



Quelle est la vision des médecins généralistes sur la communication interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant

Charlotte Demma

► To cite this version:

Charlotte Demma. Quelle est la vision des médecins généralistes sur la communication interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03463356

HAL Id: dumas-03463356

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463356>

Submitted on 2 Dec 2021

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.

**Quelle est la vision des médecins généralistes sur la communication
interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant
que médecin traitant**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 5 Novembre 2021

Par Madame Charlotte DEMMA

Née le 12 août 1994 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur DE LAPEYRIERE Camille

Directeur

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

**Quelle est la vision des médecins généralistes sur la communication
interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant
que médecin traitant**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 5 Novembre 2021

Par Madame Charlotte DEMMA

Née le 12 août 1994 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Madame le Docteur DE LAPEYRIERE Camille

Directeur

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

Honoris causa

1967

MM. les Professeurs

DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel Surnombre	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien Disponibilité	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier Surnombre	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
----------------------	-------------------------

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4703

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au Professeur GENTILE Gaëtan, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et de juger ce travail.

Au Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger ce travail.

Au Docteur DE LAPEYRIERE Camille, je vous remercie de m'avoir accompagné à chaque étape de ce beau projet et d'avoir dirigé cette thèse. Vos conseils, votre soutien et votre disponibilité m'ont été d'une grande aide.

Au Docteur BERENGER et au Docteur BOURGOIN pour votre accueil et vos enseignements, j'ai apprécié de travailler à vos côtés.

A tous les professeurs, docteurs, maitres de stages, professionnels médicaux et paramédicaux que j'ai croisé au cours de ces 9 dernières années, je vous remercie de m'avoir tant appris.

A Margot, pour sa participation à ce travail de thèse, son analyse et ses talents informatiques... Je serais perdue sans toi. Je te remercie pour notre belle amitié et tous ces moments partagés depuis le début de ces longues études.

A mes parents, maman merci pour ton amour inconditionnel, ta présence au quotidien et ta bienveillance depuis ces 27 dernières années. Papa, merci pour tes conseils avisés et ton soutien sans faille qui me donnent la force de réaliser mes rêves. Sans vous rien de tout ça n'aurait été possible.

A mon faux papa, qui m'a appris que ce ne sont pas les liens du sang qui font de nous une famille. Tu m'as apporté bien plus que je ne pourrai jamais te rendre.

A ma deuxième maman, qui m'a adopté comme sa première fille, aimé et soutenu depuis toutes ces années.

A mon frère et ma sœur, merci pour votre soutien, j'espère vous rendre fiers et remplir correctement mon rôle de grande sœur.

A Charlotte et Alexia, mes demi-sœurs, je vous remercie d'avoir été présentes dans les bons et les mauvais moments pendant toutes ces années.

A Papy J-Y et à Mamie Joyce, je vous remercie de m'avoir donné le goût d'apprendre, vous resterez à jamais les meilleurs enseignants que j'ai eu la chance d'avoir, et bien plus évidemment.

A mes amies Emily et Marion, mon trio infernal depuis la D2, ces études n'auraient pas eu la même saveur sans vous. Et à Pierre et Julien évidemment, j'ai de la chance de vous avoir les amis.

Aux Princesses de Monaco qui se reconnaîtront, merci pour votre amitié.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui comptent aussi énormément, merci de faire partie de ma vie et de m'avoir accompagné ces 9 dernières années.

A toi mon doudou, pour ton soutien et ton amour qui m'aident à avancer au quotidien.
Merci de partager ma vie depuis toutes ces années, le meilleur reste à venir. Je t'aime.
À toi, à moi, à nous.

La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse, le jugement difficile.

-Hippocrate

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I - Contexte.....	1
A- Le suivi médical de la patiente enceinte	1
1) Historique du suivi de grossesse	1
2) La prise en charge médicale de la grossesse en France	4
3) Les différents intervenants du suivi de grossesse.....	8
4) Le plan périnatalité et le médecin généraliste.....	9
B- Le médecin généraliste : rôles et compétences générales pour le suivi de grossesse	10
1) Définition du médecin généraliste.....	10
2) Les missions et compétences du médecin généraliste	11
3) L'évolution du rôle du médecin généraliste	12
4) Le parcours de soins	14
C- Suivi de grossesse et médecin généraliste	14
1) Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de grossesse	14
2) Les chiffres clés du suivi de grossesse en médecine générale	15
3) Le parcours de soin spécifique de la femme enceinte.....	15
D- Assurer la continuité des soins au cours de la grossesse : Communiquer, collaborer et coordonner	16
1) La communication entre professionnels de santé	17
2) La collaboration interprofessionnelle	18
3) La coordination	20
4) La continuité des soins.....	20
II – Motifs de la recherche	21
MATERIEL ET METHODE	22
I - Choix de la méthode	22
II - Population étudiée	22
III - Guide d'entretien.....	23
IV - Recueil des données	23
V - Retranscription des entretiens et analyse des données.....	24
RESULTATS	25
I - Caractéristiques de la population étudiée	25
A - Age	26
B - Sex ratio	26
C - Lieu d'exercice	27
D - Mode d'exercice	27
E – Durée d'installation.....	28
F - Qualification en gynécologie.....	28
II- Résultats étude qualitative	29

A - Le médecin généraliste, premier recours pendant la grossesse	29
1) L'acteur de premier recours en début de grossesse.....	29
2) Un médecin généraliste disponible	30
3) Des motifs multiples de consultation	31
4) Le ressenti du médecin généraliste	32
B – Une continuité des soins altérée, l'inquiétude du médecin généraliste.....	33
1) Un intervenant choisi par la patiente	33
2) La rupture de contact avec le médecin généraliste : une rupture de soin ?.....	34
3) La rupture de soin n'est pas une fatalité	36
4) Quelles sont les causes de cette rupture de soin ?.....	38
C - Communication interprofessionnelle pendant la grossesse.....	42
1) La communication du médecin généraliste vers le spécialiste	42
2) La communication du spécialiste vers le médecin généraliste	45
3) Une communication complexe	47
4) Le ressenti du médecin généraliste sur le manque de communication interprofessionnelle.....	48
D - La rupture de continuité des soins : une vérité de terrain, des conséquences multiples	49
E - Propositions d'amélioration de la continuité des soins lors de la prise en charge d'une femme enceinte selon les médecins généralistes	52
1) Plus de communication interprofessionnelle ?	52
2) Les moyens de cette communication	54
3) Le carnet de maternité : quelle utilité ?.....	56
4) Et si on essayait de se connaître ?	57
DISCUSSION	60
I- Discussion de la méthode	60
A- Le recrutement des médecins	60
B- La réalisation des entretiens.....	60
C- L'analyse des résultats.....	61
II- Discussion des résultats.....	61
A- La prise en charge de la femme enceinte par le médecin généraliste	61
B- La communication interprofessionnelle pendant le suivi de grossesse	65
C- Les conséquences et les propositions d'amélioration	68
CONCLUSION.....	73
GLOSSAIRE	76
BIBLIOGRAPHIE	78

INTRODUCTION

I - Contexte

A- Le suivi médical de la patiente enceinte

1) Historique du suivi de grossesse

En France, jusqu'au 18ème siècle, les grossesses n'étaient pas suivies et les femmes accouchaient à domicile, entre elles. Pour aider la femme enceinte à accoucher, une sage-femme, appelée aussi matrone, était choisie pour son expérience. Les conditions d'hygiène étaient alors sommaires et on estime à 1 ou 2% la mortalité des femmes en couche ce qui représente 10% des femmes en âge de procréer qui mouraient à la suite d'une grossesse ou d'un accouchement. (1)

A partir du 18ème siècle, les couches cessent d'être accompagnées uniquement par les femmes. Les chirurgiens sont d'abord appelés pour délivrer les femmes dont le fœtus est mort puis, dans un second temps, ces hommes commencent à rédiger des traités d'obstétrique et à vouloir faire des accouchements ordinaires. L'arrivée de l'accoucheur dans un monde traditionnellement réservé aux femmes transforme les pratiques de la naissance. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance. (1)

A partir de 1760, le pouvoir royal décide de transformer les matrones de campagne en véritables sages-femmes en leur donnant une rapide formation médicale. Des cours sont alors organisés dans toute la France à l'initiative d'une maitresse sage- femme, Mme du Coudray, formée à l'Hôtel-Dieu de Paris, ainsi dix à douze mille sages-femmes sont formées. A partir de 1803, les sages-femmes doivent être formées pendant 1 an avec des cours théoriques et pratiques auprès des accouchées. En 1894, leur formation passe à 2 ans. Elles n'ont alors le droit d'effectuer que les accouchements « faciles » et doivent appeler le médecin pour les accouchements « laborieux ».

Pendant les deux premiers tiers du 19ème siècle, les hôpitaux restent encore des lieux où seule les pauvres ou les filles mères accouchent. En effet, dans les hôpitaux, les naissances sont bien plus dangereuses qu'à domicile : du fait de l'hygiène rudimentaire, le personnel soignant transmettait les germes d'une femme à l'autre. A partir de 1878, suite aux travaux de Semmelweis à Vienne, de Lister à Edimbourg et de Pasteur à Paris, des pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation permettent une baisse radicale de la mortalité maternelle à l'hôpital. (1)

Dans les années 1920-30, en France, la naissance en milieu médicalisé se répand petit à petit. L'accouchement devient un acte médical et non plus un acte d'entraide ou d'assistance comme autrefois. Dans le même temps, les hôpitaux se transforment, devenant des établissements modernes et plurifonctionnels : maison d'accouchement, lieu de consultations

de grossesse, de gynécologie et de puériculture, laboratoire d'analyses, centre de donneuses de lait... Malgré ces progrès, l'hôpital garde longtemps une image défavorable, les femmes aisées préfèrent toujours accoucher à domicile, aidées par une sage-femme ou un médecin généraliste dont la formation obstétricale est assez sommaire (trois semaines de stage hospitalier). De plus, les grands hôpitaux modernes n'existent pas à la campagne et ce sont toujours les sages-femmes qui viennent à domicile ou surveillent les accouchements dans de petites maternités rurales peu équipées. Ainsi, jusqu'en 1950, la bourgeoisie urbaine et les paysannes accouchent plutôt à domicile alors que les classes populaires urbaines plutôt en milieu hospitalier. C'est à partir de 1952 que l'évolution s'accélère et que la majorité des accouchements a lieu désormais à l'hôpital : en 1950, la moitié des femmes accouchent en milieu hospitalier alors qu'elles sont 80% en 1960. (1)

A la sortie de la seconde guerre mondiale, la mortalité infantile est très importante. Une mauvaise alimentation, une surveillance médicale des femmes enceintes insuffisante et une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses sont mises en cause. Via l'ordonnance du 2 novembre 1945, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est créée. Le certificat prénuptial est introduit, il est rédigé par un médecin et remis au futur conjoint. La surveillance de la grossesse débute alors avec trois examens médicaux au cours de la grossesse et un examen un mois après l'accouchement. Ces examens conditionnent le versement des allocations. De plus, cette Ordonnance met en place une action conjuguée des médecins et assistantes sociales, la surveillance médicale des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, l'éducation des mères et l'utilisation d'un carnet de santé.

Suite au décret du 19 juillet 1962, le service de PMI devient une structure départementale relevant de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale. Un renforcement du suivi de la grossesse y est prévu avec la création d'une quatrième consultation médicale et le dépistage des incompatibilités fœto-maternelles. Ces examens de suivi de grossesse sont le plus fréquemment effectués par le médecin généraliste. Ils consistent essentiellement à surveiller la hauteur utérine, prendre la tension artérielle et à effectuer un toucher vaginal.

En 1970, l'État lance un programme de périnatalité avec l'obligation d'effectuer sept examens prénataux. Ces examens sont de plus en plus souvent effectués par l'équipe qui sera responsable de l'accouchement, ceci assurant une continuité de la prise en charge.

A partir de 1976, l'échographie obstétricale se développe rapidement. Ainsi, en 1981, 80% des femmes bénéficient de cet examen.

Ce programme de périnatalité a permis une augmentation du nombre de consultations prénatales ainsi qu'une chute des taux de mortalité périnatale et de prématurité. (2)

Depuis les années 1980, les techniques médicales prennent une place de plus en plus importantes dans le suivi de la grossesse avec le développement de l'échographie obstétricale qui devient plus performante ; l'apparition de l'amniocentèse pour détecter différentes anomalies chromosomiques, biologiques ou infectieuses ; la procréation médicalement assistée proposant des solutions au problème de stérilité ; la réanimation néonatale permettant de prendre en charge les nouveau-nés prématurés ou présentant des souffrances néonatales graves.

Devant la spécialisation croissante de ces techniques, les médecins généralistes sont ainsi de plus en plus éloignés du suivi de la grossesse. Le suivi par le médecin généraliste seul diminue et passe de 27,1% en 1972 à 19,4% en 1976. Au contraire, les gynécologues- obstétriciens prennent une large place dans ce nouveau suivi des femmes enceintes et on y voit également une implication croissante des sages-femmes hospitalières.

Malgré l'amélioration de la prise en charge des grossesses, l'évolution des principaux indicateurs liés à la naissance est plus rapide dans les autres pays industrialisés qu'en France. Ce constat amène l'État à la création d'un second plan de périnatalité en 1994.

Ce plan défini, sur 5 ans, de 1995 à 2000, quatre objectifs prioritaires :

- diminution de la mortalité maternelle de 30%
- diminution de la mortalité périnatale de 20%
- réduction du nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%
- réduction du nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Une enquête de périnatalité est effectuée en 1998 et remarque que malgré ce plan, certains indicateurs restent insuffisants : (3)

- le taux de césarienne reste élevée à 17,5% or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a montré que les pays avec un taux de mortalité périnatale bas sont ceux qui ont un taux de césarienne inférieur à 10%.
- le taux de mortalité maternelle stagne depuis 1993, ceci étant notamment dû à l'augmentation de l'âge maternel à la naissance de leur enfant.
- une augmentation de la prématurité et de la proportion d'enfants d'un poids de naissance inférieur à 2500g.
- une diminution de la mortalité infantile passant de 7,3 à 4,5/1000 naissances en 10 ans mais la France n'est qu'au 8ème rang sur les 30 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE).

En 2003, une autre enquête de périnatalité est réalisée et confirme la tendance des résultats de 1998 avec une augmentation constante du taux de prématurité, d'enfant de poids inférieur à 2500 grammes et de césarienne entre les deux enquêtes.

On constate également que le nombre moyen de consultations prénatales a très légèrement augmenté entre 1998 et 2003 ; il est de 8,9 au lieu de 8,7 cinq années auparavant.

Par rapport à 1981, on constate une diminution importante du rôle des médecins généralistes, consultés au moins une fois par 53% des femmes et une augmentation du rôle des sages-femmes consultés au moins une fois par 19% des femmes.

Ces résultats donneront lieu à un troisième plan périnatalité de 2005.

Ainsi, un suivi de grossesse cohérent et efficace a été lent et difficile à se mettre en place. Durant ces dernières décennies, de nombreux progrès ont eu lieu avec pour conséquences une amélioration de la majorité des indicateurs de la naissance. Cependant, plusieurs mesures pourraient être créées ou développées afin d'améliorer le système de suivi des grossesses, notamment au niveau de la communication interprofessionnelle et la continuité des soins.

2) La prise en charge médicale de la grossesse en France

a) Définition de l'OMS et médicalisation

La grossesse - les 9 mois environ au cours desquels une femme porte l'embryon puis le fœtus dans son utérus - est pour la plupart des femmes une période de grand bonheur et de plénitude. (4) Toutefois, au cours de la grossesse, la femme comme son enfant en devenir se trouvent confrontés à divers risques sanitaires. Pour cette raison, il est important que toutes les grossesses soient suivies par des professionnels de santé qualifiés.

La plupart des grossesses sont physiologiques et leur prise en charge peut être assurée par un médecin ou une sage-femme selon le choix de la patiente.

Le suivi médical vise tout au long de la grossesse à évaluer le risque fœtal et maternel afin de prévenir, dépister, faire le diagnostic et prendre en charge les situations anormales détectées par des équipes médicales qualifiées. (5) La preuve de la normalité doit être apportée à chaque étape de la surveillance de la grossesse. Les examens cliniques et paracliniques réalisés ont pour but de dépister une anomalie ou un risque et de permettre à tout moment l'orientation vers une prise en charge plus spécialisée.

b) Le suivi de la grossesse en France

Le suivi de la grossesse comprend 7 consultations qui sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (6) :

- une lors des trois premiers mois (avant 15 semaines d'aménorrhées (SA)),
- puis une par mois jusqu'au 9e mois : la surveillance peut être assurée par le médecin généraliste, la sage-femme ou l'obstétricien. Le médecin généraliste assure le suivi jusqu'à 30 SA le plus souvent, à partir du 7eme mois il est préférable que ce soit l'équipe qui assurera la naissance (sage-femme ou obstétricien) qui fasse la surveillance.
- un entretien prénatal au 4e mois,
- et un examen post-natal qui doit avoir lieu dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement.

Le papa peut également bénéficier d'un examen de santé prise en charge à 100 % si nécessaire.

