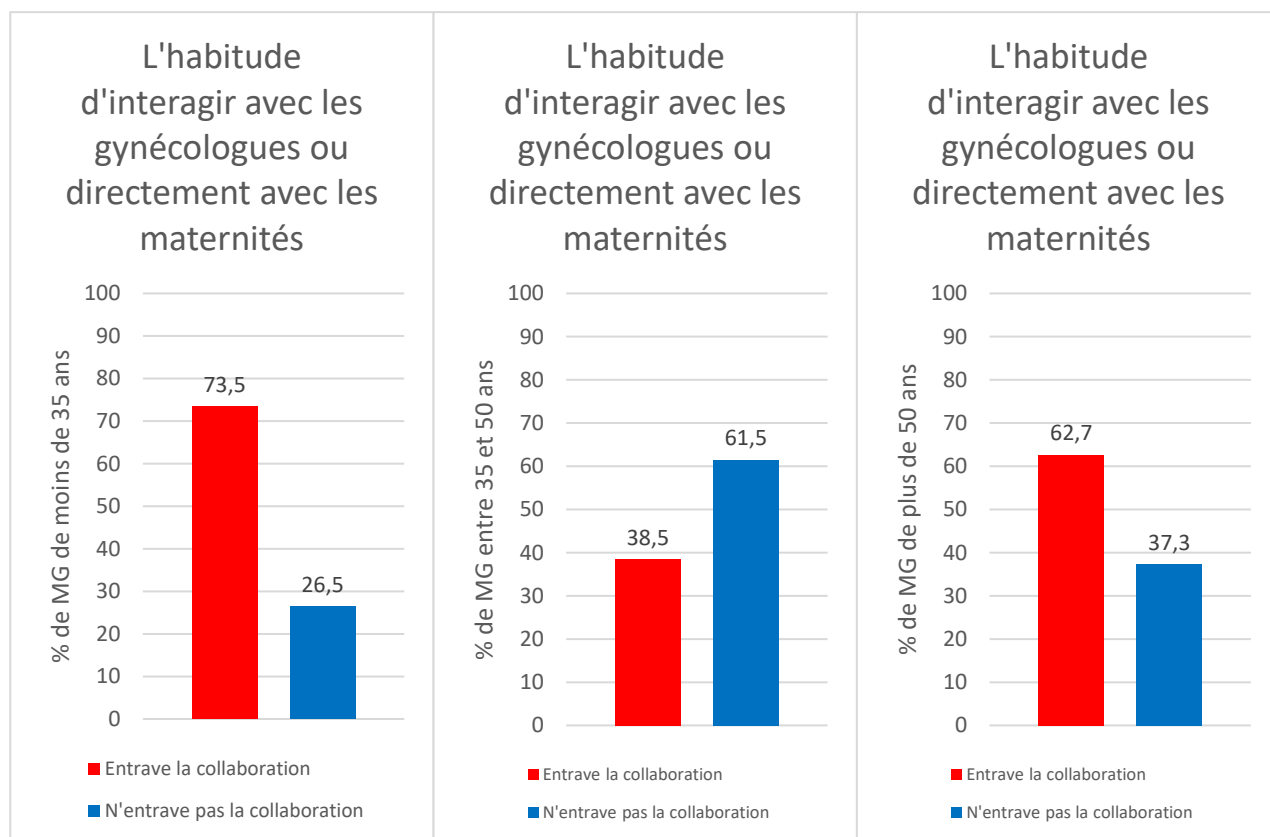
Chez les médecins généralistes hommes :

- 46,7% estiment que l'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration,
- 53,3% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

L'absence de demande de la part des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint entrave la collaboration pour les femmes médecins généralistes.

Les femmes médecins pensent que la volonté de conserver une activité gynécologique entrave leur collaboration avec les sages-femmes libérales. Elle génère également la crainte d'une perte de cohérence dans le suivi des patientes et l'absence de demande de leur part d'un suivi conjoint.

c) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec l'âge (Annexe 4)



Chez les médecins généralistes de moins de 35 ans :

- 73,5% estiment que l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités limite la collaboration.

On retrouve cette tendance chez les plus de 50 ans :

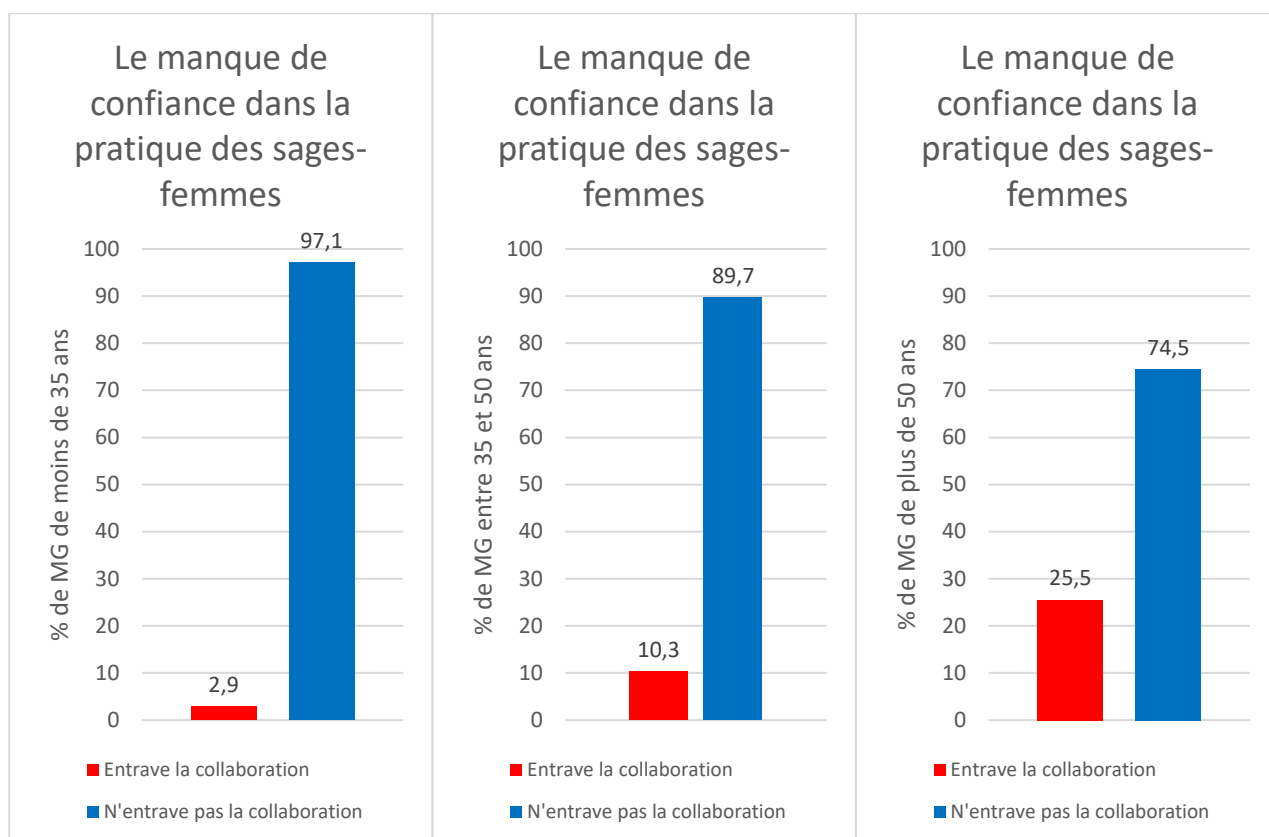
- 62,7% d'entre eux estiment que l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités limite la collaboration.

Chez les médecins généralistes entre 35 et 50 ans :

- 61,5% ont répondu qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Ces différences sont statistiquement significatives ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).

L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités entrave la collaboration pour les médecins de moins de 35 ans et de plus de 50 ans.



Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes ne limite pas la collaboration pour l'ensemble des médecins.

La répartition n'est pas homogène selon l'âge : les moins de 50 ans ont répondu « non » ou « plutôt non » à 97,1 et 89,7% tandis que les plus de 50 ans ont répondu « non » ou « plutôt non » à 74,5%.

Cette différence de répartition est significative avec un $p < 0,05$ selon un test de Fisher.

Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes n'entrave pas la collaboration, surtout pour les généralistes de moins de 50 ans.

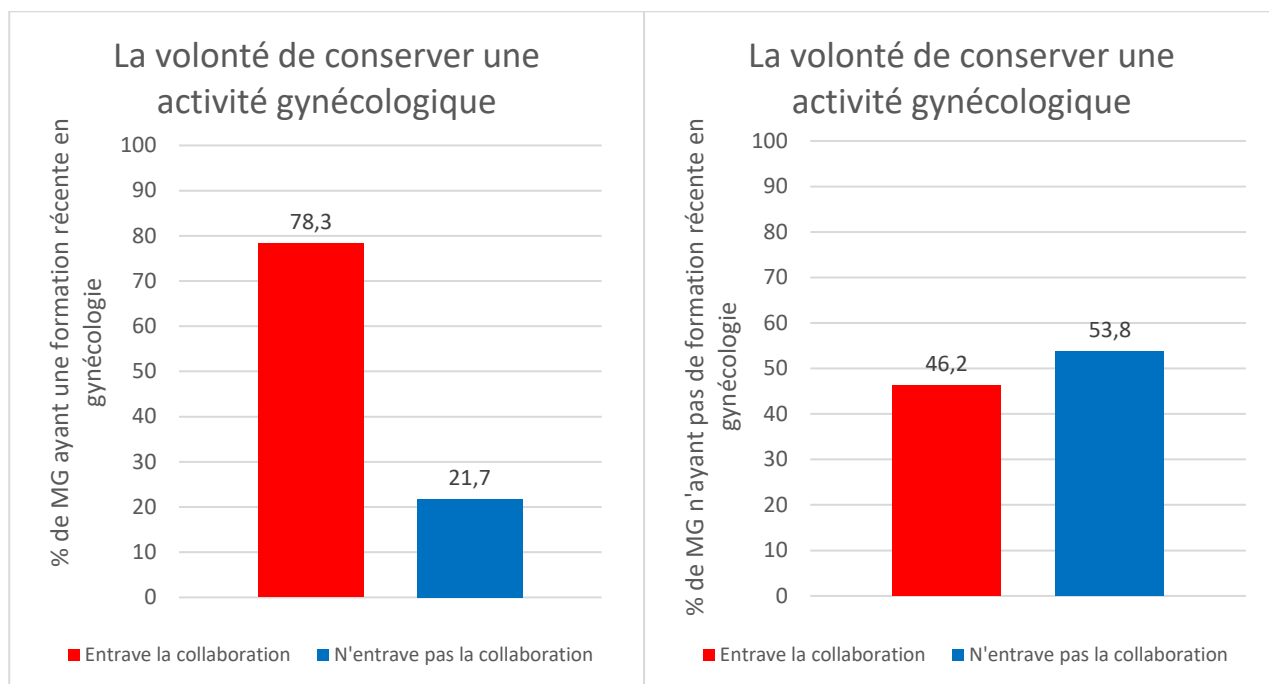
d) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le mode d'exercice (Annexe 5)

Le fait d'exercer seul, en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire n'influe pas de manière significative sur les facteurs limitant la collaboration.

e) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec le secteur d'exercice (Annexe 6)

Le fait d'exercer dans un secteur urbain, rural ou semi-rural n'influe pas de manière significative sur les facteurs limitant la collaboration.

f) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec la formation en gynécologie (Annexe 7)



Chez les médecins généralistes qui se sont formés récemment en gynécologie :

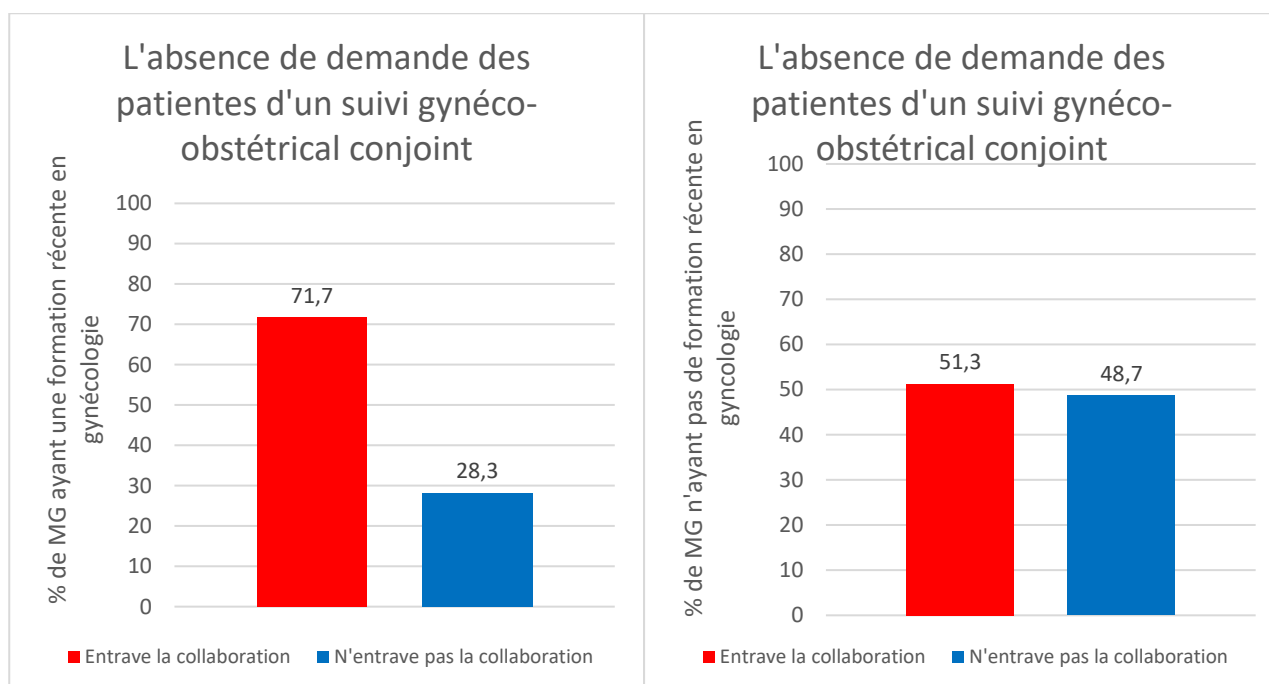
- 78,3% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

Chez les médecins généralistes qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie, le résultat est partagé :

- 46,2% estiment que la volonté de conserver une activité gynécologique limite la collaboration,
- 53,8% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

La volonté de conserver une activité gynécologique entrave la collaboration pour les médecins formés récemment en gynécologie.



Chez les médecins généralistes qui se sont formés récemment en gynécologie :

- 71,7% estiment que l'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration.

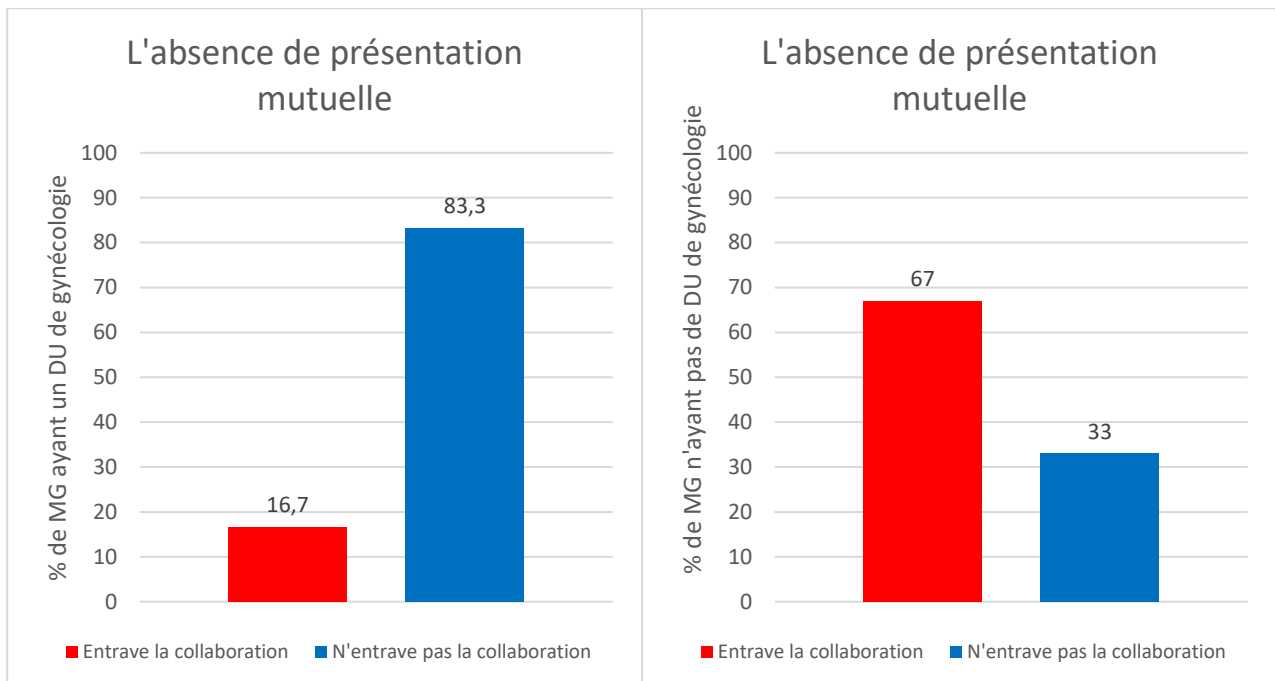
(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

Chez les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie, le résultat est partagé :

- 51,3% estiment que l'absence de demande de la part des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint limite la collaboration,
- 48,7% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

Le fait que les patientes ne demandent pas de suivi gynéco-obstétrical conjoint est un argument d'entrave à la collaboration pour les médecins formés récemment en gynécologie.

g) Comparaison des facteurs limitant la collaboration avec l'obtention d'un diplôme universitaire de gynécologie (Annexe 8)



Chez les médecins généralistes ayant un diplôme universitaire de gynécologie :

- 83,3% estiment que l'absence de présentation mutuelle ne limite pas la collaboration avec les sages-femmes libérales.

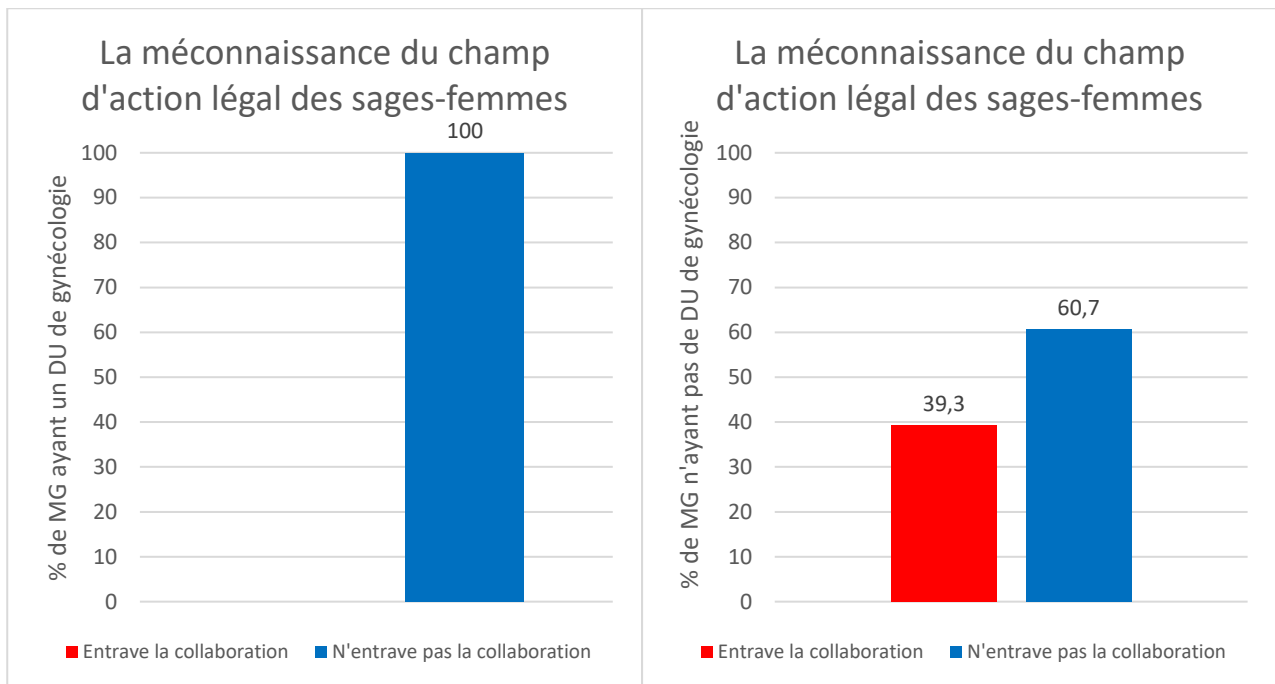
Chez les médecins généralistes n'ayant pas de DU :

- 67% estiment que l'absence de présentation mutuelle limite la collaboration.

Ces résultats sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

L'absence de présentation au moment de l'installation n'entrave pas la collaboration pour les médecins ayant un DU de gynécologie.

L'absence de présentation au moment de l'installation entrave la collaboration pour les médecins n'ayant pas de DU.



Chez les médecins généralistes qui ont un DU :

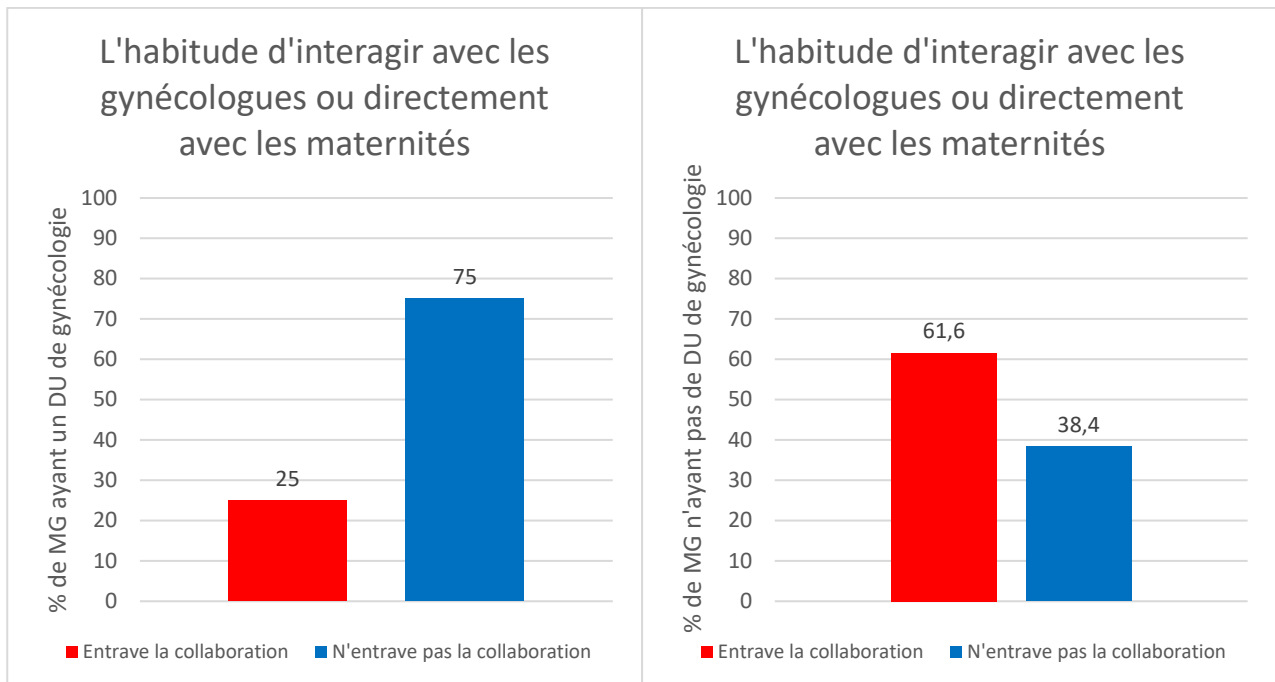
- La totalité estime que la méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes ne limite pas la collaboration.

(Résultat statistiquement significatif ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).)

Chez les médecins généralistes qui n'ont pas de DU, le résultat est moins marqué :

- 39,3% estiment que la méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes limite la collaboration,
- 60,7% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur limitant.

La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes n'entrave pas la collaboration pour les médecins ayant un DU de gynécologie.



Chez les médecins généralistes qui ont un DU :

- 75% estiment que l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités ne limite pas la collaboration.

