



HAL
open science

Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie

Laurianne Digard

► **To cite this version:**

Laurianne Digard. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01920267

HAL Id: dumas-01920267

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920267v1>

Submitted on 13 Nov 2018

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.



**FACULTÉ MIXTE DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE**

Année : 2017-2018

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'état)**

PAR
Laurianne DIGARD

Née le 29/09/1988 à Mont Saint Aignan

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/10/2018

Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ?

Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie.

Président du jury : Pr Jean-Loup HERMIL, PU-MG

Directeur de thèse : Dr Lucille PELLERIN, MCA-MG

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

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 Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
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
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	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	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfán DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
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 Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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>surnombre</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 – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
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 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
Mme Marie-Laure WELTER	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 Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Épidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
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 AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
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
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
Mr Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
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 **DAHOT**

Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**

Pharmacognosie

Mr Jonathan **HEDOUIN**

Chimie Organique

Mme Barbara **LAMY-PELLETIER**

Pharmacie Galénique

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
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**(PU-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie-Thérèse **THUEUX** UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** 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) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
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

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.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être le président du jury de cette thèse. Merci de m'avoir accompagnée durant ces années et de m'avoir confortée dans mon choix de la médecine générale.

À Madame le Docteur Elizabeth Mauviard, pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Madame le Docteur Marianne Lainé, pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon respect et toute ma gratitude d'avoir accepté de juger mon travail.

À Madame Fabienne Darcet, pour votre aide précieuse. Veuillez trouver ici toute ma gratitude d'avoir accepté d'assister à la présentation de notre travail.

À Monsieur le Docteur Hugo Guihard, pour avoir accepté cette thèse commune et pour ton aide.

À Madame le Docteur Lucille Pellerin, pour ton aide et tes précieux conseils tout au long de ce travail, et pour les heures passées à me relire. Merci de la confiance que tu m'accordes depuis plusieurs années. Trouve ici le témoignage de toute ma gratitude.

À Emeline pour avoir accepté de travailler avec moi sur un projet aussi important. Merci de m'avoir permis de parler enfin de cette thèse au passé.

Aux 14 professionnels anonymes qui ont eu la gentillesse de participer à ce travail. Merci à eux pour leur accueil, leur disponibilité et leur franchise.

Aux médecins généralistes et maîtres de stage qui m'ont fait découvrir et apprécier la médecine générale : Didier Berjonneau, Anne De Perthuis, Pascal Julienne, Marie-Catherine Lagaude, Jean-Luc Raoult.

Aux médecins et aux paramédicaux qui m'ont accueillie dans leurs services tout au long de ces années. Merci pour votre aide et tout ce que vous m'avez apporté.

À mes co-internes : Cécile, Clotilde, Laura, Mathilde, Anna, Pauline, Valentina, pour les bons moments passés ensemble.

À Solenne pour ton soutien. Après tant d'années partagées la distance entre nous n'aura pas raison de notre amitié.

À Elodie et à Manon, mes amies de longue date. Merci pour vos précieux conseils au quotidien. Nous avons fait un grand bout de chemin ensemble, l'avenir est devant nous.

À ma belle-famille, Brigitte, Guy, Édouard, Laure et Sébastien pour l'intérêt que vous me portez et votre gentillesse à mon égard.

À mes parents, pour tout ce que vous m'avez apporté pendant ces 30 années. Pour les valeurs que vous m'avez données et l'amour que vous me portez. Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée. Maman, une phrase ne suffira pas pour décrire ces dernières semaines... Merci !

À Philippe, mon beau-papa, pour être toi et être là chaque fois que j'en ai besoin. Merci de faire partie de ma vie.

À mes sœurs, Fanny et Marie-Angélique pour les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir, pour votre grain de folie.

À mon frère, Yoan, à Muriel et à vos adorables filles pour la confiance que vous m'accordez chaque jour. Merci de répondre présents lorsque j'en ai besoin, de prendre soin de moi et de mes enfants.

À Guillaume, pour partager ma vie au quotidien et remplir ma vie de joie et d'amour.

Et puis à mes 2 amours, Côme et Gabin, pour avoir changé ma vie et l'embellir chaque jour un peu plus. Merci pour vos sourires, vos bisous et vos câlins si précieux.

Table des matières

1. Introduction.....	19
2. Matériel et méthode.....	25
2.1. Type d'étude	25
2.2. Population étudiée.....	25
2.3. Mode de recueil des données	25
2.4. Élaboration du guide d'entretien.....	27
2.5. Retranscription des entretiens et analyse des données	27
3. Résultats	28
3.1. Population étudiée.....	28
3.1.1. Profession	29
3.1.2. Âge.....	29
3.1.3. Lieu d'exercice	29
3.1.4. Mode d'exercice	30
3.1.5. Durée d'installation.....	31
3.2. Durée des entretiens	31
3.3. Résultats	32
3.3.1. Connaissance et partage des compétences de chaque profession	32
3.3.2. Limites règlementaires des compétences des SF	34
3.3.3. Le développement de la communication	35
3.3.4. Connaitre et rencontrer son réseau local de professionnels	37
3.3.5. La place des études des médecins et sages-femmes.....	39
3.3.6. Certaines idées proposées rejetées.....	40
3.3.7. Une évolution positive du travail collaboratif attendue	40

4.	Discussion.....	41
4.1.	La connaissance et le partage des champs de compétences gynécologiques entre SF, MG et patientes améliorent la collaboration	41
4.2.	Le MG coordonnateur dans la planification commune de la prise en charge des patientes avec les SF	45
4.3.	L'exploitation des différents supports de communication à optimiser.....	46
4.4.	Discussion de la méthode	49
4.4.1.	Forces de l'étude.....	49
4.4.2.	Faiblesses de l'étude	50
5.	Conclusion et perspectives.....	51
	Nous n'avons à signaler aucun conflit d'intérêt.....	52
6.	Liste des abréviations.....	53
7.	Annexes	54
7.1.	Annexe 1 : Compétences des SF(37)	54
7.1.	Annexe 2 : Liste des médicaments que peuvent prescrire les SF à leurs patientes (44).....	55
7.1.1.	Prescription initiale	55
7.1.2.	Renouvellement d'une prescription initiée par un médecin	56
7.2.	Annexe 3 : Liste des médicaments que peuvent prescrire les SF aux nouveau-nés(44).....	57
7.3.	Annexe 4 : Guide d'entretien.....	58
8.	Bibliographie.....	60

1. Introduction

Le domaine de la santé de la femme regroupe le suivi de contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage des cancers gynécologiques et le suivi de grossesse. Il représente une part importante de la pratique en soins primaires avec des enjeux majeurs.

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et avec la plus grande mortalité chez la femme en France. Il est recensé près de 59 000 nouveaux cas et est estimé à 11 800 le nombre de décès par cancer du sein en France en 2017 (1). Il représente 18,2 % des décès féminins par cancer (1). Le taux de mortalité diminue néanmoins d'année en année grâce à l'amélioration des traitements et au dépistage de plus en plus adapté au niveau de risque de chaque femme permettant de diagnostiquer ces cancers à un stade plus précoce.

Le cancer du col de l'utérus représente 2 835 nouveaux cas estimés en 2017 pour 1 084 décès (1). Le nombre de cancer diminue grâce à la vaccination anti-HPV et au dépistage qui permet de détecter des lésions précancéreuses et de les traiter précocement (2).

Les IST bactériennes augmentent en France depuis la fin des années 90. Ainsi en 2015, le nombre de cas de syphilis récente a augmenté de 59 % par rapport à 2013 (3). Le nombre de cas d'infections à gonocoques a été multiplié par 3 entre 2012 et 2016 (4). Le nombre d'infection à chlamydia déclarée était de 8 % entre 2013 et 2015, c'est la seule IST où la part des femmes prédomine parmi les cas diagnostiqués (5). Sur cette même période, le nombre de gonococcies a augmenté de 32 % chez les femmes hétérosexuelles (5). Un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires suivi d'un traitement rapide est indispensable pour interrompre la transmission des IST (5).

La plupart des grossesses ont un déroulement physiologique et peuvent donc être suivies par les professionnels de première ligne tels que les médecins généralistes (MG) ou les sages-femmes (SF) sans qu'il ne soit retrouvé de différence en terme de pronostic materno-fœtal selon un rapport toulousain de 2006 (6). Il est cependant important d'avoir un suivi bien conduit afin de dépister les situations à risque de

complications maternelles, obstétricales et fœtales pouvant nécessiter une prise en charge plus spécialisée. Dans ce contexte, l'information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à venir. La haute autorité de santé (HAS) souligne que les conditions nécessaires à un suivi de grossesse bien conduit sont : une formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses ; un exercice en collaboration ville-hôpital (7). Les réseaux de santé en périnatalité rassemblent l'ensemble des professionnels hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social, concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Parmi leurs missions figure l'information des femmes ou des couples tout au long de la grossesse (8).

Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire et beaucoup de femmes ne consultent un praticien qu'en cas de problème. Selon les recommandations de la HAS, le dépistage pour le cancer du col de l'utérus est basé sur un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans pour les femmes de 25 à 65 ans, après deux FCU normaux à un an d'intervalle (9). Elle recommande également la vaccination anti-HPV pour les jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage de 15 à 19 ans révolus (10). Le plan cancer 2014-2019 a émis un objectif de 80 % du taux couverture de la population ciblée pour les FCU (11). Un objectif de santé publique qui est encore loin d'être atteint. Dans une enquête réalisée par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) en 2012, la couverture du dépistage par FCU était de 72 % (12). Une étude réalisée en 2011 montrait que 19 % des femmes n'avaient pas de suivi gynécologique régulier, dont 6 % qui n'en avait aucun (13). On peut également déplorer une participation de seulement 57 % au dépistage du cancer du sein par mammographie (11). La couverture vaccinale contre l'HPV est encore plus faible avec un taux inférieur à 30 % (11).

Concernant le suivi de leur grossesse, les femmes apparaissent plus impliquées. Selon l'étude périnatale de 2010 réévaluée en 2016, les femmes avaient en moyenne 10 consultations prénatales et 5 échographies (14). Alors que les recommandations de la HAS pour le suivi de la grossesse proposent 7 consultations prénatales et 3 échographies (7). Mais la prévention est, là encore, un domaine à améliorer même pour le suivi des grossesses. L'étude périnatale de 2010 montrait que seulement 40 % des femmes avaient une prescription d'acide folique pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural (14). Les conseils concernant la toxoplasmose en cas de non immunité étaient donnés dans 61.8 % des cas et ceux pour la rubéole dans 58,3 %. Un total de 89 % des femmes n'avaient pas reçu de conseils concernant la vaccination de la coqueluche (14). Le dépistage du diabète gestationnel et de la trisomie 21 étaient par contre bien suivis par 87 % des femmes enceintes (14).