Le tableau de la Haute Autorité de Santé (HAS) détaillant le suivi de grossesse et les examens obligatoires à chaque consultation est présenté en Annexe 3. (6)

La première consultation : (7)

La première consultation de suivi doit être réalisé par le médecin ou la sage-femme avant la fin du troisième mois de grossesse.

Le médecin ou la sage-femme réalise un examen clinique complet avec :

- prise de poids ;
- mesure de la tension artérielle ;
- examen des seins ;
- bruits du cœur fœtaux si possible
- un frottis cervico-utérin, si le dernier date de plus de 2 à 3 ans.

Il prescrit ensuite :

- un bilan biologique avec numération formule sanguine (NFS), groupage, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), sérologie rubéole, toxoplasmose, syphilis, hépatite B et VIH.
- une bandelette urinaire,
- un examen cytot bactériologique des urines (ECBU) si besoin ;
- une première échographie dite "de datation" (ou échographie du premier trimestre) qui pourra être réalisée par un gynécologue ou une sage-femme ;

Le médecin ou la sage-femme propose un dépistage de la trisomie 21 basé sur la mesure de la clarté lors de la première échographie, le dosage de marqueurs sériques et l'âge maternel.

L'entretien prénatal précoce :

L'entretien prénatal du 4^e mois, peut être individuel ou en couple. Il est le point de départ d'une démarche de prévention et doit être proposé dès le début de grossesse. Cet entretien est assuré par un professionnel de la périnatalité essentiellement des sages-femmes. C'est un temps d'échange et d'écoute pour faire le point sur le projet de naissance du couple et ses besoins en termes d'accompagnement pendant la grossesse et après l'accouchement.

Du 4^e au 9^e mois : (6)

Le médecin ou la sage-femme réalise un examen clinique complet à chaque consultation : poids ; pression artérielle ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires et contractions utérines.

Une sérologie de la toxoplasmose sera réalisée tous les mois en cas de négativité.

Un dépistage de la glycosurie et de la protéinurie par réalisation d'une bandelette urinaire est systématique et doit être réalisé à chaque consultation.

Au 4^{ème} mois, la deuxième échographie ou « échographie morphologique » doit être réalisé par un gynécologue ou une sage-femme entre 20 et 25 SA.

Au 6^{ème} mois, réalisation d'un bilan biologique avec hémogramme, et recherche d'agglutinines irrégulières chez les femmes avec rhésus négatif.

Au 7^{ème} mois, la troisième échographie dite « échographie de croissance » doit être réalisée entre 30 et 35 semaines par un gynécologue ou une sage-femme.

Au 8^{ème} mois, la consultation est fréquemment réalisée dans la maternité choisie par la patiente. Réalisation d'un bilan biologique avec deuxième détermination du groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières chez les patientes avec rhésus négatif. Réalisation d'un

prélèvement vaginal en 35 et 38 SA à la recherche de streptocoque B. La consultation de pré anesthésie est également réalisée au 8^{ème} mois.

Au 9^{ème} mois, évaluation de la présentation fœtale et établissement du pronostic obstétrical avec le mode d'accouchement prévu.

7 séances de préparation à la naissance :

Le couple bénéficie de 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui peuvent être réalisées par une sage-femme libérale ou très souvent par la maternité. Ces séances peuvent être individuelles, mais elles sont souvent collectives, pour favoriser les échanges entre les futurs parents.

L'accouchement :

L'accouchement aujourd'hui en France se caractérise par un niveau de médicalisation et technicisation élevé, quel que soit le niveau de risque obstétrical.

Dans ce contexte, a émergé de la part des usagers la demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance en particulier dans les situations de bas risque obstétrical. Elle s'est traduite par la création de lieux spécifiques à l'accouchement physiologique tels que les maisons de naissance ou les unités dites « physiologiques ». Cette demande correspond au souhait des femmes d'accoucher dans le respect du processus physiologique (avec notamment, une technicisation si nécessaire, une liberté posturale, une surveillance du rythme cardiaque fœtal en discontinu, une prise en charge non médicamenteuse de la douleur...). (8)

Le lieu d'accouchement dépend du niveau de risque de la grossesse et de l'accouchement mais les patientes avec une grossesse physiologique et à bas risque obstétrical ont de plus en plus de possibilités dans leur choix de maternité.

Le séjour standard en maternité après un accouchement par voie basse est de 72 à 96 heures (3 à 4 jours) et après une césarienne il est de 96 à 120 heures (4 à 5 jours). Mais de plus en plus de femmes font le choix d'une sortie précoce de maternité après moins de 72h ou de 96h selon le type d'accouchement. Cela est rendu possible uniquement si la santé de la mère et celle de son bébé le permettent et si l'organisation du suivi médical a été anticipée. Au cours du séjour en maternité les professionnels échangent avec la patiente pour savoir si elle confirme ce souhait (la patiente peut changer d'avis après l'accouchement) et s'assurent de l'absence de complications avant tout retour à domicile. La patiente poursuit alors son suivi et le suivi de son bébé en ambulatoire. (9)

Le suivi post natal :

Si la mère et son bébé sont en bonne santé, le séjour à la maternité sera relativement court et le suivi médical se poursuit en ville. Pour organiser plus sereinement le retour à domicile la patiente peut choisir avant son accouchement le professionnel qui va la suivre et suivre son enfant après leur retour à domicile.

Son choix peut s'orienter vers une sage-femme libérale, la PMI de son secteur, le professionnel qui a suivi la grossesse ou son médecin traitant entre autres.

Après un séjour « standard » en maternité, la 1^{ère} visite est à effectuer si possible dans la semaine qui suit la sortie ou au mieux dans les 48 heures. Les visites suivantes seront planifiées selon les besoins de la patiente et l'appréciation du professionnel en charge du suivi.

En cas de sortie « précoce », la patiente et son enfant quittent la maternité moins de 72h après l'accouchement, une surveillance plus rapprochée doit donc se mettre en place en ambulatoire. Si la patiente ne peut pas être suivie dès sa sortie, le projet de sortie précoce peut être reporté ou annulé pour la sécurité de la mère et de son bébé. Le suivi a donc été planifié et la 1^{ère} visite doit être effectuée dans les 24 heures après la sortie de la maternité. Une 2^e visite systématique doit avoir lieu dans la semaine suivant la sortie puis des visites supplémentaires seront réalisées selon les besoins de la patiente et de son bébé. (9)

Pour finir, un dernier examen systématique est l'examen post-natal qui doit avoir lieu dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. Cet examen obligatoire peut être réalisé par un médecin généraliste ou une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. Il permet de faire le point avec la patiente sur son accouchement, son post partum, l'allaitement et la contraception.

c) Les situations à risque

L'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier plusieurs catégories de situations à risque.

Une liste indicative non exhaustive des situations à risque a été établie. Elle comprend notamment :

- les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux ;
- les toxiques ;
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non ;
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente ;
- les facteurs de risque médicaux ;
- les maladies infectieuses ;
- et les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux.

Ces situations à risque ont été considérées indépendamment les unes des autres. En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas. Pour chacune d'elles, un niveau de risque correspondant a été défini afin d'attribuer un type de suivi et un lieu d'accouchement adapté.

Les types de suivi et structures recommandées pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse, d'après l'HAS, sont indiquées en Annexe 4. (6)

3) Les différents intervenants du suivi de grossesse

a) Les acteurs des soins primaires

Les médecins généralistes en France :

Au 1er janvier 2020, le tableau de l'Ordre recensait 101 355 médecins généralistes exerçant une activité régulière, tous modes d'exercices confondus. (10) Depuis 2010, les effectifs ont diminué de 9 %.

La densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants en France est passée de 160 en 2012 à 151 en 2020, soit une baisse modérée selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (11)

Les gynécologues médicaux en France :

Le nombre de gynécologues médicaux est en baisse constante : au 1er janvier 2020, la DREES recensait 2 448 spécialistes en gynécologie médicale. Au 1er janvier 2012, leur nombre était de 3 714. (11) La densité des gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de plus de 15 ans a diminué de 5,9 à 3,7 au cours de cette période.

Les sages-femmes en France :

En France, le nombre de sages-femmes, lui, augmente constamment : au 1er janvier 2020, la DREES recensait 23 175 sages-femmes, elles étaient seulement 19 552 en 2012, soit une augmentation de 2 % par an. (12)

Le secteur libéral est davantage en expansion avec une hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010, malgré un exercice toujours majoritaire à l'hôpital. En 2030, on estime qu'une sage-femme sur trois exercerait en libéral. (13)

Leur augmentation constante traduit une volonté politique de renforcer leur action en soins de premier recours, exprimée dans la loi Hôpital, Patients, Territoires du 21 juillet 2009. L'élargissement de leurs compétences répondra aux besoins de consultations et de suivis en gynécologie médicale et obstétrique, dans un contexte de diminution du nombre des médecins généralistes et des gynécologues médicaux en ville.

b) Les acteurs des soins secondaires

Les gynécologues obstétricaux en France :

Le nombre de gynécologues obstétriciens est toujours en augmentation : au 1er janvier 2020, la DREES recensait 5 300 spécialistes en gynécologie obstétrique, tandis qu'au 1er janvier 2012, leur nombre était de 4 097. (11) Leur densité pour 100 000 femmes de plus de 15 ans est passé de 6,5 en 2012 à 7,9 en 2020.

c) Suivi des patientes selon le niveau de risque

En 2007, la HAS a publié des recommandations à l'attention des professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues médicaux) pour aider au suivi des grossesses à bas risque, et améliorer l'identification des situations à risque pour en adapter le suivi.

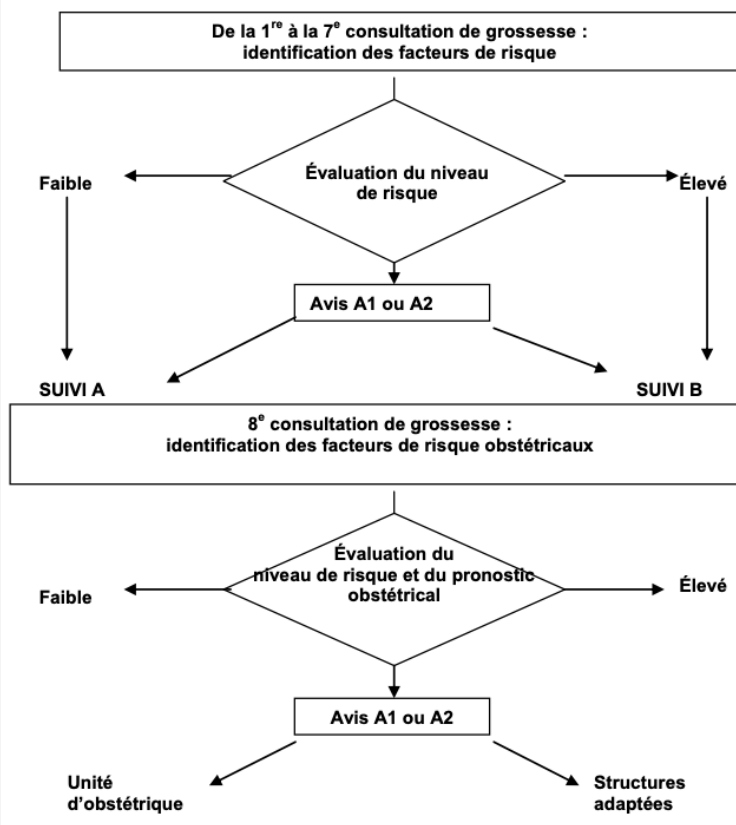
Les suivis ont été classés en fonction du niveau de risque (6) :

- Suivi A : la grossesse se déroule sans risque ou avec un faible niveau de risque : le suivi peut être assuré par la sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical, gynécologue obstétricien) selon le choix de la patiente.
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue obstétricien et éventuellement d'un autre spécialiste est nécessaire.
- Suivi B : le risque obstétrical est élevé, le suivi doit être assuré par un gynécologue obstétricien.

Schéma 1. Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure.

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ; **avis A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé ; **avis A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire et l'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire ; **suivi B :** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées** au risque de la mère et de l'enfant à naître.



4) Le plan périnatalité et le médecin généraliste

Le plan « périnatalité » de 2005-2007 a réorganisé les soins périnataux. (14) Son objectif « plus d'humanité, plus de proximité, plus de sécurité, plus de qualité » allait en partie à l'encontre des politiques antérieures de périnatalité, qui médicalisaient toutes les grossesses, y compris celles à bas risque.

Il a pour objectifs :

- une réduction de la mortalité périnatale de 15% en passant de 6,5 à 5,5/1000 naissances ;
- une réduction de la mortalité maternelle à un niveau de 5 décès/100 000 accouchements.

Pour arriver à cela, plusieurs mesures sont rapportées :

- la modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, permettant d'améliorer la sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés ;
- l'amélioration de l'environnement psycho-social de la mère et de l'enfant ;
- la création d'un entretien individuel au 4ème mois, sous la responsabilité des sages-femmes, afin de mieux accompagner les parents ;
- l'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance avec renforcement de la formation des médecins généralistes prenant en charge le suivi de la grossesse ;
- la réalisation d'un carnet de santé de maternité intégré au dossier médical personnel informatisé.

Une nouvelle enquête de périnatalité est réalisée en 2010 afin de connaître l'évolution en matière de suivi de grossesse depuis 2003. (15) Les principales constatations sont :

- une augmentation importante des femmes qui ont eu 10 consultations ou plus (45,1% en 2010 contre 28,3% en 2003) ;
- une augmentation du nombre moyen de consultations prénatales (9,9 en 2010 contre 8,9 en 2003) ;
- par rapport à 2003, une augmentation des consultations chez le médecin généraliste, le gynécologue obstétricien de ville et surtout la sage-femme ;
- une augmentation du nombre moyen d'échographies (5,0 en 2010 contre 4,5 en 2003).

B- Le médecin généraliste : rôles et compétences générales pour le suivi de grossesse

1) Définition du médecin généraliste

• Définition européenne de la médecine générale :

La médecine générale (ou médecine de famille) est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. (16)

Les médecins généralistes sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. La femme enceinte entre donc dans ce cadre et il fait partie du rôle du médecin généraliste de la prendre en charge.

En tant qu'acteur des soins primaires le médecin généraliste a un rôle central dans la prise de sa patiente enceinte. En effet, les soins primaires comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

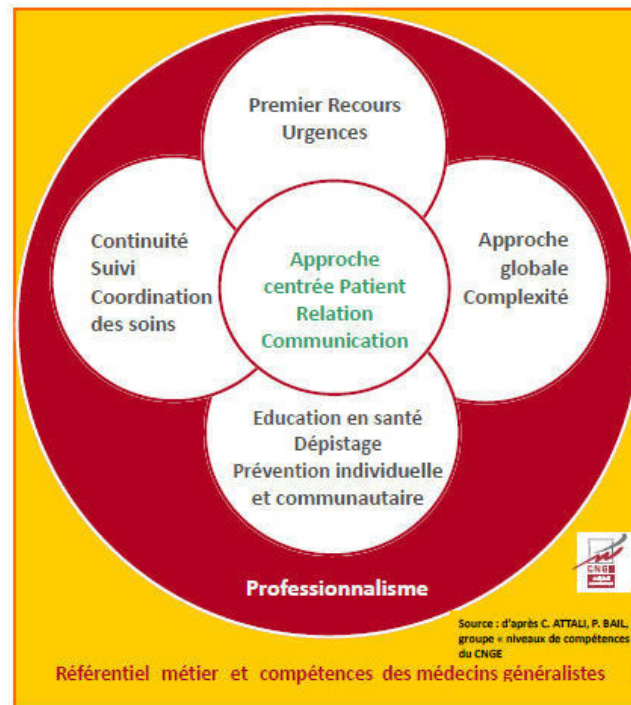
Pour répondre à toutes ces missions, le médecin généraliste a été placé au centre du parcours de soins à travers son rôle de médecin traitant.

2) Les missions et compétences du médecin généraliste

Les missions du médecin généraliste sont les suivantes (et correspondent aux onze caractéristiques qui définissent la médecine générale) (16, 17) :

- Il est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers. Il participe à l'offre de soins indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Il utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialistes.
- Il utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. Il a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Il doit veiller à la prévention et au dépistage. Il favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Il synthétise des informations transmises par les différents professionnels de santé, et aide à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel.
- Il dispense des soins globaux dans une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Il répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
- Il intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Il base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

Ces missions ont été conceptualisées par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) sous la forme d'une marguerite :



Les 5 obligations du médecin généraliste sont représentées par les pétales : accessibilité au système de soins, prise en charge globale, communication interprofessionnelle, la coordination et la prévention. (18,19)

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité : démarche clinique, communication avec les patients et gestion du cabinet médical.

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales (20) :

- a) Contextuelle : utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture ;
- b) Comportementale : basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique ;
- c) Scientifique : adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

3) L'évolution du rôle du médecin généraliste

La notion de médecin traitant a été introduite pour la première fois en France par la convention du 4 décembre 1998. (21)

Le parcours de soins coordonné et le rôle de « gatekeeper » donné au médecin généraliste ont été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie. La réforme du médecin traitant de 2004 a impacté la prise en charge du patient par le médecin généraliste en médecine libérale. Cette réforme oblige tout assuré de seize ans ou plus, à indiquer à son organisme gestionnaire d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. (22)

Elle consiste à confier à un médecin traitant l'organisation des différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation et de qualité des soins.