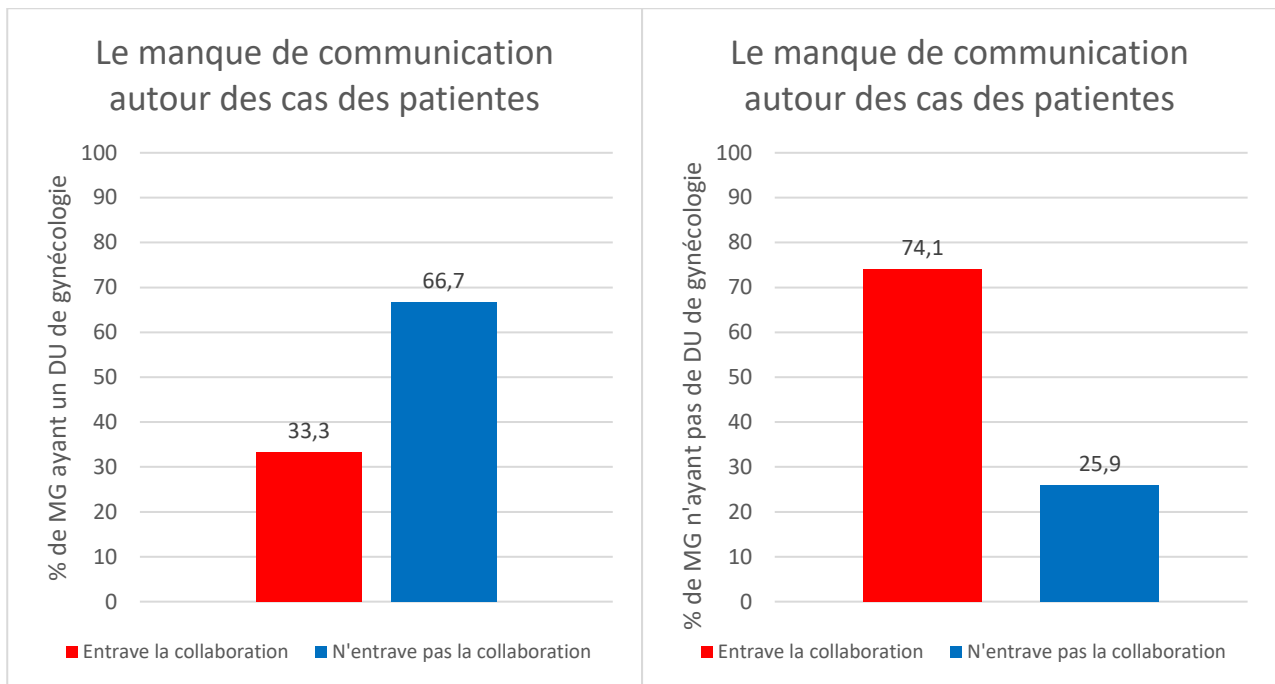
Chez les médecins généralistes qui n'ont pas de DU :

- 61,6% estiment que l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités limite la collaboration.

Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités n'entrave pas la collaboration pour les médecins généralistes ayant un DU de gynécologie.

Cette habitude entrave la collaboration pour les médecins qui n'ont pas de DU.



Chez les médecins généralistes qui ont un DU :

- 66,7%% estiment que le manque de communication autour des cas des patientes ne limite pas la collaboration.

Chez les médecins généralistes qui n'ont pas de DU :

- 74,1% estiment que le manque de communication autour des cas des patientes limite la collaboration.

Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

Le manque de communication autour des cas des patientes n'entrave pas la collaboration pour les médecins ayant un DU de gynécologie.

Ce manque de communication entrave la collaboration pour les médecins généralistes n'ayant pas de DU.

6.5. Facteurs favorisant la collaboration interprofessionnelle

La dernière question portait sur les éléments pouvant favoriser la collaboration avec les sages-femmes libérales.

A la question « Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? », les participants avaient le choix entre 4 réponses : « Non », « Plutôt non », « Plutôt oui » et « Oui ».

Ces réponses avaient été notées de 1 (« Non ») à 4 (« Oui »), ce qui avait permis de présenter les résultats sous la forme d'une moyenne pondérée. (Figure XIV)

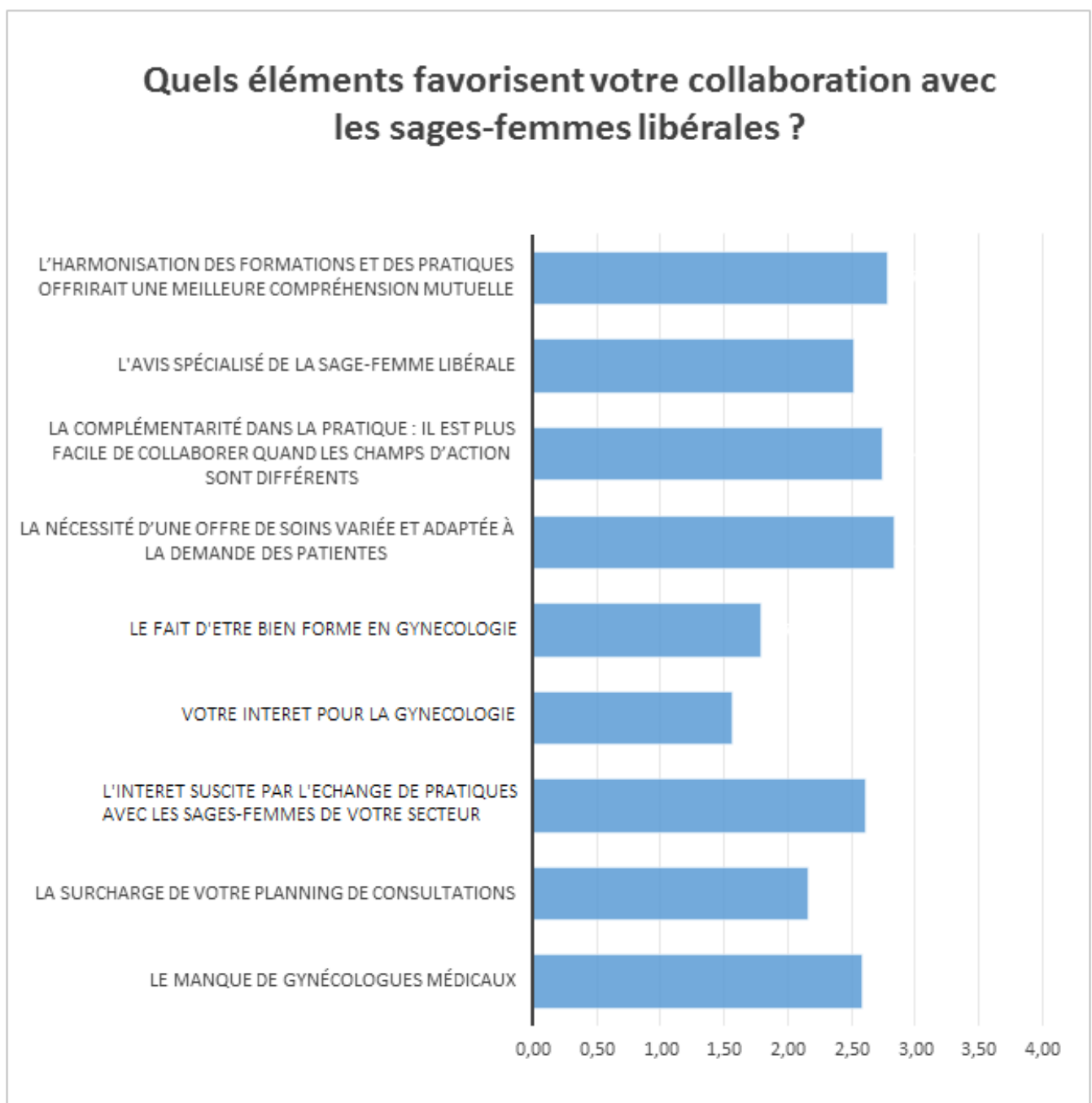


Figure XIV : Diagramme représentant la moyenne pondérée sur 4 des éléments favorisant la collaboration avec les sages-femmes (0 : ne favorise pas, 4 : favorise)

Les éléments favorisant le plus la collaboration (en moyenne pondérée sur 4) étaient :

- L'harmonisation des formations et des pratiques qui offrirait une meilleure compréhension mutuelle (2,8)
- La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes (2,8)
- La complémentarité dans la pratique (2,7)
- L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur (2,6)
- Le manque de gynécologues médicaux (2,6)
- L'avis spécialisé de la sage-femme libérale (2,5)
- La surcharge du planning de consultations (2,2).

Les éléments favorisant le moins la collaboration étaient :

- Votre intérêt pour la gynécologie (1,6)
- Le fait d'être bien formé en gynécologie (1,8).

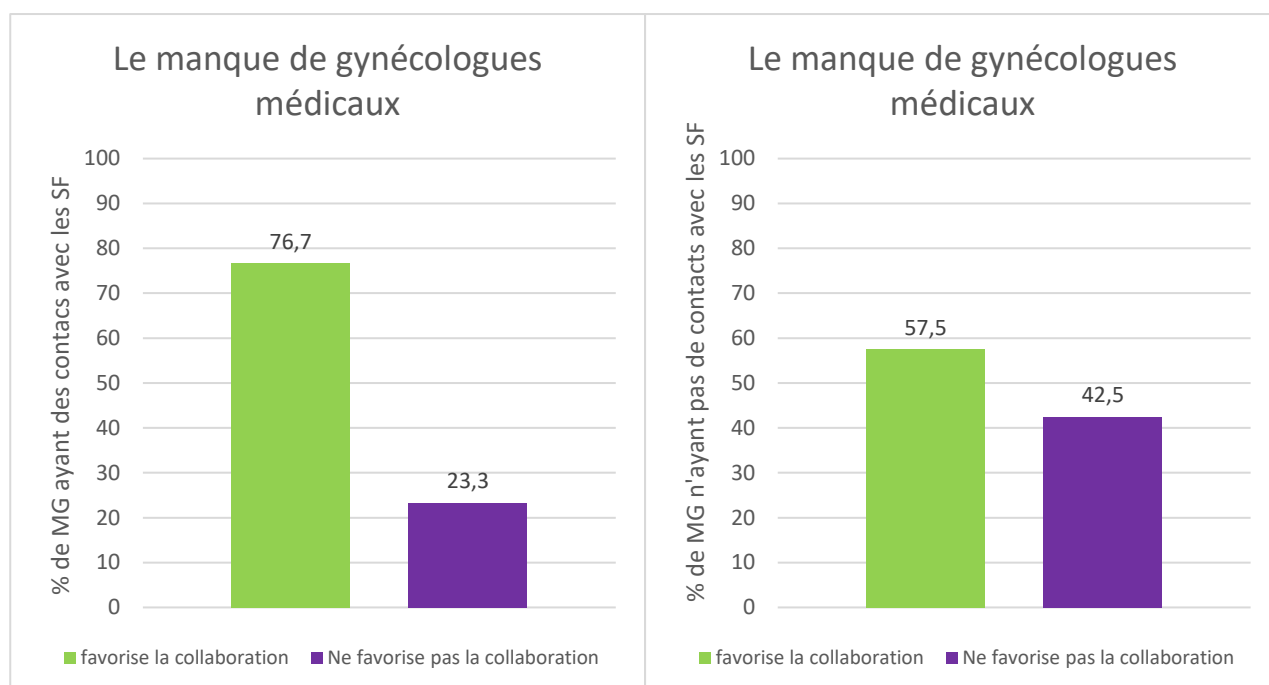
a) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le fait d'avoir des contacts ou non avec les sages-femmes libérales (Annexe 9)

Nous avons mis en relation les facteurs favorisant la collaboration avec le fait d'être en contact ou non avec les sages-femmes libérales.

Pour plus de clarté, les résultats principaux ont été représentés sous la forme d'histogrammes.

L'item « Ne favorise pas la collaboration » correspond aux réponses « Non » et « Plutôt non » de la question « Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? ».

L'item « Favorise la collaboration » correspond aux réponses « Oui » et « Plutôt oui ».



Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes :

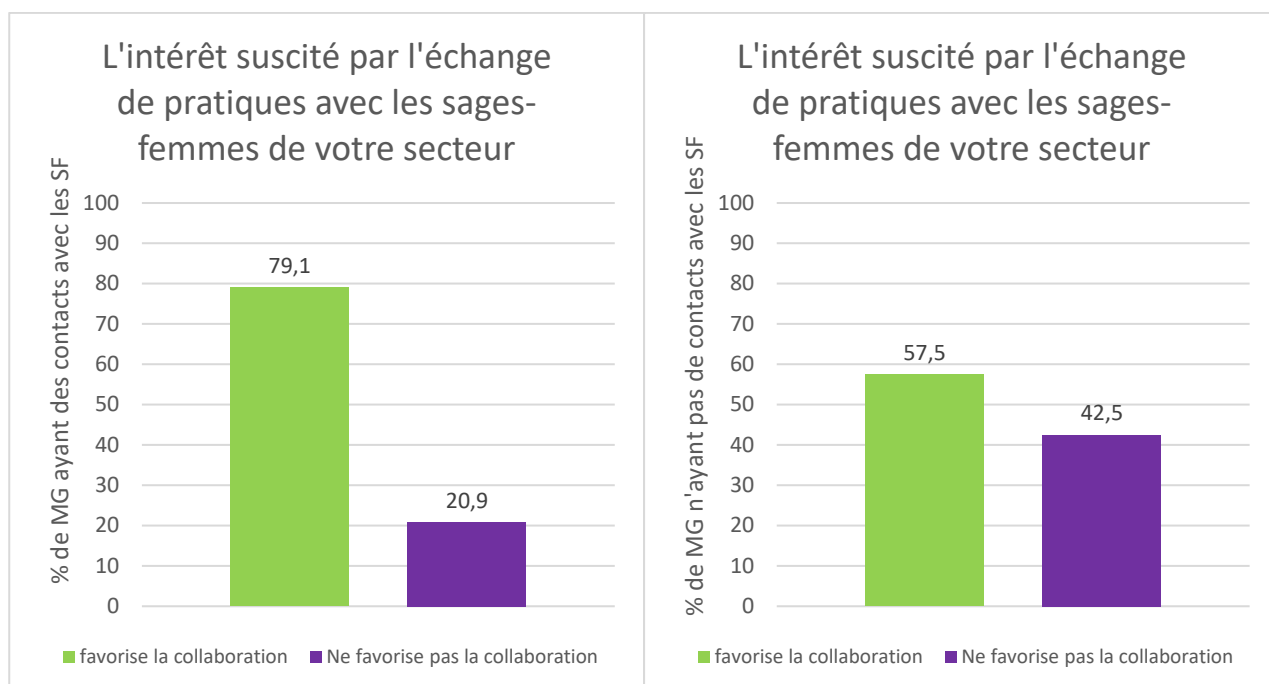
- 76,7% estiment que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du χ^2).)

Chez les médecins généralistes qui n'ont pas de contact avec les sages-femmes :

- 57,5% estiment que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration,
- 42,5% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

De façon significative pour ceux qui sont en contact avec les sages-femmes, les médecins généralistes estiment que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration.



Chez les médecins généralistes qui ont des contacts avec les sages-femmes :

- 79,1% estiment que l'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de leur secteur favorise la collaboration.

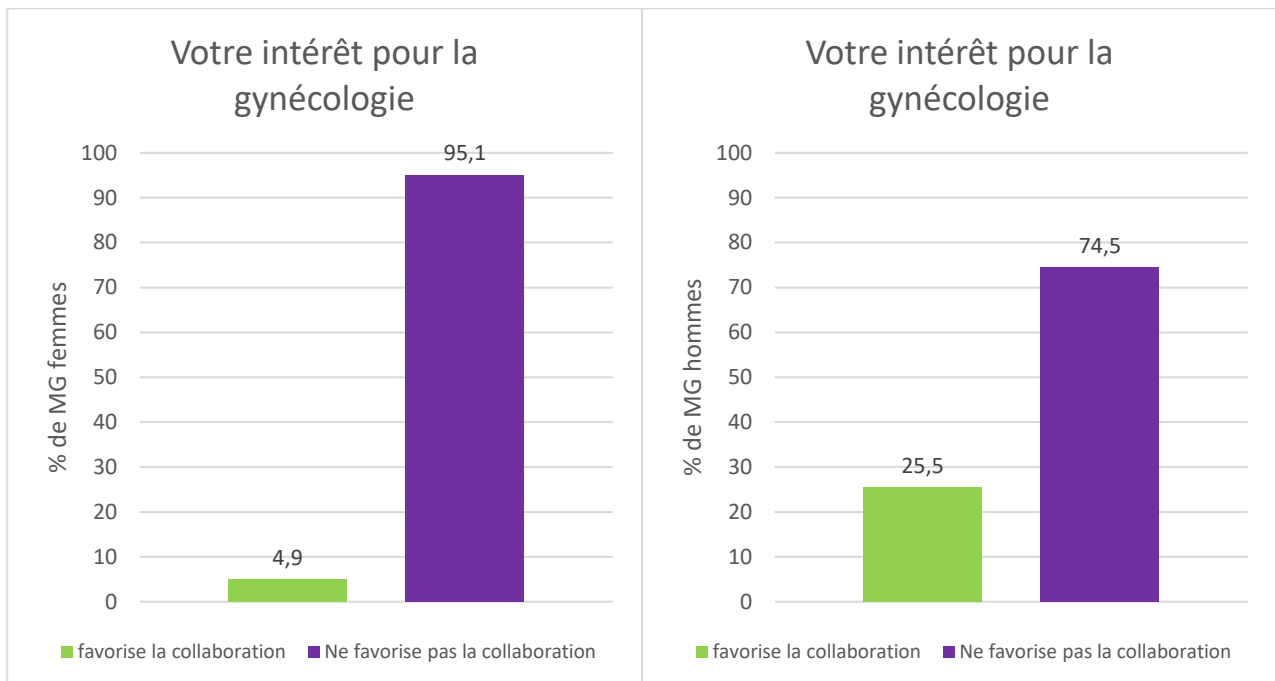
(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du χ^2).)

Chez les médecins généralistes qui n'ont pas de contact avec les sages-femmes :

- 57,5% estiment que l'intérêt d'un échange de pratiques avec les sages-femmes de leur secteur favorise la collaboration,
- 42,5% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

Le fait d'être intéressé par un échange de pratiques avec les sages-femmes favorise la collaboration pour les médecins généralistes qui sont en contact avec les sages-femmes.

**b) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le sexe
(Annexe 10)**



Pour l'ensemble des médecins généralistes, le fait d'être intéressé par la gynécologie ne favorise pas la collaboration.

Ce résultat est plus marqué pour les médecins généralistes femmes :

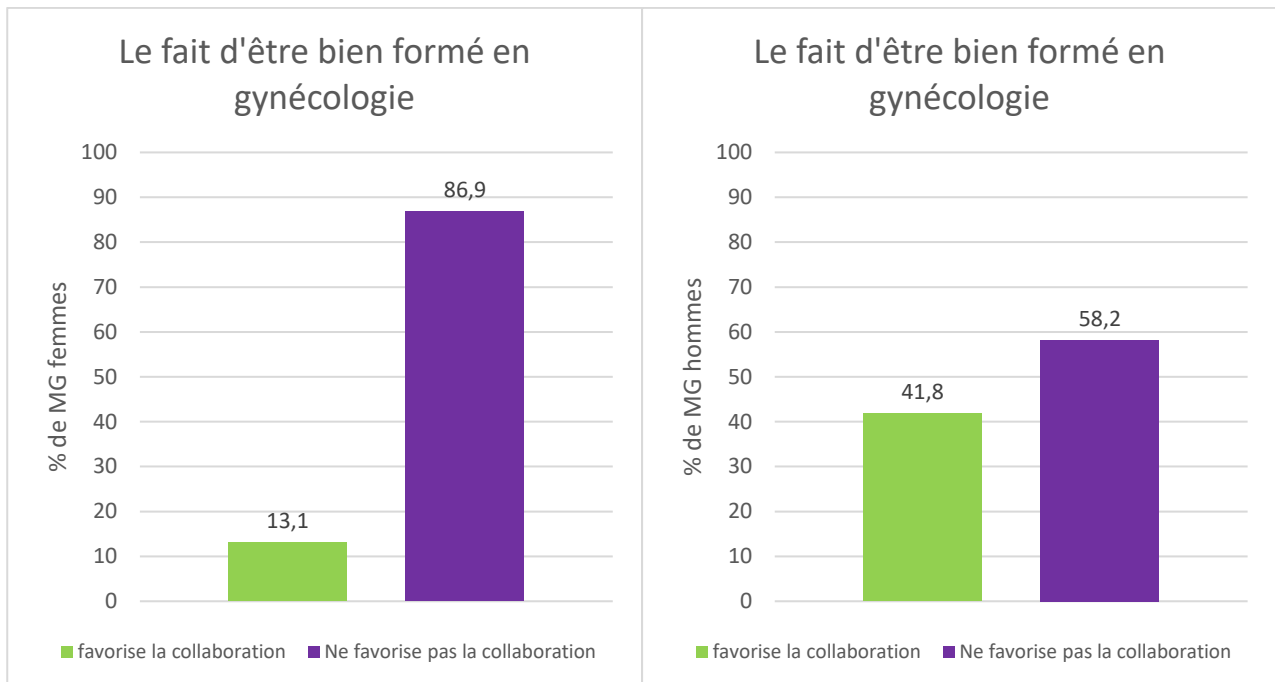
- 95,1% d'entre elles estiment que leur intérêt pour la gynécologie ne favorise pas la collaboration.

(Résultat significatif selon un test de Fisher ($p < 0,05$).)

Chez les médecins généralistes hommes :

- 74,5% estiment que leur intérêt pour la gynécologie ne favorise pas la collaboration.

Le fait d'être intéressé par la gynécologie ne favorise pas la collaboration pour les femmes médecins.



Chez les médecins généralistes femmes :

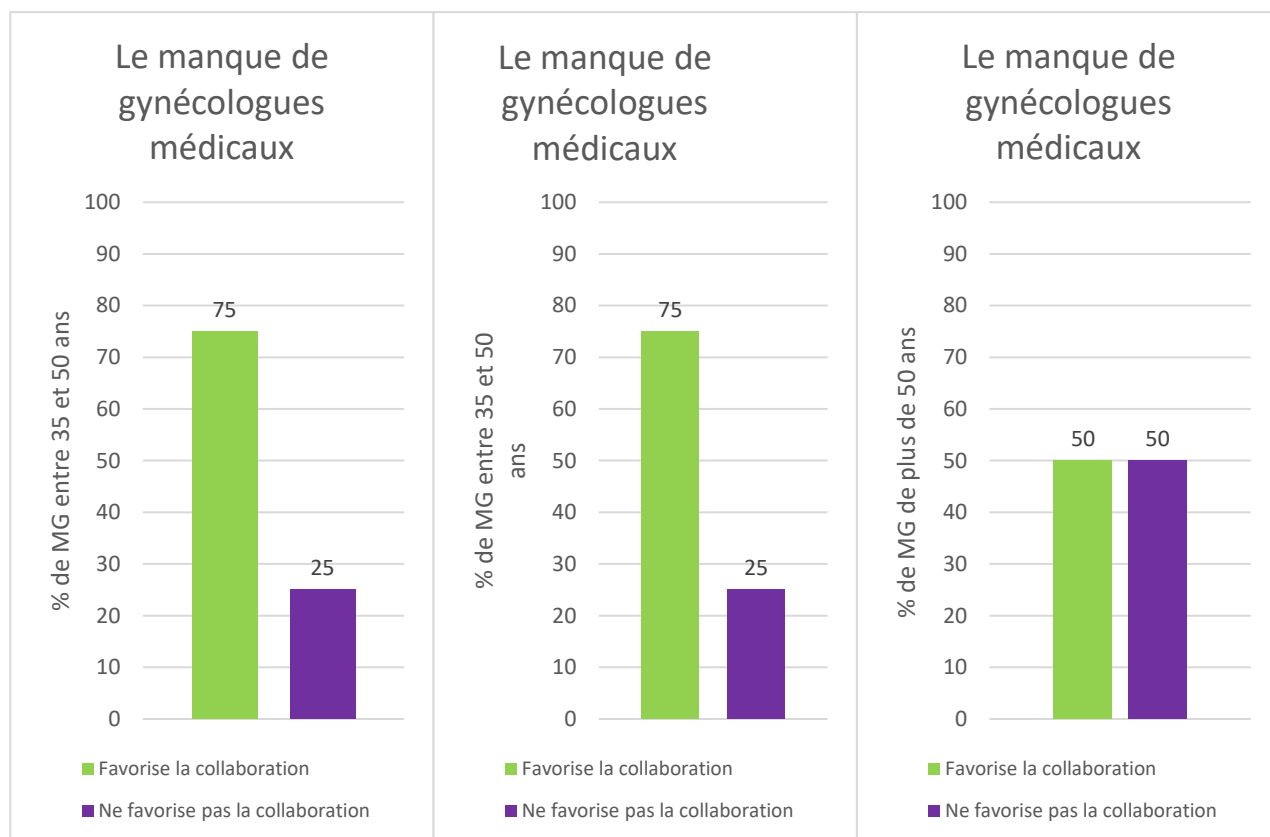
- 86,9% estiment qu'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration. (Résultat significatif selon un test du Chi2 ($p < 0,05$).)