Pour assurer ces différents suivis, le choix du professionnel revient aux patientes et est multiple en France : les patientes peuvent avoir recours soit à un gynécologue, à un MG ou à une SF.

Le choix se fait selon leurs informations et connaissances sur les différents spécialistes du suivi, ainsi que sur la disponibilité démographique et géographique de ces derniers (15).

Les femmes se font majoritairement suivre par un gynécologue comme l'a montré l'étude périnatale de 2016 où 57 % des femmes étaient suivies par un gynécologue pour leur grossesse (contre 67 % en 2010). Mais la proportion de grossesses suivies par une SF libérale est en nette augmentation avec 25 % en 2016 contre 16 % en 2010 (14). La proportion de grossesses suivies par le MG est en diminution avec 19,3 % en 2016 contre 23,8 % en 2010 (14). Dans l'étude de 2011 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé le suivi gynécologique était réalisé dans 20 % des cas par le MG (16). Les FCU pour le dépistage du cancer du col de l'utérus étaient effectué pour 90 % par les gynécologues (17).

Mais l'offre médicale évolue, avec notamment une diminution du nombre des gynécologues-obstétriciens. Selon le conseil de l'ordre des médecins, entre 2008 et 2015, la diminution a été de 31,3 % avec une présence concentrée sur des secteurs de ville délaissant les secteurs ruraux (66 % des bassins de vie ne recensaient aucun gynécologue libéral) (18). L'activité des gynécologues est loin de suffire à la demande croissante des femmes pour leur suivi (16). De ce fait une part des consultations de suivi gynéco-obstétrique se reporte sur le MG, acteur de soins de premier recours, de prise en charge globale, de continuité et de coordinations des soins. Il a également dans ses attributions une fonction de santé publique avec des missions de prévention, d'éducation et d'information du patient. Mais sa démographie médicale est elle aussi en déclin puisque le conseil de l'ordre des médecins enregistrait une baisse de 10,3 % entre 2005 et 2015 ; et tous les MG ne pratiquent pas de suivi gynécologique ou obstétrique (18). Ainsi, selon une étude du dépistage des cancers de 2010 seul un médecin sur deux réalisait des FCU pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et selon une étude sur le suivi de grossesse de 2015 seuls 57 % des médecins déclaraient suivre des femmes enceintes de manière régulière (19) (20).

Pour faciliter l'accès aux soins et à la contraception des femmes et tenter de répondre à la problématique de nombreuses patientes n'ayant pas de suivi gynécologique, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) publiée en juillet 2009 a ouvert le champ de compétence du suivi gynécologique de prévention et de contraception aux SF, celles-ci étant connues jusque-là pour leur rôle de maïeuticienne (21). Elles peuvent désormais et en dehors de toute situation pathologique réaliser des consultations de gynécologie de prévention et prescrire les examens complémentaires nécessaires à ce suivi, proposer des consultations de contraception, prescrire tous les moyens de contraception ainsi que leur surveillance clinique et biologique (23) (annexe 1). Elles sont également autorisées à pratiquer les vaccinations et prescrire des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (24) (annexes 2 et 3). Enfin, elles sont autorisées depuis Juin 2016 à pratiquer l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse (25). Les SF peuvent ainsi prendre part au suivi de la femme dans sa globalité, dans la mesure où ce dernier reste physiologique et sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation jugée pathologique (21). Elles bénéficient maintenant d'une formation initiale en gynécologie nécessaire à leurs nouvelles compétences (26).

Du fait de la possibilité de suivi des femmes par différents acteurs dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, la prise en charge des patientes peut se retrouver fractionnée et partagée entre les différents professionnels. Pour optimiser cette offre de soins, il est donc nécessaire de mettre en place une collaboration efficace entre les différents professionnels de la santé de la femme.

La collaboration est l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres. Collaborer c'est travailler de concert avec quelqu'un d'autre et l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune (27).

Les professionnels du suivi gynécologique (qu'ils soient gynécologues, MG ou SF) partagent de nombreuses compétences. Ils l'ont rappelé dès 2010 dans une publication commune : « Référentiels Métiers et Compétences », installant la santé de la femme au cœur de leurs métiers et démontrant leur volonté de travailler ensemble. La densité de MG est en baisse (18), contrastant avec une population française féminine en constante croissance (28) et un secteur libéral en développement constant chez les SF. Les MG sont donc de plus en plus confrontés à des patientes suivies par des SF. La nécessité de collaborer devient de plus en plus importante.

Plusieurs études ont été réalisées sur la collaboration entre les SF libérales et les MG. D'après des travaux qualitatifs de 2017, les MG ne sont pas opposés aux nouvelles compétences des SF et il est nécessaire de mieux travailler ensemble (29). Il est mis en évidence certains facteurs qui favorisent la collaboration d'après les MG tels que le manque de gynécologues, l'intérêt suscité par un échange de pratiques avec les SF du secteur ou encore le fait de bien connaître les compétences de ces dernières. Il est aussi mis en évidence des freins à la collaboration tels que l'absence de présentation des SF, l'habitude d'interagir avec les gynécologues ou directement avec les maternités, la volonté de conserver une activité gynécologique ou l'absence de demande de la part des patientes d'un suivi conjoint. Il est retrouvé que les rôles et les limites de chacun ne sont pas toujours bien connus ce qui peut représenter un frein à la collaboration (30). Ces dernières études, étant quantitatives, n'ont pas permis d'explorer les expériences et les sentiments des participants et ne leur ont pas permis de proposer de nouvelles idées.

D'après nos recherches dans la littérature, peu de travaux qualitatifs se sont intéressés à l'avis des SF libérales ou ont tenté de proposer des pistes d'amélioration pour cette collaboration.

Nous avons donc décidé dans une première partie de notre travail, présentée par Emeline MEIGNEN de réaliser une étude qualitative auprès des SF libérales de Seine-Maritime et de l'Eure pour connaître leur ressenti sur l'état actuel de la collaboration. Les résultats principaux ont montré des freins à cette collaboration. Le manque de communication entre les deux professions a été évoqué, notamment le fait de ne pas connaître physiquement les médecins du secteur et l'absence de transmission concernant les patientes de la part des SF ou des MG. Les compétences des SF ne sont pas connues des MG engendrant un manque de confiance envers leur profession et une vision concurrentielle de leur activité. Les échanges sont complexifiés par le manque d'uniformité de la pratique gynéco-obstétrique.

Des pistes d'amélioration ont été abordées par les SF. Une meilleure connaissance de l'autre passant par une présentation mutuelle et par des échanges sur les difficultés rencontrées a été promue. Il a été évoqué que les médecins ne fassent que de la pathologie dans le domaine de la santé de la femme et que le suivi de grossesse soit conjoint.

Cette première étude a permis d'explorer les freins et les facteurs favorisant la collaboration du point de vue des SF. Le point de vue des MG a été recueilli dans la littérature auprès des études qualitatives précédemment citées. Ces différents éléments nous ont servi de support pour l'élaboration du guide d'entretien de la deuxième partie.

L'objectif de ce travail était d'explorer les facteurs qui favorisent la collaboration entre les SF et les MG pour le suivi des patientes, à l'aide de focus groups des deux professions en Normandie.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Nous avons choisi une méthode de recherche qualitative puisqu'elle sert à explorer un phénomène afin de mieux le comprendre. Elle consiste le plus souvent en un recueil puis une analyse de données verbales qui donnent un aperçu des perceptions des individus sur un sujet. L'objectif est d'émettre des hypothèses, d'interpréter des données afin de mieux comprendre certains phénomènes sociaux (31).

Depuis quelques années les départements de médecine générale s'approprient les méthodes qualitatives pour développer des travaux de recherche sur la compréhension des phénomènes de santé en soins primaires (32).

2.2. Population étudiée

Des SF et des MG étaient interrogés.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être MG ou SF installé ou remplaçant fixe en libéral
- Exercer en Seine-Maritime ou dans l'Eure
- Pratiquer la gynécologie et/ou de l'obstétrique

2.3. Mode de recueil des données

Le recueil des données était réalisé à l'aide de focus groupes. L'exploration de la collaboration entre SF et MG nécessitait la création d'une dynamique collective et des interactions professionnelles que le focus groupe permettait d'explorer (32).

Nous contactons des SF de manière aléatoire d'abord, d'après les coordonnées figurant sur le site du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes (CDOSF). Lorsque nous obtenions une réponse positive nous lui demandions si elle connaissait des MG ou des SF susceptibles de participer à notre étude : c'est l'effet boule de neige.

Afin d'avoir un groupe suffisant nous le complétions avec des professionnels travaillant dans une zone géographique proche.

En fin d'entretien, nous demandions aux praticiens s'ils connaissaient d'autres professionnels qui correspondaient aux critères recherchés et ayant des pratiques différentes afin d'avoir une population la plus diversifiée possible.

Les focus groupes étaient réalisés avec 2 chercheurs : un modérateur et un observateur.

Ils étaient réalisés au cabinet de l'un des participants entre juillet et août 2018. La durée estimée de l'entretien était de 1h à 1h30.

L'entretien débutait par une présentation succincte du sujet de l'étude. Son déroulement était ensuite expliqué. Celui-ci commençait par un recueil d'informations générales sur les participants, avant de démarrer l'échange sur les propositions visant à améliorer la collaboration entre les 2 professions. Les participants étaient informés que la séance serait enregistrée et les données rendues anonymes lors de l'analyse des résultats. Leur consentement était recueilli oralement pour l'enregistrement.

Les entretiens étaient enregistrés sur 2 dictaphones. L'enregistrement permettait de recueillir le propos exact des personnes interrogées et d'aller au-delà des « impressions » laissées par l'entretien. L'analyse de l'ensemble du discours a été réalisée. Les données non verbales étaient également recueillies.

Il était proposé en fin de séance aux participants de leur communiquer les résultats finaux de l'étude par mail.

L'étude a été poursuivie jusqu'à saturation des données.

2.4. Élaboration du guide d'entretien

L'entretien se basait sur des questions ouvertes formulées à partir des propositions trouvées dans la littérature selon le point de vue des MG ainsi que celles formulées par les SF interrogées lors de la première partie de notre étude (thèse d'Emeline MEIGNEN). L'interviewer s'appuyait sur ce guide afin de mener l'entretien. Les questions étaient divisées en 3 parties: le partage des compétences, la communication entre les professionnels et la connaissance de l'autre. Tous les thèmes n'étaient pas forcément abordés dans l'ordre. Une grille de relance avait été élaborée afin d'aborder un maximum de sujets sans pour autant influencer les participants ou leur couper la parole.