Pour faire respecter ce dispositif, un moindre remboursement a été mis en place en cas de non-respect du parcours de soins et d'accès direct aux soins secondaires. (23)

On y trouve des intérêts pour de nombreux acteurs : les patients pour qui la qualité des soins est améliorée, les médecins qui veulent améliorer leurs conditions de travail, et les institutions, garantes de l'intérêt général qui cherchent à améliorer l'accès aux soins en maîtrisant les coûts.

Ce dispositif encourage les patients à désigner un interlocuteur principal pour leur prise en charge mais dans les textes, le médecin traitant choisi peut être : un généraliste, un spécialiste salarié d'un centre de santé ou un médecin hospitalier. (24)

La confusion médecin généraliste versus médecin traitant est totale alors que cette loi voulait remettre le médecin généraliste au cœur de la prise en charge du patient en soins de santé primaire.

En juin 2006, 77 % des assurés de plus 16 ans (soit 38,3 millions de personnes) avaient un médecin traitant et plus de 98 % des consultations ont été effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. (25)

Rappelons qu'avant la réforme, seules trois consultations de spécialistes sur dix étaient orientées par le médecin généraliste.

La loi Hôpital-Patient-Sécurité-Territoire (HPST) de 2009 (26) a permis de renforcer cette dynamique avec en 2011 avec un taux d'assuré ayant désigné un médecin traitant de 89,7%.

L'importance des soins primaires a donc été réaffirmée par la loi HPST de 2009, faisant du lien ville hôpital une de ses priorités. (27)

Cette réforme s'attarde sur l'importance de la coordination dans l'organisation des soins primaires en France et introduit sans la mentionner la continuité longitudinale et le rôle du médecin traitant.

Le médecin généraliste est considéré comme l'élément central des soins primaires, pourtant, la loi HPST ne désigne pas précisément les professionnels chargés de cette prise en charge. Le terme de « médecin traitant » utilisé peut être un autre spécialiste qu'un médecin généraliste, et reste au libre choix des patients

Mais, lorsqu'un professionnel du secteur secondaire ou primaire autre qu'un médecin généraliste, suit un patient dans le cadre d'une pathologie rare ou pour laquelle il s'estime légitime, il omet certaines missions de la prise en charge « globale » du patient.

Le collège des médecins de famille, en 2009, rappelle que la relation médecin traitant-malade est primordiale puisque le médecin de famille est un clinicien entraîné pour la prise en charge des pathologies communes. (27)

On rappelle que le médecin généraliste est choisi comme médecin traitant dans 95% des cas.

4) Le parcours de soins

• La définition du parcours de soins selon l'Agence régionale de santé (ARS) : (28)

Un parcours de soin se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires.

Les objectifs du parcours de soins sont :

- l'amélioration de l'organisation des soins ;
- la responsabilisation des acteurs du parcours de soins ;
- et l'amélioration du pilotage du système de santé.

En valorisant l'entrée dans le parcours de soins par la ville, la loi HPST de 2009 (25) place l'accessibilité des soins de premier recours au cœur de ses priorités.

C- Suivi de grossesse et médecin généraliste

1) Le rôle du médecin généraliste dans le suivi de grossesse

Le médecin généraliste peut représenter le premier recours de la femme enceinte, il peut réaliser la première consultation et les premières prescriptions au début de la grossesse. Car il est souvent le premier contact avec le système de soin et qu'il permet un accès ouvert aux patientes de par sa disponibilité.

Il a également un rôle de prévention et d'éducation à la santé essentiel au début de la grossesse où le médecin informe sa patiente sur la surveillance de la grossesse et les mesures hygiéno-diététiques à mettre en place pour le bien-être de la femme enceinte et de son enfant à naître.

De plus le médecin traitant est responsable de la coordination des soins autour de sa patiente. Au cours de la grossesse, il exerce ce rôle et travaille en collaboration avec les différents intervenants pour s'assurer du suivi optimal de sa patiente. Il peut aider la patiente à mettre en place son suivi en fonction du niveau de risque de sa grossesse avec les différents intervenants nécessaires.

Même s'il réoriente la patiente pour son suivi, le médecin généraliste connaît souvent sa patiente enceinte depuis de nombreuses années, il a une relation de confiance avec elle et une vue globale de son suivi médical. C'est pourquoi, au cours de la grossesse, le médecin généraliste continue d'assurer le suivi des pathologies chroniques de sa patiente. Il peut donc anticiper les besoins et les difficultés de sa patiente d'une façon plus efficiente que les autres intervenants.

Pour finir il synthétise les informations transmises par les différents professionnels de santé, et permet la gestion du dossier médical personnel de la patiente. Le médecin généraliste permet dans le cadre de la grossesse où de nombreux intervenants se croisent de centraliser les différentes informations.

Le médecin généraliste a donc un rôle important à jouer pendant la grossesse. Il connaît souvent depuis longtemps la patiente, ses antécédents, son mode de vie et ses éventuels problèmes sociaux dans le cadre de sa relation en continue avec la patiente. Le médecin généraliste offre également l'avantage de la proximité et des délais de consultation souvent moins longs que pour les spécialistes.

Depuis Novembre 2001, suite à la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, est apparue l'obligation théorique pour chaque médecin généraliste au cours de sa formation de réaliser un stage de Gynécologie-Pédiatrie. La maquette de stage de l'internat de médecine générale prévoit en effet un semestre en médecine d'adultes, un semestre en gynécologie-pédiatrie, un semestre en médecine d'urgence, deux semestres libres en médecine générale et un semestre auprès de praticiens généralistes agréés. (29) Même si la mise en place a été lente et difficile du fait d'un nombre limité de place dans les stages hospitaliers, aujourd'hui les médecins généralistes ont tous l'opportunité de réaliser un stage de médecine de la femme. Tout médecin généraliste acquiert donc les compétences théoriques pour suivre une grossesse physiologique pendant sa formation.

Le parcours de soins coordonné définit la place du médecin généraliste comme le médecin de premier recours qui peut, en cas de besoin, adresser le patient aux différents médecins spécialistes. Il devrait en être de même concernant le suivi de la grossesse afin que le médecin généraliste soit le lien avec le spécialiste en cas de grossesse jugée à risque.

2) Les chiffres clés du suivi de grossesse en médecine générale

Dans la littérature, il existe peu de travaux concernant la répartition des professionnels de santé effectuant le suivi de la grossesse et peu de chiffres concernant la proportion de femmes enceintes suivies par un médecin généraliste, une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue médical.

Dans l'enquête périnatale de 2010, 23,8% des femmes ont déclaré avoir consulté au moins une fois leur médecin généraliste durant la grossesse dans le cadre d'une consultation prénatale pour la surveillance de la grossesse. (14) Elles étaient 15,4% en 2003, l'évolution allant plutôt vers une augmentation du suivi de grossesse par le médecin généraliste.

Ceci peut s'expliquer par la relation de confiance qui s'instaure avec le médecin généraliste, quand la femme enceinte s'aperçoit que ce dernier est compétent pour la prise en charge de la grossesse, elle apprécie de réaliser son suivi médical avec lui.

3) Le parcours de soin spécifique de la femme enceinte

La grossesse peut être suivie par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien). Sauf si elle présente des risques particuliers, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Le médecin généraliste a donc toute sa place en théorie dans le suivi de la grossesse physiologique au même titre que la sage-femme ou le gynécologue médical. La femme

enceinte décide seule du praticien qui va réaliser son suivi de grossesse. Le parcours de soin coordonné ne s'applique pas dans le cadre de la grossesse et la patiente peut consulter directement le professionnel de son choix pour réaliser son suivi sans passer par son médecin traitant. (30)

Le médecin traitant reste un interlocuteur privilégié pour coordonner les soins de la patiente. Il détient l'ensemble des informations sur la santé de sa patiente et pourra en cas de besoin la conseiller, l'orienter et faire le lien avec la sage-femme ou le gynécologue. S'il prend en charge le suivi de la grossesse de sa patiente, il pourra la suivre jusqu'à 30 SA et orientera ensuite la patiente dans la maternité de son choix pour le dernier trimestre de la grossesse. Si il ne suit pas la grossesse, il pourra cependant reprendre totalement en charge le suivi de sa patiente et du nouveau-né dès la sortie de la maternité.

La sage-femme peut assurer en toute autonomie la surveillance de la grossesse qui ne présente pas de risque particulier. Elle assure la préparation à la naissance et à la parentalité et peut être présente pour l'accouchement. Elle peut réaliser les échographies obligatoires du suivi de grossesse si elle est formée. Elle pratique l'examen postnatal et peut suivre le nouveau-né pendant son premier mois de vie.

Le gynécologue-obstétricien est un médecin spécialiste qui assure notamment le suivi des grossesses présentant des risques et nécessitant un suivi médical particulier (par exemple : hypertension artérielle ou diabète, grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré). Il n'a pas vocation à suivre des grossesses physiologiques pouvant être prise en charge par une sage-femme ou un médecin généraliste. Beaucoup trop de patientes, par choix ou par méconnaissance de la possibilité d'un autre suivi, s'orientent encore directement vers le gynécologue-obstétricien pour réaliser le suivi médical de leur grossesse à bas risque.

La grossesse peut donc être suivie par différents intervenants en ville, à l'hôpital ou dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) toujours selon le choix de la patiente, sous réserve que la grossesse ne soit pas à haut risque.

Au dernier trimestre seulement, la patiente poursuit son suivi dans la maternité de son choix avec l'équipe médicale qui effectuera l'accouchement.

D- Assurer la continuité des soins au cours de la grossesse : Communiquer, collaborer et coordonner

Le suivi de la grossesse est un travail d'équipe qui nécessite une collaboration entre médecins généralistes, spécialistes (gynéco-obstétriciens, gynécologues médicaux, biologistes, anesthésistes, échographistes, psychiatres, biologistes, pédiatres) et sages-femmes, et un travail de coordination entre les équipes pour assurer une continuité des soins et une prise en charge optimale de la patiente.

Ce travail ne peut se faire qu'à la condition d'une communication entre les professionnels de santé.

1) La communication entre professionnels de santé

La communication est donc le point de départ de la collaboration interprofessionnelle. Elle nécessite des moyens de communication efficaces dans le contexte actuel de développement des outils de communication et du partage de l'information.

La prise en charge médicale est basée sur des faits réels et concrets qui forment l'histoire médicale du patient. Le médecin traitant doit avoir en sa possession toutes les informations possibles concernant le patient pour relier des événements de santé passés à l'actualité du patient et adapter les soins. Cette continuité informationnelle est le fil conducteur qui relie les soins d'un intervenant à l'autre, d'un service de santé à l'autre, d'un événement de santé à l'autre.

L'utilisation d'outils de communication est primordiale pour permettre ce travail en collaboration et la coordination des différents professionnels de santé.

Les supports :

Trois types de supports principaux sont utilisés pour la communication entre professionnels de santé : le courrier de liaison, la lettre de liaison et le compte rendu hospitalier.

Le médecin traitant qui adresse son patient à un spécialiste, pour une hospitalisation ou une consultation, accompagne sa demande d'un courrier de liaison dans lequel doit figurer les informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

La lettre de liaison, elle, est rédigée par le médecin qui a pris en charge le patient et doit contenir les informations utiles à la continuité des soins. Elle est remise au patient et/ou transmise directement au médecin traitant. (44)

Lors d'une sortie d'hospitalisation, la communication avec le médecin traitant se résume le plus souvent au compte rendu d'hospitalisation. Il doit être rédigé à la fin de chaque hospitalisation et contient les éléments utiles à la continuité des soins. Il doit être adressé au médecin traitant. (45, 46)

Ces communications devraient être en théorie réalisées lors de chaque visite d'un médecin autre que le coordinateur.

Les moyens de transmission :

Le premier moyen de transmission de ces supports de communication est le patient lui-même. La retransmission orale des informations par le patient d'un spécialiste à un autre est cependant source d'erreurs.

Le patient peut cependant être porteur d'un courrier de liaison. (47) Ce moyen de transmission est celui préconisé par l'ordre, et semblerait être le plus efficace.

L'intérêt de cette démarche est double : le patient est rendu responsable de sa prise en charge et le courrier est disponible rapidement pour le médecin traitant si le patient consulte après une hospitalisation et/ou une consultation. (48)

En cas de non-participation du patient, il existe depuis l'ère informatique de nombreux autres moyens de transmission.

Tout d'abord, les messageries sécurisées sont le moyen de communication médicale électronique le plus utilisé. Cet outil simple est disponible partout en France pour chaque médecin informatisé et est conforme aux consignes juridiques de sécurité et de confidentialité. (49)

Ensuite, l'appel téléphonique permet un échange d'informations en temps réel, extrêmement efficace, mais peu utilisé car les deux interlocuteurs doivent être disponibles en même temps sans compter les dérangements qu'occasionnent ces appels en consultation. Enfin, le courrier postal, reste le moyen de transmission le plus utilisé en France. (50)

Le Dossier Médical Partagé (DMP) :

De nos jours en France, il existe pour un même patient autant de dossiers médicaux pour chaque patient que de médecins consultés.

La loi de 2004 reprise en 2007 de l'assurance maladie (51) met en place les fondements du DMP et précise le contenu de ce dossier mis en place depuis 2017.

Tous les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de santé auront à reporter dans ce dossier « à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ». Ce dossier médical n'est accessible au professionnel de santé qu'à condition que le patient lui ouvre l'accès et que le praticien ait physiquement la carte vitale du patient en sa possession.

Le carnet de maternité :

Le carnet de santé maternité a pour but (52) :

- de donner une information claire à la patiente sur le déroulement du suivi médical de sa grossesse,
- mais surtout d'améliorer le suivi de la grossesse et la communication entre les professionnels de santé et sociaux qui vous suivent la grossesse jusqu'à l'accouchement.

Le carnet de maternité doit être délivré gratuitement à la patiente enceinte par les services départementaux lors de la première consultation de suivi avant le 3ème mois de grossesse.

Lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur votre carnet de maternité.

La patiente est la seule détentrice de ce carnet de santé. Les professionnels qui le consultent et qui y inscrivent des annotations sont soumis au secret professionnel. La patiente apporte son carnet de grossesse à chaque consultation médicale en lien avec sa grossesse et il permet de faire le lien entre les différents intervenants du suivi.

La prise en charge du patient a évolué : elle est multidisciplinaire, collaborative et nécessite une bonne communication interprofessionnelle pour être cohérente.

Si cette communication interprofessionnelle ne se fait pas correctement entre les différents intervenants, la collaboration interprofessionnelle est impossible.

2) La collaboration interprofessionnelle

Le processus, appelé collaboration interprofessionnelle en soins de santé, consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de dispenser des soins de qualité.

La prise en charge des patients est une activité interdisciplinaire où différents professionnels de santé collaborent au sein d'une même équipe. Plusieurs études ont montré une relation entre la qualité des soins et l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle : la

performance d'une équipe joue un rôle capital dans la sécurité des patients (34), (35), (36). Une étude menée au Royaume-Uni dans le cadre de soins de premier recours, a révélé que la qualité du travail d'équipe est directement corrélée à la qualité des soins administrés aux patients (37). La formation et l'implication des professionnels de santé permet l'accroissement de leur satisfaction professionnelle et améliore le suivi des patients. Au niveau du système de santé, une diminution des hospitalisations est également observable (38).

En ambulatoire, cette collaboration s'organise toutefois le plus souvent sur des bases empiriques, plus proches d'une mutualisation des compétences que d'une réelle interprofessionnalité. Des études ont montré des divergences de vues et d'attitudes entre les professions concernant l'interprofessionnalité, représentant un obstacle majeur à sa réalisation (39, 40).

Les suggestions d'amélioration de l'interprofessionnalité sont les suivantes :

- Une vision commune du patient et de son parcours (41) ;
- La définition et la connaissance des rôles des professionnels ;
- Prévoir des rencontres d'équipe régulières ;
- Utiliser un dossier patient unique (si possible informatisé) ;
- Prévoir des formations interprofessionnelles ;
- Prévoir des rencontres hors du milieu de travail ;
- Évaluer les besoins de la patientèle et choisir les professionnels appropriés ;
- Développer des relations personnelles et professionnelles ;
- Favoriser un esprit d'équipe, basé sur une vision commune de la collaboration ;
- Mettre en place des stratégies de communication et d'information commune ;
- Définir clairement les attentes et les rôles de chacun ;
- Réévaluer régulièrement les fondements de la collaboration ;
- Mettre au point des protocoles d'intervention ;
- Insérer l'équipe au sein d'une structure de soins locale ou territoriale, coordination avec le niveau médico-social existant ;
- Aménager des lieux physiques adéquats facilitant les interactions entre les différents professionnels, soignants et autres.

Du développement de la collaboration découle de nouveaux rapports entre les professionnels pour répondre à la demande de soins comme le transfert de tâches. La délégation et le transfert des tâches consistent en une nouvelle répartition des tâches entre les professionnels de santé pour d'améliorer la prise en charge des patients en adaptant l'intervention des professionnels. (42) La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé devrait permettre de faire face à la demande de soins. (43) L'enjeu est d'assurer une nouvelle forme de coopération entre les professionnels de santé.