Chez les médecins généralistes hommes, le résultat est plus partagé :

- 58,2% estiment qu'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration,
- 41,8% pensent qu'il s'agit plutôt d'un facteur favorisant.

Le fait d'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration pour les femmes médecins.

**c) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec l'âge
(Annexe 11)**



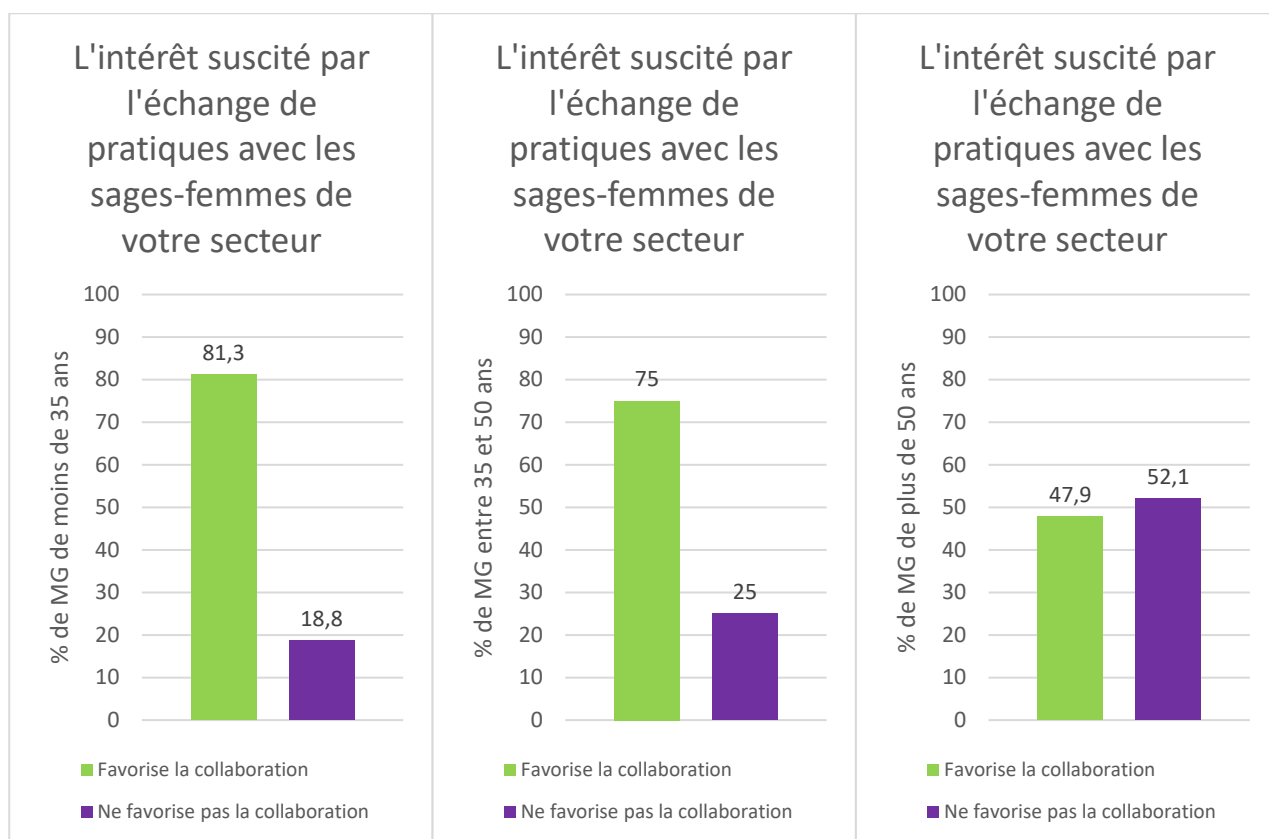
Chez les médecins de moins de 50 ans :

- 75% estiment que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration. (Résultat significatif selon un test du Chi2 ($p < 0,05$)).

Chez les médecins de plus de 50 ans, l'avis est partagé :

- 50% estiment que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration,
- 50% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

Les médecins de moins de 50 ans estiment de façon significative que le manque de gynécologues médicaux favorise la collaboration avec les sages-femmes.



Chez les médecins généralistes de moins de 35 ans :

- 81,3% estiment que l'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de leur secteur favorise la collaboration.

Chez les médecins généralistes de 35 à 50 ans :

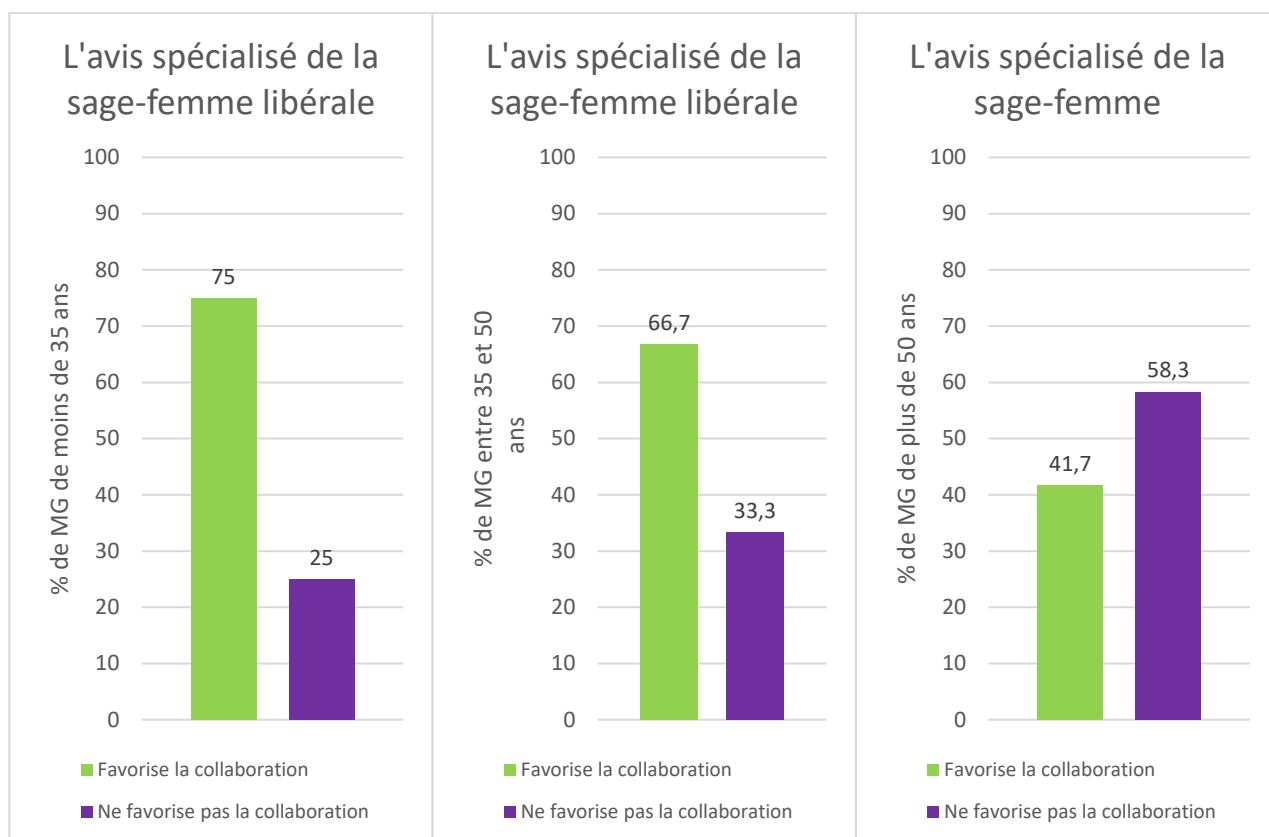
- 75% estiment que l'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de leur secteur favorise la collaboration.

Chez les médecins généralistes de plus de 50 ans, l'avis est partagé :

- 47,9% estiment que l'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de leur secteur favorise la collaboration,
- 52,1% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

Ce résultat était statistiquement significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).

Les médecins de moins de 50 ans estiment de façon significative que l'intérêt d'un échange de pratiques avec les sages-femmes du secteur favorise la collaboration.



Chez les médecins généralistes de moins de 35 ans :

- 75 % estiment que l'avis spécialisé de la sage-femme libérale favorise la collaboration.

Chez les médecins de 35 à 50 ans :

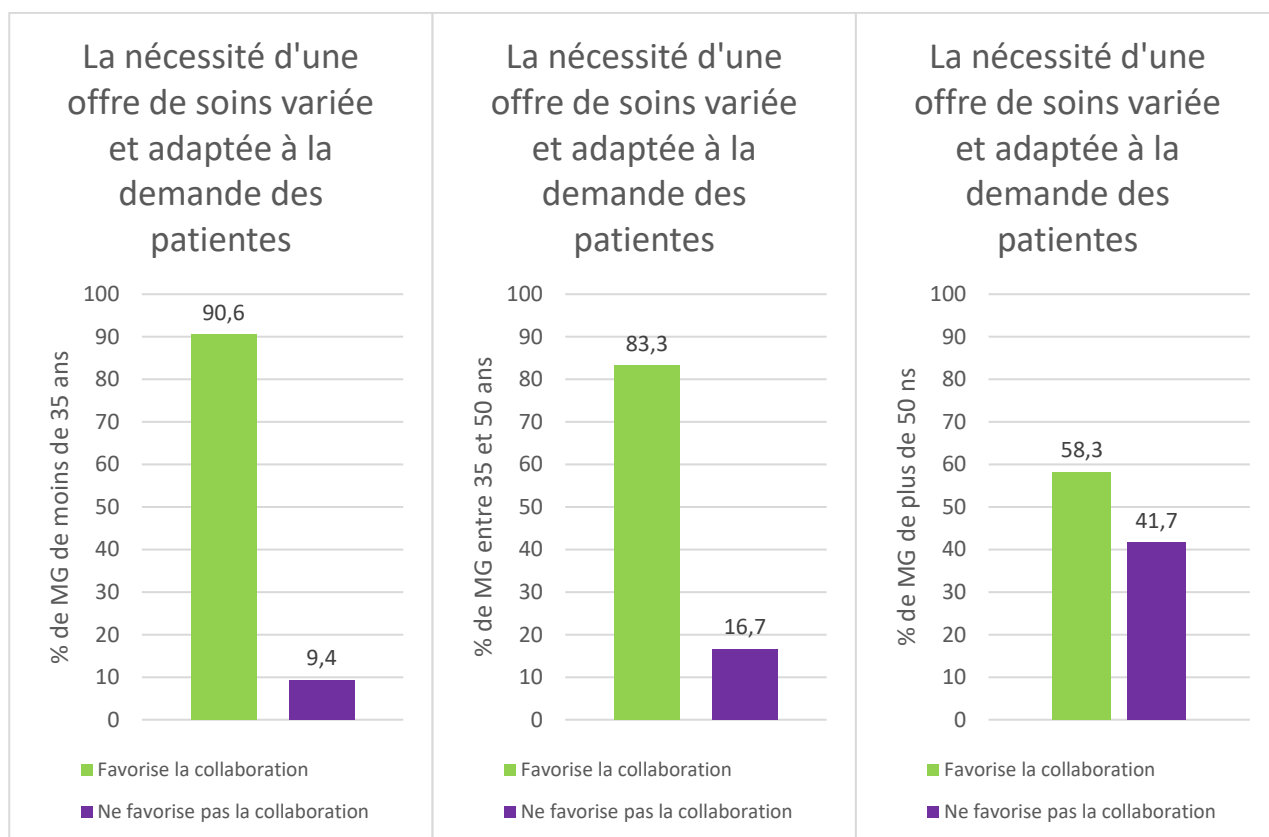
- 66,7% estiment que l'avis spécialisé de la sage-femme favorise la collaboration.

A l'inverse, chez les médecins généralistes de plus de 50 ans :

- 58,3% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).

Les médecins de moins de 50 ans estiment de façon significative que l'avis spécialisé que peut fournir la sage-femme libérale favorise la collaboration.



Chez les médecins de moins de 35 ans :

- 90,6% estiment que la nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes favorise la collaboration.

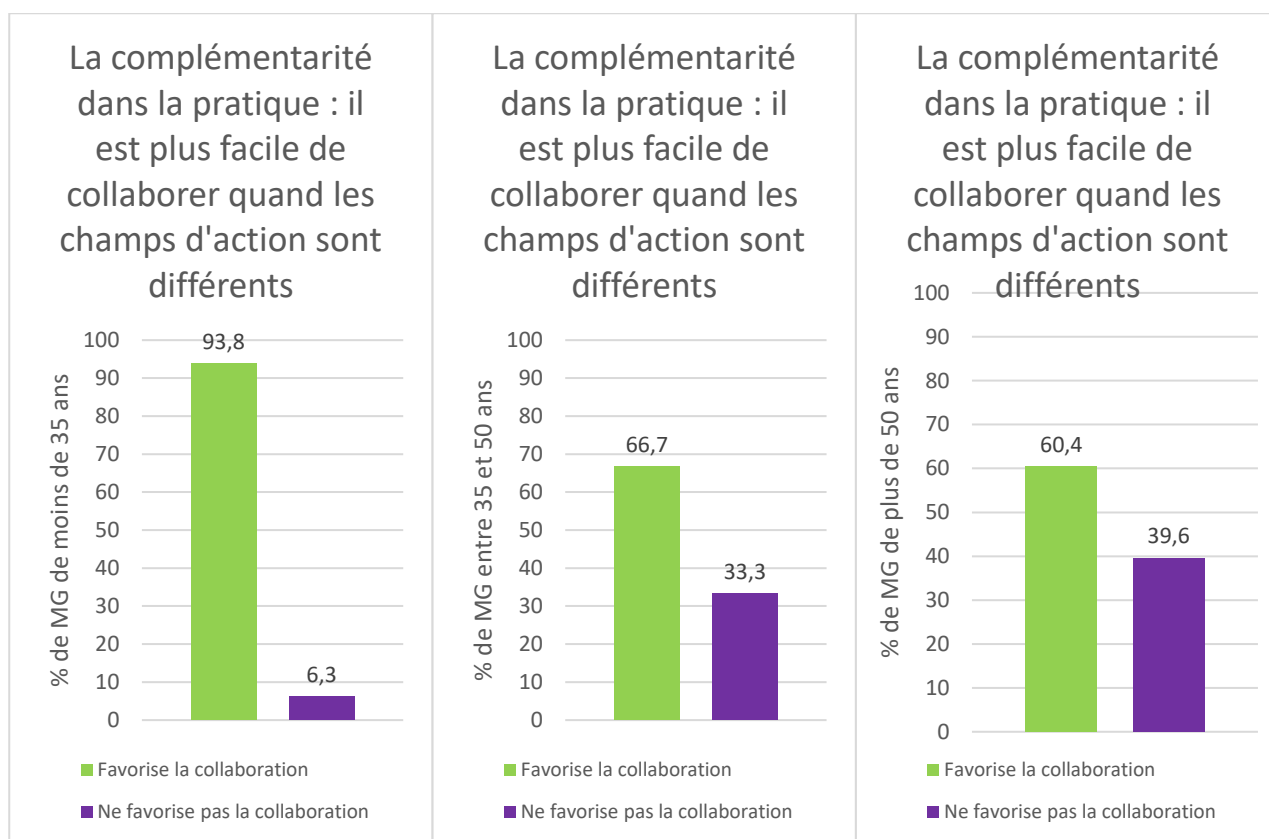
Chez les médecins entre 35 et 50 ans :

- 83,3% estiment que la nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes favorise la collaboration.

La différence est moins marquée pour les plus de 50 ans chez qui 58,3% pensent qu'il s'agit d'un facteur favorisant.

La différence avec les plus de 50 ans est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

Les médecins de moins de 50 ans estiment de façon significative que la nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes favorise la collaboration avec les sages-femmes.



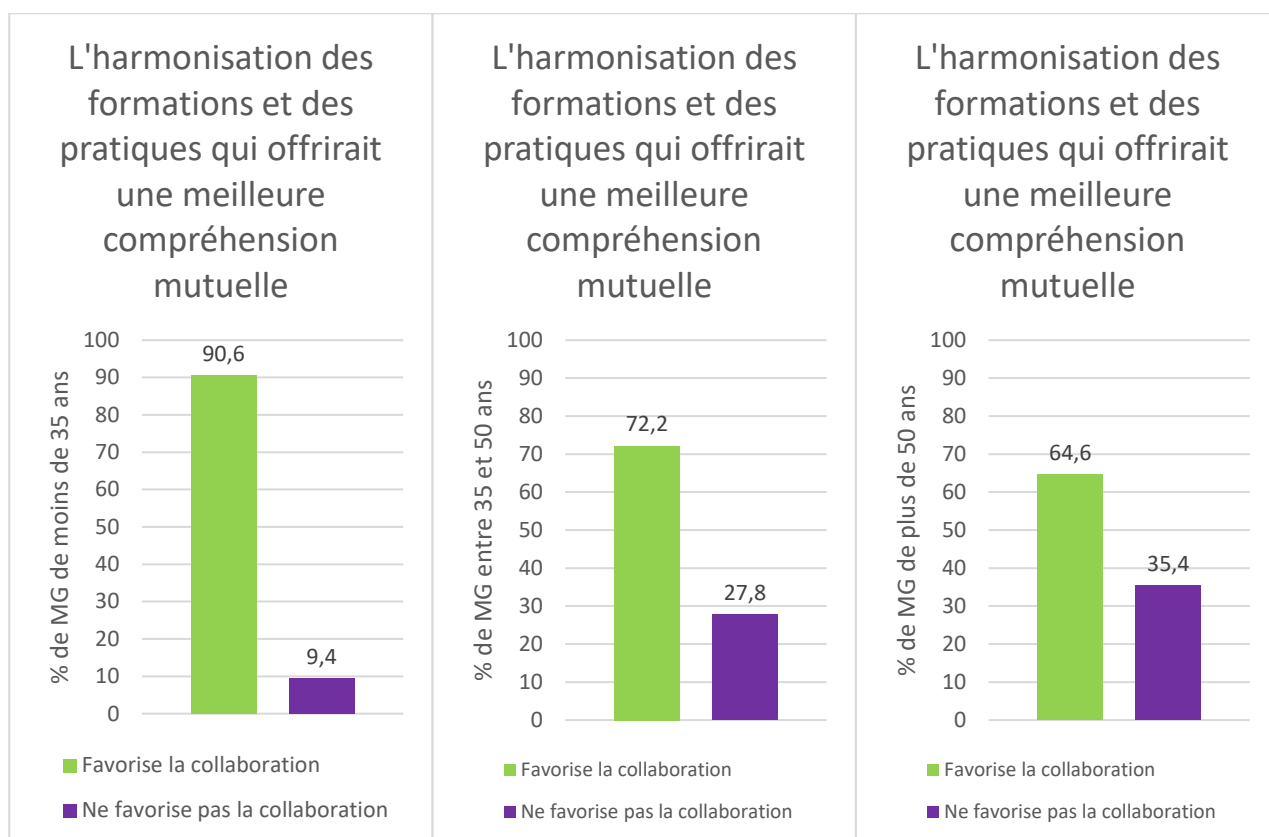
Chez les médecins de moins de 35 ans :

- 93,8% estiment que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration.

La différence est moins marquée pour les 35-50 ans (66,7%) et les plus de 50 ans (60,4%).

La différence avec les moins de 35 ans est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

Les médecins de moins de 35 ans estiment de façon significative que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration avec les sages-femmes.



Chez les médecins de moins de 35 ans :

- 90,6% estiment que l'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration.

La différence est moins marquée pour les 35-50 ans (72,2%) et pour les plus de 50 ans (64,6%).

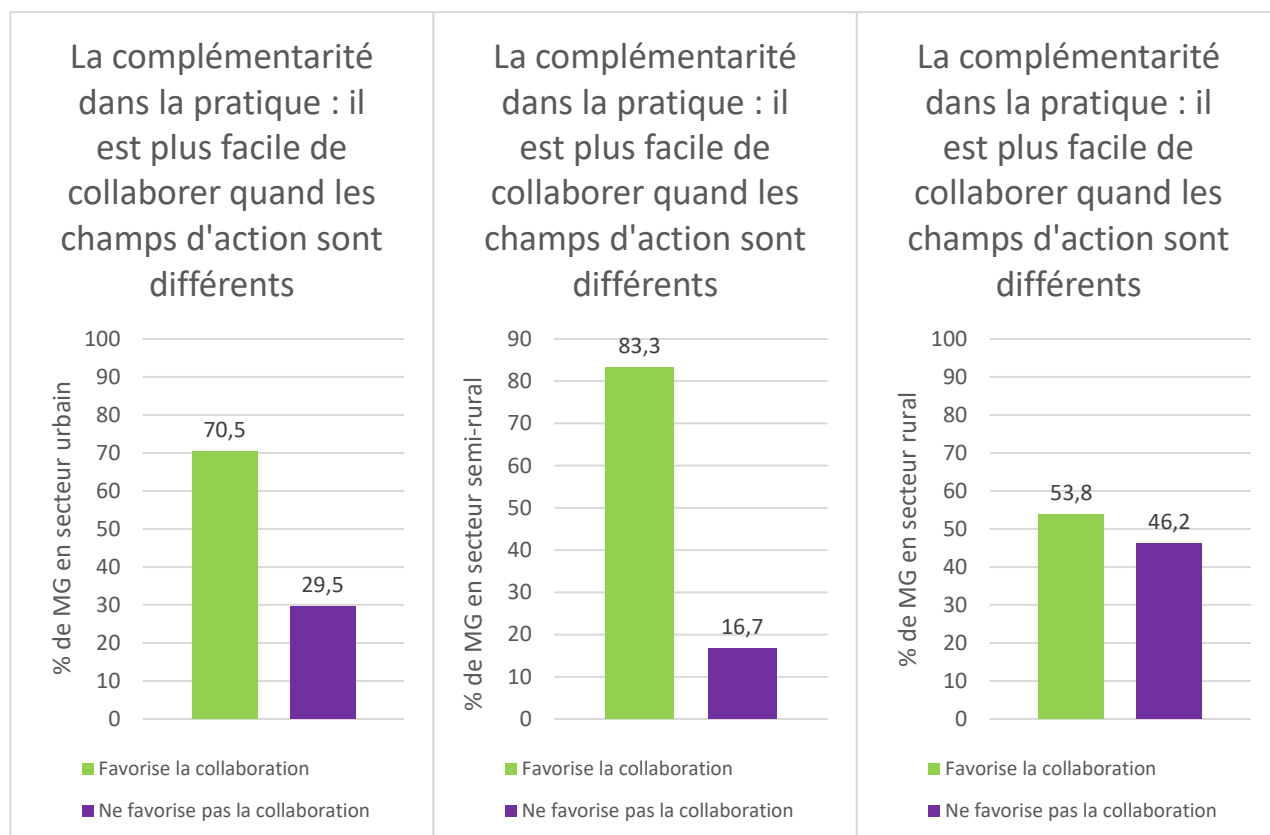
La différence avec les moins de 35 ans est statistiquement significative ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

Les médecins de moins de 35 ans estiment de façon significative que l'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration avec les sages-femmes.

d) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le mode d'exercice (Annexe 12)

Le fait d'exercer seul, en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire n'influe pas de manière significative sur les facteurs favorisant la collaboration.

e) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec le secteur d'exercice (Annexe 13)



Chez les médecins exerçant en secteur urbain :

- 70,5% estiment que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration.

Chez les médecins exerçant en secteur semi-rural :

- 83,3% estiment que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration.