Au fur et à mesure des focus groups, de nouvelles propositions apparaissaient et le guide d'entretien était modifié. Des éléments auxquels nous n'avions pas pensé étaient ajoutés au fur et à mesure des focus groups. Les premiers participants ayant fait des commentaires sur le sujet une fois l'entretien terminé, une question en fin de guide a été ajoutée, proposant aux participants d'ajouter des éléments qui n'auraient pas été abordés au cours de l'entretien.

Le guide d'entretien est présenté en annexe 4.

2.5. Retranscription des entretiens et analyse des données

Les focus groupes étaient retranscrits dans leur intégralité sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word. Chaque focus group était numéroté, avec la date et la durée de l'interview. Le nom des participants était rendu anonyme.

L'ensemble des textes retranscrits, appelés *verbatim*, servait de support écrit pour l'analyse des données. Chaque entretien retranscrit était ensuite analysé manuellement. Le *verbatim* était divisé en unités de texte les plus réduites possibles : les unités minimales de sens (UMS). Les UMS étaient ensuite regroupées par thèmes. Le texte était ainsi codé fragment par fragment.

Afin d'améliorer la validité interne de l'analyse, l'ensemble des enregistrements étaient codés par une deuxième personne

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Au total, 14 professionnels ont participé à notre étude. Tous des femmes. Nous avons réalisé 3 focus groups mélangeant les 2 professions : un de 4 personnes et deux de 5 personnes. Les caractéristiques sociodémographiques des participants figurent dans le tableau d'échantillonnage ci-dessous et sont détaillées après.

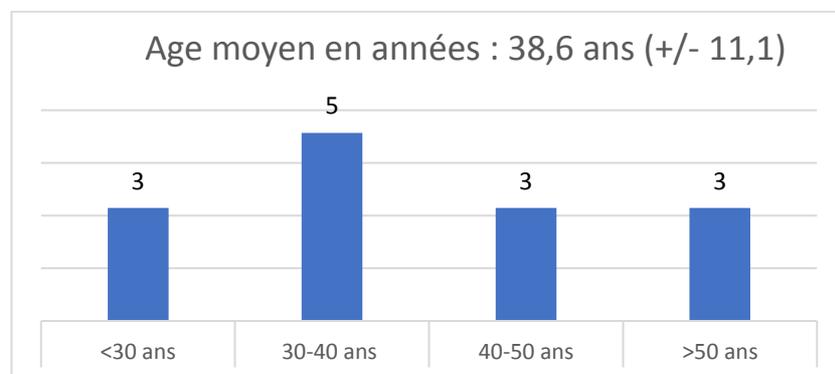
		Focus Groupe 1				Focus Groupe 2				Focus Groupe 3				Répartition	Moyenne Ecart Type		
Discipline	SF			x	x				x	x			x	x	x	50%	
	MG	x	x			x	x	x			x	x				50%	
Sexe	Homme															0%	
	Femme	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100%	
Âge	< 30		x									x			x	21%	38,6 ans (+/- 11,1)
	30-40	x			x					x	x			x	36%		
	40-50			x					x				x			21%	
	> 50					x	x	x								21%	
Lieu d'exercice	Urbain	x		x	x		x	x				x				43%	
	Rural										x					7%	
	Semi-urbain		x			x										14%	
	Semi-rural								x	x			x	x	x	36%	
Mode d'exercice	Groupe médecins sans SF		x			x	x	x			x	x				43%	
	Groupe médecins avec SF	x		x	x											21%	
	Groupe de SF								x	x			x	x	x	36%	
	Seul															0%	
Ancienneté d'installation	SF			7	5				8	5			6	3	2		5,1 ans (+/- 2,1)
	MG	7	1			22	19	22			1	2					10,6 ans (+/- 10)
Pratique de	Gynécologie	Non														0%	
		Oui	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	100%
	Suivi de grossesse	Non						x									7%
		Oui	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	93%
Durée entretien		42 minutes				1h07				1h36					68 Minutes (+/- 27)		

3.1.1. Profession

Parmi les participants il y avait 50 % de SF (n=7) et 50% de MG (n=7). Tous pratiquaient le suivi gynécologique. 7% ne pratiquaient pas le suivi de grossesse (n=1), il s'agissait d'un MG.

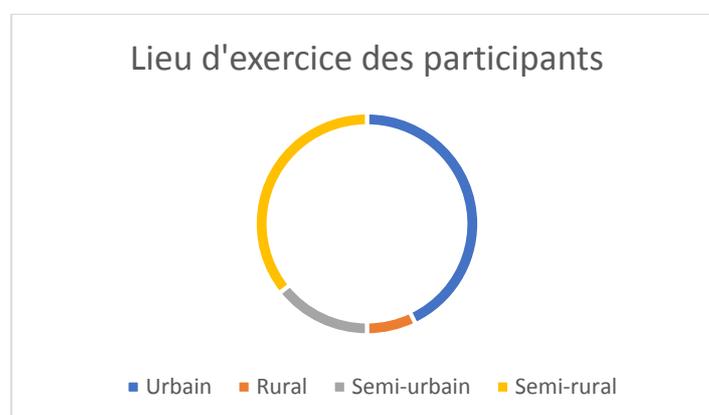
3.1.2. Âge

Les participants avaient entre 26 ans pour la plus jeune et 57 ans pour la plus âgée. La moyenne était de 38,6 ans avec un écart-type de 11,1. La médiane était de 35,5 ans.



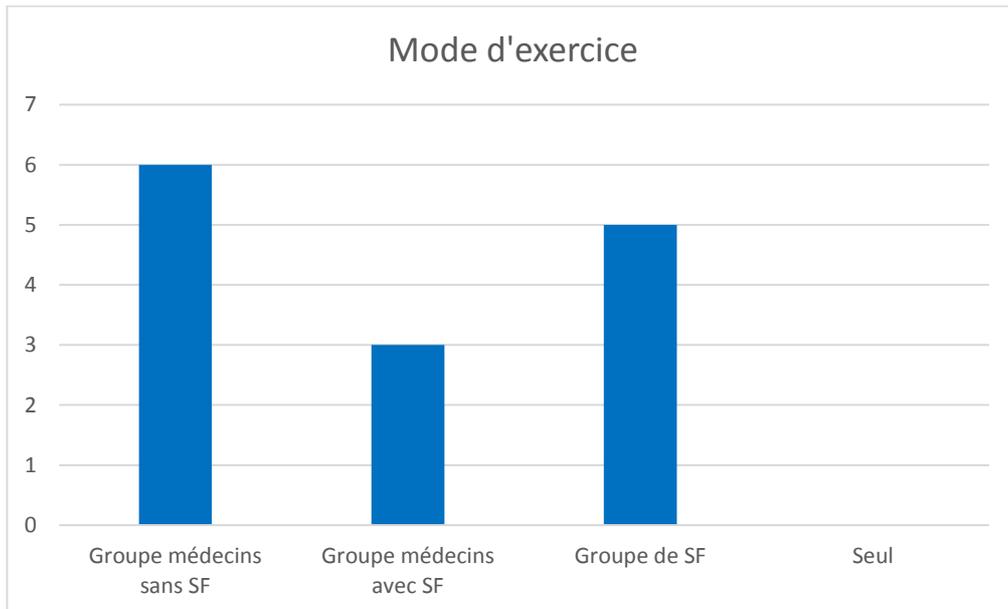
3.1.3. Lieu d'exercice

Parmi les participants, 42% travaillaient en milieu urbain (plus de 20000 habitants) (n=6), 7% travaillaient en milieu rural (moins de 5000 habitants) (n=1), 35% travaillaient en milieu semi-rural (n=5) et 14% travaillaient en milieu semi-urbain (n=2).



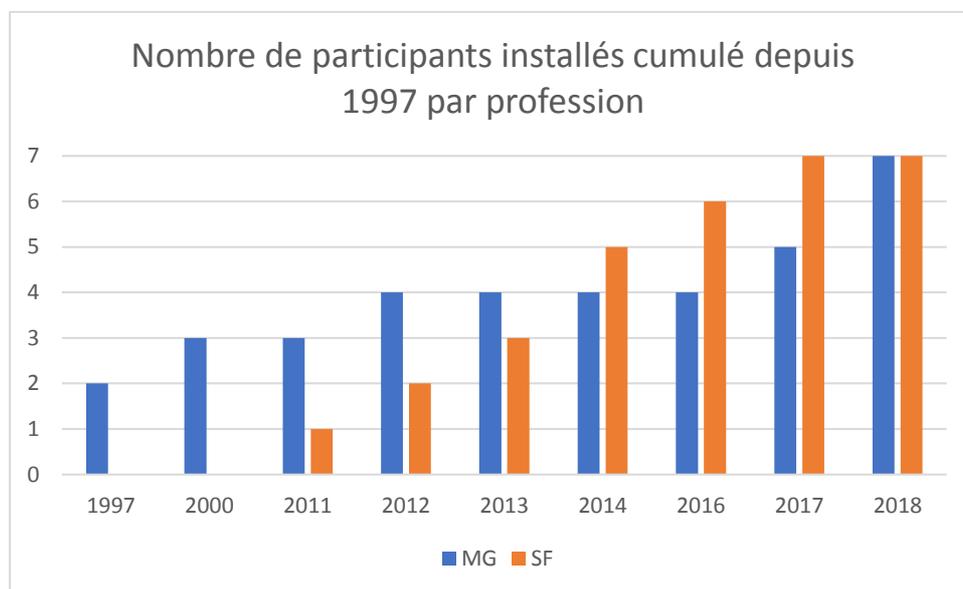
3.1.4. Mode d'exercice

La totalité des participants travaillaient en cabinet de groupe. La majorité des médecins dans un groupe sans SF (85 %, n=6), et la majorité des SF dans un groupe sans médecin (71 %, n=5). Par ailleurs, 21% des participants venaient d'un groupe mélangeant les deux professions (n=3).



3.1.5. Durée d'installation

Les médecins s'étaient installés entre 1997 pour le plus ancien et 2018 pour le plus récent. La durée moyenne d'installation était de 10,6 ans avec un écart-type de 10. Parmi les MG participants presque 43% d'entre eux étaient installés avant 2009 (n=5) et ont donc vécu l'évolution de la collaboration avec les SF libérales depuis la loi HPST. Les SF interrogées étaient installées plus récemment. Pour la plus ancienne depuis 2011. La durée moyenne d'installation était de 5,1 ans avec un écart-type de 2,1. Aucune n'était donc installée avant la loi de 2009 élargissant leurs compétences.