Cette collaboration entre les différents intervenants du suivi de grossesse de la patiente est nécessaire à la coordination du parcours de soin. Elle permet à la patiente de bénéficier pleinement des compétences de l'ensemble des professionnels de santé bénéfiques à sa prise en charge et celle de son enfant à naître.

3) La coordination

La coordination est une continuité organisationnelle des soins. Elle vise à s'assurer que:

- tous les moyens (ressources, services, compétences, etc.) nécessaires à l'organisation des soins soient disponibles ;
- l'accès aux biens et services proposés par l'organisation soit garanti ;
- les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres.

La coordination est une synchronisation efficiente et cohérente de la contribution de chaque acteur de santé dans la prise en charge d'un patient. (31)

Une telle coordination est justifiée par la pluridisciplinarité des prises en charges actuelles. La diversité des situations cliniques et la complexité des parcours de santé ont augmenté le nombre d'intervenants auprès du patient. C'est pourquoi, la coordination des soins se situe depuis quelques années au centre de nombreux projets d'amélioration du système de santé. Cependant sa réalisation, en pratique, reste souvent floue.

En effet, il semble que beaucoup de professionnels de santé aient l'impression de travailler en coordination avec les autres. Or, le constat sur le terrain est tout autre. (32)

La difficulté à coordonner les actions et les contributions de chaque professionnel résulte probablement des fragmentations que connaît notre système de santé (sectorisation privé/public, ambulatoire/hospitalier, segmentation de la prise en charge en fonction de chaque spécialité...). (33)

"Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie chronique, qui requiert la continuité des soins grâce à l'intervention coordonnée de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge du patient, occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique". (32)

Ce rôle de coordinateur du médecin traitant ne consiste pas uniquement à adresser les patients vers d'autres spécialités médicales. Le coordinateur est aussi acteur, il co-prescrit avec les autres spécialités médicales le parcours de soins global du patient.

Comme nous venons de le voir les intervenants du suivi prénatal peuvent être nombreux et doivent interagir les uns avec les autres pour permettre à la patiente d'avoir un suivi médical optimal au cours de la grossesse. Cela nécessite un travail de coordination entre les différents intervenants qui doit être assuré par le médecin traitant. Le médecin généraliste reste pendant la grossesse le professionnel de santé le plus accessible et doit être le coordinateur global du suivi ce qui permet de limiter la perte d'informations dans les différents suivis spécialisés de la patiente.

4) La continuité des soins

La continuité des soins désigne la perception du patient des soins qu'il reçoit, comme une succession d'événements cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle.

Le manque de coordination entre professionnels peut entraîner une rupture de la continuité des soins. (32) Ces deux notions, coordination et continuité des soins sont liées et sont des éléments clés de la qualité et de l'efficacité du parcours coordonné.

Les réseaux de soins incluent ces deux notions dans leur organisation. Initialement mis en place comme relais entre la ville et hôpital, les réseaux sont un bon exemple d'organisation pluriprofessionnelle.

Le rôle du médecin traitant pour le médecin généraliste a été créé dans le but d'améliorer cette continuité des soins, les patients choisissant un interlocuteur privilégié et constant pour leur suivi médical. Or dans le cadre de la grossesse, le parcours de soin coordonné ne s'applique pas et la patiente peut réaliser entièrement son suivi de grossesse sans consulter son médecin traitant ce qui fragilise la continuité des soins pendant cette période.

II – Motifs de la recherche

La grossesse est pour la plupart des femmes une période de grand bonheur et se déroule de manière physiologique dans la grande majorité des cas. Toutefois, un suivi médical régulier par un professionnel de santé qualifié est nécessaire afin de dépister tout risque potentiel pour la mère et son enfant en devenir.

Une grossesse physiologique sans risque peut être suivie par des acteurs de soins primaires comme le médecin généraliste jusqu'à 30 semaines d'aménorrhées. De par ses compétences propres et son rôle au cœur des soins primaires et du parcours de soin patient, le médecin généraliste d'autant plus s'il est médecin traitant est apte et légitime pour ce suivi ambulatoire. Ce suivi n'exclut cependant pas les autres acteurs classiques du suivi de grossesse. Mais le développement d'une collaboration interprofessionnelle apparaît nécessaire pour assurer la continuité des soins de la patiente, afin que le médecin généraliste garde alors son rôle de coordinateur des soins même dans le cadre d'une grossesse.

La communication semble essentielle dans ce contexte mais nous avons voulu savoir ce qu'il en est réellement et comment cette communication est vécue par les médecins généralistes.

Nous nous sommes questionnés sur la vision des médecins généralistes sur la communication interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer le ressenti des médecins généralistes sur la communication entre les différents acteurs du suivi de grossesse et le médecin traitant des patientes.

MATERIEL ET METHODE

I - Choix de la méthode

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas d'opposition mais bien une complémentarité entre les deux méthodes, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance. En effet, le recours à une méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse et d'une question, puis l'application d'une méthode adaptée pour y répondre. Le choix de la méthode dépend donc de la question de recherche. (53)

Dans notre situation, nous nous sommes orientés vers la recherche qualitative qui correspondait plus à ce que nous souhaitions explorer. Étant donné que nous disposions déjà de données sur notre sujet, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

Pour que les données soient valides, plusieurs conditions ont dû être remplies (54) :

- 1- L'outil devait être flexible afin que l'interviewé puisse parler librement. Le guide d'entretien est donc modulable en fonction du déroulement de la rencontre et s'enrichit au fur et à mesure.
- 2- Une attitude critique était nécessaire, l'enquêteur dans notre étude a eu une écoute bienveillante et empathique.
- 3- L'enquêteur s'est assuré au préalable que les enquêtés aient une opinion sur le sujet.
- 4- La dimension sociale et interpersonnelle de l'entretien a été prise en compte, les entretiens ont été réalisés dans un lieu et à un moment adéquat pour l'interviewé.
- 5- L'enquêté a été libéré au maximum afin de l'amener à des associations d'idées.
- 6- Dans ces conditions, on présume que l'interviewé a « exprimé sa vérité ».
- 7- L'étude a pu être comparée à d'autres études identiques afin d'augmenter la validité de ce travail.
- 8- Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par la probabilité d'occurrence. Une information donnée une seule fois peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois

Une fois ces conditions remplies, le protocole a été établi.

II - Population étudiée

La population étudiée se compose des médecins généralistes installés dans les Bouches-du-Rhône sans activité gynécologique unique.

Pour le recrutement nous avons utilisé la technique dite de la « boule de neige », c'est-à-dire que nous avons identifié des participants grâce aux médecins déjà interrogés qui connaissaient d'autres médecins susceptibles de participer à notre étude.

III - Guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions (55). Ce n'est pas un questionnaire, il s'agit d'une liste de thèmes que l'enquêteur aborde. Il participe à libérer l'enquêteur de l'angoisse de penser à tout.

Le guide peut se modifier et s'enrichir au fur et à mesure des entretiens ce qui n'a pas été le cas dans ce travail : le guide n'a pas été modifié en cours d'étude.

Pour notre étude, nous avons souhaité stimuler la réflexion autour de 4 thèmes, abordés chacun grâce à plusieurs questions ouvertes ou au fil de l'entretien :

- 1- La prise en charge de la grossesse en tant que médecin traitant ;
- 2- Les modalités de la communication entre le médecin généraliste (médecin traitant) et les autres professionnels de santé intervenant au cours d'une grossesse ;
- 3- Le ressenti du médecin généraliste médecin traitant sur la communication et la continuité des soins ;
- 4- Les propositions d'améliorations en matière de suivi et de communication.

Si un thème était déjà abordé spontanément, l'enquêteur n'y revenait pas.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe.

IV - Recueil des données

Tous les entretiens ont été réalisés par une seule et même personne entre Mai et Novembre 2020. La plupart des entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail du participant, les participants étaient préalablement contactés par téléphone ou par mail. Deux entretiens ont été réalisés par appel téléphonique vidéo compte tenu des différentes restrictions liées à la crise sanitaire de la COVID 19.

L'entretien débutait par une présentation succincte du sujet de l'étude et l'explication de son déroulement. Le participant était informé que la séance serait enregistrée et que les données seraient rendues anonymes lors de l'analyse des résultats. Le consentement pour l'enregistrement a été recueilli pour chaque participant. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, l'enregistrement permettant de recueillir les propos exacts de la personne interrogée et l'analyse de l'ensemble du discours.

Un questionnaire a également été rempli par chaque participant afin de recueillir les caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le lieu d'installation, le mode d'exercice et le nombre d'années d'expérience.

L'étude a été poursuivie jusqu'à saturation des données. Le nombre d'entretiens nécessaires à l'obtention de la saturation des données n'était pas déterminé au préalable. Onze entretiens ont été réalisés au total, durant en moyenne 22 minutes.

V - Retranscription des entretiens et analyse des données

Avant d'en faire l'analyse, chaque entretien individuel a été intégralement retranscrit sur ordinateur via le logiciel Microsoft Word®. Les enregistrements ont été retranscrits au fur et mesure de la réalisation des entretiens et chaque entretien a été numéroté, avec la date de réalisation et la durée de l'interview. Le nom des participants a été rendu anonyme, ils ont été identifiés dans l'ordre dans lequel ils avaient été interrogés (M1, puis M2, etc.).

L'ensemble des textes retranscrits représentaient les données brutes et servaient de support pour l'analyse des données.

Chaque entretien retranscrit était ensuite analysé manuellement selon la méthode de la théorisation ancrée. Un double codage a été réalisé pour améliorer la validité interne de l'analyse.

La catégorisation a été réalisée en deux temps :

- un premier codage, par lecture de l'ensemble des textes, permettant de le diviser en unités de texte autonomes les plus réduites possibles (les Unités Minimales de Sens ou UMS).
- un deuxième codage thématique avec regroupement des UMS en catégories d'analyse, sur une logique de propos marquants et en prenant en compte des thèmes communs.

RESULTATS

I - Caractéristiques de la population étudiée

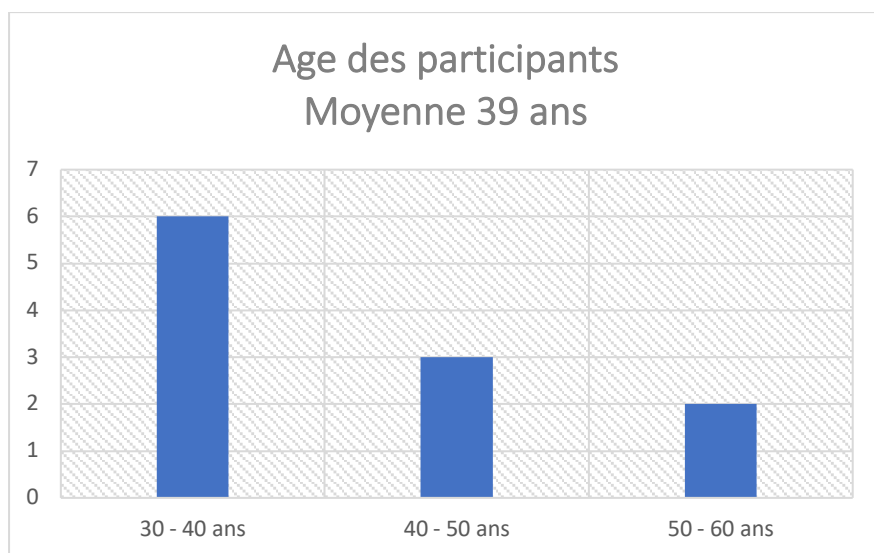
Au total, 11 professionnels ont participé à cette étude, tous médecins généralistes installés. Les caractéristiques sociodémographiques des participants figurent dans le tableau d'échantillonnage ci-dessous et sont détaillées après.

	Genre	Age	Durée d'installation	Lieu d'exercice	Proximité PMI	Mode d'exercice	Qualification gynécologie
M1	F	52	20	Semi-rural	Oui	MSP	Non
M2	F	31	3	Semi-rural	Oui	MSP	Oui
M3	F	32	3	Urbain	Oui	Cabinet de groupe	Oui
M4	M	41	4	Urbain	Oui	Permanence de soin	Non
M5	F	35	7	Urbain	Oui	Centre communautaire	Oui
M6	M	33	3	Urbain	Oui	Centre mutualiste	Non
M7	F	37	9	Urbain	Oui	Cabinet de groupe	Oui
M8	F	41	16	Urbain	Oui	Cabinet de groupe	Oui
M9	M	55	28	Semi-rural	Oui	Cabinet de groupe	Non
M10	M	40	7	Urbain	Oui	Cabinet de groupe	Non
M11	F	32	4	Urbain	Oui	Cabinet de groupe	Oui

A - Age

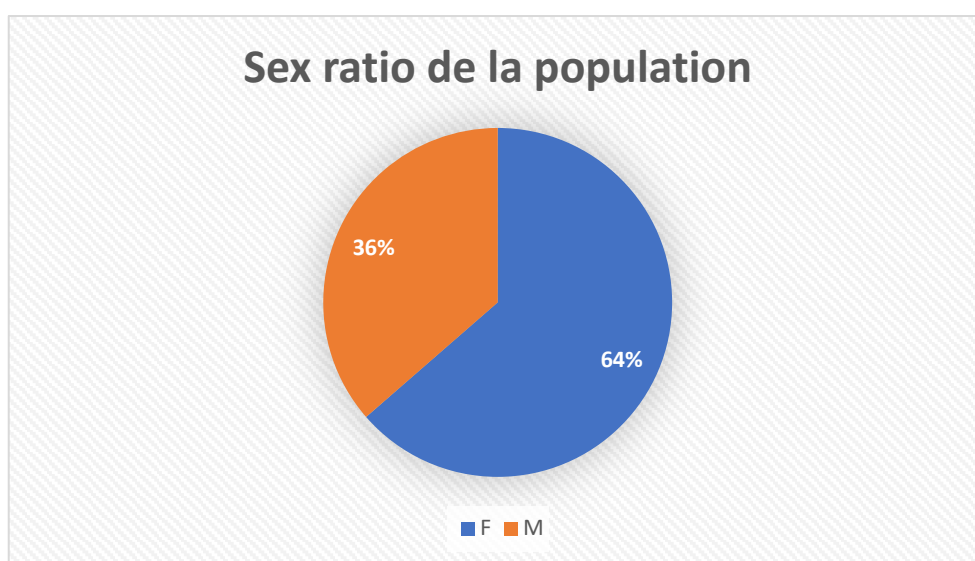
Les participants ont entre 31 ans pour le plus jeune et 55 ans pour le plus âgé. La moyenne est de 39 ans avec un écart-type de 14. La médiane est de 37 ans.

La plupart des médecins interrogés ont entre 30 et 40 ans, ils représentent 54,5 % des participants (n=6), viennent ensuite les 40-50 ans qui représentent 27,3 % (n=3) et enfin les 50-60 ans avec 18,2 % (n=2), aucun participant n'a plus de 60 ans.



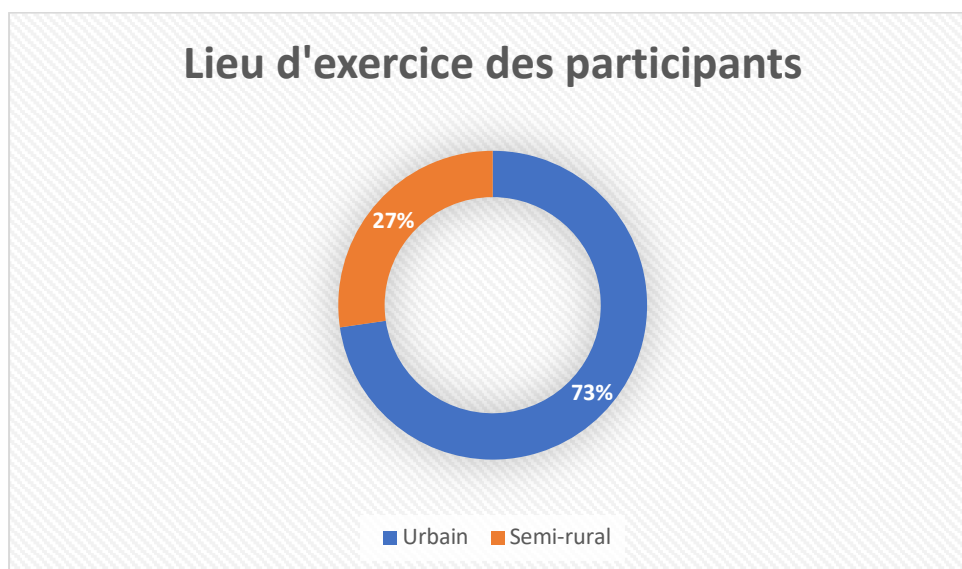
B - Sex ratio

Parmi les participants, on compte plus de femmes que d'hommes. 7 femmes ont participé à l'étude ce qui représente 63,6 % de la population étudiée et 4 hommes soit 36,4 % de la population.