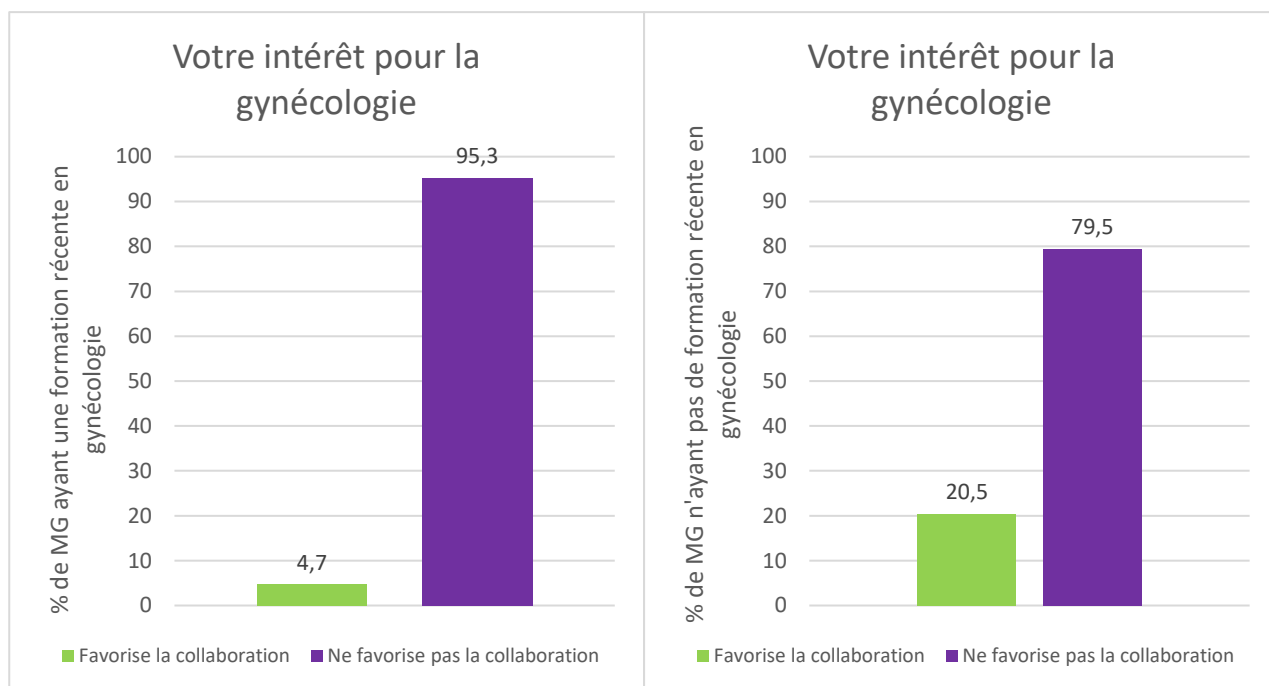
La différence est moins marquée pour ceux exerçant en milieu rural (53,8%).

La différence est statistiquement significative pour les médecins exerçant en milieu rural ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).

La différence de champ d'action favorise la collaboration pour les médecins semi-ruraux et urbains.

Le fait d'exercer dans un secteur urbain, rural ou semi-rural n'influe pas de manière significative sur les autres facteurs favorisant la collaboration.

f) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec la formation en gynécologie (Annexe 14)



Chez les médecins qui se sont formés en gynécologie :

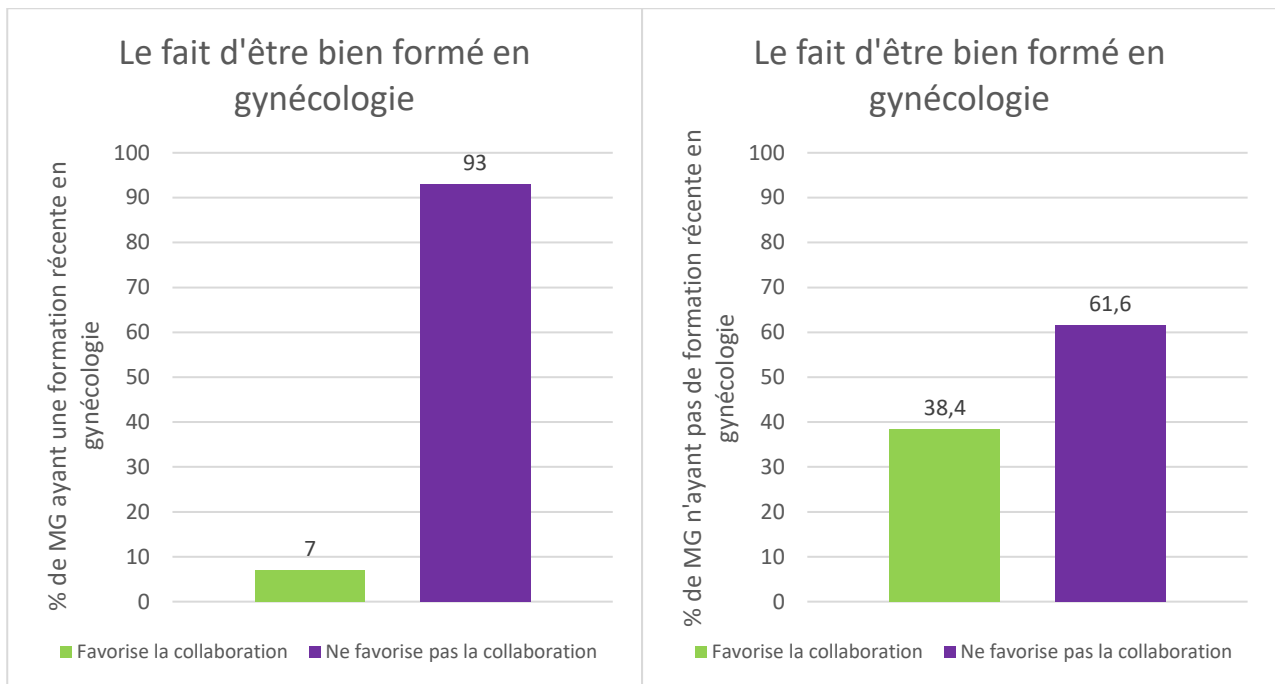
- 95,3% estiment que leur intérêt pour la gynécologie ne favorise pas la collaboration.

Ce résultat est significatif ($p < 0,05$ selon un test de Fisher).

Chez les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie, le résultat est un peu moins marqué :

- 79,5% estiment que leur intérêt pour la gynécologie ne favorise pas la collaboration

L'intérêt pour la gynécologie ne favorise pas la collaboration pour les médecins formés récemment en gynécologie.



Chez les médecins qui se sont formés en gynécologie :

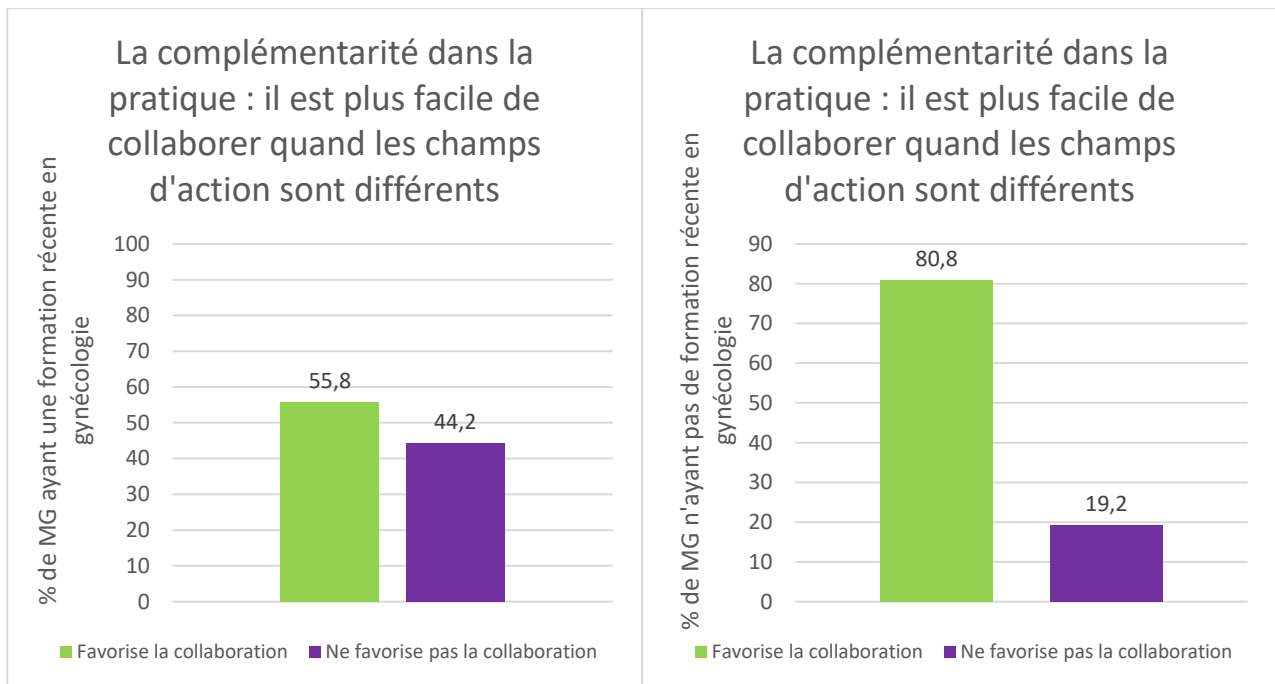
- 93% estiment que le fait d'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2).)

Chez les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie, le résultat est moins marqué :

- 61,6% estiment que le fait d'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration.

Être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration pour les médecins formés récemment en gynécologie.



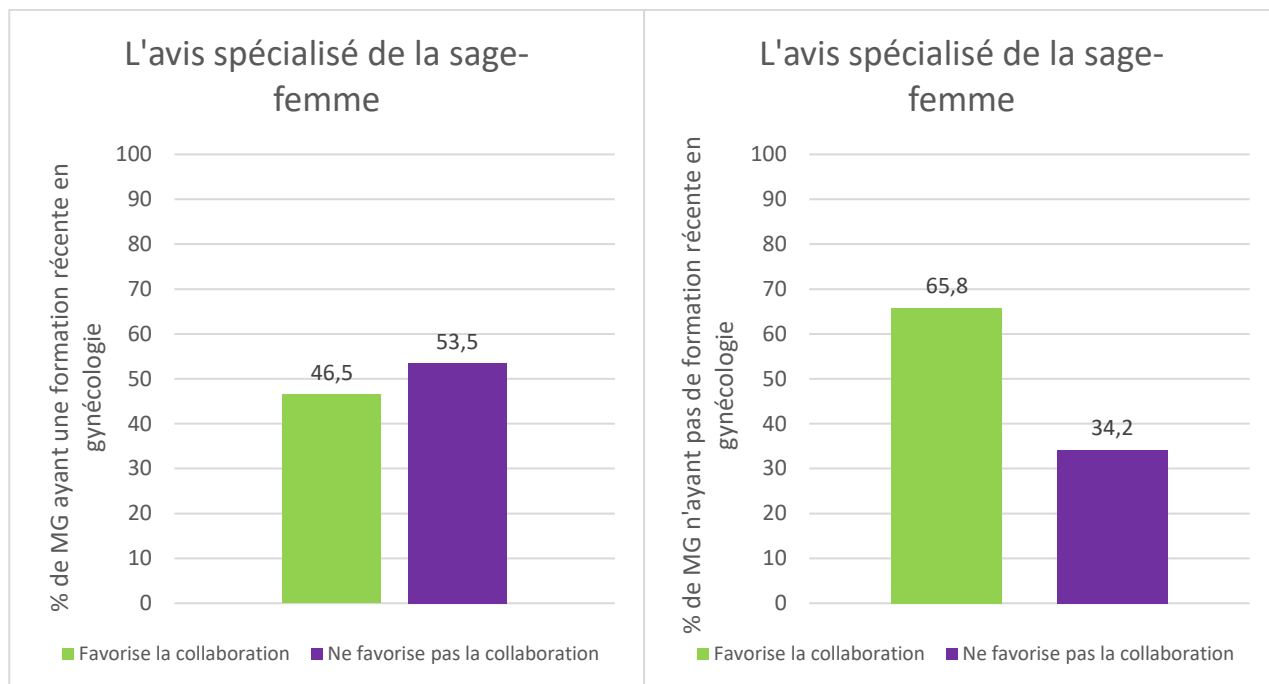
Chez les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie :

- 80,8% estiment que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration. (Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2)).

Chez les médecins qui se sont formés en gynécologie, ce résultat est moins marqué :

- 55,8% estiment que la complémentarité dans la pratique favorise la collaboration.

La différence de champs d'action favorise la collaboration des médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie.



Chez les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie :

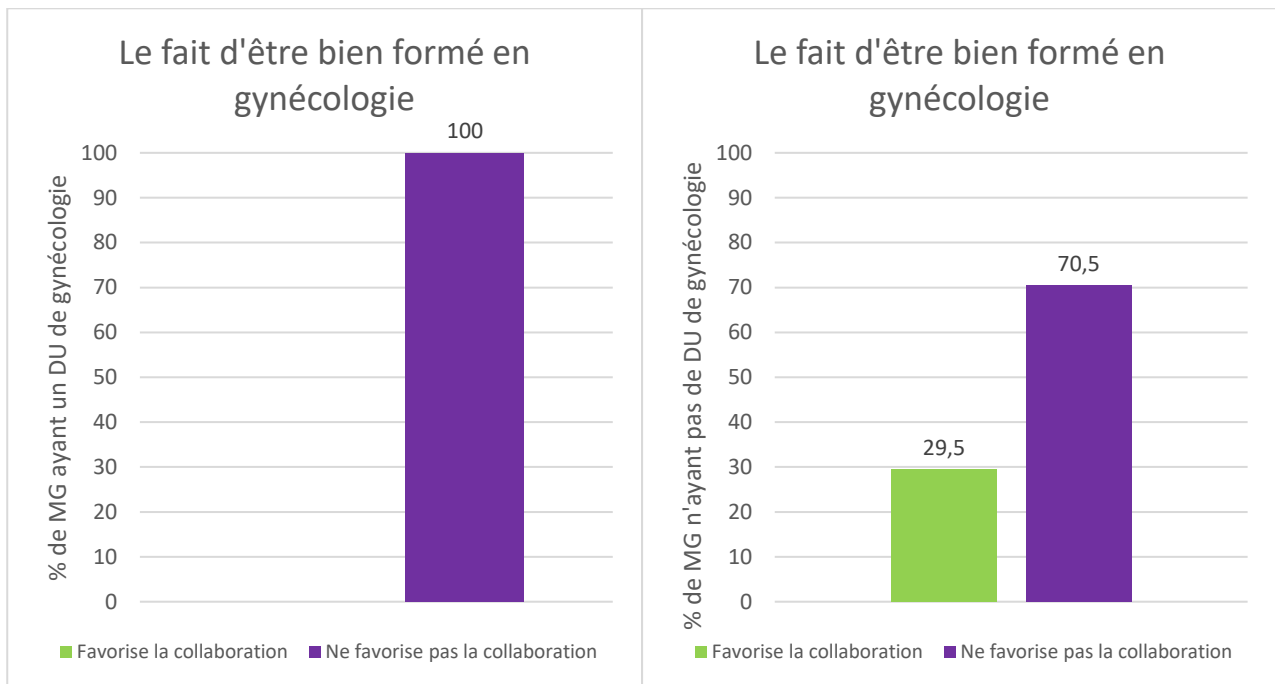
- 65,8% estiment que l'avis spécialisé de la sage-femme favorise la collaboration. (Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2)).

Chez les médecins qui se sont formés en gynécologie, le résultat est partagé :

- 46,5% estiment que l'avis spécialisé de la sage-femme favorise la collaboration,
- Et 53,5% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

L'avis spécialisé de la sage-femme libérale favorise la collaboration pour les médecins qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie.

g) Comparaison des facteurs favorisant la collaboration avec l'obtention d'un diplôme universitaire de gynécologie (Annexe 15)



Chez les médecins ayant un DU de gynécologie :

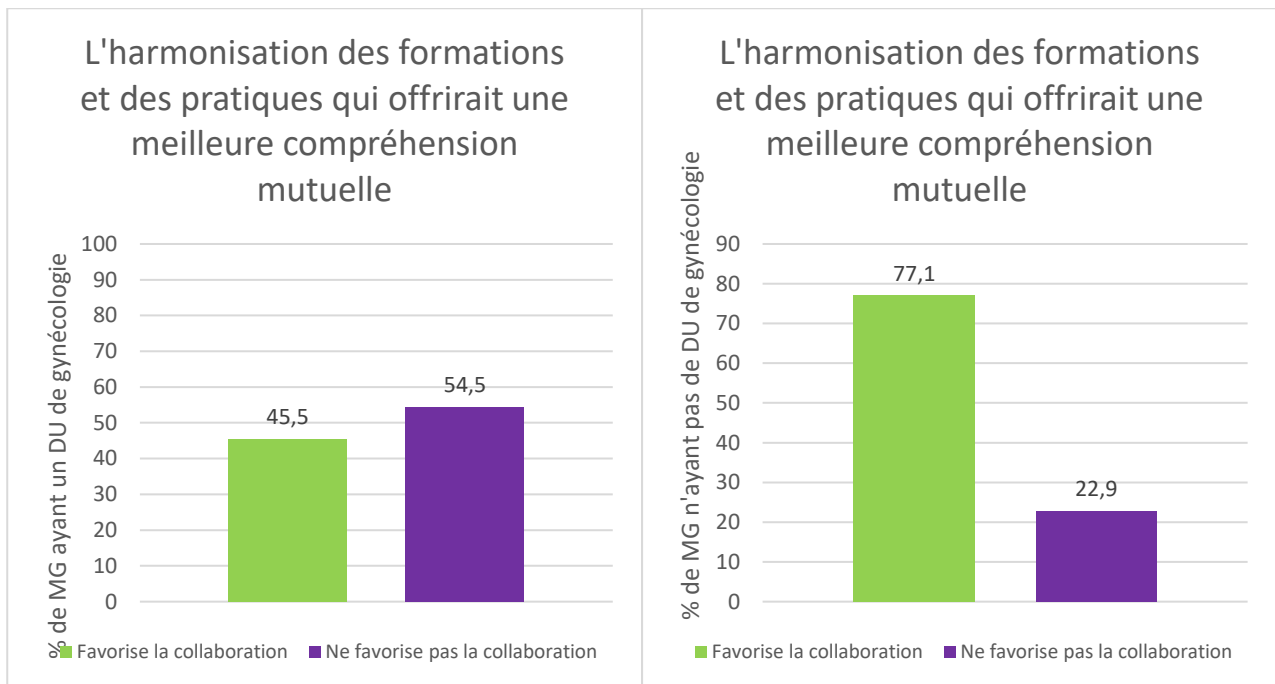
- La totalité estime que le fait d'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test de Fisher)).

Chez les médecins n'ayant pas de DU de gynécologie, ce résultat est moins marqué :

- 70,5% estiment que le fait d'être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration,
- 29,5% pensent qu'il s'agit d'un facteur favorisant.

Être bien formé en gynécologie ne favorise pas la collaboration pour les médecins ayant un DU de gynécologie.



Chez les médecins n'ayant pas de DU de gynécologie :

- 77,1% estiment que l'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration.

(Résultat significatif ($p < 0,05$ selon un test du Chi2)).

Chez les médecins ayant un DU de gynécologie, le résultat est partagé :

- 45,5% estiment que l'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration.
- 54,5% pensent qu'il ne s'agit pas d'un facteur favorisant.

L'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration pour les médecins n'ayant pas de DU de gynécologie.

7. DISCUSSION

7.1. Limites de l'étude

a) Biais de recrutement

La population cible était les médecins généralistes installés en Haute-Normandie.

Nous avons opté pour un envoi par mail du questionnaire.

Ainsi, nous pensions pouvoir l'adresser à un plus grand nombre de médecins et être les plus représentatifs possible.

Cependant, la période d'envoi (de février 2016 à juillet 2016) a correspondu à la période de fusion des régions Haute et Basse-Normandie et le contact que nous avons au sein de l'URPS Haute-Normandie (future URML Normandie basée à Caen) n'a pas pu nous permettre de diffuser le questionnaire.

Nous avons donc sollicité plusieurs syndicats et associations de médecins généralistes dont une, MG Form Normandie, a accepté de nous diffuser. Deux groupes de pairs ont également été sollicités.

Bien qu'ayant permis l'envoi du questionnaire à 300 médecins généralistes haut-normands, ces moyens de diffusion ont constitué un biais de recrutement.

Avoir recruté dans des groupes de formation a augmenté, de fait, le nombre de médecins formés récemment à la gynécologie.

b) Représentativité

Les caractéristiques démographiques des participants à l'étude ont été comparées à celles des médecins haut-normands, de l'« Atlas Haute-Normandie de la démographie médicale en 2015 », publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹⁶.

Nous avons comparé la répartition du sexe et de l'âge des 133 médecins de l'échantillon, à la répartition du sexe et de l'âge des 1616 médecins généralistes installés en Haute-Normandie.

La population de l'étude comportait 52% de femmes et 60% des participants avaient moins de 50 ans, alors que le paysage des médecins généralistes haut-normands est constitué majoritairement d'hommes (64%) de plus de 50 ans (69,2%).

L'hypothèse H0 était que la distribution de l'échantillon était conforme à la distribution de la population de médecins généralistes haut-normands installés.

L'hypothèse H1 était que la distribution de l'échantillon n'était pas conforme à la distribution de la population de médecins généralistes haut-normands installés.

Nous avons réalisé un test du Chi-2 avec 1 degré de liberté pour le sexe (Chi-2 théorique égal à 3,84) et 2 pour l'âge (Chi-2 théorique égal à 5,99), et un risque alpha de 5%.

Les Chi-2 calculés étaient supérieurs aux Chi-2 théoriques (13,24 pour le sexe et 106 pour

l'âge). L'hypothèse H0 était rejetée.

Notre échantillon n'était donc pas représentatif de la population de médecins généralistes hauts normands.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes étaient plus sensibles au sujet de la thèse car pratiquant plus fréquemment le suivi gynécologique (en moyenne 12,6% d'actes de gynécologie obstétrique par semaine contre 4,8 % chez les hommes dans la thèse de Sabrina Dias en 2010 en Ile de France [1]), et ont donc plus volontiers répondu au questionnaire.

c) Questionnaire

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site SurveyMonkey. Il était divisé en 4 parties et il fallait avoir répondu à toutes les questions pour pouvoir passer à la partie suivante. Cela permettait d'éviter les oublis.

Le questionnaire était un peu long, ce qui a pu décourager certains des participants (le nombre de répondants aux questions décroît au fur et à mesure du questionnaire).

Le taux de réponses de 44,3% était relativement satisfaisant (similaire à d'autres thèses : Dias¹⁷ en 2010 : 42,5%, Champeaux¹⁸ en 2013 : 48,5%), sans relance des médecins généralistes.

Le questionnaire était volontairement quantitatif afin de recueillir l'avis du plus grand nombre. Les participants pouvaient malgré tout développer certaines idées ou ajouter des commentaires par le biais des items « autre » à la fin des questions 8 et 9.

7.2. Activité gynécologique des médecins généralistes

a) Motif de consultation gynécologique le plus fréquent

Dans notre étude, les consultations les plus pratiquées étaient les consultations de contraception.

Venaient ensuite la vaccination des femmes, le suivi du nouveau-né puis le suivi d'une grossesse normale.

Dans l'étude de l'observatoire Thalès¹⁹ menée entre juillet 1998 et juillet 1999, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique était de 3,6 par femme et par an.

Le motif de consultation le plus fréquent était également la contraception (35% des consultations gynécologiques), puis venaient la ménopause (23,8%) et le suivi de grossesse (18,1%).

Le travail de thèse de Sabrina Dias¹⁷ en 2010 retrouvait également la contraception comme motif le plus fréquent de consultation en gynécologie (suivi des douleurs pelviennes, des pathologies infectieuses puis du suivi de grossesse).

En 2013, dans son mémoire de sage-femme, Maurine Petit²⁰ faisait un état des lieux du suivi gynécologique et de prévention et des consultations de contraception auprès des patientes et sages-femmes haut-normandes.

27 sages-femmes libérales avaient été interrogées sur le type de consultations qu'elles pratiquaient.

50% de leur activité comprenait la rééducation périnéo-sphinctérienne et la préparation à l'accouchement.

Les consultations de suivi gynécologique et de contraception ne représentaient que 6% de leur activité.

70% des sages-femmes ne proposaient pas ce type de suivi à leurs patientes et la principale raison invoquée était le manque de formation.

Cependant, 42% d'entre elles souhaitaient développer ce type de consultations à l'avenir.

La même année, Justine Vincent²¹ a fait un état des lieux de la pratique du suivi gynécologique et de prévention auprès de 178 sages-femmes libérales et hospitalières de Seine-Maritime.