3.2. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 42 minutes pour le premier et 96 minutes pour le dernier. La durée moyenne était de 68 minutes avec un écart-type de 27.

3.3. Résultats

3.3.1. **Connaissance et partage des compétences de chaque profession**

Notre premier constat était qu'unaniment, les participants validaient la nécessité de connaître la profession de l'autre, son champ d'action et ses limites afin d'améliorer la collaboration. Les MG participants connaissaient peu les limites des compétences des SF, ils souhaitaient être mieux informés. Un interrogé proposait que ces informations soient apportées par le CDOSF.

L68 « MG3 : on ne sait pas la position qu'elles ont, quels sont vraiment leurs rôles. »

L15 « MG4 : ma pensée dernièrement c'était effectivement de prendre mon téléphone, d'appeler la SF du coin et de demander les limites quoi. »

L473 « MG5 : le conseil de l'ordre pourrait faire des petits courriers à envoyer à tous les MG en expliquant... SF3 : Ce qu'on peut faire. »

De même, les SF avaient des difficultés pour connaître les pratiques des MG avoisinants, chaque MG ayant une pratique singulière et ne faisant pas forcément de gynécologie-obstétrique. En effet, à compétences égales à l'issue de la formation initiale, les professionnels sont libres de développer ou non certains champs d'activité. Les participants pensaient que cette méconnaissance desservait la collaboration entre eux.

L183 « MG2 : ce qui doit être difficile pour vous, c'est qu'il y a des médecins ça va qui font plein de choses et d'autres pas du tout quoi »

Le fait que les patientes manquaient elles aussi d'information sur les possibilités qui leur étaient offertes était décrit par les participants comme étant un frein à leur collaboration. Les participants proposaient qu'elles soient mieux informées sur les compétences des deux types de professionnels. Selon eux, elles ne pensaient pas toujours que le MG puisse faire le suivi de grossesse ou le suivi gynécologique ; de même elles ne savaient pas toujours que les SF ne pouvaient pas intervenir dans la pathologie.

L785 « MG5 : Souvent moi les femmes me disent « mon gynéco n'a pas pu me voir donc j'ai été voir une SF ». Donc elles pensent pas non plus que nous on puisse faire le suivi de grossesse. »

Quoi qu'il en soit, les participants se disaient prêts à accepter un partage de l'activité dans le domaine de la santé de la femme. En ce sens tous, s'entendaient sur le fait qu'il fallait laisser aux patientes le choix du professionnel, l'important étant qu'elle ait un suivi gynéco-obstétrical.

L927 « SF5 : Il faut replacer aussi le patient au centre du débat. (...) On s'en fout de où elle fait son frotti du moment qu'elle le fait ! On s'en fout de où elle fait son suivi sein du moment qu'elle se fait suivre le sein ! »

Pour autant, les participants proposaient peu aux patientes de faire leur suivi gynécologique auprès d'un autre professionnel à moins d'être mal à l'aise sur le geste tout en reconnaissant que l'autre profession pouvait apporter quelque chose de différent dans le suivi de la grossesse.

En revanche aucun des participants ne trouvait pertinent de faire un suivi de grossesse conjoint : le temps de grossesse était trop court, il fallait bien connaître le dossier.

L18 « MG1 : c'est vrai que vu que nous aussi on fait le suivi gynéco j'ai moins l'habitude de dire « bah si vous voulez y a ma SF qui peut faire le suivi gynéco » »

L431 « MG7 : les poses de stérilet chez les nullipares, j'en avais déjà loupé 2, je suis pas... je disais « je préfère que vous voyez la SF qui a bien l'habitude de poser les stérilets plus que moi. » Donc je délègue en disant « elle c'est son domaine ». »

L31 « MG1 : la grossesse je le propose parce que je me dis que c'est un moment un peu unique dans la vie où la femme s'est peut-être projetée plein de choses, va peut-être se sentir plus proche d'une SF avec tout l'aspect peut être cocooning »

Le partage des compétences induisait parfois des désaccords de prise en charge du fait de la liberté et de l'autonomie de prescription de chacun.

L570 « SF3 : chacun a son indépendance de prescription. Après sans porter de jugement effectivement on peut ne pas être d'accord »

Les patientes étaient régulièrement réorientées vers leur médecin traitant (MT) pour des prises en charges initiées par la SF ce qui était mal vécu par la patiente, par la SF mais aussi par le MG.

Les participants étaient prêts à accepter une modification de prise en charge par un autre professionnel s'il prenait le relais du suivi à condition de bien informer la patiente des raisons de ces changements et de toujours rester déontologique.

L87 « SF3 : il y a effectivement de toutes façons voilà, des choses qui ne doivent pas être dites et pas faites »

Les participants trouvaient intéressant d'être contactés par le professionnel concerné pour discuter du désaccord et confronter leurs opinions et leurs connaissances estimant que cela enrichissait leur pratique. Tous les participants reconnaissaient qu'ils n'étaient pas infaillibles et pouvaient faire des erreurs.

L80 « MG5 : j'aurais bien aimé que la SF prenne son téléphone et me dise... Qu'on en discute. Voir ce qu'elle avait à me dire »

L395 « MG7 : notre conversation l'avait fait réfléchir, elle s'était renseignée »

L400 « MG6 : moi au contraire plus j'ai d'informations mieux je me porte, plus je suis contente »

L318 « SF5 : Je suis pas infaillible, et des fois je ne suis pas là. Je suis pas à même d'avoir un accident enfin voilà »

Finalement, si tous s'accordaient pour un partage des compétences, l'élargissement du champ de compétences des SF était une proposition rapidement abordée.

3.3.2. Limites réglementaires des compétences des SF

Les participants souhaitaient voir élargies certaines limites de compétences des SF qui selon eux n'étaient pas pertinentes et desservaient la collaboration. La première concernait l'arrêt de travail (AT). Ils estimaient que celui qui faisait le suivi d'une grossesse devait être seul juge de la pertinence d'un AT quel qu'en soit la durée. Le MG ne se retrouvant ainsi pas en situation de « subir » la décision d'un autre professionnel.

L100 « SF7 : il y aurait des petites choses à modifier dans les textes de loi »

L42 « MG7 : je pense que ça serait bien en effet qu'elles puissent les avoir. Parce qu'elles connaissent bien leurs patientes et puis elles sont à même de juger et de savoir si c'est important pour elle de se faire arrêter ou de pas s'arrêter. »

L146 « MG6 : si c'est une décision de la SF je pense que ça serait bien que dans ce cas ce soit elle qui prenne la décision sur toute la durée du congé... »

L314 « MG1 : on prend la responsabilité nous de prolonger sur un arrêt qui nous paraissait pas forcément justifié »

De même, une SF regrettait de faire de la prévention des IST sans pouvoir proposer de bilan à son partenaire masculin. Elle avait la sensation d'une prise en charge incomplète dans le cadre de la prévention des IST.

L109 « SF6 : on peut insister un peu sur la prévention des IST tout ça. Leur proposer des dépistages, tout ça on lance tout, et on peut pas faire pour les messieurs »

Les participants étaient dans le constat que les limites devaient bien être posées quelque part.

L84 « SF6 : après ça va être le même souci, si on propose on ne va pas pouvoir le traiter parce que si on commence à traiter les hommes... »

L116 « MG6 : je comprends qu'il y ait quand même, enfin qu'ils soient obligés de mettre des limites au bout d'un moment. Sinon combien de temps après le post-partum euh... la SF peut prescrire des antibiotiques »

Une fois les champs de compétences de chacun bien définis, le développement de moyens de communication entre SF et MG pour une meilleure collaboration s'imposait de façon évidente.

3.3.3. Le développement de la communication

Les participants insistaient sur un manque de communication évident entre les professionnels nuisant à leur collaboration. De nombreux outils étaient pourtant à leur disposition, certains jugés plus intéressants que d'autres, toujours dans un objectif d'améliorer la collaboration entre les professionnels.

Le courrier restait le moyen de communication le plus utilisé pour se transmettre des informations et devait être privilégié dans les cas complexes, pour laisser la trace d'une consultation à la patiente (notamment dans le suivi de la grossesse) ou pour transmettre les résultats d'examens de dépistage. Cela permettait au médecin d'avoir un regard sur le suivi de la patiente dans sa globalité.

L306 « SF5 : Si tout est normal le résultat est directement envoyé à la patiente, au MT et à nous. Et s'il y a un souci c'est que au MT et à nous. »

L676 « SF4 : Et sur le, la feuille du frotti c'est facile de noter le nom du médecin »

Le téléphone risquait de déranger la personne appelée, il devait être réservé aux situations urgentes ou pour discuter d'un éventuel désaccord de prise en charge. Il présentait l'inconvénient de nécessiter la disponibilité des deux professionnels de manière coordonnée.

L745 « SF5 : dans ces cas-là moi j'appelle. Parce qu'il y a quand même une question de délai »

L1044 « MG1 : C'est un peu pénible quand même ! Moi j'aime pas tellement être dérangée pendant mes consults en fait »

L262 « Mais je trouve que le téléphone c'est pas toujours très pratique. SF4 : Non. SF3 : Parce qu'il faut être des 2 côtés disponibles. SF4 : Oui les 2 en même temps »

Les messageries sécurisées n'étaient pas encore très développées pour l'envoi d'informations, les participants les utilisant essentiellement pour recevoir des informations.

L687 « SF6 : On fait que recevoir en fait. Je sais pas comment faire un courrier... -MG6 : Moi c'est pareil, je reçois des courriers mais je sais pas si on peut en envoyer.... -MG7 : Oui moi aussi, je sais pas si c'est possible... »

Ils proposaient que le retour d'informations se fasse à double sens. En effet, l'absence de retour engendrait une baisse de la motivation pour la communication future, limitant ainsi les échanges entre les professionnels.

L51 « MG5 : Moi en fait jamais eu de retour de SF »

L90 « SF3 : nous aussi on n'a pas forcément de retour, il n'y a pas de courrier forcément, dans un sens ou dans l'autre »

L517 « c'est quelque chose que vous aimeriez de la part des médecins ? -SF6 : Bah oui, pour le coup oui ! Parce que effectivement si c'est une patiente qu'on suit déjà, si on l'envoie pour quelque chose oui on aimerait bien savoir la suite. Que ça soit en bien ou en pathologique mais au moins qu'on ait un retour. »

Dans le cadre de la grossesse les participants insistaient sur l'importance de cette communication. Il était nécessaire d'avoir un dossier complet, à jour, remis à la patiente afin de faciliter son suivi. Les attentes des participants dans ce suivi correspondaient au dossier de grossesse fourni par les départements. Cependant il présentait l'inconvénient d'être reçu trop tardivement par les patientes. Les participants souhaitaient pouvoir le transmettre eux-mêmes aux patientes.