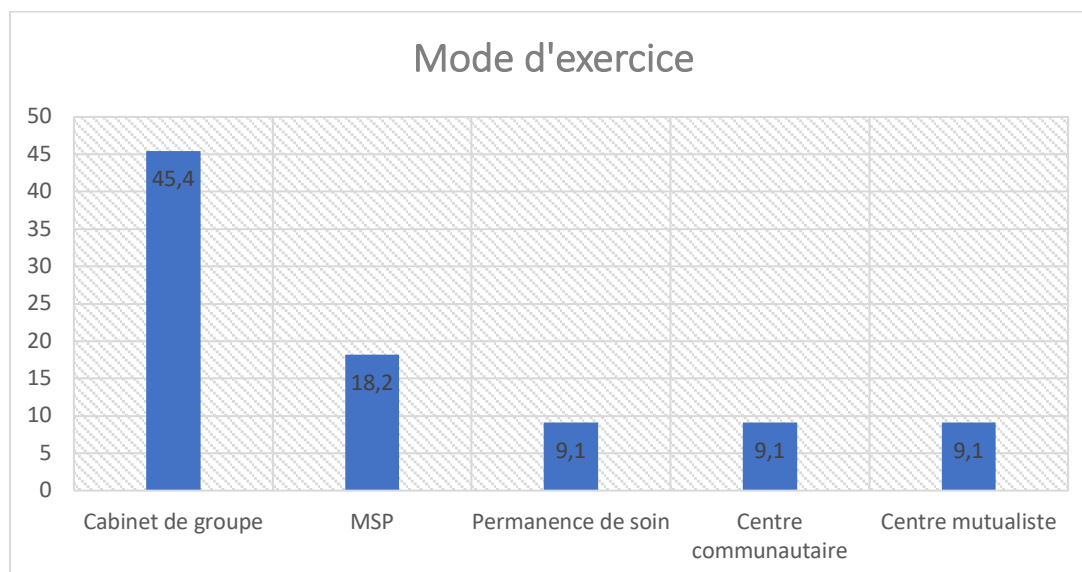
C - Lieu d'exercice

Les participants travaillent en majorité en milieu urbain 72,7 % (plus de 20000 habitants) (n=8), seulement 27,3 % travaillent en milieu semi-rural (n=3) et aucun ne travaille en milieu rural. Tous les participants ont un centre de protection maternelle et infantile à proximité de leur lieu d'exercice.



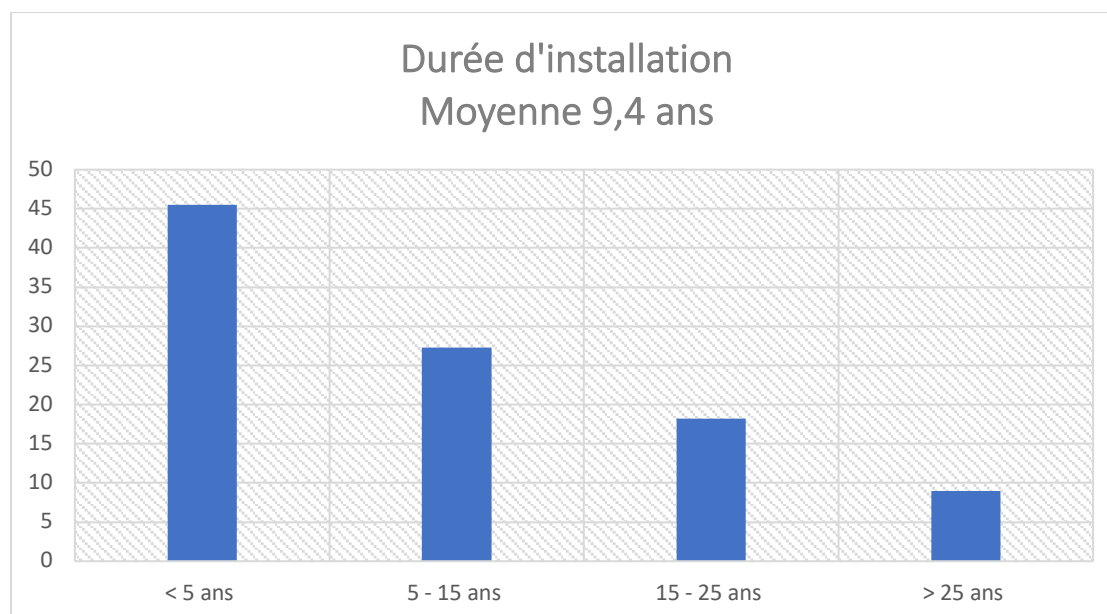
D - Mode d'exercice

La totalité des participants travaillent dans une structure avec d'autres professionnels. La moitié des médecins exerce dans un cabinet médical de groupe (54,5 %, n=6), les autres travaillent soit en maison de santé pluridisciplinaire (18,2 %, n=2), en permanence de soin (9,1 %, n=1), dans un centre communautaire (9,1 %, n=1) ou dans un centre mutualiste (9,1 %, n=1). Aucun d'entre eux ne travaille seul en cabinet.



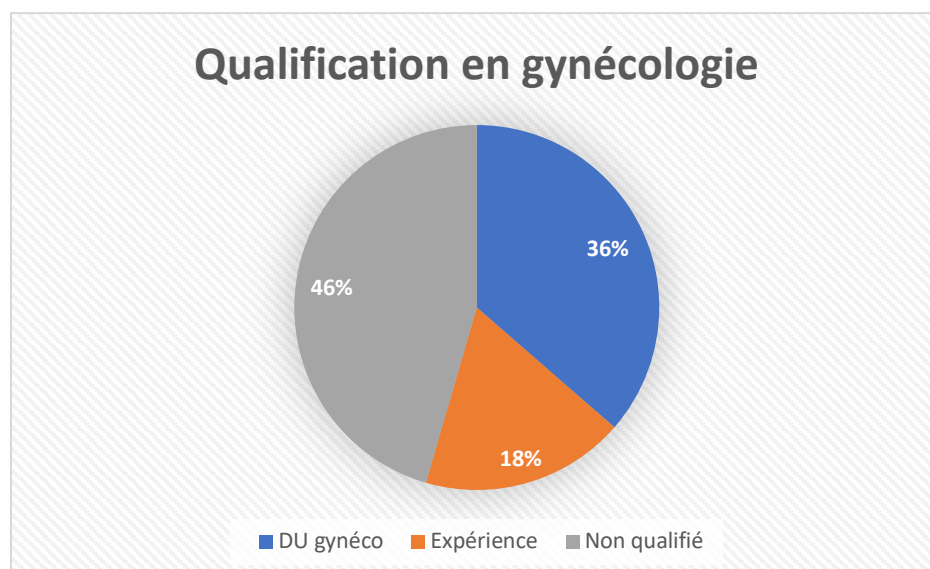
E – Durée d'installation

Le nombre d'années d'installation des médecins interrogés varient entre 28 ans et 3 ans pour les plus récemment installés. Notre échantillon compte une majorité de jeunes installés avec 45,5 % (n=5) de participants installés depuis moins de 5 ans et seulement 9 % (n=1) depuis plus de 25 ans. La durée moyenne d'installation est de 9,4 ans avec un écart-type de 7,9 et une médiane de 7 ans.



F - Qualification en gynécologie

Parmi les médecins participants, 6 (54,5 %) d'entre eux considèrent avoir une qualification en gynécologie soit par des diplômes universitaires (n=4 ; 36,4 %) ou des activités orientées (n=2 ; 18,1 %). Les 5 (45,5 %) autres participants n'ont pas de qualification particulière en gynécologie ni en suivi de grossesse.



II- Résultats étude qualitative

A - Le médecin généraliste, premier recours pendant la grossesse

Au cours des discussions, tous les participants étaient d'accord pour dire que le médecin généraliste reste dans de nombreuses situations le premier recours de la patiente enceinte et la porte d'entrée dans le système de soin en début de grossesse. Qu'il se sente à l'aise ou non dans ce rôle, le médecin généraliste va être amené à consulter et à prendre en charge des patientes enceintes. De plus, les rôles du médecin généraliste, et plus spécifiquement du médecin traitant, dans la prise en charge de la patiente enceinte sont nombreux et variés ce qui en fait un acteur de première ligne tout au long de la grossesse. Cependant, il est ressorti de nos différents entretiens que les participants pouvaient avoir des réactions très variables et une certaine ambivalence face à la prise en charge de la grossesse et de la patiente enceinte en cabinet de médecine générale.

1) L'acteur de premier recours en début de grossesse

Selon les médecins interrogés, de nombreuses femmes vont consulter en premier lieu leur médecin traitant à la découverte de la grossesse.

M9 : « Quand elles ont un test de grossesse positif, ça arrive souvent qu'elles viennent nous voir en premier. »

M8 : « Euh bah, c'est beaucoup la découverte de grossesse donc je fais beaucoup de première consultation. »

Lorsque la patiente vient le consulter, le médecin généraliste réalise notamment un examen clinique et prescrit les premiers examens complémentaires nécessaires au suivi de la grossesse de sa patiente

M1 : « Bon bien sûr dans un premier temps prendre la tension, faire un examen général avec poids, taille si on l'a pas déjà fait. »

M4 : « Je demande en général des examens notamment le premier bilan sanguin. »

M7 : « Je lance le premier bilan quoi : le premier bilan biologique, les premières échographies, je leur explique un peu le déroulé de la grossesse et je fais un premier examen clinique. »

De plus, le médecin traitant aide sa patiente à programmer son suivi, la majorité des participants reconnaissent avoir des visites plus fréquentes de leurs patientes enceintes en début de grossesse pour organiser le suivi.

M8 : « Je commence à mettre en place le suivi, je les mets un peu sur les rails. »

M4 : « On les voit plus souvent au début de la grossesse. »

Il aide également sa patiente à choisir où elle souhaite faire suivre sa grossesse et l'oriente le cas échéant vers un gynécologue ou une maternité.

M9 : « Donc après on leur explique, on leur prend rendez-vous, etc... »

M10 : « Je leur demande où est-ce qu'elles veulent accoucher, est-ce qu'elles y ont réfléchi. »

Au début de la grossesse, le médecin généraliste est également présent pour répondre aux interrogations et aux inquiétudes de sa patiente auprès de laquelle il a souvent une image rassurante.

M4 : « Moi à ce moment-là, j'essaie de leur expliquer les étapes et surtout de les rassurer. »

M10 : « Et puis, c'est des moments pour échanger et avec pleins de questions. »

Il ressort des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes que la patiente enceinte consulte fréquemment son médecin traitant au début de sa grossesse. Il représente souvent le premier recours de la patiente au moment de la découverte de la grossesse. En tant qu'acteur des soins primaires, il se doit d'accompagner et d'orienter sa patiente si nécessaire pour son suivi médical.

2) Un médecin généraliste disponible

Le médecin généraliste est plus facilement accessible et disponible que les spécialistes ce qui amène fréquemment les patientes à le consulter en premier lieu quel que soit le terme de la grossesse.

M3 : « Oui on a des disponibilités plus rapidement que les gynécos. Même pendant la grossesse on reste souvent un premier recours pour les patientes. »

M11 : « Elles viennent nous voir quand elles ont besoin si elles ont pas réussi à avoir de rendez vous chez le gynéco. »

Le médecin traitant, de par son statut, a un rôle à jouer dans la prise en charge globale et générale de la patiente enceinte et la continuité des soins pendant la grossesse. Notamment en cas de suivi de pathologies chroniques où la coordination du médecin traitant est indispensable

M5 : « Et nous, de notre côté, on va essayer de faire un peu le lien au milieu de tout. »

M10 : « Après c'est la place du médecin généraliste, c'est toujours comme ça, les patients ils ont plusieurs médecins, des spécialistes, des suivis à droite à gauche, et puis nous on est quand même l'endroit centralisateur. »

M6 : « J'ai eu quelques patientes comme ça, qui ont des pathologies chroniques (...), c'est moi qui assure le suivi pour ça. »

M7 : « J'ai aussi eu une dame qui avait un asthme très déséquilibré pendant sa grossesse donc j'ai aidé à faire le suivi là-dessus. »

Certains médecins généralistes vont faire le point sur le suivi de la grossesse quand ils voient la patiente en consultation afin d'assurer une continuité des soins optimale.

M1 : « Ah bien sûr je lui demande. Comment se passe le suivi, s'il y a des soucis ou pas. »

M2 : « J'aime bien savoir si tous les bilans systématiques sont à jour, si elle est bien suivie, si elle a bien fait ses échos. Oui je fais un peu le tour. »

M10 : « Je leur demande si tout va bien, si tout se passe bien, comment ça se passe, si les échographies ont été faites, les prises de sang, si y a un suivi particulier... »

Alors que d'autres médecins généralistes au contraire choisissent de ne pas prendre en charge la grossesse et de ne pas s'impliquer pas dans le suivi de grossesse de leur patiente.

M6 : « Après peut être qu'il y a un défaut de ma part de m'intéresser et de rechercher à savoir précisément comment se passe la grossesse... »

M9 : « Nous on a un accès tellement facile aux spécialistes, c'est tellement simple d'adresser sa patiente, que qu'est-ce que je vais aller me mettre au milieu d'un suivi de grossesse alors que j'y comprends pas grand-chose quoi. »

Bien qu'il soit plus fortement sollicité en début de grossesse, le médecin généraliste reste facilement accessible et disponible pour sa patiente pendant toute la grossesse. Qu'il décide de s'impliquer ou non dans le suivi médical de la grossesse de sa patiente, le médecin généraliste garde son rôle de médecin traitant et se doit d'assurer la continuité des soins pendant la grossesse notamment en cas de pathologie chronique à suivre.

3) Des motifs multiples de consultation

Globalement, le sentiment général des participants sur la prise en charge de la patiente enceinte en médecine générale est celui d'une prise en charge partielle et non globale. En effet, la prise en charge est souvent ponctuelle avec une prise en charge à l'instant 'T', au moment de la consultation, pour des motifs entrant dans le champ de la médecine générale.

M3 : « En tout cas de la part du médecin traitant, c'est très partiel comme prise en charge... Je prends en charge le motif de consultation, c'est pas forcément un suivi quoi... »

M7 : « Si elle vient pour un problème intercurrent et qu'elle a un suivi par ailleurs, je vais surtout traiter le problème intercurrent quoi. »

Certains médecins justifient cette prise en charge incomplète par le fait que les femmes enceintes sont des patientes jeunes qui consultent peu leur médecin généraliste en temps normal et que la grossesse n'est pas une pathologie en elle-même.

M3 : « Après c'est souvent des jeunes patientes qu'on ne voit pas très souvent au cabinet donc on peut pas vraiment dire que c'est une perte de vue. Parce que pour moi c'est pas une maladie la grossesse, on a pas vraiment besoin de les voir. »

Cependant dans le cadre des troubles non pathologiques de la grossesse, les motifs de consultation des patientes enceintes chez le médecin généraliste sont nombreux et variés à entrer dans le champ de compétences de la médecine générale.

M1 : « Elles viennent parce qu'elles ont mal au ventre ou qu'elles se sentent fatiguées ou qu'il y a des petits vertiges... »

M9 : « Oui, nous, les femmes enceintes, on va les voir pour des petites bricoles, des petites consultations de médecine simples. »

M8 : « Ça va souvent être pour des douleurs, par exemple des douleurs lombaires, de la fatigue, ou pour des pertes bizarres, pour n'importe quoi d'intercurrent qui peut avoir un lien avec la grossesse en fait. »

Pour ce qui est des pathologies intercurrentes, qui ne concernent pas directement le suivi de sa grossesse, la patiente va privilégier une consultation chez son médecin généraliste.

M3 : « Mais le plus souvent c'est des petits soucis pour lesquels elles se disent que c'est plutôt le médecin traitant qui va me soigner ça. Par exemple quand elles ont mal à la gorge ou qu'elles ont des signes d'infection urinaire. »

M7 : « Donc ici, elles ont un peu un espace d'écoute où elles peuvent parler des trucs qui intéressent pas le gynéco : les reflux, les mycoses à répétition, les douleurs, les problèmes de sommeil, etc... »

Au cours de la grossesse, le médecin généraliste va donc être plus facilement sollicité pour des pathologies intercurrentes ou des troubles non pathologiques de la grossesse que pour effectuer le suivi de la grossesse. En effet, dans ce cadre, les motifs de consultation entrant dans le champ de la médecine générale sont nombreux tout au long de la grossesse. La patiente va alors privilégier une consultation chez son médecin généraliste ce qui donne lieu à une prise en charge ponctuelle et partielle sans réel suivi.

4) Le ressenti du médecin généraliste

Lors de la prise en charge de la patiente enceinte en cabinet de médecine générale, le motif de consultation tend à influencer l'assurance du médecin généraliste dans sa pratique.

M6 : « A l'aise ? Ben, tout dépend sur quoi enfaite. »

Alors que certains médecins se sentent particulièrement à l'aise pour prendre en charge une patiente enceinte quel que soit son motif de consultation.

M5 : « J'ai l'habitude de suivre des grossesses et de voir des patientes enceintes donc j'ai pas de problème avec ça. »

M11 : « Bah moi vu que j'aime bien la gynéco, que j'aime bien faire le suivi de grossesse, j'aime bien ça. Je suis plutôt contente quand j'ai une femme enceinte qui vient me voir. »

D'autres ne vont prendre la responsabilité de s'occuper des patientes enceintes que pour certains motifs de consultation considérés dans le champ de la médecine générale.