90% d'entre elles ne pratiquaient pas le suivi gynécologique mais 63% souhaitaient intégrer cette compétence à leur activité.

On remarque donc que l'activité de suivi gynécologique et de contraception n'est que peu pratiquée encore chez les sages-femmes libérales qui ne se sentent pas suffisamment formées.

Ce résultat est à temporiser car les deux études ont été réalisées en 2013, seulement 3 ans après la réforme de la loi HPST.

Étant donné l'évolution rapide de la profession de sage-femme ces dernières années, on peut penser que leur activité a également changé et qu'on ne retrouverait sans doute pas les mêmes résultats en renouvelant ces études en 2016.

b) Motif de consultation gynécologique le moins fréquent

Le motif de consultation en gynécologie le moins fréquent était la pose du DIU, son suivi et son retrait.

On retrouvait ce résultat dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal²² en 2006, où la pose du DIU chez les 274 médecins généralistes de Midi-Pyrénées n'était quasiment plus réalisée.

Dans la thèse de Rémi Champeaux¹⁸ en 2013, sur 97 médecins généralistes, 64,9% déclaraient ne pas poser de DIU.

Le travail de Thèse de Noémie Mauran²³ en 2006 montrait que 80% des médecins n'étaient pas satisfaits de leur apprentissage pratique et qu'ils manquaient d'aisance dans les gestes techniques. Ceci peut expliquer que les médecins généralistes soient peu enclins à poser des DIU.

Dans une étude réalisée par l'institut BVA²⁴ en 2008, « seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique », ce qui peut expliquer qu'elles ne se tournent pas préférentiellement vers leur médecin généraliste pour les gestes techniques comme la pose de DIU.

Le deuxième motif de consultation gynécologique le moins fréquent était la vaccination BCG du nouveau-né.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le vaccin BCG est en rupture de stock en France depuis fin 2014 et n'est disponible que dans les centres de PMI et les Centres de Lutte Antituberculeuse.

De plus, la vaccination n'est plus obligatoire pour les enfants et adolescents avant l'entrée en collectivité depuis 2007. Elle n'est recommandée que pour les enfants à risque élevé de tuberculose ce qui limite le nombre de nouveau-nés vaccinés.

c) Influence du sexe des praticiens sur la pratique de la gynécologie

On observait que les femmes pratiquaient plus souvent les consultations de suivi gynécologique que les hommes.

Dans la thèse de Sabrina Dias¹⁷, on retrouvait cette même différence : les médecins généralistes hommes d'Ile de France réalisaient en moyenne 4,8% d'actes de gynécologie obstétrique sur leur activité globale contre 12,6% pour les femmes (Chi2 36,23, ddl=1).

Ce résultat était en accord avec le travail de Magali Costes et Géraldine Louzeau Arnal²² qui montrait que les femmes réalisaient 38 actes de gynécologie par mois contre 16 pour les hommes. Elles pratiquaient plus les FCV, l'adaptation des contraceptions œstro-progestatives et le suivi de grossesse.

La profession de médecin se féminise depuis une cinquantaine d'années. Les femmes sont passées de 10% en 1962, à 36% en 2003 puis 58% en 2015.

En 2015, 60% des médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans étaient des femmes¹¹. On peut donc penser que les patientes seront de plus en plus suivies par leur médecin généraliste.

Cependant, parallèlement à la féminisation de la profession, le nombre de médecins généralistes exerçant en activité régulière décroît. Sur la période de 2007-2016, les effectifs ont diminué de 8,4%¹¹.

On peut donc supposer que la féminisation de la profession de généraliste ne suffira pas, seule, à endiguer la demande de suivi gynécologique.

d) Influence de l'âge sur la pratique de la gynécologie

L'âge semblait avoir peu d'influence sur la pratique du suivi gynécologique. Il existait une différence seulement pour la consultation pré-conceptionnelle, celle du post-partum et la consultation de sevrage tabagique qui étaient plus souvent réalisées par les plus de 35 ans.

Le travail de Rémi Champeaux¹⁸ en 2013 ne retrouvait pas non plus de différence d'activité gynécologique selon la tranche d'âge des médecins généralistes.

e) Influence du lieu d'exercice sur la pratique de la gynécologie

Le lieu d'exercice semblait influencer uniquement sur la consultation de demande d'IVG. En effet, celle-ci était plus souvent pratiquée par les médecins exerçant en milieu urbain.

Ceci peut s'expliquer par le fait que 2/3 des IVG sont réalisées chez les moins de 30 ans et que le secteur urbain concentre une plus grande proportion de jeunes que le secteur rural²⁵.

f) Influence du mode d'exercice sur la pratique de la gynécologie

L'exercice seul, en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire ne semblait pas influencer de manière significative sur l'activité gynécologique.

Cependant pour chacun des items proposés la fréquence des consultations était plus importante pour les médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire puis pour ceux exerçant en groupe et enfin pour ceux exerçant seuls.

On retrouve cette tendance dans l'étude réalisée en Bretagne par Gwénola Levasseur²⁶, qui montrait que les médecins exerçant en groupe déclaraient une activité gynécologique plus importante que ceux exerçant seuls (12,5 actes par semaine vs 8,8). Ils étaient aussi ceux qui déclaraient une plus forte activité de consultations en général.

L'activité de groupe permet peut-être une meilleure organisation du temps de travail, ou un partage des frais de matériel indispensable à la pratique de la gynécologie. Est-ce aussi que les femmes qui pratiquent la gynécologie s'installent préférentiellement en groupe ou en maison de santé ?

g) Influence de la formation sur la pratique de la gynécologie

On observait que les médecins généralistes qui s'étaient formés en gynécologie étaient ceux qui pratiquaient le plus les différentes consultations du suivi gynéco-obstétrique. Cela s'explique par le fait que ce sont ceux qui sont les plus intéressés par cette discipline.

Nous nous attendions à retrouver cette différence entre les médecins ayant obtenu un diplôme universitaire de gynécologie et ceux n'en ayant pas mais elle n'était pas aussi marquée.

En effet, les médecins ayant obtenu un DU de gynécologie pratiquaient davantage le suivi de grossesse, la prise en charge des infections génitales et la pose du DIU, son suivi et son retrait. Pour les autres motifs de consultations, il n'y avait pas de différence significative. Seuls 9%, soient 13 des médecins de l'échantillon avaient un DU ce qui ne permettait pas d'obtenir des résultats concluants.

Dans la thèse de Sabrina Dias¹⁷, peu de médecins également avaient un DU en gynécologie (3,2% des 170 médecins de l'échantillon).

Peu de généralistes se forment en gynécologie par l'intermédiaire des diplômes universitaires.

7.3. Communication avec les sages-femmes

Dans la question « Avez-vous des contacts avec les sages-femmes ? », le terme « contacts » a volontairement été utilisé.

En effet, il est possible d'avoir des contacts sans pour autant collaborer. « Être en contact » n'implique pas de « collaborer ».

Le terme « collaborer » signifie « travailler dans le même sens », et avant de connaître les facteurs pouvant influencer la collaboration, nous voulions savoir dans un premier temps si médecins généralistes et sages-femmes se connaissaient et étaient en contact.

Chez les généralistes de l'étude, 62% affirmaient ne pas avoir de contact avec les sages-femmes libérales.

On observait que les généralistes qui avaient le plus de contacts avec les sages-femmes étaient ceux de la tranche d'âge 35-50 ans.

Cela peut s'expliquer par le fait que les moins de 35 ans n'étaient pas installés depuis suffisamment longtemps pour connaître les autres intervenants médicaux et paramédicaux du secteur, et par le fait que les plus de 50 ans n'ont pas pris l'habitude de collaborer avec des professionnels dont l'installation en libéral est récente.

Il n'y avait pas d'influence du sexe des médecins généralistes sur le fait qu'ils aient des contacts ou non avec les sages-femmes.

De la même façon, on ne retrouvait pas d'influence du mode d'exercice, ni du secteur d'exercice, ni du fait de s'être formé en gynécologie récemment.

En revanche, les médecins généralistes qui avaient obtenu un diplôme universitaire de gynécologie avaient plus de contacts avec les sages-femmes (74% d'entre eux contre 34% de ceux qui n'avaient pas de diplôme).

On peut penser que ces médecins ont été sensibilisés à l'exercice de la profession de sage-femme au cours de cette formation ou qu'ils ont rencontré des sages-femmes et sont plus enclins à communiquer avec.

Les médecins qui ont des contacts avec les sages-femmes sont donc ceux de 35-50 ans et ayant obtenu un diplôme universitaire de gynécologie.

Dans son mémoire réalisé en 2008 à Toulouse, Lorène Bertrand⁴ étudiait la collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes.

Sur les 41 sages-femmes interrogées, 56% jugeaient la qualité de leur collaboration médiocre ou nulle.

Sur les 44 généralistes, 53% jugeaient la qualité de la collaboration médiocre ou nulle.

La collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes libérales n'est pas très bonne en général.

7.4. Les facteurs limitant la collaboration

a) Le manque de communication autour des cas des patientes

Le manque de communication entre les deux professions était le facteur limitant principal de la collaboration (2,8 en moyenne pondérée sur 4).

On s'attendait à retrouver ce résultat car c'était le thème prédominant lors des entretiens pré-analytiques. Il avait été évoqué par tous les participants, médecins et sages-femmes.

On observait que $\frac{3}{4}$ (74,1%) des médecins n'ayant pas de diplôme universitaire en gynécologie pensaient que le manque de communication était un facteur limitant de la collaboration.

Ce résultat est cohérent avec celui de la question précédente qui montre que les médecins ayant un DU ont plus de contacts avec les sages-femmes.

Dans son mémoire qui étudiait le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales en 2012 à Lyon, Clara Monléon²⁷ montrait que 30% des médecins généralistes et des sages-femmes trouvaient qu'il existait un manque de communication et de coordination entre les différents professionnels et que 12% déploraient un manque d'information sur les dossiers des patientes.

La thématique du défaut de communication entre les professionnels n'est pas propre aux médecins généralistes et sages-femmes libérales.

Dans sa thèse en 2014, Laurène Corchia²⁸ avait étudié la communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants atteints de maladie chronique ou de handicap. Elle montrait qu'il n'existait pas de communication entre les deux professions (« relations rares, ponctuelles voire inexistantes ») mais que tous s'accordaient à dire qu'elle était primordiale pour la prise en charge des enfants.

Une étude qualitative de la BMC Pregnancy Childbirth²⁹ a été réalisée en 2014 à Rotterdam. Elle interrogeait des gynécologues obstétriciens, des sages-femmes libérales et des sages-femmes hospitalières sur la qualité de la coordination interprofessionnelle. Les différents professionnels s'accordaient à dire que l'organisation des soins anténataux était fragmentée, que la communication entre les professionnels était inadéquate et que cela diminuait la qualité des soins. Dans cette étude, l'information donnée par les femmes enceintes était nécessaire pour pallier le manque de communication interprofessionnelle.

Les difficultés de communication interprofessionnelles ne sont propres ni aux médecins généralistes et aux sages-femmes libérales, ni à la France.

b) La volonté de conserver une activité gynécologique

La volonté de conserver une activité gynécologique était un des facteurs limitants principaux de la collaboration (moyenne pondérée 2,6).

Cette volonté avait été également retrouvée chez 3 des 5 médecins interrogés au moment des entretiens pré-analytiques.

On observait que pour la majorité des médecins généralistes n'ayant pas de contact avec les sages-femmes (64,9%), la volonté de conserver une activité gynécologique était un facteur limitant de la collaboration.

Une des raisons de l'absence de communication avec les sages-femmes est de vouloir conserver une activité gynécologique.

- 71,9% des femmes s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un facteur limitant.
- 78,3% des médecins ayant eu une formation récente en gynécologie s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un facteur limitant.

Les femmes généralistes ont tendance à se former en gynécologie car elles souhaitent conserver une activité gynécologique et elles n'ont pas de contact avec les sages-femmes. On peut supposer que c'est parce qu'elles craignent une concurrence ou qu'elles n'ont pas besoin de cette collaboration, assumant seules le suivi gynécologique.

La thèse de Rémi Champeaux¹⁸ en 2013, à Poitiers, qui étudiait les freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale retrouvait cette tendance.

- 58,7% des généralistes déclaraient avoir un intérêt personnel pour la gynécologie, dont 81,2% des femmes.
- 59,8% appréciaient les gestes techniques et 55,4% trouvaient que cela permettait une diversification de la patientèle.

Sabrina Dias¹⁷ qui faisait l'état des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France trouvait que 55,9% des généralistes ne pratiquaient pas la gynécologie. Dans 23,1% des cas, il s'agissait d'un manque d'intérêt (pour 26,4% des hommes et 14,8% des femmes).

Ces résultats confirment la tendance d'une disparité hommes-femmes dans l'intérêt de la pratique de la gynécologie.

c) L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités

L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités était un des facteurs limitants principaux de la collaboration (moyenne pondérée de 2,6).

Cette habitude avait été retrouvée chez 4 des 5 médecins interrogés au moment des entretiens pré-analytiques. On pouvait donc s'attendre à ce résultat.

Il s'agissait d'un facteur limitant pour 76,6% des médecins généralistes n'ayant pas de contact avec les sages-femmes.

Les jeunes médecins (73,5% des moins de 35 ans) et les plus âgés (62,7% des plus de 50 ans) s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'un facteur limitant de la collaboration.

Il en était de même pour 61,6% des médecins n'ayant pas de diplôme universitaire en gynécologie.

Ce sont les plus jeunes médecins et les plus âgés, qui ont plutôt l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités :

- Les plus jeunes probablement parce qu'ils sont plus demandeurs d'avis spécialisés étant en début de carrière ou parce qu'ils n'ont pas eu le temps de rencontrer les sages-femmes de leur secteur.
- Les plus âgés parce qu'ils ont eu l'habitude de fonctionner avec les spécialistes et les hôpitaux et maternités tout au long de leur carrière, la profession de sage-femme libérale étant relativement récente.

Il s'agit de médecins n'ayant pas eu de formation récente en gynécologie et qui peut être ne connaissent pas bien le champ de compétences des sages-femmes libérales.

Ces médecins n'ont en majorité aucun contact avec les sages-femmes libérales.

Clara Monléon²⁷ montrait que lorsque les médecins généralistes ou les sages-femmes avaient besoin d'un avis, 80% d'entre eux sollicitaient souvent voire constamment la maternité et 70% sollicitaient parfois un spécialiste. En cas de dépassement de leurs compétences, 54% sollicitaient constamment la maternité.

Son travail reflétait donc également l'habitude plus grande des médecins généralistes, mais aussi des sages-femmes, à recourir aux maternités ou aux médecins spécialistes.

d) L'absence de présentation mutuelle

L'absence de présentation mutuelle est un des facteurs limitants principaux de la collaboration (moyenne pondérée de 2,6).

On pouvait s'attendre à ce résultat, l'idée ayant été évoquée par la majorité des médecins interrogés au moment de la pré-enquête.

Pour 67% des médecins qui n'avaient pas obtenu de diplôme universitaire de gynécologie, il s'agissait d'un facteur limitant de la collaboration.

Les médecins qui n'ont pas passé de DU semblent ne pas collaborer avec les sages-femmes parce qu'ils ne les connaissent pas.

On peut donc penser que lors de cette formation, les médecins sont amenés à rencontrer les sages-femmes, ce qui favorise leur collaboration.

Dans son travail de thèse sur l'échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de grossesse à bas risque, Caroline Bergeron³ notait que les deux professions s'accordaient à dire que les relations interprofessionnelles étaient pauvres. La communication était difficile et il n'y avait pas de présentation officielle lors des installations en libéral.

Dans le travail de Clara Monléon²⁷, 1/3 des médecins déclaraient ne jamais orienter de patientes vers les sages-femmes libérales. Les raisons invoquées pour 69% d'entre eux étaient qu'ils ne connaissaient pas les sages-femmes libérales autour de leur cabinet, ni leur champ de compétences.

Dans son mémoire réalisé en 2008, qui étudiait la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes, Lorène Bertrand⁴ avait interrogé 41 sages-femmes autour de Toulouse. Seulement 51% déclaraient avoir informé les généralistes du secteur de leur installation en libéral.

Les raisons invoquées par celles qui ne l'avait pas fait étaient qu'elles avaient plus de contact avec les gynécologues ou les maternités, que le cabinet était déjà connu, ou au contraire qu'elles n'avaient pas de contact avec les médecins du secteur. Or, 56% de ces sages-femmes jugeaient la qualité de la collaboration avec les médecins généralistes médiocre ou nulle.

Le fait de ne pas se présenter en début d'installation est donc un frein à la collaboration interprofessionnelle.

e) L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint

L'absence de demande d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint de la part des patientes est un des facteurs limitants principaux de la collaboration (moyenne pondérée de 2,6).

Il s'agissait d'un facteur limitant pour 66,2% des médecins généralistes n'ayant pas de contacts avec les sages-femmes libérales.

Chez les médecins ayant eu une formation récente en gynécologie, 71,7% trouvaient que c'était un facteur limitant.

Les médecins qui pensent que les patientes ne sont pas demandeuses d'un suivi conjoint avec la sage-femme sont ceux qui ne se sont pas formés récemment en gynécologie et qui ne communiquent pas avec les sages-femmes libérales.

Nous n'avons pas trouvé d'étude portant sur la possibilité d'un suivi gynécologique conjoint, en partenariat avec la sage-femme, libérale ou non, ou avec un gynécologue.

La volonté des patientes dans le choix du praticien qui les prendra en charge pour le suivi gynéco-obstétrical, reste primordial.

Dans son travail de mémoire en 2012, Marlène Humbert³⁰ avait montré que sur 530 patientes interrogées, 77,4% souhaitaient un gynécologue pour leur suivi de grossesse, 16,6%, une sage-femme de maternité et 6% souhaitaient leur médecin traitant. Aucune ne souhaitait une sage-femme libérale en première intention.

Valérie Megret³¹, en 2010 à Limoges, avait montré que 53% des patientes n'hésiteraient pas à consulter leur médecin généraliste pour un motif gynécologique, mais 30% d'entre elles avaient une préférence envers un médecin femme. 12% des femmes ne savaient pas que leur médecin généraliste pouvait les suivre sur le plan gynécologique.

On peut penser que la méconnaissance des patientes du champ d'action des sages-femmes libérales mais aussi de celui des généralistes a un impact important sur leur orientation et sur leurs demandes de consultation.

De même, l'étude réalisée par l'institut BVA²⁴ auprès de 1030 patientes, montrait que 85% des femmes avaient un suivi gynécologique. 70% d'entre elles étaient suivies par un gynécologue et 15% par leur médecin généraliste. Les raisons de ce choix étaient la compétence du gynécologue dans 46% des cas et la confiance qu'il inspire dans 29% des cas.

Ceci confirme que les patientes ne sont pas au fait des compétences des généralistes en matière de suivi gynécologique.

f) La perte de cohérence dans le suivi des patientes

La perte de cohérence dans le suivi des patientes est un facteur limitant de la collaboration (moyenne pondérée de 2,5) selon les médecins généralistes.

Pourtant cette idée n'avait pas été évoquée au moment de la pré-enquête.

C'était principalement les femmes généralistes (64,1%) qui pensaient qu'il s'agissait d'un facteur limitant, probablement parce que c'était elles qui pratiquaient le plus le suivi gynécologique.

Nous n'avons pas trouvé d'études portant sur la crainte d'une perte de cohérence dans le suivi des patientes en cas de prise en charge conjointe.

g) L'appauvrissement des compétences par manque de pratique

La crainte d'un appauvrissement des compétences des médecins par manque de pratique n'était pas une raison majeure d'un défaut de collaboration avec les sages-femmes libérales.

En effet, la moyenne pondérée de 2,1/4 n'était pas très tranchée.

Ce résultat était cohérent avec l'enquête pré-analytique car l'idée d'un appauvrissement des compétences n'avait été évoquée que par un médecin généraliste.

De plus, pour 72,3% des médecins qui avaient des contacts avec les sages-femmes, il ne s'agissait pas d'un facteur limitant.

Les médecins qui avaient des contacts avec les sages-femmes ne semblaient pas penser que cela puisse nuire à leurs compétences en gynécologie.

h) La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes

La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes n'était pas une raison majeure d'un défaut de collaboration avec les sages-femmes libérales.

En effet, la moyenne pondérée de 2,1/4 n'était pas très tranchée.

De plus, pour 100% des médecins qui avaient obtenu un DU de gynécologie, il ne s'agissait pas d'un facteur limitant.

Ce résultat s'explique par le fait que lors de cette formation, les généralistes prennent connaissance de la compétence des sages-femmes.

Nous nous attendions à trouver un résultat plus marqué, cette idée ayant été émise par la majorité des médecins interrogés au moment de la pré-enquête, et par toutes les sages-femmes.

Pourtant, dans le travail de Lorène Bertrand⁴, parmi les freins à la collaboration, le manque de connaissance des compétences des sages-femmes était le plus cité : pour 43% des sages-femmes et 45% des généralistes.

66% des médecins généralistes déclaraient ne connaître le champ d'action légal que peu ou pas du tout.

Dans l'article de Marie Brosset³², présenté au CMGF en 2014, la principale difficulté rencontrée par les médecins généralistes d'Indre et Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale est la méconnaissance des compétences des médecins généralistes par les patientes.

La connaissance des compétences et des champs d'action légaux parait malgré tout favoriser l'exercice et donc la collaboration interprofessionnelle et ce quel que soit le corps de métier.

i) La perte de revenus

Dans notre enquête, la perte de revenus liée à la concurrence n'apparaissait pas comme un facteur limitant de la collaboration pour les médecins généralistes (moyenne pondérée de 1,4).

Dans les différentes études que nous avons lues, la crainte d'une perte de revenus n'a jamais été étudiée.

Sans doute parce que la carence en médecins généralistes, notamment en Haute-Normandie, est telle que la question de ne pas avoir assez de travail ne se pose pas.

Dans l'enquête pré-analytique que nous avons réalisée, l'idée de concurrence était surtout ressentie par les sages-femmes de la part des médecins généralistes mais n'avait jamais été évoquée par ces derniers, ce qui était plutôt cohérent avec les résultats de l'enquête.

Malgré tout, dans son étude réalisée en Indre et Loire, Marie Brosset³² montrait que parmi les principaux freins au suivi gynéco-obstétrique par les médecins généralistes, le rapport rémunération/temps passé ou rémunération/coût du matériel n'était pas favorable.

Il se situait au 3^e rang des freins.

L'étude de la BMC Pregnancy Childbirth²⁹ aux Pays Bas montrait, contrairement à notre étude, que l'existence de systèmes financiers autonomes incitait à ne pas renvoyer les patientes après avis.

L'idée de concurrence était donc présente.

j) L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral

L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral ne semblait pas être un facteur limitant de la collaboration d'après les médecins généralistes (moyenne pondérée de 1,7).

Dans son mémoire en 2014, Anaëlle Corne³³ avait évalué la satisfaction des étudiants en maïeutique (promotion 2013) vis-à-vis des cours et stages qui concernaient la contraception et le suivi gynécologique. Aucun étudiant n'était insatisfait par l'enseignement reçu lors de ses études.

Cependant, 79% déclaraient ne jamais avoir posé ni retiré de stérilet et 55% ne jamais avoir posé ni retiré d'implants.

Sur les 171 sages-femmes qu'elle avait ensuite interrogées pour cibler leurs difficultés concernant leurs nouvelles compétences, 13% ne pratiquaient pas le suivi gynécologique (la moitié par manque de formation et l'autre moitié par manque de demande des patientes), 50% ne pratiquaient pas la pose ou le retrait des stérilets ou implants et $\frac{3}{4}$ d'entre elles souhaitaient des formations avec théorie et pratique.

Dans son mémoire de 2011 dans lequel elle interrogeait 93 sages-femmes, Marie Bauer³⁴ montrait que 89% d'entre elles trouvaient difficile d'appliquer leurs nouvelles compétences. Parmi les 3 principales raisons, on retrouvait le manque de formation initiale (à 73,6%).

De même, Justine Vincent²¹ en 2013 montrait que 72,9% des sages-femmes de Seine-Maritime estimaient que leur formation théorique en gynécologie était insuffisante. 86,99% trouvaient que leur participation à des consultations de suivi gynécologique était insuffisante. On observait malgré tout que ces résultats différaient selon l'année d'obtention du diplôme. Celles diplômées en 2001 avaient quasiment toutes participé à des consultations de suivi gynécologique, et 50% d'entre elles étaient satisfaites de leur formation théorique en gynécologie.