L1180 « SF4 : Il faut qu'elles aient un document avec elles qui permet que quand elles vont voir n'importe quel professionnel de santé elles ont des traces de ce qui s'est passé déjà. »

L1113 « SF4 : ça fait un dossier où on note comme ça tous les suivis. Et l'idée c'est que tout le monde peut écrire dedans en fait. »

L1146 « SF3 : les dames elles le reçoivent chez elles, elles sont déjà à 5 ou 6 mois »

Pour communiquer plus aisément, les moyens de communication indirecte (téléphone, courriers, messagerie instantanée ou dossier médical commun) étaient donc cités. Mais pour les participants, la communication directe, c'est à dire connaître ses interlocuteurs, était le préalable à une collaboration plus efficace.

3.3.4. Connaître et rencontrer son réseau local de professionnels

La connaissance de l'autre était nécessaire à une bonne collaboration et facilitait la communication. Cela commençait par une présentation en personne lors de l'installation malgré son aspect chronophage. Les MG ne se soumettaient pas fréquemment à cette pratique, ils estimaient ne pas pouvoir rencontrer tous les praticiens avec lesquels ils étaient amenés à collaborer. Alors que les SF estimaient normal de se présenter aux MG de leur secteur d'installation.

L1269 « MG1 : je pense que c'est bien de connaître ses confrères aux alentours »

L481 « MG4 : communiquer avec quelqu'un qu'on a rencontré même au moins 1 fois je trouve que c'est quand même plus sympa, plus intéressant, plus facile, que quand c'est des noms, une liste de noms... »

L810 « MG6 : Si jamais une SF s'installait pas très loin j'aimerais bien qu'elle vienne me voir parce que je sais que je vais travailler avec elle »

Il existait déjà de nombreuses occasions pour les participants de se rencontrer dans leur pratique quotidienne. Ils proposaient de les développer et de les proposer plus largement aux professionnels. Cela nécessitait un investissement des membres des réseaux pour les rendre plus attractifs aux yeux des professionnels. Le réseau périnatalité, souvent cité en exemple, comptait de nombreux membres pour la plupart trop peu investis. De plus, les participants étaient favorables à des formations ou des réunions communes aux deux professions s'ils étaient informés suffisamment tôt pour leur permettre de s'organiser. Tous étaient intéressés par des groupes d'échanges de pratiques. Ils accordaient plus d'intérêt à des rencontres locales et en petits groupes estimant que les échanges y sont davantage favorisés. Les rencontres entre MG et SF venaient s'ajouter à d'autres formations et ne devaient à ce titre pas être proposées trop fréquemment : une fois par trimestre était la fréquence jugée la plus pertinente par les participants.

L1433 « SF4 : ils (les réseaux périnatalité) vivent en fonction de ce que chacun peut amener donc du coup ça, ça dépend un peu... »

L1422 « SF3 : Le souci souvent c'est que c'est un peu tard... Enfin on est prévenues trop tard. »

L1028 « SF5 : Si je suis prévenue longtemps à l'avance... Par contre faut bloquer suffisamment à l'avance pour pouvoir s'organiser. »

L1041 « SF6 : c'est plus intéressant de faire ça avec des gens avec qui tu travailles vraiment au quotidien. »

L983 « SF6 : ça permet de s'échanger les numéros tout ça. On échange les pratiques... »

Les participants avaient apprécié de se rencontrer dans le cadre de notre étude. La plupart ne se connaissant pas jusque-là, bien que travaillant parfois dans des secteurs géographiques communs ou proches. Ils espéraient pouvoir échanger davantage ensemble à la suite de cette expérience.

L418 « MG5 : Déjà des réunions comme aujourd'hui ! MG4 : Bah oui. SF3 : Oui ça pourrait être pas mal ! »

Pour apprendre à travailler ensemble, il était donc important de se connaître et de communiquer. Cet apprentissage, était à faire le plus précocement possible selon nos participants.

3.3.5. La place des études des médecins et sages-femmes

Les participants souhaitaient plus d'échanges et de rencontres dès les études. L'intérêt de cette proposition était de connaître la profession de l'autre précocement. Néanmoins certains s'interrogeaient sur la pertinence d'en apprendre davantage sur la profession des SF avant même d'être dans le cursus de la médecine générale.

Sur le plan théorique, les participants envisageaient des cours communs aux étudiants en médecine et en maïeutique. Ils étaient favorables à ce que certains cours soient éventuellement dispensés par les SF elles-mêmes, notamment dans le domaine de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, permettant ainsi une meilleure « porosité entre les 2 écoles ».

L1834 « SF3 : ça pourrait même être une (...) enseignante de l'école de SF qui viennent présenter la profession »

L884 « je pense qu'on aura progressé le jour où les SF donneront des cours aux médecins »

L1621 « MG5 : Je pense qu'il faut être déjà un peu orienté pour être intéressé par des rencontres... »

De plus, il semblait intéressant à tous de pouvoir effectuer des stages pendant les études : chez les SF pour les étudiants en médecine, chez les MG pour les étudiants SF. Les participants regrettaient que cette proposition soit actuellement très peu mise en place, les SF n'étant pas autorisées à accueillir les étudiants en médecine en stage. Les stages d'internat pour les MG étaient à privilégier par rapport aux stages d'externat puisqu'ils interviennent après le choix de la spécialisation, certaines spécialités étant moins amenées à collaborer avec les SF dans leur pratique future.

L1450 « SF1 : Mais les étudiantes SF elles font des stages avec des médecins qui font de la gynéco. (...) il y a des demandes mais il n'y a pas beaucoup de tuteurs »

L844 « SF5 : ça arrive que j'aie des étudiants en médecine, internes ou externes. Mais c'est pas officiel »

La totalité des SF interrogées avaient effectué un diplôme universitaire (DU) de gynécologie après leurs études initiales. Toutes l'avaient fait dans des universités proposant un DU de gynécologie commun aux SF et aux MG telles que Lille, Rennes ou Brest. Cette mixité favorisait pour elles la collaboration entre les 2 professions. Les participants déploraient le fait qu'à Rouen ce DU ne soit pas ouvert aux SF.

L823 « SF5 : moi je l'ai pas fait dans la région parce qu'il est fermé aux SF (...) -SF6 : Ah oui oui le DU de gynéco oui. On peut pas le faire... »

3.3.6. Certaines idées proposées rejetées

Certaines idées évoquées dans notre guide d'entretien ont été rejetées et ne semblaient donc pas pertinentes à mettre en place pour améliorer la collaboration.

En effet, les participants pensaient que les MG devaient pouvoir continuer à suivre les femmes dans le domaine physiologique et non exclusivement pathologique. La proposition de laisser la physiologie aux SF avait été rejetée à l'unanimité. L'idée de créer un dossier partagé entre les professionnels semblait trop difficile à mettre en place.

L450 « MG6 : d'un point de vue gynéco c'est très restreint. Ça veut dire rien du tout je pense... »

L524 « MG1 : J'avoue que si toutes mes patientes au bout d'un moment vont voir la SF pendant leur grossesse je pense que ça va me frustrer quand même ! »

L879 « MG6 : maintenant ça m'embêterait vraiment qu'on retire ça de mon activité ! »

3.3.7. Une évolution positive du travail collaboratif attendue

Les participants estimaient que du temps était nécessaire pour s'adapter à tous les changements récents qui impactaient leur collaboration.

Ils évoquaient le fait que les réformes universitaires allaient conduire à une mixité plus importante des étudiants des deux filières. Ils remarquaient que les SF arrivaient rapidement et de plus en plus nombreuses sur le secteur libéral et que leur champ de compétences évoluait encore. Le dernier changement datant de 2016 avec le droit de pratiquer l'IVG médicamenteuse.

L1557 « SF3 : tout le monde va apprendre à travailler ensemble. Là c'est parce que c'est le départ »

L1851 « SF3 : Les SF elles vont acquérir le statut universitaire de toute façon c'est, voilà tout le monde va être dans le même cursus »

L1559 « SF3 : Moi j'ai commencé il y a 7 ans on était je crois une vingtaine de SF Eure et Seine Maritime et là on est une centaine ! En 7 ans... »

L916 « SF5 : nous notre domaine de compétences il s'élargit petit à petit. »

4. Discussion

Notre étude a permis d'explorer différents facteurs favorisant la collaboration entre les SF et les MG pour le suivi des patientes en Normandie.

Trois axes d'amélioration émergent de l'analyse des résultats : le premier axe concerne la connaissance et le partage des champs de compétences gynécologiques entre SF, MG et patientes.

Le deuxième axe concerne la planification commune de la prise en charge des patientes entre SF et MG, avec la prise en compte du rôle de coordonnateur du MG.

Le troisième axe concerne l'optimisation des différents supports de communication.

4.1. La connaissance et le partage des champs de compétences gynécologiques entre SF, MG et patientes améliorent la collaboration

Les participants ne connaissaient pas bien les compétences de chacun dans le domaine de la santé de la femme. Les focus groups leur permettaient d'en apprendre un peu plus sur la pratique de chacun, ce qu'ils appréciaient. La plupart estimaient qu'en connaissant mieux la réglementation des pratiques professionnelles ils comprenaient davantage les difficultés de chacun. Les patientes elles-mêmes semblaient ignorer les compétences des différents acteurs de leur suivi.

Les deux professions se connaissent mal et ils n'apprennent pas à travailler ensemble, ce qui avait déjà été montré dans par Anne Girardot-Chareyron (33) dans sa thèse de 2015 portant sur les internes de médecine générale puisque 62 % des internes méconnaissaient globalement les compétences des sages-femmes. Cette notion est également présente dans l'étude de Coline Berla (34) qui retrouve que cette méconnaissance est un frein à la collaboration et dans laquelle les MG avouaient leur méfiance vis-à-vis des compétences gynécologiques des sages-femmes. L'étude de Fanny Trossat (29) montre que la représentation professionnelle du métier de SF auprès des MG est incomplète puisqu'elles sont avant tout perçues comme un professionnel de la grossesse .

Il semble important que tous connaissent les pratiques de chacun dans le domaine de la santé de la femme, afin de faciliter le partage et la compréhension des compétences. Ce constat est retrouvé dans d'autres travaux récents comme celui de Caroline Bergeron (30) qui montre que, bien qu'ils se côtoient au cours de leurs études, les SF et les MG n'apprennent pas à travailler ensemble ; ou celui de Coline Berla (34) qui retrouve que la méconnaissance des compétences réciproques est un frein à la collaboration ; ou encore le travail d'Olivia Goujon (35) qui conclue que l'information des professionnels et des patientes sur les champs d'activités des SF est une première étape indispensable pour favoriser la collaboration.