M1 : « Ben à l'aise ça dépend... (Rire) Pour la médecine générale, oui ! »

M1 : « Si il y a un problème d'infection ou un problème d'ordre médical que je peux gérer, y a pas de soucis. »

M9 : « Voilà, des petites choses vraiment banales. Donc ça, y a pas de problème pour les prendre en charge. »

Pour finir, certains médecins, moins à l'aise, vont réaliser une prise en charge non spécifique ou adresser rapidement la patiente enceinte qui se présente à leur cabinet pour pallier à l'embarras qu'ils peuvent ressentir face à la situation.

M6 : « Alors, moi, en terme de ressenti... Enfin, disons que, c'est plus en terme de prise en charge, je délègue très vite à mes collègues. »

M9 : « Après dès que ça sort un peu de là, (...) en général moi je les oriente assez rapidement vers le gynéco. »

Le ressenti du médecin généraliste face à la consultation d'une patiente enceinte (comme pour toute autre consultation) peut varier selon ses compétences dans le domaine et le motif de la consultation. Comme nous l'avons vu précédemment, bon nombre de consultations entrent dans le champ de la médecine générale ce qui facilite donc la prise en charge de la patiente. Dans le cas où le médecin généraliste se sent dépassé, la solution de réorienter la patiente est le plus souvent choisie.

B – Une continuité des soins altérée, l'inquiétude du médecin généraliste

Bien que le médecin généraliste ait un rôle central à jouer dans la prise en charge de la patiente enceinte, il est ressorti de la majorité de nos entretiens une perte de vue fréquente de la patiente par son médecin traitant au cours de la grossesse. La patiente choisit le professionnel qui prend en charge sa grossesse et n'a pas l'obligation de passer par son médecin traitant dans le cadre du parcours de soin coordonné ce qui accentue encore cette rupture de contact. S'ils n'ont aucune inquiétude sur la prise en charge gynécologique de leurs patientes qui sont suivies par d'autres professionnels, les médecins se préoccupent de la prise en charge globale de la patiente qui ne peut être assurée dans ces conditions. Il faut prendre en compte différents facteurs limitants ou aggravants qui peuvent agir sur cette rupture de contact entre le médecin généraliste et sa patiente pour comprendre cette perte de vue au cours de la grossesse.

1) Un intervenant choisi par la patiente

La patiente consulte souvent son médecin traitant en début de grossesse mais poursuit rarement son suivi de grossesse avec lui.

M8 : « Donc je fais pas mal de premières consultations de grossesse et puis au fur et à mesure de moins en moins jusqu'au dernier trimestre. »

La principale raison de cette perte de vue par le médecin généraliste est le choix de la patiente qui préfère souvent réaliser son suivi de grossesse avec un gynécologue.

M9 : « Les patientes en général, elles vont directement voir le gynéco. »

Le gynécologue est en effet pour une majorité de patientes le référent choisi pour leur suivi et un interlocuteur privilégié dans le cadre de la grossesse.

M1 : « Souvent elles vont être suivies, elles savent déjà par qui, par un gynécologue... »

M4 : « Si la patiente me dit qu'elle désire être suivie par un gynéco, là je l'adresse. (...) Je fais en fonction du désir des mamans en général. »

Même s'ils apprécient de prendre en charge les patientes pendant leur grossesse, les médecins généralistes acceptent sans mal de ne pas être le référent choisi par leur patiente pour le suivi médical de grossesse.

M8 : « En fait qu'elle soit suivie par un spécialiste pendant la grossesse, je ne le vis pas mal hein. »

D'autres médecins généralistes, déjà surchargés par leur activité, voient là un avantage à déléguer entièrement le suivi de la femme enceinte à d'autres confrères spécialistes ou aux sages-femmes.

M10 : « Donc je laisse la possibilité qu'ils fassent leurs soins différents ailleurs, et je suis pas dans une demande de tout gérer, ça me va très bien moi de ne pas tout gérer. »

M9 : « Oui, voilà tout à fait ! Ça nous soulage. »

Dans tous les cas, les médecins accordent leur entière confiance aux autres professionnels de santé pour prendre en charge leurs patientes.

M6 : « Je me dis qu'à partir du 5ème mois ou du 6ème mois, elles sont drivés par l'hôpital ou la maternité, et ça devrait rouler. »

Malgré cela, la conséquence est une rupture de suivi fréquente avec le médecin traitant et à l'opposé un suivi total de la grossesse par le médecin généraliste qui reste rare.

M1 : « Franchement moi, depuis 20 ans que je travaille, j'ai rarement un suivi de grossesse continu. »

M8 : « Mais elle nous échappe rapidement parce qu'elle préfère être suivie par un obstétricien, du coup c'est vrai qu'on ne les voit pas pendant toute la durée de la grossesse. »

Dans le cas d'une grossesse physiologique, la patiente fait donc seule le choix du professionnel de santé qui va la suivre et peut avoir recours directement à un spécialiste sans passer par son médecin traitant. Ce choix s'oriente plus fréquemment vers un gynécologue, et si ce choix est compris et facilement accepté par les médecins généralistes, il crée inévitablement une rupture de contact avec le médecin traitant.

2) La rupture de contact avec le médecin généraliste : une rupture de soin ?

La rupture de contact avec le médecin généraliste entraîne fréquemment une perte de la continuité des soins pendant la grossesse.

M3 : « Bah en fait y a pas de continuité des soins pendant la grossesse. »

M11 : « Quand elles ont leur suivi avec leur gynéco, on les perd complètement de vue. »

Cette continuité des soins est qualifiée de nulle ou d'inexistante dans les entretiens.

M11 : « Elle est nulle ! (Rire) Elle est inexistante.... On a pas de lien. »

Les ressentis des participants sur ce sujet sont plutôt négatifs et la majorité des médecins interrogés ressent un sentiment d'exclusion de la prise en charge de sa patiente.

M8 : « On est complètement exclu. »

M9 : « Je suis totalement exclu de la continuité des soins pendant la grossesse, ça c'est une certitude ! »

Une partie des médecins généralistes éprouvent un sentiment de déception lorsqu'ils perdent de vue leur patiente en cours de suivi.

M2 : « C'est à ce moment-là, quand on les perd, que c'est un peu dommage quand on a commencé un suivi, de perdre la patiente comme ça. »

Et même si le médecin généraliste est le médecin de premier recours, par la suite il n'a que très rarement un retour sur les examens paracliniques prescrits à la patiente lors d'une première consultation ou pendant la grossesse.

M1 : « Donc franchement, même la première écho c'est rare que je la vois revenir... »

M9 : « Et même des résultats d'examen, franchement pendant la grossesse, non j'en reçois pas. »

Cette rupture de continuité survient plus ou moins rapidement en début de grossesse et elle est dépendante du délai de rendez-vous avec le professionnel de santé choisi pour le suivi de la grossesse.

M3 : « Après ça dépend si elles ont un rendez-vous rapidement avec un gynécologue ou pas. Si elles ont pas de rendez-vous elles vont venir me les apporter pour savoir ce qu'elles doivent faire et sinon elles vont directement voir leur gynéco. »

Donc la responsabilité de la continuité des soins est déviée sur le professionnel de santé choisi pour suivre la grossesse et n'inclut plus le médecin traitant.

M9 : « Non, non, on ne peut pas parler de continuité des soins pendant la grossesse ! Ou en tout cas, elle inclut pas le médecin traitant. »

M11 : « Nous on est pas considéré comme médecin qui suit la grossesse donc on est pas tenu au courant. »

Ceci peut être expliqué par le fait que la patiente consulte son gynécologue ou s'adresse à une maternité en début de grossesse qui mettent en place un parcours de soin avec un réseau autour de la femme enceinte. Le médecin généraliste dans ce cadre ne fait plus partie des interlocuteurs principaux.

M9 : « Parce qu'en fait ce que je disais, c'est que tout se passe à la maternité avec les obstétriciens, les gynécos, les sages-femmes mais nous on est pas informé... »

Les médecins généralistes interrogés ont le sentiment que les patientes enceintes entrent dans un parcours de soin spécifique pendant la grossesse favorisant la perte de vue avec le médecin traitant.

M1 : « Dès qu'elles sont dans un système surmédicalisé, parce qu'elles sont suivies par le gynécologue, il met en place la consultation avec les sages-femmes tout ça. Et c'est vrai que nous dès qu'elles sont dans ce système, on les voit pas beaucoup quoi. »

M10 : « Elles font leur parcours de leur côté, elles sont suivies là au début et puis après là-bas, moi j'arrive pas toujours à suivre. »

La grossesse est perçue par les médecins généralistes comme une parenthèse dans la vie de leur patiente qui est prise en charge exclusivement par les gynécologues ou les sages-femmes.

M2 : « Parce que pour elles c'est une parenthèse dans la vie de la patiente, qu'elles suivent elles et elles font pas le lien avec le médecin traitant. »

M9 : « Ah oui, ça fait une parenthèse complètement dans le suivi de la patiente... »

La reprise de la continuité des soins en soins primaires est reportée au post partum quand la patiente reprend contact avec son médecin traitant.

En effet, le plus souvent, la patiente, qui a un bon lien avec son médecin traitant, reprend contact avec lui après son accouchement quand elle sort de cette prise en charge spécifique de la grossesse.

M1 : « Après on va les revoir après parce qu'elles vont plus être dans le suivi, donc là elles réapparaissent. »

M10 : « En général, on les revoit après, y a un petit temps après où elles nous racontent comment ça s'est passé toute l'aventure et on repart sur un suivi ensemble. »

De nombreuses mamans réalisent le suivi de leur nouveau-né et de leur nourrisson chez leur médecin traitant. La première consultation de l'enfant à 8 jours permet à la patiente de reprendre contact avec son médecin généraliste qui fait le point sur la grossesse et l'accouchement avant de reprendre le suivi.

M6 : « Oui, ça m'arrive effectivement plus souvent de voir des mamans. Enfin, souvent parce que je vois les petits, et du coup je prends la suite. »

M7 : " En fait souvent, je vois les bébés dès la sortie de la maternité. (...) C'est souvent une double consultation post-natale bébé-maman. Elles me racontent leur accouchement, on vérifie si y a besoin la cicatrisation d'un épisio ou d'une césarienne, on parle contraception, rééducation du périnée. »

La perte de vue par le médecin généraliste de la patiente pendant la grossesse n'est pas sans conséquence sur la continuité des soins. Le médecin traitant, qui est en charge d'assurer cette continuité, se retrouve fréquemment exclu du suivi de grossesse et n'a pas accès aux informations médicales et obstétricales de sa patiente pendant plusieurs mois. La prise en charge globale et générale de la patiente ne peut être assurée dans ces conditions par le médecin généraliste et est alors transférée sur le professionnel du suivi de grossesse pendant cette période. A la suite de ça, une reprise de contact en fin de grossesse ou en post partum est fréquente avec une reprise de suivi de la jeune maman et du nouveau-né par son médecin traitant.

3) La rupture de soin n'est pas une fatalité

Certains freins existent cependant et la rupture de suivi de la patiente enceinte avec son médecin traitant n'est pas une fatalité.

En ce qui concerne la pratique du médecin généraliste, il a été relevé lors des entretiens que les médecins généralistes orientés en gynécologie font moins face à la perte de vue des patientes pendant leur grossesse.

M1 : « Ah oui, y a des perdus de vue... ça oui. (...) Donc j' imagine pas ceux qui sont pas du tout orientés... Euh... Ils ont encore moins de nouvelles quoi ! »

Cette orientation du médecin généraliste ne fait pas disparaître ces patientes « perdues de vue », la rupture de continuité est plus rare et plus tardive (notamment au dernier trimestre de la grossesse) selon le ressenti des médecins interrogés.

M5 : « Alors si y a pas de problèmes pendant la grossesse et que la patiente est d'accord, il y a quelques mamans que j'ai suivi jusqu'à la fin et c'est qu'au dernier moment que je les ai orienté en maternité pour le dernier trimestre et l'accouchement. »

M8 : « Alors moi, je suis quelques femmes enceintes ! (...) Du coup, si on arrive à les suivre un peu longtemps, et bien c'est différent, la parenthèse est plus courte. »

En effet selon les médecins généralistes, le suivi initial par le médecin généraliste a un impact sur la perte de vue de la patiente pendant la grossesse. Le médecin généraliste qui a participé au suivi de grossesse sera souvent mieux informé de la suite du suivi.

M2 : « Mais c'est tout ou rien enfaite, soit je suis totalement la grossesse, et dans ce cas là ça se passe bien par ce que la patiente revient me voir avec tous ces examens, tous les mois donc j'arrive à suivre. Soit je ne la suis pas du tout, et du coup j'ai aucune visibilité sur ça. »

M6 : « Enfin, c'est plus difficile avec la structure du type maternité, de savoir où on en est, si on est pas l'intervenant initial du début de suivi de la grossesse de 0 à 5 mois. »

La démographie médicale joue également un rôle dans cette rupture de soin car les patientes qui ont un accès facile aux différents spécialistes et une maternité de secteur vont plus facilement s'orienter directement vers eux dès le début de leur grossesse.

M1 : « Et après elles vont souvent voir un gynécologue. Puisqu'on n'est pas en zone... On est en zone où y a quand même beaucoup de gynécologues en périphérie. »

M11 : « Je pense que ça dépend où tu travailles, moi là où je suis installée c'est un peu aisé donc les femmes elles aiment bien avoir leur pédiatre, leur gynéco et tout ça. »

En revanche, les patientes vivant dans des zones sous dotées en spécialistes médicaux vont s'adresser à leur médecin généraliste pour les prendre en charge.

M9 : « Des médecins généralistes qui sont dans les campagnes, dans le centre de la France, dans les déserts médicaux qui sont beaucoup plus impliqués dans les suivis de grossesse. »

M11 : « Je pense que dans certaines zones tu es amené à les suivre du début à la fin parce qu'elles voient pas de gynéco particulièrement quoi. »

De même dans les zones les plus précaires, certaines patientes vont ressentir un bénéfice au double suivi par le médecin généraliste. Notamment dans des situations de barrière de la langue ou de contexte social difficile, où la prise en charge pluri-professionnelle prend tout son sens.

M4 : « Mais sinon pour les mamans, par exemple qui ont l'AME, là oui je garde le contact parce qu'elles viennent régulièrement, à ce moment-là j'ai un regard sur le suivi. (...) Je pense qu'elles sont plus perdues, elles ont du mal à comprendre tout le suivi et ça les rassure de venir nous voir à chaque étape. »

M5 : « Oui, oui. Alors en général, ce qu'on fait, c'est qu'on fait un double suivi. (...) Pour rattraper déjà tout ce qu'elles ont pas compris. Si elles ont des problèmes avec les droits de la sécu, si elles ont pas compris ce qu'il faut faire, elles viennent me voir. »

Enfin, le contact avec la patiente et le lien avec son médecin généraliste influencent également la rupture de contact entre les deux protagonistes.

Selon les médecins généralistes si la patiente a un bon lien avec son médecin traitant, elle va plus fréquemment le consulter pendant la grossesse même s'il n'est pas le référent du suivi médical.

M5 : « Moi j'ai l'impression que dans mon centre de santé, on en a pas tant que ça de perte de vue parce qu'on a un très bon lien avec les personnes, du coup, elles restent accrochés à nous. »

M10 : « C'est des patientes qui ont des suivis variés, qui peuvent revenir me voir entre deux consultations chez le gynécologue. L'un n'empêche pas l'autre en fait, ça fonctionne comme ça. »

Le médecin généraliste a alors un rôle de personne de confiance pour la patiente et reste une figure rassurante, à laquelle la patiente peut se confier pendant la grossesse.

M5 : « Elles ont plus confiance en nous qu'en l'hôpital donc elles vont souvent revenir chez nous. »

M9 : « Moi, à mon âge, une patiente enceinte que je vois, c'est une patiente que j'ai connu plus jeune, petite. Si elle a un soucis, elle va venir me consulter, me demander mon avis pour savoir ce qu'il faut faire. »

Plusieurs facteurs vont donc influencer, selon les médecins interrogés, la prise en charge de la patiente enceinte par son médecin généraliste et limiter la rupture de la continuité des soins. Les principaux seraient : l'orientation du médecin généraliste dans sa pratique en gynécologie, la démographie médicale de la zone d'exercice et la relation de confiance qui existe entre le médecin généraliste et sa patiente.

4) Quelles sont les causes de cette rupture de soin ?

D'après les médecins généralistes interrogés, plusieurs raisons peuvent expliquer cette rupture de suivi de la patiente enceinte avec son médecin traitant.

Tout d'abord le ressenti des médecins généralistes concernant leurs compétences en gynécologie. Ses compétences étaient souvent mises en relation avec leur expérience et leur formation ou non dans cette discipline.

M8 : « Bah, c'est vraiment des freins de formation quoi. (...) Pour un jeune médecin, ça peut être le manque d'expérience, en sortie d'internat, si on a pas beaucoup d'expérience en gynéco. »

M9 : « Les freins c'est... Moi je te dirai que c'est vraiment l'absence de formation sur le sujet de la grossesse. »

Une partie des médecins généralistes interrogés se considèrent compétents dans cette discipline de par leur formation, initiale ou complémentaire, ou leur expérience dans le domaine par une activité orientée.