Ceci confirme donc que même si la formation de sage-femme s'est adaptée à leurs nouveaux champs de compétences, il semble qu'il reste des lacunes notamment par rapport à la réalisation des gestes techniques.

Les sages-femmes qui ont été formées avant l'ouverture de leurs droits en 2009 ressentent le besoin de se former davantage.

Pourtant, la formation initiale des sages-femmes a beaucoup évolué ces dernières années.

Un arrêté de 1983 porte le niveau de formation initiale requis au baccalauréat.

L'allongement de la durée des études passe de 3 à 4 ans avec le décret du 27 septembre 1985.

A partir de là, le programme s'élargit. Les stages s'ouvrent à un mode d'exercice moins hospitalo-centré, avec notamment les stages en centre de planification. La formation s'adapte à la diversification des activités en protection maternelle et infantile, en exercice libéral et en gynécologie³⁵.

L'arrêté du 11 décembre 2001³⁶ modifie le programme d'enseignement théorique, pratique clinique et l'organisation des stages. Le nouveau programme développe plusieurs axes :

- Le renforcement de l'enseignement de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie et en particulier de la néonatalogie
- L'élargissement à des enseignements en sciences humaines
- L'acquisition d'outils méthodologiques pour la recherche.

Depuis le décret du 7 mai 2003, tous les étudiants souhaitant suivre des études de maïeutique doivent s'inscrire en première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) dans une université ayant passé une convention avec l'école de sages-femmes.

Puis, la loi du 7 juillet 2009 crée la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES).

A partir de là, la formation de sage-femme s'intègre dans le cursus Licence-Master-Doctorat et s'effectue en 5 ans.

Les thèmes abordés au cours de la formation initiale se développent et le programme de licence 2^e et 3^e années comprend différentes UE (Unités d'Enseignement) :

- Santé, société, humanité
- Santé publique, démarche de recherche
- Sémiologie générale
- Tissu sanguin et système immunitaire
- Hormonologie, reproduction
- Génétique médicale
- Appareil cardiovasculaire
- Rein et voies urinaires
- Système digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologique
- Obstétrique, maïeutique
- Gynécologie (avec comme items : les différentes périodes de la vie, les infections sexuellement transmissibles, les pathologies de l'appareil génital et la planification familiale)
- Puériculture, néonatalogie, pédiatrie
- UE cliniques.

En Master 2^e et 3^e années, les UE comprennent :

- Obstétrique, maïeutique, démarche clinique
- Diagnostic anténatal, embryologie, assistance médicale à la procréation, médecine fœtale et néonatale
- Néonatalogie, pédiatrie
- Sciences humaines et sociales, droit et législation
- Santé génésique des femmes
- Démarche de recherche, anglais, réalisation du mémoire
- UE cliniques.

On observe donc que la formation initiale des sages-femmes est variée et qu'elle a évolué en même temps que l'ouverture de leurs droits. Elle est régie selon 4 principes (selon l'arrêté du 19 juillet 2011³⁷) :

- La non-exhaustivité : la progression très rapide des connaissances conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité. L'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire. L'initiation à la recherche dans le champ de la santé est de ce fait nécessaire

- La participation active de l'étudiant : sous forme de travaux dirigés, d'exposés, d'approches par problèmes, de stages pour lesquels un tutorat et un contrôle des connaissances adapté sont mis en place
- L'interdisciplinarité : son apprentissage prépare à la collaboration entre futurs professionnels de la santé
- L'ouverture : pour préparer les différentes orientations professionnelles, la formation comprend des UE librement choisies.

L'accent est donc mis sur le fait que la formation initiale des sages-femmes leur donne les outils nécessaires à l'exercice de leur profession, sans pouvoir être exhaustive.

On note également l'idée de l'interdisciplinarité et de la préparation à la collaboration future avec les autres professionnels de santé.

k) Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes

Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes ne semblait pas être un facteur limitant de la collaboration d'après les médecins généralistes (moyenne pondérée de 1,7).

Cependant on observait que les généralistes de plus de 50 ans avaient moins confiance dans leur pratique que les moins de 50 ans.

Cela peut s'expliquer par le fait que les généralistes plus âgés ont, par essence, plus d'expérience et sont plus sûrs de leurs compétences. Ils peuvent avoir de ce fait plus de difficultés à faire confiance à des professionnels plus récemment installés.

On retrouvait cette idée de manque de confiance dans les compétences des sages-femmes dans l'enquête pré-analytique, chez les médecins généralistes de plus de 50 ans également.

- « La formation de sage-femme ne s'est pas adaptée à leur nouveau métier de sage-femme libérale. », « Je ne suis pas persuadé qu'elles soient formées pour la gynécologie médicale. »

Les résultats étaient donc cohérents.

7.5. Les facteurs favorisant la collaboration

a) L'harmonisation des formations et des pratiques

L'harmonisation des formations et des pratiques était un facteur favorisant la collaboration avec les sages-femmes libérales d'après les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,8/4).

On retrouvait cette tendance dans les résultats de l'enquête pré-analytique.

Pour 90,6% des moins de 35 ans et pour 77,1% des médecins n'ayant pas de DU, l'harmonisation des formations et des pratiques favorise la collaboration.

On peut penser que les jeunes médecins, plus proches de leur formation initiale sont plus sensibles à l'idée de formations communes.

L'idée d'un défaut de la formation initiale qui ne favorise pas le travail en équipe est soulevée par Caroline Bergeron³ dans son mémoire sur l'échange de regards entre sages-femmes et médecins généralistes dans le suivi de grossesse.

En effet, les médecins généralistes sont formés en 9 ans en France.

Depuis 2010, ils sont soumis à la PACES (Première Année Commune aux Études de Santé), commune aux futurs médecins, dentistes, sages-femmes et pharmaciens. A l'issue de cette année, un concours sélectionne environ 20% des étudiants qui pourront poursuivre le cursus.

Les 2^e et 3^e années comportent des cours théoriques magistraux, des travaux pratiques et des études dirigées ainsi que quelques stages cliniques.

Depuis 2011, le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la première partie des études de médecine (DFGSM). Délivré à l'issue de 6 semestres de formation incluant les 2 premiers semestres de la PACES, il est reconnu au niveau licence.

Les 4^e, 5^e et 6^e années font partie de l'externat, alternance de cours et de stages à mi-temps, au bout duquel une épreuve classante nationale permet aux étudiants de choisir leur spécialité médicale ainsi que la ville dans laquelle ils seront formés en fonction de leur rang.

A la fin de la 6^e année, le DFASM (diplôme de formation approfondie en sciences médicales) sanctionne la 1^{re} partie des études de médecine. Il est reconnu au grade de master.

L'ECN permet l'accès à l'internat, qui comporte 6 semestres en médecine générale :

- Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés en médecine générale :
 - Médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie
 - Médecine d'urgence
- Deux semestres dans des lieux de stage agréés médecine générale (hospitaliers ou libéraux) :

- Un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie
- Un semestre libre
- Un semestre en médecine générale, chez un praticien agréé maître de stage.
- Un semestre, selon le projet professionnel :
 - Uniquement en dernière année d'internat
 - Soit en médecine générale ambulatoire
 - Soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Le stage en gynécologie n'est obligatoire ni pendant l'externat, ni pendant l'internat.

Le cursus de maïeutique débute avec la PACES.

La formation au sein des écoles de sages-femmes se compose de 2 cycles d'études.

- Le premier cycle (ou DFGSMa)

D'une durée de 3 ans, il confère le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques obtenu à l'issue des 3 premières années d'études : la PACES, la 2ème année (DFGSMa2) et la 3ème (DFGSMa3).

Les 2^e et 3^e années alternent enseignements théoriques et pratiques et permettent aux étudiants sages-femmes d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique.

L'arrêté du 19 juillet 2011 confère le grade de Licence aux Diplômes de Formation Générale en Sciences Maïeutiques délivré à compter de la fin de l'année universitaire 2012-2013.

- Le deuxième cycle (ou DFASMa)

Composé de 2 années d'études, le deuxième cycle confère aux étudiants en maïeutique le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques.

Les 4ème année (DFASMa 1) et 5ème année (DFASMa2) allient également enseignements théoriques et pratiques.

Elle sont consacrées à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique.

A l'issue de la 5ème année, il est délivré aux titulaires du DFASMa le diplôme d'état de sage-femme.

Ce titre de formation est obligatoire pour pouvoir exercer la profession de sage-femme.

Afin de mettre en conformité les études de santé avec le processus de Bologne LMD (Licence-Master-Doctorat), le décret du 15 décembre 2014 permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015 d'acquérir le grade universitaire de master de plein droit.

Les deux corps de métiers n'ont pas de formations communes en dehors de l'année de PACES.

b) La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes

La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes était un facteur favorisant la collaboration avec les sages-femmes d'après les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,8).

On retrouvait l'idée d'une réponse à une demande de soin de la part des patientes, dans l'enquête pré-analytique, chez 4 des médecins généralistes sur 5 et chez toutes les sages-femmes. L'idée d'une absence de concurrence du fait d'un travail suffisant pour chacun était souvent évoquée. Les résultats du questionnaire étaient donc cohérents avec la pré-enquête.

Pour la majorité des moins de 50 ans (90,6% des moins de 35 ans et 83,3% des 35-50 ans), la nécessité d'offrir aux patientes des soins variés et adaptés à leur demande favorise la collaboration.

Maurine Petit²⁰, avait interrogé 191 femmes haut-normandes dans son mémoire en 2013. Parmi les 79% d'entre elles qui avaient un suivi gynécologique régulier, 75% étaient suivies par un gynécologue, 13% par leur médecin traitant et aucune n'était suivie par une sage-femme. Seules 8% d'entre elles avaient choisi ce professionnel car il leur avait été recommandé par un autre médecin. Pour les autres, le choix se faisait par habitude familiale, recommandation de l'entourage ou proximité du domicile.

76% ne savaient pas que les sages-femmes pouvaient assurer le suivi gynécologique.

82% seraient prêtes à consulter une sage-femme.

Cela montre, de la part des patientes, la méconnaissance du champ d'action des sages-femmes ainsi que de l'offre de soins globale en matière de suivi gynécologique.

La collaboration entre les professionnels permettrait de leur proposer cette offre de soins variée.

c) La complémentarité dans la pratique

La complémentarité dans la pratique est un facteur favorisant la collaboration d'après les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,7).

Une collaboration plus facile hors du cadre physiologique de la grossesse (et donc quand les compétences sont complémentaires) avait été fréquemment évoquée au moment de l'enquête pré-analytique, mais surtout par les sages-femmes.

La très grande majorité (93,8%) des moins de 35 ans pense que le fait d'être complémentaire dans la pratique favorise la collaboration. Les plus de 35 ans ont le même avis mais dans une moindre proportion.

Cette complémentarité intéressait surtout les médecins semi-ruraux (83,3%) et urbains (70,5%). Les médecins ruraux y étaient moins sensibles (53,8%).

Cela peut s'expliquer par le fait que moins de sages-femmes libérales exercent en milieu rural et que les médecins ruraux n'ont pas l'habitude ni la possibilité de collaborer avec elles.

Cette idée était retrouvée dans le travail de Clara Monléon²⁷, qui montrait que 70% des médecins généralistes orientaient certaines patientes vers des sages-femmes. Pour les $\frac{3}{4}$ d'entre elles ils les orientaient vers la rééducation périnéale, et pour la moitié, il s'agissait de la préparation à l'accouchement (2 compétences des sages-femmes que les médecins généralistes n'ont pas).

Pour les généralistes qui n'orientaient jamais de patientes vers les sages-femmes, c'était soit parce qu'ils ne connaissaient pas leurs compétences, soit parce qu'ils ne connaissaient pas de sage-femme à proximité.

La majorité (80,8%) des médecins qui n'ont pas de formation récente en gynécologie pense également qu'il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents.

d) L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur

L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes du secteur était un facteur favorisant la collaboration pour les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,6).

On retrouvait cette idée au cours des enquêtes pré-analytiques : l'idéal relationnel des échanges interprofessionnels était évoqué par 2 des médecins généralistes et l'émulation intellectuelle liée aux échanges de pratiques, par un troisième.

La majorité (79,1%) des médecins qui étaient en contact avec les sages-femmes libérales affirmaient qu'il était intéressant de communiquer avec elles.

Les médecins de moins de 50 ans (81,3% des moins de 35 ans et 75% des 35-50 ans) étaient d'avis que cette communication était intéressante et qu'elle favorisait la collaboration. L'avis des plus de 50 ans était partagé.

e) Le manque de gynécologues médicaux

Le manque de gynécologues médicaux était un facteur favorisant la collaboration avec les sages-femmes libérales pour les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,6).

Cette idée avait été évoquée au moment de l'enquête pré-analytique mais indirectement : 4 des participants sur les 8 décrivaient une demande de soins plus importante et un 5^e évoquait la réorganisation du réseau du fait des départs en retraite des gynécologues.

Parmi les médecins généralistes qui étaient en contact avec les sages-femmes libérales, 76,7% trouvaient que le manque de gynécologues médicaux favorisait la collaboration.

Pour 75% des moins de 50 ans, il s'agissait d'un facteur favorisant. L'avis des plus de 50 ans était partagé.

Le profil des médecins qui pensaient que le manque de gynécologues médicaux était un facteur favorisant était les plus jeunes médecins, qui avaient des contacts avec les sages-femmes.

Dans l'étude BVA de 2008²⁴, ce point était soulevé par les patientes : « $\frac{3}{4}$ des femmes considèrent que les gynécologues médicaux ne sont pas assez nombreux en France et qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous ».

Dans l'Atlas de la Démographie médicale de Haute-Normandie en 2015¹⁶, on observe qu'au cours de l'année 2015, la région Haute-Normandie recense 50 gynécologues médicaux inscrits aux tableaux des Ordres Départementaux en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte.

Sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 37,5%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (-28%).

La carence en gynécologues médicaux est donc réelle et va continuer de s'accroître. Les médecins généralistes et les sages-femmes libérales vont donc devoir pallier ce manque et seront donc amenés à collaborer davantage.

f) L'avis spécialisé de la sage-femme libérale

L'avis spécialisé de la sage-femme libérale était un facteur favorisant la collaboration selon les médecins généralistes (moyenne pondérée de 2,5).

Pour 75% des moins de 35 ans et 66,7% des 35-50 ans, l'avis spécialisé que pouvait fournir la sage-femme favorisait la collaboration. Les plus de 50 ans n'étaient pas de cet avis pour 58,3% d'entre eux, probablement moins demandeurs d'avis spécialisés du fait de leur expérience plus importante.

Dans l'enquête pré-analytique, un des médecins évoquait la plus grande expérience des sages-femmes pour le suivi gynéco-obstétrical des femmes en bonne santé. Deux des médecins de plus de 50 ans affirmaient qu'elles n'étaient pas des spécialistes en gynécologie.

Ceci était donc plutôt cohérent avec les résultats retrouvés dans le questionnaire.

Pour 65,8% des médecins n'ayant pas eu de formation récente en gynécologie, l'avis spécialisé de la sage-femme était un facteur favorisant la collaboration. Plus de la moitié de ceux qui s'étaient formés récemment étaient d'avis contraire. Ce résultat semble cohérent : les médecins formés en gynécologie sont moins demandeurs d'avis.

On retrouvait cette différence entre les médecins qui avaient obtenu un DU de gynécologie (54,5% trouvaient qu'il ne s'agissait pas d'un facteur favorisant) et ceux qui n'en avaient pas (60% trouvaient que c'était un facteur favorisant), mais elle n'était pas significative.

Dans son mémoire en 2008, Lorène Bertrand⁴ observait que 59% des médecins généralistes orientaient parfois ou souvent des patientes vers les sages-femmes libérales. Les raisons principales étaient la rééducation périnéale dans 89% des cas et la préparation à l'accouchement dans 53% des cas.

Clara Monléon²⁷ retrouvait des résultats similaires : 70% des généralistes orientaient certaines patientes vers les sages-femmes : pour la rééducation périnéale dans 75% des cas et la préparation à l'accouchement dans 50% des cas.

En cas de dépassement de leurs compétences, ni les généralistes ni les sages-femmes ne s'adressaient à un confrère libéral. Ils préféraient se tourner vers les maternités ou vers un gynécologue.

L'avis spécialisé de la sage-femme libérale est donc plutôt sollicité pour les compétences qui lui sont propres, telles que la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale.

g) La surcharge du planning de consultations

La surcharge du planning de consultations n'était pas un facteur favorisant majeur de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales.

En effet, la moyenne pondérée de 2,2 n'était pas très tranchée.

Pourtant dans notre travail pré-analytique, la plus grande disponibilité des sages-femmes était souvent soulignée (5 des 8 participants), ainsi que le caractère chronophage de la gynécologie.

Dans la thèse de Rémi Champeaux¹⁸ en 2013, 46,7% des 92 médecins généralistes interrogés déclaraient que le manque de temps était un frein à la pratique de la gynécologie.

On retrouvait des résultats similaires dans le travail de thèse de Annaïk Ravelojaona³⁷ en 2013 : sur 132 médecins libéraux des Pyrénées Atlantiques, 47% des femmes et 52% des hommes trouvaient que la durée de la consultation était un frein à la pratique de la gynécologie.

Ces résultats sont en accord avec ceux de notre étude : l'avis des généralistes sur la surcharge du planning de consultations est partagé ; certains pensent que le manque de temps et leur emploi du temps surchargé rend nécessaire la collaboration avec les sages-femmes libérales qui peuvent prendre le relai du suivi gynéco-obstétrical. D'autres n'estiment pas manquer de temps pour assurer ce suivi.

h) L'intérêt pour la gynécologie

L'intérêt pour la gynécologie n'était pas un facteur favorisant la collaboration pour les médecins généralistes (moyenne pondérée de 1,6).

On pouvait donc supposer que les médecins généralistes haut-normands étaient plutôt attirés par la pratique de la gynécologie.

En effet, lors de notre enquête pré-analytique, aucun des médecins ne s'était dit désintéressé par cette discipline. Les résultats sont donc cohérents.

La très grande majorité des femmes (95,1%) pensait que ça n'était pas un facteur favorisant.

Pour 95,3% des médecins s'étant formés récemment à la gynécologie, il ne s'agissait pas d'un facteur favorisant non plus.

Le profil des médecins attirés par la gynécologie était les femmes et les médecins qui s'étaient formés à la gynécologie. Ils ressentaient donc moins le besoin de collaborer avec les sages-femmes.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats précédents qui montrent que les médecins qui pratiquent le plus le suivi gynécologique sont les femmes et les médecins formés en gynécologie.

Dans la thèse de Rémi Champeaux¹⁸ qui évaluait les facteurs de motivation pour la pratique de la gynécologie, sur les 92 médecins interrogés, 58,7% déclaraient avoir un intérêt personnel pour cette discipline, et 59,8% appréciaient la possibilité de réaliser des gestes techniques.

Ces résultats sont cohérents avec ceux que nous avons retrouvés : plus de la moitié des généralistes déclarent être intéressés par la pratique de la gynécologie.

i) Le fait d'être bien formé en gynécologie

Le fait d'être bien formé en gynécologie n'était pas un facteur favorisant la collaboration pour les médecins généralistes.

Mais ce résultat n'était pas très marqué (moyenne pondérée de 1,8).

Pour 86,9% des femmes, le fait d'être bien formé en gynécologie n'était pas un facteur favorisant la collaboration.

De même, pour 93% des médecins qui s'étaient formés récemment en gynécologie et pour la totalité de ceux ayant obtenu un diplôme universitaire de gynécologie.

Le profil des médecins qui pensaient être bien formés en gynécologie était donc les femmes et les médecins qui s'étaient formés à la gynécologie. Ils ressentaient donc moins le besoin de collaborer avec les sages-femmes.

Ces résultats sont cohérents avec les résultats précédents qui montrent que les médecins qui se sentent compétents en gynécologie sont les femmes et ceux qui se sont formés récemment.

Pourtant, Noémie Mauran²³ montrait dans sa thèse en 2006 qu'il existait une « nette insuffisance de formation en gynécologie, notamment pratique, avec un désir de renforcer ses compétences ».

Dans la thèse de Sabrina Dias¹⁷, 55,9% des médecins ne pratiquaient pas ou peu la gynécologie. La raison principale était la présence d'un gynécologue à proximité (72,6%). Le manque de formation ne concernait qu'un quart de ces médecins (27,1%). Seuls 11,2% des médecins pratiquaient la pose de DIU, et moins de 10% celle d'implants contraceptifs.

On remarque donc que la majorité des médecins, surtout les femmes, se sentent suffisamment formés en gynécologie.

Lorsqu'ils ne se sentent pas suffisamment formés, il s'agit principalement de la pratique des gestes techniques.

7.6. Les jeunes médecins collaborent plus

D'une manière générale, on remarque que l'âge est le facteur qui influence le plus la collaboration.

Les médecins de moins de 50 ans sont ceux qui ont le plus de contacts avec les sages-femmes.

Globalement, ils pensent que l'harmonisation des pratiques, par le biais par exemple de formations initiales communes permettrait de favoriser la collaboration et une meilleure compréhension mutuelle.

Ils trouvent que la présence des sages-femmes dans le secteur libéral permet de varier l'offre de soins pour les patientes.

Dans les commentaires libres « autres » du questionnaire, l'un des médecins précisait : « J'adresse les patientes selon leur souhait. Je pratique les examens seulement chez les patientes qui se sentent à l'aise, et propose ensuite mes collègues femmes généralistes qui sont juste à côté. Puis, si elles ont un gynécologue, j'adresse au gynécologue et sinon, à la sage-femme, même pour un suivi gynéco ».

Les femmes ont donc le choix du praticien pour leur suivi gynécologique.

Les jeunes médecins pensent également que le fait d'avoir des compétences différentes, complémentaires, favorise la collaboration.

On retrouve cette idée dans plusieurs des commentaires libres :

- « J'adresse beaucoup de patientes aux sages-femmes libérales pour la rééducation périnéale du post-partum et quelques-unes pour l'aide à la parentalité, les cours de portage... »,
- « J'envoie toutes les femmes qui présentent des « tracas » : insomnie, anxiété...pour une prise en charge homéopathique ou pour acupuncture. Je leur envoie également les engorgements pour massage. »,
- « La collaboration est améliorée dans le domaine de compétences des sages-femmes (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale) pour lesquels les médecins généralistes ne sont pas formés ».

Ils sont intéressés par une communication interprofessionnelle qui facilite la prise en charge des patientes. L'un d'eux affirmait : « Ayant repris une clientèle féminine, je propose systématiquement le suivi par une sage-femme libérale, les patientes sont ravies. J'entretiens de très bonnes relations avec les sages-femmes libérales de mon secteur qui m'adressent également les patientes pour le suivi général ou pour suivre les nourrissons ». Un autre ajoutait « Je suis installé avec une sage-femme depuis le début d'année. Bonne coopération ensemble ».

Le manque de gynécologues médicaux leur semble être un facteur qui favorise la collaboration avec les sages-femmes libérales.

L'avis spécialisé que peut fournir la sage-femme leur paraît également être un facteur favorisant la collaboration.

7.7. La formation en gynécologie influence la collaboration

Le fait d'être formé ou non en gynécologie semble avoir une influence sur la collaboration.

Les médecins généralistes qui ont obtenu un DU de gynécologie ont plus de contacts avec les sages-femmes.

Malgré cela, ils déplorent un manque de communication global qui nuit à la collaboration. Ils connaissent mieux le champ d'action légal des sages-femmes et n'en sont donc pas gênés dans leur collaboration.

Au contraire, ceux qui n'ont pas de DU ont plus l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou les maternités et pensent que le fait que les professionnels ne se présentent pas au moment de leur installation entrave leur collaboration.

L'un d'eux affirmait à ce sujet qu'il était « impossible de se connecter à leur réseau » et un autre « Les sages-femmes ont débarqué dans le paysage médical sans prévenir et très souvent sans venir se présenter ».

Les médecins qui se sont formés en gynécologie sont plus naturellement attirés vers la gynécologie et se sentent aptes à la pratiquer.

Ils préfèrent donc conserver une activité gynécologique et collaborent moins avec les sages-femmes.

Ils trouvent que les patientes ne sont pas demandeuses de suivis conjoints.

7.8. Les femmes collaborent moins

Les femmes médecins pratiquent plus le suivi gynécologique que les hommes.

Elles sont attirées par cette discipline et se sentent aptes à la pratiquer.

Elles préfèrent donc conserver une activité gynécologique et collaborent moins avec les sages-femmes.

Elles craignent une perte de cohérence dans le suivi de leurs patientes ce qui entrave leur collaboration.