L'information de l'existence de différents professionnels paraît essentielle à fournir aux patientes et permettrait de les aider à trouver le professionnel de santé répondant à leurs attentes en termes de proximité géographique, d'organisation de planning, et d'échanges relationnels. Dans un but d'améliorer la couverture du suivi gynécologique ou obstétrical et du dépistage des patientes, le MG peut, dans son rôle de coordination et de centralisation des soins, s'enquérir du suivi gynécologique de sa patiente et savoir par qui il est effectué. En cas d'absence de suivi, il peut ainsi l'informer des possibilités locales qui s'offrent à elle selon ses critères de choix comme l'ont montré R. Champeaux (15) qui montre qu'une meilleure sensibilisation des patientes sur la compétence des MG est un argument en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi des femmes ; et I. Baydaud (36) qui montre que les femmes doivent être bien informées pour pouvoir choisir le praticien qui suivra leur grossesse.

Dans notre travail tous s'entendaient sur le fait qu'il fallait laisser aux patientes le choix du professionnel qui faisait son suivi gynécologique ou obstétrical. Dans la thèse de Fanny Trossat (29), les médecins étaient partagés sur les informations à donner à la patiente. Certains évoquaient les différents acteurs aux femmes et pas d'autres. Cela semblait plus naturel au moment de la première consultation de grossesse que pour le suivi gynécologique, notion que nous avons retrouvée dans notre étude. Mais le fait que le choix final revient à la patiente et qu'il faut le respecter a également été mis en avant dans son travail.

Pour cela il est nécessaire que les MG connaissent, en plus des compétences initiales, les pratiques personnelles des SF après leur installation afin d'adapter la proposition de l'offre de soins faite aux patientes.

Les participants proposaient que lors de l'installation un courrier soit adressé à titre informatif par le CDOSF pour communiquer sur les compétences initiales et les pratiques personnelles des SF du secteur.

L'union des SF libérales de Haute-Normandie dispose du listing des pratiques personnelles de chacune des SF installées en libéral sur ce secteur. Ces informations sont disponibles sur leur site internet ainsi que les compétences et les limites acquises lors de leur formation initiale, également disponibles sur le site du CDOSF (37) (38). Les MG, une fois en exercice, peuvent donc, s'ils le souhaitent, rechercher l'information concernant une SF de leur secteur géographique. Cela permettrait aux MG de connaître officiellement le champ d'action des SF libérales et les pratiques propres à chacune pour faciliter le partage des compétences.

Les pratiques des MG étaient souvent relayées directement par les patientes auprès des SF ce qui semblait suffisant si le médecin donnait une information claire sur les possibilités du suivi ce qui va dans le sens des recommandations de la HAS (7).

Les participants insistaient sur les conflits qui pouvaient être générés par certaines limitations des compétences des SF, pas toujours bien comprises. A titre individuel nous ne pouvons pas faire évoluer la loi mais il est important de connaître le point de vue des professionnels à ce sujet notamment sur la problématique de l'AT. Les participants jugeaient que le responsable du suivi de la grossesse devrait assumer seul la responsabilité d'un AT quel qu'en soit la durée.

De par le code de la sécurité sociale, les SF ne peuvent prescrire qu'un arrêt maladie de 15 jours non renouvelable lors des grossesses non pathologiques (39). Les participants estimaient que cette restriction desservait la collaboration, notion que l'on retrouve dans la thèse de Coline Berla (34) et celle d'Olivia Goujon (35).

D'après les participants l'amélioration de la connaissance des compétences pouvait se faire tout au long du parcours professionnel au travers des formations initiales et continues toujours dans un but d'amélioration de la collaboration.

Dès les études les MG pouvaient bénéficier d'un cours pendant leur internat, commun avec les étudiants SF, leur exposant le rôle de la SF et sa place dans le suivi de la santé de la femme, ses compétences initiales et ses limites. Les participants étaient tous favorables à ce que cette information soit donnée par une SF considérant qu'elle bénéficiait de la meilleure « expertise » sur son métier.

Ils souhaitaient que les étudiants puissent effectuer une partie de leur stage en libéral auprès d'une SF libérale pour les uns ou d'un MG pour les autres. Cela permettrait une rencontre entre les professionnels et même de commencer à se constituer un réseau.

Tous les participants regrettaient le fait que le DU de gynécologie à Rouen soit fermé aux SF. Un changement semblait souhaitable.

Ce sujet de la connaissance de l'autre dès la formation initiale apparaît dans la thèse sur les suivis de grossesse en ville de Caroline Bergeron (30) où certains médecins déplorent que le rôle des SF ne soient pas évoqué pendant les études. Le même constat a été fait par les SF interrogées lors de la première partie de notre travail par Emeline MEIGNEN.

Depuis 2003, les étudiants SF et médecins partagent la première année d'étude. Les étudiants SF ont ensuite 4 années d'étude (40). Les étudiants en médecine ont, après la première année, encore 5 années d'étude suivi de l'internat qui est de 3 ans pour les internes de médecine générale. A Rouen depuis 2011, l'école de SF et la faculté de médecine réalisent en commun 4 modules lors de leur deuxième année de maïeutique et de médecine. Progressivement les instituts de formation des SF devraient fusionner avec les structures universitaires (ce qui n'est à ce jour le cas qu'à Marseille), notre étude est donc en cohérence avec les changements actuels (40). Ces différents points sont donc à discuter avec les structures de formation afin d'en évaluer la faisabilité à moyen terme.

4.2. Le MG coordonnateur dans la planification commune de la prise en charge des patientes avec les SF

Il existait déjà de nombreuses occasions pour les participants de se rencontrer et de confronter leur pratique quotidienne. Elles devaient être développées et proposées plus largement aux professionnels. Les participants étaient intéressés par des groupes d'échanges de pratiques. Ils accordaient plus d'intérêt à des rencontres locales et en petits groupes estimant que les échanges y étaient davantage favorisés.

En 2016, Coline Berla (34) avait démontré qu'une collaboration entre professionnels géographiquement proches était sécurisante pour le suivi de grossesse. Ceci va dans le sens de notre étude.

Ces notions nous permettent de supposer que les pistes d'amélioration évoquées devraient être testées dans un premier temps à une échelle locale pour convaincre davantage les professionnels.

Les participants se disaient prêts à accepter un partage de l'activité dans le domaine de la santé de la femme. Ce désir de collaborer n'avait pas été retrouvé dans l'analyse de Coline Berla (34) en 2016, qui arrivait à la conclusion que si les médecins et les SF étaient conscients des bénéfices que pourrait apporter une collaboration, la généralisation d'un tel mode de travail semblait difficilement envisageable.

Aucun des participants ne trouvait pertinent de faire un suivi de grossesse conjoint : le temps de grossesse était trop court, il fallait bien connaître le dossier. Ceci va dans le sens du constat fait à Toulouse en 2015 que le suivi de grossesse est plus compliqué lorsqu'il est assuré par de multiples professionnels (6).

Les professionnels semblent donc plus enclins à déléguer le suivi complet lors d'une grossesse que pour le suivi gynécologique au long court sur lequel une prise en charge conjointe serait essentielle.

Bien que différents acteurs participent à la prise en charge de la santé de la femme, le MG gardait un rôle essentiel dans le suivi global même quand il n'effectuait pas lui-même le suivi gynécologique. Ce rôle de coordination semblait méconnu par les SF qui n'avaient pas toujours le réflexe de transmission des informations des patientes à leur MG. Un interrogé évoquait qu'il communiquait le résultat du frottis au MG de la

patiente considérant que le premier à prendre connaissance d'un résultat pathologique allait en informer la patiente même s'il n'avait pas lui-même réalisé l'examen.

Cette démarche suppose que le professionnel qui reçoit le résultat soit informé qu'il peut prendre le relai de la prise en charge en cas de dépistage pathologique, ce qui n'est peut-être pas la vision de tous les professionnels. Il est donc nécessaire que les SF communiquent aux MG leurs pratiques et leurs attentes pour qu'ils puissent agir en conséquence. Là encore c'est en organisant les pratiques de prise en charge que les professionnels peuvent adapter leur suivi et travailler dans une collaboration satisfaisante.

Dans son mémoire sur le suivi de grossesse, Clara Monléon (41) montrait que 30 % des MG et des SF libérales trouvaient qu'il existait un manque de communication et de coordination entre les différents professionnels et que 12 % déploraient le manque d'information sur le dossier des patientes.

4.3. L'exploitation des différents supports de communication à optimiser

En ce qui concerne la grossesse, un dossier unique reste pertinent. Les participants appréciaient l'idée d'un dossier en possession de la patiente que chacun des intervenants dans le suivi de grossesse pourrait agrémenter au fur et à mesure. Ainsi toutes les données seraient centralisées et chacun y aurait accès ce qui faciliterait la transmission d'information et permettrait d'améliorer la collaboration entre les professionnels et donc le suivi des patientes. Ce dossier existe, c'est celui proposé par les conseils départementaux : le carnet de grossesse (ou carnet de santé maternité) (42). Ce carnet est théoriquement envoyé gratuitement à la patiente par son département à l'issue du premier examen prénatal obligatoire, avant la fin du 3^e mois de grossesse (43). Cet outil était assez méconnu des participants et inutilisé par la quasi-totalité d'entre eux. Tous admettaient qu'il était pourtant bien conçu mais que les patientes ne le recevaient pas toutes ou trop tardivement dans la grossesse. Une mise à disposition directement auprès des professionnels de santé leur permettait de le délivrer à la patiente dès la première consultation de grossesse afin qu'il puisse recueillir toutes les informations.

Le carnet de maternité était cité par 28 % des SF dans l'étude de Lorène Bertrand (44) et par 26 % des SF dans l'étude de Clara Monléon (41).

D'autres départements semblent davantage utiliser cet outil, il serait intéressant de comprendre les différences avec notre région pour connaître les raisons de ce décalage. Le plus important n'est pas tant la présentation du dossier mais son contenu : la patiente doit être en possession de ses examens complémentaires et de ses comptes rendus de consultation de suivi de grossesse dans un dossier unique. Ce qui semble fait assez fréquemment par les patientes.