M5 : « Moi comme je me sens assez formée, ça ne me fait pas peur. (...) J'aime bien faire de la gynéco, je suis formée donc ça va. »

M11 : « Si la grossesse elle est physiologique, on est quand même tout à fait apte à prendre en charge une patiente pour la surveiller régulièrement pendant le début de sa grossesse. Surtout au début. »

Pour les plus jeunes médecins, une formation par un stage de 3 à 6 mois en service de gynécologie, rendue obligatoire pendant leur internat, leur a permis de se familiariser avec la spécialité.

M5 : « J'ai fait un stage en gynécologie pendant mon internat à l'hôpital et un en PMI, j'aime bien la gynéco donc j'ai décidé de me former plus. »

Certains des médecins interrogés avaient même réalisés une formation complémentaire par un diplôme universitaire en gynécologie ou en suivi de grossesse accessible aux médecins généralistes. Ce diplôme leur permettait en majorité d'être plus à l'aise face à la consultation d'une patiente enceinte.

M7 : « Mais d'ailleurs, avant de passer le DU, (...) j'étais pas sure de moi, avant de prescrire quoi que ce soit, je vérifiais. »

M11 : « Moi j'ai une formation complémentaire donc je me sens plus à l'aise c'est sûr. »

Cependant, une autre partie des médecins ayant réalisé une formation complémentaire ne jugeait pas que cette formation leur ait permis de se sentir plus compétent dans la prise en charge de la femme enceinte.

M8 : « Bah, le DU de gynéco n'était pas hyper centré sur la grossesse franchement ! Donc non, je dirai que ça m'aide pas trop. »

Et d'autres participants ne se sentent ni formés ni compétents pour prendre en charge correctement une patiente enceinte.

M6 : « Moi je mettrai l'accent sur le manque de formation parce que c'est ça qui peut être le plus délicat. (...) C'est plus évident pour une gynéco ou une sage-femme qui sont vraiment spécialisées là-dedans. »

M9 : « De toute façon j'ai jamais fait ça moi, j'ai jamais fait de gynéco. Donc, franchement, le frein ça serait la formation. »

M10 : « Je me sens assez démuné... (Rire) Parce que c'est pas ma spécialité

La prise en charge d'une patiente pendant sa grossesse peut effrayer le médecin généraliste qui se ressent peu expérimenté ou insuffisamment formé.

M8 : « Bah, c'est vraiment des freins de formation quoi. De savoir faire ou de ne pas savoir faire, de connaître les alarmes, les trucs à côté desquels il ne faut pas passer ! C'est le plus stressant. »

M10 : « C'est qu'on a peur de faire des erreurs quoi ! (...) C'est des moments un peu à risque, où il faut se sentir compétent dans ce qu'on fait. »

En effet, le manque de qualification en gynécologie ou en suivi de grossesse de certains médecins généralistes entraîne un manque de confiance en soi et une peur de l'erreur médicale.

M5 : « Euh l'insuffisance de formation... La peur aussi, avec le risque médical ! »

M10 : « Il faut être à l'aise et savoir ce qu'on fait, et quand on est pas assez formé c'est pas le cas. »

Quelles que soient leurs compétences ou leurs formations, tous les médecins généralistes interrogés étaient conscients de leurs limites et réorientaient systématiquement la patiente lorsqu'ils le jugeaient nécessaire.

M2 : « Après c'est sûr que si c'est des grossesses compliquées, j'adresse la patiente. »

M4 : « Bien sûr je vais pas aller au-delà de mes compétences. »

M7 : « Après j'ai les limites de mes compétences, et dès que ça se complique ou que j'ai besoin d'être rassurée aussi sur certaines choses forcément j'envoie au gynéco. »

M9 : « Je suis conscient de mes limites et j'adresse quand il faut adresser. »

D'autres freins étaient liés aux consultations elles-mêmes :

- La consultation de femmes enceintes peut s'avérer chronophage, donc le manque de temps disponible peut représenter un frein pour une partie des médecins interrogés.

M4 : « Je trouve que c'est des consultations qui prennent beaucoup de temps. Donc certains médecins vont préférer ne pas faire ce genre de consultations ou ce genre de suivi par manque de temps. »

M5 : « Le temps que ça prend aussi, c'est des consultations quand même longues, c'est chronophage, ça prend un peu plus de temps qu'une autre consultation. »

- Par ailleurs sur le plan matériel, tous les médecins généralistes ne disposent pas dans leur cabinet du matériel adéquat au suivi d'une grossesse et à la prise en charge d'une patiente enceinte.

M3 : « L'absence d'échographie, pour moi c'est le frein principal. »

M4 : « On n'a pas le matériel comme les sages-femmes pour écouter les bruits du cœur fœtaux par exemple. »

M5 : « Le manque de matériel comme par exemple l'appareil pour les bruits du cœur, la BU si on en a pas... »

Les médecins généralistes expriment également des freins émanant des patientes directement :

- D'après leur expérience, les patientes enceintes auraient une plus grande confiance en un gynécologue qu'en leur médecin traitant pour les prendre en charge pendant la grossesse.

M2 : « Elles font moins confiance je pense au généraliste qu'au gynéco. »

M3 : « Et c'est souvent si elles arrivent pas à le voir ou qu'elles peuvent pas avoir de rendez-vous qu'elles viennent nous en parler. Quand elles ont pas trop le choix ou plutôt en second choix. »

- De plus, on note une méconnaissance fréquente par les patientes de la possibilité de suivi de la grossesse par le médecin généraliste ce qui représente également un frein.

M2 : « Le plus souvent en fait, elles découvrent que le médecin généraliste peut faire du suivi de grossesse. »

- Certains médecins pensent même que les patientes ne savent pas que les médecins généralistes ont les qualifications nécessaires pour les prendre en charge pendant le début de leur grossesse.

M3 : « Enfin plutôt que les patientes puissent penser qu'on a pas assez de qualifications pour suivre les femmes enceintes. »

M11 : « Je pense que souvent elles savent pas que nous en tant que médecin gé on est formé aux grossesses physiologiques, qu'on sait prescrire les examens du suivi de grossesse et qu'on peut les prendre en charge. »

- Certaines patientes sont surprises d'apprendre qu'il leur est possible de faire suivre leur grossesse par leur médecin traitant.

M2 : « Moi du coup je fais un peu de suivi de grossesse et quand je leur propose elles sont toujours étonnées. »

M3 : « Quand je leur en parle ou qu'elles l'apprennent, elles sont étonnées, elles me disent « ah bon, vous faites du suivi de grossesse ? ». »

La conséquence de cette méconnaissance est une non-communication de leur dossier médical avec leur médecin généraliste. Les médecins généralistes ont donc peu de visibilité sur la grossesse de leur patiente car le dossier de grossesse ne leur est pas toujours présenté vu qu'ils ne sont pas considérés comme professionnels du suivi de grossesse par la patiente.

M3 : « Mais nous en tant que médecin traitant elles vont pas forcément nous amener le dossier. »

M6 : « Non, bien sûr, elles vont pas venir spontanément avec leur dossier (...) même si je leur demande elles l'ont pas forcément amené. »

M9 : « Mais elle va pas venir avec un dossier de grossesse. »

Pour finir, le manque de réseau du médecin généraliste pour avoir des avis ou adresser la patiente en cas de pathologie peut représenter un frein à sa prise en charge si le médecin généraliste prend en charge la grossesse dans son ensemble et son suivi

M5 : « Et le manque de réseau aussi, de partenaires pour orienter correctement, quand on a un problème comment réorienter tout ça. »

Le médecin généraliste a besoin de spécialistes chez qui adresser sa patiente lorsque sa prise en charge dépasse ses compétences ou quand il a besoin d'un avis.

M6 : « Je pense que c'est compliqué d'avoir systématiquement les examens, les contacts... »

M7 : « Moi c'est sûr que ça, ça me manque. J'ai pas une bonne copine gynéco que je peux appeler... »

On peut donc dire que les compétences du médecin généraliste en gynécologie et son ressenti personnel sur ses capacités à prendre en charge une femme enceinte sont une des principales causes de la perte de vue de la patiente enceinte pendant sa grossesse. Mais on doit aussi prendre en compte les spécificités de la consultation de suivi de grossesse qui nécessite du matériel et du temps et n'est pas toujours facilement réalisable en cabinet de médecine générale. De plus, la patiente reste la seule décisionnaire du professionnel qui suivra sa grossesse et ne connaît pas toujours la possibilité d'effectuer ce suivi avec son médecin traitant. Quoi qu'il en soit, le médecin généraliste ne peut pas prendre seul en charge sa patiente tout au long de la grossesse et nécessite un réseau de spécialistes et de professionnels de santé autour de lui, ce qu'il ne possède pas toujours.

C - Communication interprofessionnelle pendant la grossesse

La communication interprofessionnelle va être abordée sous deux axes : lorsque le médecin généraliste est l'émetteur ou lorsqu'il est le récepteur de cette communication. Dans un sens comme dans l'autre, la transmission d'information semble essentielle pour une prise en charge optimale de la patiente enceinte. Mais la communication entre professionnels de santé reste trop rare et difficile et de nombreux facteurs peuvent être mis en cause pour expliquer ce manque de communication. Le ressenti des médecins généralistes face à cette situation est globalement négatif avec le sentiment omniprésent de ne pas être un interlocuteur privilégié dans le cadre du suivi de grossesse.

1) La communication du médecin généraliste vers le spécialiste

Le médecin généraliste communique pendant la grossesse de sa patiente avec le gynécologue ou la sage-femme, professionnel choisi par la patiente pour son suivi, essentiellement dans deux situations :

- Lorsqu'il souhaite avoir un avis spécialisé de la part de ce professionnel de santé sur la prise en charge de la grossesse de sa patiente ;

M1 : « Quand j'ai besoin d'un examen ou vraiment voilà une urgence. »

M11 : « Si j'ai des petits soucis ou une question, je l'appelle et je peux lui demander conseil. »

- Ou lorsqu'il souhaite adresser sa patiente pour une prise en charge spécialisée.

M4 : « Je l'adresse et j'adresse un courrier avec mon examen clinique et les examens qu'elle a fait. »

M7 : « Souvent quand j'oriente une patiente, j'adresse un courrier. »

M9 : « Si c'est une consultation qui est pas pressée, je fais un courrier que je remets à la patiente. »

Malgré ces motifs de consultation fréquemment rencontrés en médecine générale, certains médecins admettent peu communiquer avec les autres professionnels de santé pendant la grossesse.

M11 : « Pour le gynéco, non... C'est vrai que pour d'autres spécialistes on va rédiger un courrier mais dans le suivi dans la grossesse on va pas forcément le faire... »

Et d'un avis général de la part de l'ensemble des participants interrogés : la communication interprofessionnelle est globalement peu présente au cours de la grossesse voire inexistante.

M1 : « On a peu de communication... »

M3 : « Non, je dirai même qu'il n'y a aucune communication. (...) Non, ni dans un sens ni dans l'autre, le plus souvent on a pas de communication. »

D'autres médecins au contraire essaient d'avoir une communication interprofessionnelle correcte pendant la grossesse afin d'assurer la continuité des soins.

M6 : « Mais c'est vrai que j'essaie de m'astreindre à faire un courrier quand j'ai vu une patiente ou quand j'adresse une patiente, je considère que c'est un minimum. »

Les moyens de communication « classiques » restent les plus utilisés :

- La communication par courrier est la plus fréquemment retrouvée chez l'ensemble des participants. Le médecin généraliste adresse un courrier à son confrère qu'il confie généralement à la patiente lorsqu'il l'adresse chez un spécialiste.

M8 : « Voilà, je rédige un courrier que je donne à la patiente. »

M9 : « Je fais un courrier que je remets à la patiente. »

- La communication par téléphone est plus souvent réservée à certains confrères avec lesquels le médecin travaille régulièrement, et faisant partie de son réseau personnel.

M1 : « Puisque je les connais bien certaines, dans ce cas-là je vais les appeler en direct sur leur portable. »

M5 : "Avec les autres praticiens aussi, j'ai un ou deux numéros de téléphone, de portable même. Ça m'arrive de leur écrire un texto."

Avec le système hospitalier, des lignes directes « médecin à médecin » ont été mises en place par certaines structures pour permettre aux médecins généralistes exerçant en cabinet libéral de joindre des spécialistes hospitaliers facilement sur une ligne téléphonique directe sans passer par un standard. Cela facilite grandement la communication ville-hôpital et les médecins qui l'utilisent en sont très satisfaits.

M7 : « Parce qu'ils ont une ligne directe de médecin à médecin. Donc on peut appeler, et on a directement un médecin en ligne, mais ça c'est plus pour les urgences gynéco pour le coup. »

M8 : « On les appelle, c'est une ligne directe de médecin à médecin, pour qu'ils prennent les femmes un peu en urgence dans la journée donc ça c'est pratique. On peut leur expliquer la situation et les prévenir qu'on leur envoie la patiente. »

Cette solution permet au médecin de gagner du temps et de pouvoir avoir un avis spécialisé parfois pendant le temps de consultation en cas de demande urgente.

M4 : « Après si c'est pour un problème pendant la grossesse, quelque chose de plus urgent, j'appelle. »

M9 : « Alors si c'est urgent, que j'ai vraiment besoin d'avoir un praticien qui me reçoit une patiente rapidement, je prends mon téléphone, je l'appelle. »

De nouveaux moyens de communication se développent de plus en plus surtout auprès de jeunes médecins tous équipés en informatique :

- Les boîtes mails sécurisées se développent dans le milieu médical permettant un échange par mails entre les spécialistes et le médecin généraliste ou même dans la communication ville-hôpital. De nombreux médecins interrogés sont satisfaits de ce service, d'autres en revanche préfèrent encore le courrier papier.

M1 : « En plus on est sur Mailiz, on est sur pleins de boîtes maintenant super sécurisées. »

M6 : « Non, moi j'utilise ma boîte mail professionnelle. Après, c'est vrai, que c'est pas forcément très sécurisé. (...) Le courrier postal, c'est plus sécurisé. »

- Dans le cadre de l'exercice coordonné, un logiciel médical commun permet la communication d'informations entre différents professionnels de santé qui travaillent dans la même structure.

M5 : « Au sein du centre de santé communautaire où je travaille, on a un dossier grossesse que l'on remplit, et donc on met tout dedans, on note bien tout. »

M6 : « On travaille en réseau dans la structure ou j'exerce donc la sage-femme ou les gynécos elles sont un peu au courant. Enfin elles sont vite au courant via le logiciel commun donc ça c'est une des communications. »

Ces difficultés de communication pour les médecins généralistes habitués de la prise en charge des patientes enceintes, sont palliées par la création d'un réseau dans leur secteur d'exercice avec des professionnels de santé qui travaillent aux alentours.

M5 : « En ville, c'est plus facile, parce qu'on se crée notre propre réseau et les gens répondent, on a une communication directe et fluide. »

M6 : « On travaille en réseau dans la structure ou j'exerce donc la sage-femme ou les gynécos elles sont un peu au courant. »

Ce réseau, le plus souvent libéral, permet au médecin de pouvoir à tout moment adresser sa patiente s'il en ressent le besoin ou si la prise en charge de sa patiente dépasse ses compétences.

M6 : « Pour le suivi du début de la grossesse, j'ai pas mal de collègues médecins généralistes qui font des suivis de grossesse. Sinon je les oriente aussi facilement vers la sage-femme de ma structure avec laquelle je travaille souvent. »

Ce peut être aussi avec d'autres structures comme les PMI ou une maternité de secteur selon leur lieu d'exercice.

M5 : « Et je suis aussi en correspondance avec les sages-femmes de la PMI, la PMI de la Viste, on communique très souvent, c'est presque mes collègues, on communique par mail ou par téléphone. »

Ces professionnels ou ces structures, dans lesquels ils ont confiance, leur permettent de travailler en collaboration pour le bien de la patiente et de son suivi de grossesse.

M5 : « Alors, déjà, y a les échographistes, je travaille beaucoup avec des sages-femmes échographistes libérales. On a échangé nos numéros de téléphone portable donc ça permet de s'appeler rapidement s'il y a un problème. »

Les médecins qui n'ont pas cette possibilité, car trop récemment installés ou peu habitués à la prise en charge de patientes enceintes, se sentent moins à l'aise dans leur pratique pour la plupart.

M7 : « Moi j'ai pas l'impression d'avoir un réseau très solide à ce niveau-là. Je sais où adresser mes patientes, mais j'aimerais avoir une ligne directe quelque part pour pouvoir joindre un gynéco si besoin, et voilà. »

M11 : « Mais moi non, j'ai pas de communication avec les gynécos. J'ai pas vraiment de réseau pour les suivis des grossesses. »

Malgré un nombre important de moyens de communication disponibles, et ce d'un avis général, la communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé pendant la grossesse est globalement peu présente et reste à améliorer. En gynécologie comme dans d'autres disciplines, la création d'un réseau fait partie de l'exercice du médecin généraliste, qui a besoin de travailler en coordination avec des spécialistes et d'autres professionnels médicaux et paramédicaux. Ce réseau permet de faciliter la communication du médecin généraliste et sa prise en charge des patientes enceintes.

2) La communication du spécialiste vers le médecin généraliste

Ce qui ressort des différents entretiens réalisés est que souvent le médecin généraliste n'est pas ou peu informé du déroulé de la grossesse de sa patiente. La communication du spécialiste vers le médecin généraliste pendant la grossesse semble globalement difficile et rare.