7.9. D'autres motifs entravant la collaboration

Dans les commentaires libres du questionnaire, plusieurs médecins ont déploré l'absence de confraternité de la part des sages-femmes libérales :

- « Absence de déontologie de la part des sages-femmes »,
- « Absence de confraternité de la part des sages-femmes »,
- « Non confraternité des sages-femmes qui cooptent des patientes déjà suivies par leur médecin traitant ou leur gynécologue »,
- « Attitude anti-déontologique des sages-femmes qui détournent sans vergogne la patientèle féminine ».

L'objectif ici n'est pas de polémiquer mais on voit bien l'importance d'une définition claire du rôle de chacun pour pouvoir travailler ensemble.

Cela va dans le sens de certaines remarques faites au cours des interrogatoires pré-analytiques où plusieurs médecins soulignaient le manque de « reconnaissance de la profession de sage-femme comme profession médicale » ainsi que « l'importance de la reconnaissance des compétences de chacun ».

D'autre part, trois des médecins ont déploré ne voir les patientes suivies par les sages-femmes que lors de la prolongation des arrêts de travail supérieurs à 15 jours.

Ce point avait déjà été soulevé par plusieurs médecins lors des entretiens préalables au questionnaire.

Ce rôle de prestataire de service ou de « prescripteur » est mal vécu et on note encore une fois l'importance du cadre légal qui peut dans sa définition même favoriser ou nuire à la collaboration.

Les thèmes évoqués au cours de l'enquête pré-analytique ont été globalement retrouvés dans le questionnaire quantitatif.

Les résultats de l'enquête préalable et du questionnaire étaient donc cohérents.

8. PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

A l'issue de ce travail nous pouvons proposer plusieurs pistes pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.

8.1. Des formations communes en gynécologie

Lors de leur formation initiale, les étudiants en médecine et les étudiants sages-femmes n'ont aucun cours de gynécologie obstétrique en commun.

Ils peuvent éventuellement se « croiser » sur leurs différents lieux de stage mais ne travaillent jamais ensemble.

Au cours de leur internat, les futurs médecins généralistes peuvent ne jamais passer en stage de gynécologie qui n'est pas obligatoire dans le cursus.

Il existe donc une méconnaissance mutuelle dès le début du cursus des sages-femmes et généralistes.

Avoir des formations communes dès le début des études permettrait d'harmoniser les connaissances et de faciliter la communication en ayant des habitudes de suivi communes.

Les formations médicales continues, accessibles aux deux corps de métiers, pourraient être plus développées, ce qui favoriserait également les rencontres.

8.2. Favoriser les rencontres multidisciplinaires

Le fait de ne pas se connaître, de ne pas s'être rencontrés revient souvent au cours de ce travail.

Il est retrouvé dans celui de Lorène Bertrand⁴ dans lequel la moitié des sages-femmes interrogées ne s'étaient pas présentées aux généralistes du secteur au moment de leur installation.

Caroline Bergeron³, montrait également que les médecins généralistes déploraient l'absence de présentation officielle lors des installations en libéral.

Favoriser les formations communes permettrait aux différents professionnels de se rencontrer.

8.3. Mieux définir les rôles de chacun

Il est apparu important de bien connaître et définir le champ d'action légal des sages-femmes libérales pour favoriser la collaboration.

En effet, la profession de sage-femme a beaucoup évolué ces dernières années et elle continue d'évoluer.

Lorène Bertrand⁴ a montré que 66% des médecins généralistes connaissent peu ou pas du tout les compétences et le rôle de la sage-femme libérale.

De plus, le cadre légal n'est pas toujours très compréhensible et peut laisser place à l'interprétation.

Par exemple, il est dit dans l'Article R.4127-318 du code de la santé publique que « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant le nouveau-né ».

La définition du nouveau-né est l'enfant, depuis sa naissance jusqu'au 28^e jour de vie.

Mais cela n'est pas précisé dans la loi et les modalités du suivi non plus. La formation des sages-femmes leur permet-elle d'assurer un suivi pédiatrique et de dépister d'éventuelles pathologies du nouveau-né ?

Deux des trois sages-femmes interrogées au moment du questionnaire pré-analytique ne savaient pas jusqu'à quel âge elles étaient autorisées à suivre les enfants.

Le cadre légal est donc très important pour éviter les incompréhensions entre les différents professionnels. Malheureusement il n'est pas toujours bien défini.

8.4. Favoriser la communication

Tous les professionnels de santé ont le devoir de communiquer entre eux l'objectif étant la prise en charge optimale des patients.

Or, les médecins généralistes et les sages-femmes libérales ne communiquent pas toujours. Dans notre étude, le manque de communication était le facteur limitant principal de la collaboration.

Lorène Bertrand⁴ montrait que 20% des médecins trouvaient que le manque de communication était un frein à la collaboration. Dans le travail de Clara Monléon²⁷, c'était 30% d'entre eux.

Dans les commentaires du questionnaire les généralistes évoquaient le manque de communication :

- « Ce qui me manque le plus dans mes rapports avec les sages-femmes c'est de ne pas connaître leurs pôles d'intérêts et donc leurs spécificités. »

Pour favoriser la communication, un courrier systématique au moment d'adresser une patiente ou en retour après l'avoir vue ou un appel téléphonique semblent des moyens satisfaisants pour améliorer la communication.

- « Les médecins généralistes devraient s'adresser à une sage-femme s'ils le souhaitent en faisant un courrier et recevoir un courrier en retour (comme pour un autre spécialiste) »,
- « Aucun problème pour un suivi conjoint si un lien (courrier etc.) peut être établi et formalisé ».

Il existe également le carnet de maternité comme lien entre les différents professionnels

intervenant dans le suivi de grossesse mais celui-ci paraît encore trop peu utilisé (40% des sages-femmes et 27% des généralistes dans le mémoire de L. Bertrand).

Un autre outil est le Dossier Médical Partagé (DMP), projet lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et mis en place en 2011.

Le DMP a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales (antécédents médicaux, résultats de laboratoires d'analyses, imagerie, traitements en cours) en provenance d'autres professionnels de santé (généralistes, spécialistes, personnels infirmier ou hospitalier) définissant le profil médical de chaque patient.

Objet de multiples controverses, le DMP n'est que très peu utilisé pour le moment. Il le sera peut-être plus d'ici fin 2017, date-objectif de sa mise en œuvre suite à sa réactualisation en 2016³⁸.

8.5. Mieux organiser le parcours de soins

Du fait de l'extension récente des droits des sages-femmes et de la modification du paysage médical avec la carence en gynécologues médicaux, le parcours de soins dans le cadre du suivi gynéco-obstétrical s'est retrouvé modifié.

De ce fait, une meilleure organisation du parcours de soins, par le biais d'une meilleure définition du rôle de chacun permettrait une prise en charge optimale des patientes et une collaboration plus facile entre les professionnels.

Cette idée a été soulevée dans les commentaires du questionnaire :

- « Grande difficulté à suivre de façon coordonnée et manque de communication quand suivi de grossesse conjoint »,
- L'organisation des praticiens autour de la maternité est peu efficace et les patientes sont perdues »,
- « Une organisation du parcours de soins est urgente ».

Chacun doit prendre sa place au sein du parcours de soins :

- « Le médecin généraliste doit redevenir le coordinateur, au centre du système de santé, ce qui implique une bonne coordination avec les sages-femmes libérales »,
- « Nous avons notre place de médecine de premier recours à défendre, il ne tient qu'à nous de maintenir notre compétence et notre disponibilité ».

8.6. Information des patientes

Une information claire des patientes sur les champs d'action de chacun semble primordiale. 76,4% des patientes ne savaient pas que les sages-femmes pouvaient assurer le suivi gynécologique dans le mémoire de Maurine Petit²⁰ en 2013 à Rouen. Cependant, après information, 82,7% d'entre elles se disaient prêtes à être suivies par une sage-femme.

Les patientes doivent avoir le choix du professionnel pour leur suivi gynécologique.

Elles doivent être informées des possibilités qui s'offrent à elles de manière claire et objective.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de comprendre pour quelles raisons les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent ou non dans leurs champs d'activités communs.

Quels étaient les facteurs qui pouvaient limiter leur collaboration et ceux qui pouvaient la favoriser ?

Dans un premier temps nous avons étudié la pratique de la gynécologie des médecins généralistes de l'étude.

Ceux-ci avaient les mêmes habitudes de consultation que les médecins généralistes d'autres études. Ils pratiquaient majoritairement les consultations de contraception. Les consultations les moins fréquentes étaient celles de pose des dispositifs intra utérins et des implants contraceptifs.

Les femmes pratiquaient plus la gynécologie et ce, de manière significative. Par contre, il n'existait pas de lien significatif entre l'âge des médecins et le type de consultations pratiquées.

Les modifications du paysage médical en France entraînent une redistribution des rôles des différents professionnels de santé pour le suivi gynéco-obstétrical des patientes.

En effet, devant la carence du nombre de gynécologues médicaux et de médecins généralistes, les pouvoirs publics ont choisi d'étendre le champ d'action des sages-femmes libérales.

Ces changements entraînent de nouveaux rapports entre les professionnels de santé.

La question de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes est au cœur de la problématique afin de proposer aux femmes une prise en charge gynéco-obstétricale optimale.

Pourtant, dans notre étude, on constate que la majorité des médecins généralistes (62%) n'a aucun contact avec les sages-femmes libérales. Ceci confirme notre hypothèse de départ qui était : « les médecins généralistes et les sages-femmes collaborent peu ».

Pour la majorité d'entre eux (68,8%), ce défaut de communication vient du fait qu'ils ne se connaissent pas et ne se soient pas présentés.

D'autre part, ces médecins généralistes ont davantage l'habitude de collaborer avec les gynécologues ou les maternités dans le cadre du suivi gynéco-obstétrical des patientes (pour 76,6% d'entre eux).

La volonté de conserver une activité gynécologique semble également freiner la collaboration. On retrouve ce résultat notamment chez les femmes médecins (71,9%) qui pratiquent plus la gynécologie et de ce fait ont moins le désir de collaborer.

Notre étude a cependant relevé certains facteurs qui pouvaient favoriser la collaboration. Parmi eux, on retrouve le manque de gynécologues médicaux (pour 76,7% des généralistes qui sont en contact avec les sages-femmes).

Ce sont les jeunes médecins qui sont les plus enclins à collaborer.

L'idée de proposer une offre de soins variée aux patientes les satisfait.

Collaborer permet aussi aux jeunes médecins qui sont intéressés par un échange de

pratiques d'harmoniser leurs connaissances avec celles des sages-femmes.

Ces résultats nous montrent que l'information et la communication sont essentielles pour favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes.

Une information claire sur les nouvelles compétences des sages-femmes et sur l'adaptation en conséquence de leur formation doit être apportée par les pouvoirs publics. Le renforcement de leur formation initiale commune et le développement de formations médicales continues permettrait aux deux professions d'apprendre à se connaître et favoriserait ainsi leurs échanges.

Plusieurs études ont montré que les patientes, pourtant au cœur du système de soins, manquaient d'informations et de connaissance des capacités médicales des différents intervenants du suivi gynécologique. Il y a donc là un rôle à jouer des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

Nous avons recueilli le point de vue des médecins généralistes mais une étude similaire auprès des sages-femmes pourrait mettre en lumière d'autres déterminants de la collaboration.

Une étude d'impact de l'installation d'une sage-femme libérale sur le nombre d'actes de gynécologie des médecins généralistes alentours serait intéressante dans ce contexte pour connaître leur influence sur la pratique de la gynécologie des généralistes.

Une étude de plus grande ampleur aurait bien sûr été plus représentative de la population de médecins généralistes.

Notre étude apporte un éclairage quant aux raisons qui poussent les médecins généralistes à collaborer ou non avec les sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ ANGER Elise, Virginie GIMBERT. Centre d'analyse stratégique. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain. Les coopérations entre professionnels de santé. La note d'analyse, 2011, n° 254.
[en ligne] www.strategie.gouv.fr, consulté le 07/09/2016
- ² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 86. Journal officiel du 22 juillet 2009, page 12184.
[en ligne]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=81CD869919EBF7D53F5B646513BC4341.tpdila15v_2?idArticle=JORFARTI000020879795&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id, consulté le 10/10/2016
- ³ BERGERON Caroline. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites et la place de chacun ? Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine, université de Nantes, 2012.
- ⁴ BERTRAND Lorène. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes. École de sages-femmes de l'université Paul Sabatier, faculté de médecine de Toulouse-Rangueil, 2008, 58p.
- ⁵ HENRI France, Karin LUNDGREN-CAYROL. Apprentissage collaboratif à distance. PU Québec, 2001, 184p.
- ⁶ LANDRY, C. « Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord », École et entreprise. Vers quel partenariat ? Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1994, 7-27.
- ⁷ FOURNIER Cécile, FRATTINI Marie-Odile, NAIDITCH Michel. Dynamiques et formes du travail pluri professionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Les rapports de l'IRDES, 2014, n°557.
[en ligne] www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf, consulté le 07/09/2016
- ⁸ BOURNOT Marie-Christine, Marie-Cécile GOUPIL, François TUFFREAU. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Études et résultats, 2008, n°649.

⁹ HAS. Délégation, transfert, nouveaux métiers. Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS, 2008.

¹⁰ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel de la République Française, n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1.
[en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>. consulté le 19/11/2016

¹¹ LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016.

¹² CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Démographie de la profession. Données statistiques, 02/01/2015.
[en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>, consulté le 07/09/2016.

¹³ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. L'Histoire de la profession de sage-femme à travers les âges jusqu'à nos jours.
[en ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr>, consulté le 17/11/2016.

¹⁴ Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes. Historique de la profession de sage-femme.
[en ligne] http://anesf.com/wp/?page_id=198, consulté le 17/11/2016.

¹⁵ COULON-ARPIN Madeleine. La Maternité et les sages-femmes, de la Préhistoire au XX^e siècle. Edition Roger Dacosta, 1981.

¹⁶ LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2015. Atlas régionaux de la démographie médicale, 2015.

¹⁷ DIAS Sabrina. État des lieux de la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine, université de Paris Diderot, 2010.

¹⁸ CHAMPEAUX Rémi. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Université de Poitiers, 2013

- ¹⁹ CNGOF. Gynécologie et santé des femmes. La prise en charge des femmes françaises. Éditorial assistance, 30 mai 2000.
[en ligne] http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm, consulté le 05/04/2016
- ²⁰ PETIT Maurine. Suivi gynécologique de prévention et de consultation de contraception : état des lieux auprès des femmes et sages-femmes de Haute-Normandie. École de sages-femmes de l'université de Rouen, 2013, 74p.
- ²¹ VINCENT Justine. Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention : état des lieux des pratiques. Étude menée auprès des sages-femmes de Seine-Maritime. École de sages-femmes de l'université de Rouen, 2013
- ²² COSTES Magali, Géraldine LOUZEAU ARNAL. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes des Midi-Pyrénées. Thèse pour le Diplôme de Docteur en médecine, université de Toulouse 3, 2006, 3 vol, 106,66 et 54p.
- ²³ MAURAN Noémie. Place du médecin généraliste en gynécologie obstétrique : enquête auprès de médecins landais. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, université de Bordeaux II, 2006, 70p.
- ²⁴ Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale en mai 2008, 6 novembre 2008.
[en ligne]
http://www.bva.fr/gene/expe/download.php?sequence=sondage_fiche_587c57a77b6c96a961426adcb9825a18, consulté le 07/09/2016
- ²⁵ INSEE. Jeunes et territoires. L'attractivité des villes étudiantes et des pôles d'activité.
[en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1275, consulté le 07/09/2016
- ²⁶ LEVASSEUR Gwénola, C. BAGOT, C. HONNORAT. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique, 2005, vol 17, p109-119.
- ²⁷ MONLÉON Clara. Le suivi de grossesse en ville. École de sages-femmes de l'université de Lyon, 2012.
- ²⁸ CORCHIA Laurène. Communication entre le médecin généraliste et le médecin scolaire dans la prise en charge des enfants âgés de 3 à 18 ans atteints de maladies chroniques et/ou de handicap dans le département du Val d'Oise. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, université Paris Diderot-Paris 7, 2014, 93p.

- ²⁹ SCHOLMERICH Vera LN, Anke G POSTHUMUS, Halleh GORASHI et al. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics : a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth, 2014 ; 14 : 145.
[en ligne] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021099/>, consulté le 03/05/2016
- ³⁰ HUMBERT Marlène. Le suivi de grossesse : quel professionnel choisissent les patientes ? École de sages-femmes de l'université de Limoges, 2012.
- ³¹ MEGRET Valérie. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, université de Limoges, 2010, 140p
- ³² BROSSET Marie. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale. Congrès de Médecine Générale CMGF 2014.
[en ligne] « <http://www.congresmg.fr/abstracts/cmgf2014/#abs154> », consulté le 05/04/2016
- ³³ CORNE Anaëlle. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes. École de sages-femmes de l'université de Lorraine, 2014.
- ³⁴ BAUER Marie. Sages-femmes, gynécologie et contraception. Les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21/07/09. École de sage-femme de Metz, 2011.
- ³⁵ MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. Bulletin officiel n°15 du 11 avril 2013. Diplôme d'état de sage-femme.
[en ligne] http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=70987&cbo=1, consulté le 07/09/2016
- ³⁶ CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JORF du 19 décembre 2001. SP1 143 155.
[en ligne] <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>, consulté le 10/10/2016
- ³⁷ RAVELOJAONA Annaïk. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées Atlantiques. État des lieux, freins objectifs et subjectifs. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, université de Bordeaux II, 2013, 193p.
- ³⁸ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. JORF n°0155 du 5 juillet 2016, texte n° 20.
[en ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032842901&categorieLien=id>, consulté le 10/10/2016

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES :

Présentation

1) Quel est votre sexe ? :

- Homme
- Femme

2) Quel âge avez-vous ? :

- Moins de 35 ans
- Entre 35 et 50 ans
- Plus de 50 ans

3) Comment exercez-vous ? :

- Seul(e)
- En groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire

4) Dans quel secteur exercez-vous ?

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Précisez votre département d'exercice (76 ou 27) :

5) Formation en gynécologie :

- Avez-vous un Diplôme Universitaire de gynécologie ? Oui, Non
- Avez-vous une formation en gynécologie datant de moins de 2 ans (DU, FMC, ...) ? Oui, Non

Mode d'exercice

6) Pratiquez-vous les consultations suivantes : Jamais, Parfois, Souvent, Très souvent

- Consultation pré-conceptionnelle
- Suivi d'une grossesse normale
- Cystite ou bactériurie asymptomatique pendant la grossesse
- Arrêt de travail initial pendant la grossesse
- Consultation allaitement
- Consultation du post-partum
- Surveillance du nouveau-né
- Vaccination BCG du nouveau-né
- Vaccination des femmes
- Consultation de demande d'interruption volontaire de grossesse
- Consultation de sevrage tabagique
- Consultation de contraception
- Pose de dispositif intra utérin, suivi et retrait
- Pose d'implant contraceptif, suivi et retrait
- Réalisation d'un frottis cervico-vaginal
- Infections génitales
- Suivi gynécologique de la femme ménopausée ou en péri-ménopause

7) Avez-vous des contacts avec les sages-femmes libérales ?

- Oui
- Non

Facteurs limitant la collaboration :

8) **Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui.**

- L'absence de présentation mutuelle
- La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes
- L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités
- La perte de revenus
- Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes
- L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral
- La volonté de conserver une activité gynécologique
- La perte de cohérence dans le suivi des patientes
- L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)
- L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint
- Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)
- Autre (veuillez préciser)

Facteurs favorisant la collaboration :

9) Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ? Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui.

- Le manque de gynécologues médicaux
- La surcharge de votre planning de consultations
- L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur
- Votre intérêt pour la gynécologie
- Le fait d'être bien formé en gynécologie
- La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes
- La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents
- L'avis spécialisé de la sage-femme libérale
- L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle
- Autres (veuillez préciser)

10) Si vous avez d'autres suggestions ou commentaires concernant le sujet, merci de nous en faire part.

ANNEXE 2

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?	Avez-vous des contacts avec les sages-femmes libérales ?		Chi ²
	Oui (47) (37,9%)	Non (77) (62,1%)	P
L'absence de présentation mutuelle			
Non/Plutôt non	23 (48,9%)	24 (31,2%)	Significatif
Oui/Plutôt oui	24 (51,1%)	53 (68,8%)	<0,05
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes			
Non/Plutôt non	32 (68,1%)	48 (62,3%)	
Oui/Plutôt oui	15 (31,9%)	29 (37,7%)	0,52
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités			
Non/Plutôt non	34 (72,3%)	18 (23,4%)	Significatif
Oui/Plutôt oui	13 (27,7%)	59 (76,6%)	<0,001
La perte de revenus			
Non/Plutôt non	41 (93,2%)	70 (90,1%)	
Oui/Plutôt oui	6 (12,8%)	7 (9,1%)	0,52
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes			
Non/Plutôt non	41 (87,2%)	65 (84,4%)	
Oui/Plutôt oui	6 (12,8%)	12 (15,6%)	0,67
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral			
Non/Plutôt non	38 (80,9%)	64 (83,1%)	
Oui/Plutôt oui	9 (19,1%)	13 (16,9%)	0,75
La volonté de conserver une activité gynécologique			
Non/Plutôt non	25 (53,2%)	27 (35,1%)	Significatif
Oui/Plutôt oui	22 (46,8%)	50 (64,9%)	<0,05
La perte de cohérence dans le suivi des patientes			
Non/Plutôt non	19 (40,4%)	38 (49,4%)	
Oui/Plutôt oui	28 (59,6%)	39 (50,6%)	0,33
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)			
Non/Plutôt non	34 (72,3%)	39 (50,6%)	Significatif
Oui/Plutôt oui	13 (27,7%)	38 (49,4%)	0,02
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint			
Non/Plutôt non	25 (53,2%)	26 (33,8%)	Significatif
Oui/Plutôt oui	22 (46,8%)	51 (66,2%)	0,03
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)			
Non/Plutôt non	17 (36,2%)	20 (26%)	
Oui/Plutôt oui	30 (63,8%)	57 (74%)	0,23
TOTAL de réponses : 124			

ANNEXE 3

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Homme		Femme		Test statistique
	n		n		Type p
	60	48,4%	64	51,6%	
L'absence de présentation mutuelle					chi ² 0,78
non/Plutôt non	22	36,7%	25	39,1%	pas significatif
oui/Plutôt oui	38	63,3%	39	60,9%	
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes					chi ² 0,52
non/Plutôt non	37	61,7%	43	67,2%	pas significatif
oui/Plutôt oui	23	38,3%	21	32,8%	
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités					chi ² 0,16
non/Plutôt non	29	48,3%	23	35,9%	pas significatif
oui/Plutôt oui	31	51,7%	41	64,1%	
La perte de revenus					chi ² 0,68
non/Plutôt non	53	88,3%	58	90,6%	pas significatif
oui/Plutôt oui	7	11,7%	6	9,4%	
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes					chi ² 0,51
non/Plutôt non	50	83,3%	56	87,5%	pas significatif
oui/Plutôt oui	10	16,7%	8	12,5%	
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral					chi ² 0,76
non/Plutôt non	50	83,3%	52	81,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	10	16,7%	12	18,8%	
La volonté de conserver une activité gynécologique					chi ² 0,001
non/Plutôt non	34	56,7%	18	28,1%	Significatif
oui/Plutôt oui	26	43,3%	46	71,9%	
La perte de cohérence dans le suivi des patientes					chi ² 0,02
non/Plutôt non	34	56,7%	23	35,9%	Significatif
oui/Plutôt oui	26	43,3%	41	64,1%	
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)					chi ² 0,54
non/Plutôt non	37	61,7%	36	56,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	23	38,3%	28	43,8%	
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint					chi ² 0,007
non/Plutôt non	32	53,3%	19	29,7%	Significatif
oui/Plutôt oui	28	46,7%	45	70,3%	
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)					chi ² 0,41
non/Plutôt non	20	33,3%	17	26,6%	pas significatif
oui/Plutôt oui	40	66,7%	47	73,4%	
Total de réponses					124