En dehors de la grossesse, le courrier restait le support de communication entre les participants le plus utilisé. Le téléphone pouvait être utile mais s'avérait peu pratique d'utilisation et devait être réservé aux situations d'urgences. La plupart des professionnels estimaient en effet qu'il coupait le rythme de la consultation en cours et qu'il pouvait représenter une entrave au secret médical (incertitude sur l'identité de l'interlocuteur, problème de parler devant un autre patient). Il pouvait néanmoins permettre de laisser un message auprès du secrétariat afin d'être rappelé rapidement par le professionnel. L'utilisation de ce mode de communication pourrait donc s'envisager avec parcimonie et à bon escient afin de rendre les échanges plus rapides et plus faciles dans certaines situations.

On retrouve dans plusieurs études la proposition de favoriser la communication écrite qui a été confirmée par notre travail. En effet le travail de Caroline Bergeron (30) montre que les professionnels communiquent parfois mais de façon informelle. L'étude de Fanny Trossat (29) montre que la connaissance de la profession passe par la communication interprofessionnelle. Le mémoire de Clara Monléon (41) montrait également que le courrier et le téléphone sont les principaux moyens utilisés pour communiquer entre MG et SF libérales.

Contrairement à notre étude, dans la thèse Caroline Bergeron (30) les médecins reconnaissaient ne pas faire assez d'effort pour communiquer et notamment par écrit. Mais, eux aussi déploraient le manque de retour de la part des SF. Dans cette thèse comme dans celle de Coline Berla (34) le principal moyen de communication évoqué par les médecins était le téléphone.

Un point longuement évoqué était celui de la connaissance directe des intervenants. Il apparaissait nécessaire de rencontrer son réseau de professionnels. Tous s'accordaient à dire que la communication était beaucoup plus simple lorsqu'ils se connaissaient, qu'ils travaillent dans des structures communes ou non. Les réseaux tel que le réseau périnatalité était un bon moyen pour les professionnels de se rencontrer mais cela nécessitait un investissement plus important des membres des réseaux pour les rendre plus attractifs aux yeux des professionnels

Tous estimaient que les SF devaient se présenter, en personne aux MG de leur secteur lors de leur installation. Les MG reconnaissaient ne pas faire de même mais cela semblait compliqué, étant donné qu'ils devraient faire la même démarche pour l'ensemble des professionnels avec lesquels ils collaborent, ce qui semble impossible et les SF le comprenaient. Les focus groups étaient organisés sur des secteurs géographiques proches et pourtant, la plupart du temps SF et MG ne se connaissaient pas bien que la plupart des SF aient déclaré s'être présentées aux MG lors de leur installation. Cela tient au fait que le secteur à couvrir est difficile à définir dès l'installation. Le secteur couvert par une SF est souvent bien plus vaste qu'elle ne l'avait pensé au départ.

Beaucoup d'autres études ont montré que le manque de présentation mutuelle dessert la collaboration mais qu'il était difficile de se présenter à l'ensemble des professionnels de son réseau. Dans le mémoire de Lorène Bertrand (44), la moitié des SF avaient informé les MG du secteur de leur activité dont 71 % par rencontre physique. Dans la thèse de Fanny Trossat (29), les MG ne se souvenaient pas avoir été contactés par une SF pour une présentation à l'installation. Dans la thèse qualitative de Coline Berla (34) l'absence de présentation des SF a été évoqué comme frein à la collaboration par les MG, tandis que cet élément n'est pas revenu dans celle de Caroline Bergeron (30). Dans la thèse quantitative d'Olivia Goujon (35), 68.8 % des MG estimaient que l'absence de présentation mutuelle limitait la collaboration. Ces éléments vont dans le sens des recommandations de la HAS qui encouragent à une implication des professionnels dans les réseaux de périnatalité pour permettre une meilleure collaboration et ainsi optimiser la prise en charge des patientes (7). Ces réseaux sont une des solutions de communication déjà évoquées mais également jugés insuffisamment exploités dans l'étude de Caroline Bergeron (30).

Les professionnels souhaitaient se voir proposer des formations communes ou des rencontres locales afin de se côtoyer régulièrement de manière plus ou moins formelle et de confronter leurs pratiques. Un point essentiel restait d'être prévenu suffisamment en avance afin de pouvoir s'organiser sur le plan personnel et professionnel.

Les professionnels souhaitant améliorer leur collaboration peuvent favoriser les échanges et les rencontres afin de fluidifier les relations futures. Il est donc nécessaire d'amener les professionnels à se rencontrer régulièrement, à se mélanger lors de réunions ou de formations communes au niveau local, en groupes restreints et à une fréquence acceptable.

4.4. Discussion de la méthode

4.4.1. Forces de l'étude

A notre connaissance aucune étude n'a été réalisée explorant les échanges entre les MG et les SF au sein d'un même groupe. Nous considérons que cela a enrichi la discussion entre les professionnels.

Notre avons fait varier au maximum l'échantillon de professionnels participants sur les critères que sont : l'âge, le lieu d'exercice (rural, semi-urbain, urbain), le mode d'exercice (groupe de médecins avec ou sans SF, groupe de SF, seul) et l'année d'installation comme le montre le tableau d'échantillonnage présenté dans les résultats.

Le codage de chacun des entretiens a été réalisé par 2 personnes différentes puis comparé pour augmenter la validité interne de l'étude.

Le guide d'entretien était évolutif : il a été remanié et adapté au fil des différents entretiens en fonction des nouvelles idées évoquées. Pour cela chaque entretien était codé et analysé avant de débiter le suivant.

Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à obtenir une saturation des données.

4.4.2. Faiblesses de l'étude

Nous n'avons pas réussi à faire varier notre échantillon sur le critère du sexe. Un de nos critères d'inclusion étant le fait de pratiquer la gynécologie et/ou l'obstétrique. Plusieurs hommes, pourtant contactés, ne correspondaient pas à notre critère et ne pouvaient donc pas participer à l'étude. Un seul des MG hommes contactés et correspondant aux critères d'inclusion s'est montré intéressé par notre travail mais n'a plus donné suite.

L'organisation des focus group s'est avérée très compliquée du fait de la difficulté à trouver des créneaux communs pour réunir tous les professionnels. De ce fait, dans le laps de temps qui nous était imparti nous n'avons réussi à organiser que 3 focus group. La limitation s'est également faite par le refus de participer à l'étude de nombreuses personnes contactées,

Notre étude présente probablement un biais de sélection, les interrogés participant de façon libre et volontaire à des groupes mélangeant les SF et les MG. Il peut être supposé qu'ils sont plus motivés pour mettre en place des moyens visant à améliorer la collaboration entre leurs professions. Néanmoins le but de cette étude était de voir la situation de manière positive en partant du principe que les deux professions sont de toute façon amenées à travailler ensemble au quotidien et qu'il faut trouver des solutions pour adapter sa pratique et s'ouvrir à l'autre.

5. Conclusion et perspectives

Les réformes universitaires vont amener les deux filières de sages-femmes et médecine à plus de rencontres, de plus en plus tôt dans leurs études. Les SF arrivent rapidement et de plus en plus nombreuses sur le secteur libéral et leur champ de compétences évolue encore, le dernier changement datant de 2016 avec le droit de pratiquer l'IVG médicamenteuse. Un peu de temps est donc nécessaire pour s'adapter à tous les changements récents qui impactent la collaboration entre les SF et les MG.

Notre étude nous a montré que, pour améliorer la collaboration entre les SF libérales et les MG en Normandie, une connaissance des compétences de chacun, une communication plus efficiente et une formation initiale et continue plus conjointes sont des pistes d'amélioration à poursuivre et à renforcer. Les outils à leur disposition sont les échanges humains et les supports écrits. Ceci leur permettra d'accorder leurs pratiques et de mettre en place une planification commune pour la prise en charge des patientes.

Les propositions formulées doivent maintenant être mises en place en proposant un modèle de collaboration à tester par les professionnels. Ceci pourrait être l'objet d'un autre travail de recherche pour évaluer l'impact des changements proposés sur l'évolution de la collaboration.

Il pourrait être intéressant d'inclure les gynécologues libéraux dans une prochaine étude afin d'élargir la collaboration à tous les professionnels participant au suivi de la femme.

Cette étude, à une échelle locale, aura permis à des sages-femmes et des MG de mettre un pas dans la collaboration et de porter les idées facilitatrices mises en évidence par ce travail. A l'échelle régionale de la Normandie, différents organismes pourraient représenter des moteurs efficaces dans l'amélioration de la collaboration dans le domaine de la santé gynécologique et obstétricale de la femme : le CDOSF, le réseau périnatalité ou encore les enseignants de la faculté de médecine et de l'école de SF. L'étape suivante pourrait être d'envisager une extension des pratiques permettant une collaboration efficace aux échanges avec les autres professionnels

médicaux et paramédicaux. Dans son rôle de coordinateur des soins le MG pourrait être un des moteurs essentiels dans la volonté de promouvoir la collaboration entre les professionnels.

Nous n'avons à signaler aucun conflit d'intérêt.

6. Liste des abréviations

AT : Arrêt de travail

CDOSF : Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes

DU : Diplôme Universitaire

FCU : Frotti cervico utérin

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

SF : Sages-femmes

UMS : Unité minimale de sens

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Compétences des SF(37)

Vous pouvez consulter une sage-femme pour :

- La réalisation d'échographies
- La préparation à l'accouchement et à la parentalité
- La surveillance médicale de la grossesse
- La pratique de l'accouchement
- La consultation post-natale
- La surveillance médicale de la mère et du nouveau-né après la naissance
- La vaccination de la mère, du nouveau-né et de leur entourage
- Le suivi de l'allaitement
- La rééducation périnéo-sphinctérienne

SAGE-FEMME

Que vous soyez **enceinte ou non**, vous pouvez consulter une sage-femme.

Si vous êtes en **bonne santé**, elle peut vous accompagner pour votre **suivi gynécologique** et votre **contraception, pendant toute votre grossesse et après votre accouchement.**

Elle peut vous **prescrire** les examens et les médicaments dont vous avez besoin.

7.1. Annexe 2 : Liste des médicaments que peuvent prescrire les SF à leurs patientes (44)

7.1.1. Prescription initiale

Anti-acides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux ;

Anti-sécrétoires gastriques :

Antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;

Inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole.

Antiseptiques locaux ;

Anesthésiques locaux : médicaments renfermant de la lidocaïne ;

Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur (Prescription non renouvelable pour une infection donnée.) ;

Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur ;

Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques ;

Antispasmodiques ;

Antiémétiques ;

Antalgiques :

paracétamol ;

tramadol ;

nefopam ;

association de paracétamol et de codéine ;

association de paracétamol et de tramadol ;

nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg

Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat ;

Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse ;

Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration ;

Médicaments homéopathiques ;

Laxatifs ;

Vitamines et sels minéraux par voie orale ;

Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural ;

Topiques à activité trophique et protectrice ;

Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et anesthésiques ;

Solutions de perfusion :

Ocytotiques : produits renfermant de l'ocytocine ;

Oxygène ;

Médicaments assurant le blocage de la lactation ;

Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée ;

Vaccins contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rougeole, oreillons, rubéole, hépatite B, grippe, affections liées au papillomavirus humain, infections invasives à méningocoque C ;

Immunoglobulines anti-D ;

Produits de substitution nicotinique ;

Salbutamol par voie orale et rectale.

7.1.2. Renouvellement d'une prescription initiée par un médecin

Anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées ;

nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;

nifédipine, selon les protocoles en vigueur préétablis.

7.2. Annexe 3 : Liste des médicaments que peuvent prescrire les SF aux nouveau-nés (44)

Antiseptiques locaux ;

Anesthésiques locaux : crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne ;

Antalgiques : paracétamol par voie orale ou rectale ;

Antifongiques locaux ;

Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs ;

Oxygène ;

Vitamines et sels minéraux par voie orale : la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1 ;

Topiques à activité trophique et protectrice ;

Solutions pour perfusion

Vaccins :

vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;

BCG.

7.3. Annexe 4 : Guide d'entretien

Sujet : Propositions visant à améliorer la collaboration entre les SF libérales et les MG dans la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes : Etude qualitative auprès de SF libérales et de MG de Seine-Maritime et de l'Eure.

Objectif : Tenter d'apporter des solutions aux différents freins émis lors des entretiens individuels par les MG (via la littérature) et par les SF (première partie du travail).

Introduction : Nous avons effectué une première partie à cette étude en réalisant des entretiens individuels avec des SF libérales afin de recueillir leur ressenti sur la collaboration actuelle avec les MG. Nous avons recueilli dans la littérature le ressenti des MG sur cette collaboration. Nous souhaitons maintenant confronter ces opinions au sein de petits focus groupes. Cet entretien sera filmé et enregistré mais les données personnelles resteront anonymes lors de l'exploitation des résultats.

- 1- Je vais tout d'abord vous poser quelques questions afin de recueillir pour chacun d'entre vous vos données sociodémographiques.
 - a. Sexe
 - b. Age
 - c. Lieu d'exercice (rural, urbain, semi rural)
 - d. Mode d'exercice (groupe, seul, MSP...)
 - e. Année d'installation
 - f. Discipline (MG ou SF)
 - g. Pratique de la gynécologie (oui/non)
 - h. Pratique du suivi de grossesse (oui/non)
- 2- Que pensez-vous du partage des compétences entre les MG et les SF libérales ?
 - a. Les patientes et les MG semblent ne pas toujours bien connaître les compétences et surtout les limites des SF. Pensez-vous qu'un élargissement des compétences des SF puisse améliorer la collaboration ?
 - 1- AT
 - 2- Infections urinaires

- b. Comment pourrait-on informer la patiente sur les différents choix possibles pour son suivi gynécologique ou de grossesse ?
 - 1- Publicité de la sécu
- c. Comment respecter son choix éclairé en restant confraternel ?
 - 1- MG fait la patho et laisse la physio aux SF
- 3- Du fait du chevauchement des compétences des 2 professions une communication et un partage des tâches sont nécessaires.
 - a. Comment organiser le suivi conjoint ?
 - 1- Cahier de grossesse
 - 2- Retour au MG ou à la SF qui suit habituellement
 - 3- Quelle attitude adopter en cas de désaccord de PEC ?
 - b. Comment organiser le relais entre MT/SF ?
 - 1- Quelle attitude adopter face à l'AT pendant la grossesse
 - c. Comment gérer l'urgence à traiter ?
 - d. Quelles informations transmettre entre les professionnels ?
 - e. Quels moyens de communication/quels supports utiliser?
 - 1- Messagerie partagée
 - 2- Dossier partagé
 - 3- Téléphone (peur de déranger le MT)
- 4- Il a été évoqué que le fait de se connaître et se rencontrer améliore la collaboration.
 - a. Quel genre de rencontres pourrait-on mettre en place ?
 - 1- Formations médicales continues communes
 - 2- Jeudis de Mathilde
 - 3- Réseau périnatalité
 - 4- Présentation à l'installation
 - 5- Groupes de pairs
 - b. Quels objectifs attendus pour ces rencontres ?
 - 1- Confronter les PEC
 - c. Quel temps y consacrer ?
 - d. Comment l'organiser ?
 - 1- SF prennent les internes de MG en stage

8. Bibliographie

1. Institut national du cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>. Cité le 25 septembre 2018.
2. INVS-Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr>. Cité le 04 octobre 2018.
3. INVS. Bulletin des réseaux de surveillance des IST [Internet]. 2015 déc. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST/Donnees-au-31-decembre-2015>. Cité le 01 octobre 2018.
4. INVS. Santé publique France. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. Saint-Maurice; 2018. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>. Cité le 01 octobre 2018.
5. Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N, et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2016;738(44):41 - 2.
6. PARANT O, SIMON C, MONROZIES X. Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste [Internet]. Toulouse, France; 2006. Disponible sur: www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom_fichier/repertoire/090709120326.pdf

7. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
8. HAS. Recommandations professionnelles : Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. 2005 avr. Disponible sur: www.has-sante.fr/portail/uploads/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
9. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
10. Rappel d'information sur la vaccination contre les papillomavirus humains par le Gardasil [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710328/fr/rappel-d-information-sur-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-par-le-gardasil
11. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
12. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). [Internet]. 2016. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>
13. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. 2011. Disponible sur: http://opinionlab.opinionway.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf

14. Rapport enquête périnatale [Internet]. [cité 17 juill 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
15. Champeaux R, Dominault M. 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 : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. [France] ; 2013.
16. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux. [Internet]. (Cité le 13 septembre 2018). 2011. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
17. Erik Bernard, Olivier Saint-Lary, Line Haboubi, Julien Le Breton. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes.. 2013;25(3):255 à 262.
18. Atlas de la démographie médicale. 2016. [Internet]. Conseil de l'ordre des médecins. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. p. 326.
19. Institut national du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. [Internet]. 2011. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/.../ENQBAROMG11.pdf>. Cité le 01 octobre 2018.
20. DREES. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>. Cité le 01 octobre 2018.
21. Code de santé publique. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

22. Code de la santé publique - Article L4151-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688934&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081204>. Cité le 13 septembre 2018.
23. Code de la santé publique - Article L4151-2 [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688928&dateTexte=&categorieLien=cid>. Cité le 13 septembre 2018.
24. Décret n° 2016-743 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. Legifrance [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
25. Code de santé publique. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr>. Cité le 13 septembre 2018.
26. Larousse É. Définitions : collaboration - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>
27. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France métropolitaine – Bilan démographique 2017. Insee [Internet]. [cité 13 sept 2018]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
28. Trossat F, Boissy C. Partage de compétences dans la pratique gynécologique : opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. [Lyon, France] ; 2017.

29. Bergeron C, Vanwassenhove L. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? France ; 2012.
30. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
31. Laurent Marty, Philippe Vorilhon, Hélène Vaillant-Roussel, Pierre Bernard, Clémentine Raineau, Benoît Cambon. Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group. Exercer. 2011;22(98):129- 35.
32. Girardot Chareyron A, Jamil J. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Ile de France. Paris 7; 2015.
33. Berla C. Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale : Etude qualitative dans le département de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2016.
34. Goujon O, Boisdin G, Hermil J-L, Déchelotte P, Ladner J. 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. [Rouen, France] : Université de Rouen; 2017.
35. Baybaud I. Critères des femmes enceintes pour le choix du praticien de leur suivi de grossesse à bas risque. Lyon, France ; 2013.
36. Annuaire des SF libérales en Haute-Normandie [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://sagesfemmes-normandie.fr/annuaire.html>. Cité le 13 septembre 2018.

37. Plaquette compétences sages-femmes [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/05/Dépliant-Compétences.pdf>. Cité le 01 octobre 2018.
38. Code de la sécurité sociale [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/r%C3%A8gles-prescription-arret-de-travail.pdf>. Cité le 01 octobre 2018.
39. Formation des sages-femmes [Internet]. Disponible sur: www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale. Cité le 01 octobre 2018.
40. Monleon C. Le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales. Lyon; 2012.
41. Carnet de santé de maternité [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf. Cité le 01 octobre 2018.
42. Carnet de grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>. Cité le 01 octobre 2018.
43. Bertrand L, Brillac T, Guyard-Boileau B. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes. Toulouse, France; 2008.
44. Ameli. Liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire [Internet]. Ameli. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/medicaments>

Résumé

Contexte : Médecins généralistes (MG) et sages-femmes (SF) partagent des compétences de plus en plus vastes dans le domaine de la santé de la femme. Ces deux professions sont donc amenées à collaborer. Les études déjà réalisées montrent que collaboration n'est pas optimale. Le but de ce travail de recherche est d'explorer les facteurs favorisant la collaboration entre ces professionnels en Normandie.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative auprès des MG et des SF libérales de Seine-Maritime et de l'Eure sous forme de focus groups. Trois focus groups de quatre à cinq SF et MG ont été réalisés.

Résultats : Cette étude montrait qu'il était nécessaire de mieux informer les professionnels sur les compétences et les limites de chacun dans le domaine de la santé de la femme. Certaines limites des pratiques des SF ne semblaient pas acceptées. Il était nécessaire de favoriser la communication entre les professionnels par différents moyens. Il fallait connaître les professionnels de son secteur ce qui passait par une présentation en personne lors de l'installation et des rencontres lors de formations communes ou de groupes d'échanges locaux. La formation des étudiants devait permettre aux deux filières de se rencontrer. De nombreuses évolutions récentes impactaient la prise en charge des patientes dans le domaine de la santé de la femme. Le temps restait donc un facteur essentiel pour mettre en place une bonne collaboration.

Conclusion : Notre étude a retrouvé 3 axes d'améliorations dans la collaboration entre les SF et les MG pour le suivi des patientes : la connaissance et le partage des champs de compétences gynécologiques entre SF, MG et patientes ; la planification commune de la prise en charge des patientes, avec un MG coordonnateur ; et l'optimisation des supports de communication. Cette étude aura permis, localement, à des SF et des MG de mettre un pas dans la collaboration. Les solutions proposées doivent maintenant être testées. Certaines d'entre elles pourraient s'adapter à la collaboration avec tout autre professionnel médical ou paramédical dans le but de replacer l'intérêt du patient au cœur de la prise en charge.

Mots clés : collaboration, médecins généralistes, sages-femmes, étude qualitative, santé de la femme