ANNEXE 4

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?								
	Moins de 35 ans		Entre 35 et 50 ans		Plus de 50 ans		Test statistique	
	n		n		n		Type	p
	34	27,4%	39	31,5%	51	41,1%		
L'absence de présentation mutuelle							chi ²	0,0989332
non/Plutôt non	12	35,3%	20	51,3%	15	29,4%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	22	64,7%	19	48,7%	36	70,6%		
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes							chi ²	0,7261339
non/Plutôt non	21	61,8%	24	61,5%	35	68,6%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	13	38,2%	15	38,5%	16	31,4%		
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités							chi ²	0,0068975
non/Plutôt non	9	26,5%	24	61,5%	19	37,3%	significatif	
oui/Plutôt oui	25	73,5%	15	38,5%	32	62,7%		
La perte de revenus							fisher	0,16247
non/Plutôt non	33	97,1%	35	89,7%	43	84,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	1	2,9%	4	10,3%	8	15,7%		
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes							fisher	0,00972
non/Plutôt non	33	97,1%	35	89,7%	38	74,5%	significatif	
oui/Plutôt oui	1	2,9%	4	10,3%	13	25,5%		
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral							fisher	0,18721
non/Plutôt non	30	88,2%	34	87,2%	38	74,5%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	4	11,8%	5	12,8%	13	25,5%		
La volonté de conserver une activité gynécologique							chi ²	0,4548997
non/Plutôt non	16	47,1%	18	46,2%	18	35,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	18	52,9%	21	53,8%	33	64,7%		
La perte de cohérence dans le suivi des patientes							chi ²	0,2104209
non/Plutôt non	20	58,8%	16	41,0%	21	41,2%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	14	41,2%	23	59,0%	30	58,8%		
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)							chi ²	0,7098262
non/Plutôt non	18	52,9%	24	61,5%	31	60,8%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	16	47,1%	15	38,5%	20	39,2%		
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint							chi ²	0,4764426
non/Plutôt non	12	35,3%	19	48,7%	20	39,2%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	22	64,7%	20	51,3%	31	60,8%		
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)							chi ²	0,831374
non/Plutôt non	10	29,4%	13	33,3%	14	27,5%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	24	70,6%	26	66,7%	37	72,5%		
Total de réponses							124	

ANNEXE 5

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?								
	seul		en groupe		en maison de santé pluridisciplinaire		Test statistique	
	n		N		n		Type	p
	16	12,9%	80	64,5%	28	22,6%		
L'absence de présentation mutuelle							fisher	0,58
non/Plutôt non	4	25,0%	32	40,0%	11	39,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	12	75,0%	48	60,0%	17	60,7%		
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes							chi ²	0,86
non/Plutôt non	11	68,8%	52	65,0%	17	60,7%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	5	31,3%	28	35,0%	11	39,3%		
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités							chi ²	0,83
non/Plutôt non	6	37,5%	33	41,3%	13	46,4%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	10	62,5%	47	58,8%	15	53,6%		
La perte de revenus							fisher	0,35
non/Plutôt non	16	100,0%	71	88,8%	24	85,7%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	0	0,0%	9	11,3%	4	14,3%		
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes							fisher	0,93
non/Plutôt non	14	87,5%	67	83,8%	25	89,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	2	12,5%	13	16,3%	3	10,7%		
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral							chi ²	0,3
non/Plutôt non	11	68,8%	68	85,0%	23	82,1%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	5	31,3%	12	15,0%	5	17,9%		
La volonté de conserver une activité gynécologique							chi ²	0,33
non/Plutôt non	7	43,8%	30	37,5%	15	53,6%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	9	56,3%	50	62,5%	13	46,4%		
La perte de cohérence dans le suivi des patientes							chi ²	0,32
non/Plutôt non	10	62,5%	36	45,0%	11	39,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	6	37,5%	44	55,0%	17	60,7%		
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)							chi ²	0,15
non/Plutôt non	11	68,8%	42	52,5%	20	71,4%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	5	31,3%	38	47,5%	8	28,6%		
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint							chi ²	0,76
non/Plutôt non	7	43,8%	31	38,8%	13	46,4%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	9	56,3%	49	61,3%	15	53,6%		
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)							chi ²	0,94
non/Plutôt non	5	31,3%	23	28,8%	9	32,1%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	11	68,8%	57	71,3%	19	67,9%		
Total de réponses								124

ANNEXE 6

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?							
	urbain		rural		semi-rural		Test statistique
	n		n		n		Type p
	48	40,3%	26	21,8%	45	37,8%	
L'absence de présentation mutuelle							chi ² 1
non/Plutôt non	18	37,5%	10	38,5%	17	37,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	30	62,5%	16	61,5%	28	62,2%	
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes							chi ² 0,54
non/Plutôt non	31	64,6%	19	73,1%	27	60,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	17	35,4%	7	26,9%	18	40,0%	
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités							chi ² 0,57
non/Plutôt non	17	35,4%	12	46,2%	20	44,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	31	64,6%	14	53,8%	25	55,6%	
La perte de revenus							fisher 0,3
non/Plutôt non	44	91,7%	25	96,2%	38	84,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	4	8,3%	1	3,8%	7	15,6%	
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes							fisher 0,95
non/Plutôt non	41	85,4%	23	88,5%	38	84,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	7	14,6%	3	11,5%	7	15,6%	
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral							fisher 0,48
non/Plutôt non	37	77,1%	23	88,5%	38	84,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	11	22,9%	3	11,5%	7	15,6%	
La volonté de conserver une activité gynécologique							chi ² 0,47
non/Plutôt non	17	35,4%	13	50,0%	19	42,2%	pas significatif
oui/Plutôt oui	31	64,6%	13	50,0%	26	57,8%	
La perte de cohérence dans le suivi des patientes							chi ² 0,6
non/Plutôt non	20	41,7%	14	53,8%	20	44,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	28	58,3%	12	46,2%	25	55,6%	
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)							chi ² 0,72
non/Plutôt non	28	58,3%	17	65,4%	25	55,6%	pas significatif
oui/Plutôt oui	20	41,7%	9	34,6%	20	44,4%	
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint							chi ² 0,98
non/Plutôt non	20	41,7%	11	42,3%	18	40,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	28	58,3%	15	57,7%	27	60,0%	
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)							chi ² 0,76
non/Plutôt non	13	27,1%	7	26,9%	15	33,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	35	72,9%	19	73,1%	30	66,7%	
Total de réponses							119

ANNEXE 7

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Formation en gynécologie de moins de 2 ans		Pas de formation en gynécologie de moins de 2 ans		Test statistique
	n		n		Type p
	46	37,1%	78	62,9%	
L'absence de présentation mutuelle					chi ² 0,58
non/Plutôt non	16	34,8%	31	39,7%	pas significatif
oui/Plutôt oui	30	65,2%	47	60,3%	
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes					chi ² 0,37
non/Plutôt non	32	69,6%	48	61,5%	pas significatif
oui/Plutôt oui	14	30,4%	30	38,5%	
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités					chi ² 0,79
non/Plutôt non	20	43,5%	32	41,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	26	56,5%	46	59,0%	
La perte de revenus					fisher 0,77
non/Plutôt non	42	91,3%	69	88,5%	pas significatif
oui/Plutôt oui	4	8,7%	9	11,5%	
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes					chi ² 0,49
non/Plutôt non	38	82,6%	68	87,2%	pas significatif
oui/Plutôt oui	8	17,4%	10	12,8%	
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral					chi ² 0,94
non/Plutôt non	38	82,6%	64	82,1%	pas significatif
oui/Plutôt oui	8	17,4%	14	17,9%	
La volonté de conserver une activité gynécologique					chi ² 0,0005
non/Plutôt non	10	21,7%	42	53,8%	significatif
oui/Plutôt oui	36	78,3%	36	46,2%	
La perte de cohérence dans le suivi des patientes					chi ² 0,24
non/Plutôt non	18	39,1%	39	50,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	28	60,9%	39	50,0%	
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)					chi ² 0,47
non/Plutôt non	29	63,0%	44	56,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	17	37,0%	34	43,6%	
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint					chi ² 0,03
non/Plutôt non	13	28,3%	38	48,7%	significatif
oui/Plutôt oui	33	71,7%	40	51,3%	
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)					chi ² 0,77
non/Plutôt non	13	28,3%	24	30,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	33	71,7%	54	69,2%	
Total de réponses					124

ANNEXE 8

Quels éléments entravent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Diplôme en gynécologie		Pas de diplôme en gynécologie		Test statistique
	n		n		Type p
	12	9,7%	112	90,3%	
L'absence de présentation mutuelle					fisher 0,001
non/Plutôt non	10	83,3%	37	33,0%	significatif
oui/Plutôt oui	2	16,7%	75	67,0%	
La méconnaissance du champ d'action légal des sages-femmes					fisher 0,008
non/Plutôt non	12	100,0%	68	60,7%	significatif
oui/Plutôt oui	0	0,0%	44	39,3%	
L'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités					fisher 0,03
non/Plutôt non	9	75,0%	43	38,4%	significatif
oui/Plutôt oui	3	25,0%	69	61,6%	
La perte de revenus					fisher 0,36
non/Plutôt non	12	100,0%	99	88,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	0	0,0%	13	11,6%	
Le manque de confiance dans la pratique des sages-femmes					fisher 1
non/Plutôt non	11	91,7%	95	84,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	1	8,3%	17	15,2%	
L'inadaptation de la formation des sages-femmes à l'exercice libéral					fisher 0,69
non/Plutôt non	11	91,7%	91	81,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	1	8,3%	21	18,8%	
La volonté de conserver une activité gynécologique					chi ² 0,98
non/Plutôt non	5	41,7%	47	42,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	7	58,3%	65	58,0%	
La perte de cohérence dans le suivi des patientes					chi ² 0,75
non/Plutôt non	5	41,7%	52	46,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	7	58,3%	60	53,6%	
L'appauvrissement de vos compétences (par manque de pratique)					fisher 0,12
non/Plutôt non	10	83,3%	63	56,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	2	16,7%	49	43,8%	
L'absence de demande des patientes d'un suivi gynéco-obstétrical conjoint					chi ² 0,2
non/Plutôt non	7	58,3%	44	39,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	5	41,7%	68	60,7%	
Le manque de communication autour des cas des patientes (par courrier, téléphone etc)					fisher 0,006
non/Plutôt non	8	66,7%	29	25,9%	significatif
oui/Plutôt oui	4	33,3%	83	74,1%	
Total de réponses					124

ANNEXE 9

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?	Avez-vous des contacts avec les sages-femmes libérales ?		
	oui (43)	non (73)	p
Le manque de gynécologues médicaux			
Non/Plutôt non	10 (23,3%)	31 (42,5%)	significatif 0,04
Oui/Plutôt oui	33 (76,7%)	42 (57,5%)	
La surcharge de votre planning de consultations			
Non/Plutôt non	28 (65,1%)	47 (64,4%)	0,94
Oui/Plutôt oui	15 (34,9%)	26 (35,6%)	
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur			
Non/Plutôt non	9 (20,9%)	31 (42,5%)	significatif 0,02
Oui/Plutôt oui	34 (79,1%)	42 (57,5%)	
Votre intérêt pour la gynécologie			
Non/Plutôt non	35 (81,4%)	64 (87,7%)	0,36
Oui/Plutôt oui	8 (18,6%)	9 (12,3%)	
Le fait d'être bien formé en gynécologie			
Non/Plutôt non	31 (72,1%)	54 (74%)	0,83
Oui/Plutôt oui	12 (27,9%)	19 (26%)	
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes			
Non/Plutôt non	7 (16,3%)	22 (30,1%)	0,1
Oui/Plutôt oui	36 (83,7%)	51 (69,9%)	
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents			
Non/Plutôt non	11 (25,6%)	22 (30,1%)	0,6
Oui/Plutôt oui	32 (74,4%)	51 (69,9%)	
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale			
Non/Plutôt non	16 (37,2%)	32 (43,8%)	0,5
Oui/Plutôt oui	27 (62,8%)	41 (56,2%)	
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle			
Non/Plutôt non	12 (27,9%)	18 (24,7%)	0,7
Oui/Plutôt oui	31 (72,1%)	55 (75,3%)	
TOTAL de réponses : 116			

ANNEXE 10

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Homme		Femme		Test statistique
	n		n		Type p
	55	47,4%	61	52,6%	
Le manque de gynécologues médicaux					chi ² 0,58
non/Plutôt non	18	32,7%	23	37,7%	pas significatif
oui/Plutôt oui	37	67,3%	38	62,3%	
La surcharge de votre planning de consultations					chi ² 0,86
non/Plutôt non	36	65,5%	39	63,9%	pas significatif
oui/Plutôt oui	19	34,5%	22	36,1%	
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur					chi ² 0,69
non/Plutôt non	20	36,4%	20	32,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	35	63,6%	41	67,2%	
Votre intérêt pour la gynécologie					fisher 0,003
non/Plutôt non	41	74,5%	58	95,1%	significatif
oui/Plutôt oui	14	25,5%	3	4,9%	
Le fait d'être bien formé en gynécologie					chi ² 0,0005
non/Plutôt non	32	58,2%	53	86,9%	significatif
oui/Plutôt oui	23	41,8%	8	13,1%	
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes					chi ² 0,75
non/Plutôt non	13	23,6%	16	26,2%	pas significatif
oui/Plutôt oui	42	76,4%	45	73,8%	
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents					chi ² 0,13
non/Plutôt non	12	21,8%	21	34,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	43	78,2%	40	65,6%	
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale					chi ² 0,3
non/Plutôt non	20	36,4%	28	45,9%	pas significatif
oui/Plutôt oui	35	63,6%	33	54,1%	
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle					chi ² 0,45
non/Plutôt non	16	29,1%	14	23,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	39	70,9%	47	77,0%	
Total de réponses					116

ANNEXE 11

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?								
	moins de 35 ans		entre 35 et 50 ans		plus de 50 ans		Test statistique	
	n		n		n		Type	p
	32	27,6%	36	31,0%	48	41,4%		
Le manque de gynécologues médicaux							chi ²	0,02
non/Plutôt non	8	25,0%	9	25,0%	24	50,0%	significatif	
oui/Plutôt oui	24	75,0%	27	75,0%	24	50,0%		
La surcharge de votre planning de consultations							chi ²	0,27
non/Plutôt non	18	56,3%	22	61,1%	35	72,9%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	14	43,8%	14	38,9%	13	27,1%		
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur							chi ²	0,003
non/Plutôt non	6	18,8%	9	25,0%	25	52,1%	significatif	
oui/Plutôt oui	26	81,3%	27	75,0%	23	47,9%		
Votre intérêt pour la gynécologie							fisher	0,64
non/Plutôt non	29	90,6%	30	83,3%	40	83,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	3	9,4%	6	16,7%	8	16,7%		
Le fait d'être bien formé en gynécologie							chi ²	0,11
non/Plutôt non	22	68,8%	23	63,9%	40	83,3%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	10	31,3%	13	36,1%	8	16,7%		
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes							fisher	0,002
non/Plutôt non	3	9,4%	6	16,7%	20	41,7%	significatif	
oui/Plutôt oui	29	90,6%	30	83,3%	28	58,3%		
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents							fisher	0,002
non/Plutôt non	2	6,3%	12	33,3%	19	39,6%	significatif	
oui/Plutôt oui	30	93,8%	24	66,7%	29	60,4%		
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale							chi ²	0,006
non/Plutôt non	8	25,0%	12	33,3%	28	58,3%	significatif	
oui/Plutôt oui	24	75,0%	24	66,7%	20	41,7%		
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle							fisher	0,02
non/Plutôt non	3	9,4%	10	27,8%	17	35,4%	significatif	
oui/Plutôt oui	29	90,6%	26	72,2%	31	64,6%		
Total de réponses								116

ANNEXE 12

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?								
	seul		en groupe		en maison de santé pluridisciplinaire		Test statistique	
	n		n		n		Type	p
	14	12,1%	77	66,4%	25	21,6%		
Le manque de gynécologues médicaux							chi ²	0,58
non/Plutôt non	5	35,7%	25	32,5%	11	44,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	9	64,3%	52	67,5%	14	56,0%		
La surcharge de votre planning de consultations							chi ²	0,8
non/Plutôt non	8	57,1%	51	66,2%	16	64,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	6	42,9%	26	33,8%	9	36,0%		
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur							chi ²	0,21
non/Plutôt non	6	42,9%	29	37,7%	5	20,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	8	57,1%	48	62,3%	20	80,0%		
Votre intérêt pour la gynécologie							fisher	0,79
non/Plutôt non	13	92,9%	64	83,1%	22	88,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	1	7,1%	13	16,9%	3	12,0%		
Le fait d'être bien formé en gynécologie							fisher	0,63
non/Plutôt non	11	78,6%	54	70,1%	20	80,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	3	21,4%	23	29,9%	5	20,0%		
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes							chi ²	0,55
non/Plutôt non	5	35,7%	19	24,7%	5	20,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	9	64,3%	58	75,3%	20	80,0%		
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents							fisher	0,86
non/Plutôt non	3	21,4%	23	29,9%	7	28,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	11	78,6%	54	70,1%	18	72,0%		
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale							fisher	0,19
non/Plutôt non	3	21,4%	32	41,6%	13	52,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	11	78,6%	45	58,4%	12	48,0%		
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle							fisher	0,81
non/Plutôt non	4	28,6%	21	27,3%	5	20,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	10	71,4%	56	72,7%	20	80,0%		
Total de réponses							116	

ANNEXE 13

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?								
	urbain		rural		semi-rural		Test statistique	
	n		n		n		Type	p
	44	39,3%	26	23,2%	42	37,5%		
Le manque de gynécologues médicaux							chi ²	0,41
non/Plutôt non	19	43,2%	8	30,8%	13	31,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	25	56,8%	18	69,2%	29	69,0%		
La surcharge de votre planning de consultations							chi ²	0,7
non/Plutôt non	30	68,2%	17	65,4%	25	59,5%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	14	31,8%	9	34,6%	17	40,5%		
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur							chi ²	0,49
non/Plutôt non	18	40,9%	9	34,6%	12	28,6%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	26	59,1%	17	65,4%	30	71,4%		
Votre intérêt pour la gynécologie							fisher	0,94
non/Plutôt non	38	86,4%	22	84,6%	37	88,1%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	6	13,6%	4	15,4%	5	11,9%		
Le fait d'être bien formé en gynécologie							chi ²	0,24
non/Plutôt non	36	81,8%	17	65,4%	29	69,0%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	8	18,2%	9	34,6%	13	31,0%		
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes							chi ²	0,51
non/Plutôt non	10	22,7%	9	34,6%	10	23,8%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	34	77,3%	17	65,4%	32	76,2%		
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents							chi ²	0,03
non/Plutôt non	13	29,5%	12	46,2%	7	16,7%	significatif	
oui/Plutôt oui	31	70,5%	14	53,8%	35	83,3%		
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale							chi ²	0,53
non/Plutôt non	21	47,7%	11	42,3%	15	35,7%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	23	52,3%	15	57,7%	27	64,3%		
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle							chi ²	0,37
non/Plutôt non	15	34,1%	6	23,1%	9	21,4%	pas significatif	
oui/Plutôt oui	29	65,9%	20	76,9%	33	78,6%		
Total de réponses								112

ANNEXE 14

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Formation en gynécologie		Pas de formation en gynécologie		Test statistique
	n		n		Type p
	43	37,1%	73	62,9%	
Le manque de gynécologues médicaux					chi ² 0,63
non/Plutôt non	14	32,6%	27	37,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	29	67,4%	46	63,0%	
La surcharge de votre planning de consultations					chi ² 0,94
non/Plutôt non	28	65,1%	47	64,4%	pas significatif
oui/Plutôt oui	15	34,9%	26	35,6%	
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur					chi ² 0,64
non/Plutôt non	16	37,2%	24	32,9%	pas significatif
oui/Plutôt oui	27	62,8%	49	67,1%	
Votre intérêt pour la gynécologie					fisher 0,03
non/Plutôt non	41	95,3%	58	79,5%	significatif
oui/Plutôt oui	2	4,7%	15	20,5%	
Le fait d'être bien formé en gynécologie					chi ² 0,0002
non/Plutôt non	40	93,0%	45	61,6%	significatif
oui/Plutôt oui	3	7,0%	28	38,4%	
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes					chi ² 0,58
non/Plutôt non	12	27,9%	17	23,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	31	72,1%	56	76,7%	
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents					chi ² 0,004
non/Plutôt non	19	44,2%	14	19,2%	significatif
oui/Plutôt oui	24	55,8%	59	80,8%	
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale					chi ² 0,04
non/Plutôt non	23	53,5%	25	34,2%	significatif
oui/Plutôt oui	20	46,5%	48	65,8%	
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle					chi ² 0,96
non/Plutôt non	11	25,6%	19	26,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	32	74,4%	54	74,0%	
Total de réponses					116

ANNEXE 15

Quels éléments favorisent votre collaboration avec les sages-femmes libérales ?					
	Diplôme en gynécologie		Pas de diplôme en gynécologie		Test statistique
	n		n		Type p
	11	9,5%	105	90,5%	
Le manque de gynécologues médicaux					chi ² 0,16
non/Plutôt non	6	54,5%	35	33,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	5	45,5%	70	66,7%	
La surcharge de votre planning de consultations					fisher 1
non/Plutôt non	7	63,6%	68	64,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	4	36,4%	37	35,2%	
L'intérêt suscité par l'échange de pratiques avec les sages-femmes de votre secteur					chi ² 0,42
non/Plutôt non	5	45,5%	35	33,3%	pas significatif
oui/Plutôt oui	6	54,5%	70	66,7%	
Votre intérêt pour la gynécologie					fisher 0,36
non/Plutôt non	11	100,0%	88	83,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	0	0,0%	17	16,2%	
Le fait d'être bien formé en gynécologie					fisher 0,04
non/Plutôt non	11	100,0%	74	70,5%	significatif
oui/Plutôt oui	0	0,0%	31	29,5%	
La nécessité d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes					fisher 0,46
non/Plutôt non	4	36,4%	25	23,8%	pas significatif
oui/Plutôt oui	7	63,6%	80	76,2%	
La complémentarité dans la pratique : il est plus facile de collaborer quand les champs d'action sont différents					chi ² 0,19
non/Plutôt non	5	45,5%	28	26,7%	pas significatif
oui/Plutôt oui	6	54,5%	77	73,3%	
L'avis spécialisé de la sage-femme libérale					chi ² 0,35
non/Plutôt non	6	54,5%	42	40,0%	pas significatif
oui/Plutôt oui	5	45,5%	63	60,0%	
L'harmonisation des formations et des pratiques offrirait une meilleure compréhension mutuelle					chi ² 0,02
non/Plutôt non	6	54,5%	24	22,9%	significatif
oui/Plutôt oui	5	45,5%	81	77,1%	
Total de réponses					116

RÉSUMÉ

Introduction : La collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales est une démarche volontaire et active dans laquelle le but commun est le suivi gynéco-obstétrical des patientes.

L'hypothèse de départ de cette étude était la suivante : les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent peu dans leur champ d'action commun.

L'objectif était donc de comprendre pour quelles raisons les médecins généralistes et les sages-femmes libérales collaborent ou non dans leurs champs d'activités communs.

Méthode : Nous avons d'abord réalisé une enquête pré-analytique auprès de 5 médecins généralistes et de 3 sages-femmes libérales afin de recueillir leurs opinions sur la collaboration et d'être le plus exhaustifs possible dans le choix des items du questionnaire quantitatif. Dans un second temps, un questionnaire a été envoyé par internet à 300 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure entre janvier et juillet 2016. Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive et transversale.

Résultats : 133 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 44,3%.

62% des médecins généralistes n'avaient aucun contact avec les sages-femmes libérales.

Les raisons invoquées étaient l'absence de présentation (68,8%, $p < 0,05$), l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités (76,6%, $p < 0,05$), la volonté de conserver une activité gynécologique (64,9%, $p < 0,05$) et l'absence de demande de la part des patientes d'un suivi conjoint (66,2%, $p < 0,05$).

Certains facteurs, au contraire, favorisaient la collaboration, tels que le manque de gynécologues (76,7%, $p < 0,05$) ou encore l'intérêt suscité par un échange de pratiques avec les sages-femmes du secteur (79,1%, $p < 0,05$).

Il y avait un lien significatif entre l'âge des médecins généralistes et le fait d'avoir des contacts ou non ($p < 0,001$). Les médecins de moins de 50 ans étaient plus favorables à la collaboration.

Conclusion : Pour pallier la carence d'accès aux soins gynécologiques en France, les pouvoirs publics ont proposé d'étendre le champ d'activité des sages-femmes. Cependant, la majorité des médecins généralistes collabore peu avec ces dernières et cette étude nous a permis d'en affiner les raisons. Une information des professionnels et des patientes sur les champs d'activités des sages-femmes est une première étape indispensable pour favoriser la collaboration.

Mots-clé : collaboration – coopération – sages-femmes – médecins généralistes