M11 : « On n'est pas tenu au courant du tout de la suite de la grossesse même si on a un peu suivi au début. »

M7 : « Y a vraiment un gros problème de communication entre les professionnels. »

Les médecins interrogés trouvent que les gynécologues en règle générale communiquent peu avec eux et ne transmettent que rarement des informations sur la grossesse au médecin traitant.

M3 : « Les gynécologues, ils ne communiquent pas trop avec les médecins traitants. Ils ne vont jamais nous envoyer un courrier comme quoi ils suivent une grossesse. »

M8 : « Globalement, les gynécos ils ne communiquent pas avec les médecins généralistes. »

Et la communication semble mauvaise quel que soit le professionnel de santé qui prend en charge la grossesse. Certains médecins font face à une absence ou une quasi absence de communication interprofessionnelle pendant le suivi de grossesse de leur patiente.

M7 : « Non, on reçoit pas ce genre de chose, en tout cas pas de la part des gynécologues. (...) Les consultations de suivi on a jamais de compte rendu. »

D'un avis général, la communication entre l'hôpital et la médecine de ville est encore plus difficile, plus rare et moins fluide. Les médecins généralistes interrogés, tous installés en cabinet de ville, insistent sur le manque de communication à leur égard de la part de l'hôpital durant la grossesse.

M5 : « Ça marche très mal la communication avec l'hôpital. »

M9 : « Parce qu'en fait ce que je disais, c'est que tout se passe à la maternité avec les obstétriciens, les gynécos, les sages-femmes mais nous on est informé en fait... De rien ! »

Les retours de la part de praticiens hospitaliers après une consultation ou un passage aux urgences restent rares même si la patiente a été adressée avec un courrier de la part de son médecin traitant.

M2 : « Mais par exemple après à l'hôpital, euh... Si elles vont à l'hôpital c'est sûr qu'on a pas de retour. »

M8 : « Souvent si elle est vue aux urgences, c'est très rare les retours. (Rire) »

Cependant le médecin généraliste, s'il est également médecin traitant, reçoit fréquemment le compte-rendu d'accouchement de sa patiente qui permet de synthétiser les informations importantes de la grossesse et de l'accouchement.

M2 : « On a le compte rendu quand elle a accouché. Mes patientes que j'ai en tant que médecin traitant, j'ai le compte rendu de l'hôpital une fois qu'elles ont accouché. »

M11 : « Après tu reçois bien sur les comptes rendus d'accouchement ! (Rire) Voilà c'est la seule communication. »

En opposition avec cette communication hospitalière laborieuse, les médecins interrogés décrivent pour certains un exercice plus collaboratif en ville avec une communication plus facile et plus fluide, notamment au sein de réseaux mis en place par les praticiens de ville.

M2 : « En ville on arrive un peu mieux à communiquer. »

M5 : « En ville, c'est plus facile, parce qu'on se crée notre propre réseau et les gens répondent, on a une communication directe et fluide. »

M6 : « Mais en effet l'exercice en ville est plus collaboratif, la communication est plus facile qu'entre la ville et l'hôpital. Ça c'est sûr. »

En ville, une des solutions pour pallier au manque d'information qui ne sont pas transmises au médecin généraliste est de considérer la patiente comme un vecteur d'information.

M3 : « Le plus souvent c'est la patiente qui vient avec son dossier. Ou si elle a pas de dossier ou qu'elle l'a pas pris elle me donne les informations, euh à l'oral quoi. »

M7 : « C'était la patiente qui me racontait oralement ses consultations avec la sage-femme. »

Cette information du médecin généraliste patiente-dépendante n'est pas toujours fiable et complète, elle dépend de la capacité de la patiente à comprendre et transmettre des informations médicales concernant son suivi de grossesse.

M5 : « Euh... Ça dépend un peu du niveau d'autonomie de la patiente je dirai. »

M7 : « Oui oui, c'est un peu lourd pour ses épaules, on est pas toujours sûr qu'elle a tout compris et qu'elle va se rappeler de tout ! »

L'autre moyen pour le médecin généraliste d'obtenir ces informations est la consultation du dossier de grossesse ou des examens complémentaires apportés par la patiente en consultation. Cette situation est plus confortable pour le médecin généraliste sous condition que le dossier soit complet.

M7 : « Moi, je récupère les comptes rendus que les patientes m'amènent et c'est tout. En conclusion, c'est pas terrible comme communication. »

M11 : « Quand la patiente vient nous voir, elle nous montre les comptes rendus des échographies, les prises de sang aussi... »

Cependant selon les témoignages de médecins ces dossiers sont rarement amenés par les patientes en consultation ce qui complique la tâche.

M2 : « Et puis je vous dis, elles viennent souvent sans leur dossier de grossesse. »

M3 : « Mais nous en tant que médecin traitant elles vont pas forcément nous amener le dossier. »

La communication du spécialiste vers le médecin généraliste a pour but essentiellement de tenir informé le médecin traitant du suivi de grossesse de sa patiente. Le médecin traitant ayant pour rôle de centraliser les informations médicales, de tenir à jour le dossier médical de sa patiente et de réaliser son suivi sur le long terme cette communication semble essentielle. Elle est d'autant plus primordiale lorsque la grossesse se complique et devient pathologique, nécessitant parfois une surveillance de la patiente en post partum. En pratique, le constat est tout autre et la transmission d'information vers le médecin traitant est rarement effective. L'absence de communication interprofessionnelle directe donne lieu à une information du médecin généraliste par la patiente elle-même avec les biais qu'elle comporte.

3) Une communication complexe

Plusieurs facteurs pouvant expliquer ce manque de communication ont été relevés avec notamment :

- La difficulté à joindre par téléphone un professionnel ou un service hospitalier pour obtenir des informations concernant sa patiente qui s'avère souvent être une démarche chronophage et infructueuse pour le médecin traitant.

M6 : « Mais c'est souvent très difficile de les avoir au téléphone. »

M7 : « C'est compliqué de joindre le gynéco ou la sage-femme qui suit, et d'avoir des avis en fait gynéco. »

M11 : « Les gynécos ils sont injoignables en général ! Non vraiment, c'est compliqué hein. »

- Des conditions de travail difficiles, une surcharge de travail entraînant un manque de temps pour communiquer pour les spécialistes et les médecins généralistes.

M5 : « Mais après, ils ont aussi une charge de travail importante, ils ont des cadences incroyables donc voilà ils manquent de temps pour communiquer, c'est pas toujours qu'un manque d'intérêt. »

M7 : « Après je les comprends aussi, ils sont débordés, ils ont 80 messages par jour, je leur jette pas la pierre ! Je vois très bien comment ça se passe à l'hôpital... »

- Un nombre important d'intervenant dans la prise en charge de la patiente pouvant entraîner une perte d'information au moment de la transmission.

M5 : « Après ils sont énormément aussi à l'hôpital, c'est une grosse machine, y a énormément de sages-femmes, on n'a jamais les mêmes interlocuteurs donc pour que l'information passe c'est plus compliqué. »

M4 : « C'est compliqué la communication pendant la grossesse effectivement, il peut y avoir beaucoup d'intervenants autour la patiente. »

- Une fracture ville hôpital avec deux réseaux : le réseau hospitalier et le réseau libéral qui travaillent en parallèle sans réussir à se croiser par manque de communication d'une part comme de l'autre.

M5 : « Ça, je pense que c'est pareil partout. Et ce, même malgré nos efforts, y a une sorte de monde clos, on n'arrive pas à faire le lien les uns avec les autres. Même en se rencontrant, ça ne s'améliore pas. »

Les causes de ce manque de communication sont variées et concernent les deux interlocuteurs. Les professionnels de santé souvent surchargés, éprouvent de la difficulté à libérer du temps dans leur activité pour communiquer entre eux et sont de ce fait difficilement joignables. S'ajoute à cela un nombre important d'intervenant dans le suivi de la grossesse et une rupture ville-hôpital complexifiant encore la tâche et rendant la communication interprofessionnelle quasi inexistante dans ce contexte.

4) Le ressenti du médecin généraliste sur le manque de communication interprofessionnelle

Le manque de communication pendant le suivi de grossesse est souvent mal vécu par le médecin généraliste qui se sent exclu de la prise en charge de sa patiente.

M8 : « Non, moi je dirais que j'ai plutôt l'impression qu'en tant que généraliste on n'est pas considéré comme des interlocuteurs pour la grossesse. »

D'autres médecins généralistes ne souhaitent pas toujours s'impliquer dans la grossesse de leur patiente par manque de temps. Dans ce cas le médecin généraliste accepte d'être exclu du suivi de grossesse de sa patiente car il tire un avantage de cette situation.

M9 : « D'abord, parce que c'est vrai qu'on a déjà beaucoup de choses à faire, alors si on peut éviter d'en faire plus ça peut nous arranger, on courra pas après... (Rire) »

M9 : « Et puis aussi, parce que ça nous allège un peu, si il fallait en plus s'occuper des grossesses, je sais pas où on trouverait le temps ! »

Ils peuvent ressentir une certaine frustration du manque de continuité de l'information durant la grossesse de leur patiente.

M1 : « Sans compter que bien souvent, au bout de 9 mois, comme on les a pas vu depuis 9 mois, on se demande presque qui c'est ! Laquelle c'est ? Parce qu'on n'a pas eu de nouvelles pendant tout ce temps-là... »

Les médecins généralistes interrogés dénoncent un manque d'intérêt pour la communication à leur égard de la part des gynécologues dans le suivi de grossesse. Leur ressenti à ce sujet est

un manque de considération de la part du gynécologue qui ne voit pas l'intérêt de communiquer sur la grossesse avec le médecin traitant.

M8 : "Mais les gynécos, c'est un truc à part et j'ai l'impression qu'ils considèrent que c'est pas la peine de nous envoyer les comptes rendus."

M5 : « Mais ils n'ouvrent pas les courriers, et ils n'ouvrent pas les dossiers qu'on leur adresse, donc on est très énervé. (Rire) »

Cette attitude pourrait être en lien avec une vision du médecin généraliste non qualifié en gynécologie et qui ne s'intéresse pas au suivi de sa patiente. Mais de plus en plus de médecins généralistes sont formés et souhaitent prendre à part à la discussion sur la prise en charge de leur patiente y compris pendant la grossesse.

M8 : « Alors que je pense qu'ils se disent, que la plupart des généralistes, s'ils ont pas de formation de gynéco ils comprennent pas grand-chose aux événements gynéco, au suivi des frottis, fin ça les intéresse pas quoi. Moi ça m'intéresse, j'aime bien savoir ce qu'il se passe, j'aime bien donner mon avis. »

Dans ce contexte de mauvaise communication interprofessionnelle, le médecin généraliste se sent parfois isolé dans la prise en charge de sa patiente. Cet isolement peut devenir source de stress et d'inquiétude s'il ne peut pas facilement obtenir un avis ou adresser sa patiente lorsque la situation le nécessite.

M7 : « Donc je me suis sentie un peu toute seule sur ce coup-là. »

M11 : « En fait, on a pas de communication avec les gynécos, donc on se débrouille. »

Ce manque de communication interprofessionnelle peut être vécu de manière négative par les médecins généralistes qui se sentent souvent exclus de la prise en charge de leur patiente. En parallèle, le médecin traitant reconnaît avoir besoin de déléguer certaines tâches et n'est pas dans la demande de prendre en charge seule sa patiente enceinte. Les médecins généralistes sont pourtant de plus en plus formés dans cette discipline et souhaitent donc prendre part à la discussion et être considérés comme des interlocuteurs dans le cadre du suivi de grossesse de leur patiente.

D - La rupture de continuité des soins : une vérité de terrain, des conséquences multiples

Les conséquences de ce manque d'information sont variables d'une patiente à l'autre et d'une situation à une autre.

Cela peut entraîner entre autres une reprise de suivi compliquée par le médecin traitant pendant la grossesse, quel que soit le terme, ou en post partum.

M3 : « Oui, c'est ça on peut dire qu'il n'y a pas de communication. C'est pas forcément gênant dans toutes les grossesses mais dans certains cas c'est un peu compliqué pour reprendre le suivi de la patiente. »

Comme le médecin ne peut s'informer qu'auprès de la patiente directement, il ne pourra pas détecter les patientes qui ont un mauvais suivi et les prendre en charge.

M2 : « Après c'est vrai, que quand elle vient pour une angine ou quoi, et que je vois qu'elle a un suivi mais que je pose plus de questions et qu'elle sait pas trop, et qu'elle a pas son dossier, c'est un peu compliqué. »

Pour les patientes qui ont des grossesses pathologiques, le médecin traitant n'a aucune information sur le suivi ou la prise en charge de sa patiente, ce qui peut interférer dans un suivi entre deux consultations spécialisées.

M1 : « Même quelqu'un qui aurait une hypertension, du diabète au cours de la grossesse, je ne le saurais que quand la personne reviendra, parfois après l'accouchement. »

M7 : « Moi j'ai pas mal de patientes, c'est elles qui me disent qu'elles ont fait de l'hypertension pendant la grossesse par exemple. »

Le médecin généraliste qui n'est pas informé de la situation peut éprouver de la difficulté dans la prise en charge de sa patiente en post partum s'il ne connaît pas la conduite à tenir qui a été donnée pour la patiente.

M9 : « C'est pas les maternités ou les gynécologues qui vont nous envoyer un courrier pour nous dire y a ceci ou cela, il faut la surveiller. »

Notamment dans le cadre de pathologies de la grossesse pouvant nécessiter une surveillance ou une prise en charge spécifique en en post partum comme :

- Le diabète gestationnel,

M2 : « Mais par exemple, diabète gestationnel par exemple, on a jamais trop de courrier disant au médecin traitant : « voilà elle a fait un diabète gestationnel, faudrait peut être que vous suiviez ça par la suite ». Non ça, jamais... »

M3 : « Quand elles ont un diabète gestationnel ou des choses comme ça, là on aimerait vraiment être au courant. Parce que le plus souvent, on le sait pas, et après du coup la prise en charge elle est pas optimale. Parce qu'après on va pas faire le contrôle de la glycémie à 3 mois puis tous les ans quoi. »

- L'hypertension artérielle gravidique,

M7 : « Alors, j'ai pas forcément suivi la grossesse, du coup on se retrouve à pas forcément avoir le compte rendu. Y a une notion d'hypertension, on sait pas ce qu'il s'est passé... On fait une surveillance de la tension, souvent on envoie au cardio. »

- Ou l'anémie par carence en fer.

M6 : « Après, ça m'arrive parfois d'appeler moi-même aussi, pour avoir des comptes rendus, pour savoir ce qu'il en était sur une carence martiale importante ou autre. »

La carence d'information pendant la grossesse entraine majoritairement une communication de fin de grossesse ou en post partum quand la patiente reprend contact avec son médecin traitant.

M1 : « A posteriori tout à fait, je l'ai su après. Après, à l'accouchement qu'il y avait eu ça ou ça... Ou quand les personnes reviennent après. En tout cas pas pendant. »

M8 : « Alors après, encore une fois, il y a quand même un gros résumé après l'accouchement donc ça on récupère un peu des informations. »

M9 : « Moi je te dis j'apprends les choses quand la patiente elle a accouché, c'est tout. En fait, j'ai aucun suivi »

Comme nous l'avons vu précédemment, un des éléments qui est le plus régulièrement adressé au médecin traitant est le compte rendu d'accouchement rédigé par la maternité. Le médecin est alors informé à posteriori du déroulé de la grossesse et de l'accouchement de sa patiente.

M2 : « Non, moi j'ai toujours juste le compte rendu de la grossesse, enfin de l'accouchement quoi, c'est tout. C'est tout ce que je reçois. »

M8 : « Euh alors, en général en post partum, on reçoit le compte rendu d'accouchement, qui résume un peu l'accouchement avec forces détails, et souvent il résume aussi le déroulé de la grossesse. »

M9 : « Et je recevrai à la fin : « Mademoiselle unetelle vient d'accoucher d'un petit Mathis qui pèse tant, qui mesure tant, tout s'est bien passé, elle rentre à son domicile ». Voilà, en fait, c'est tout ce que je reçois »

Certains médecins vont même jusqu'à découvrir la grossesse de leur patiente au moment de la réception de ce courrier si la patiente n'est pas venue consulter dans ce laps de temps, aucun autre courrier n'est venu l'informer de la prise en charge de sa patiente jusqu'alors.

M2 : « J'apprends qu'elles ont été enceinte quand je reçois le compte rendu de la naissance hein... »

M9 : « Une femme qui tombe enceinte on le saura pas forcément. Et ensuite on sait rien jusqu'à ce qu'un jour où elle accouche, là on reçoit une lettre nous disant qu'elle a accouché. »

Ce compte rendu d'accouchement jugé impersonnel n'est pas toujours apprécié des médecins généralistes qui souhaiteraient une communication plus personnalisée au sujet de la grossesse de leur patiente.

M8 : « On se noie un peu dans les détails techniques de l'accouchement qui, pour le coup, nous dépassent un peu. (Rire) »

M10 : « Un compte rendu d'accouchement c'est la chose la plus insipide, la plus bureaucratisée qui soit. On met même pas le nom de l'enfant, (...) j'en sais rien quelque chose d'humain. C'est un truc, c'est catastrophique. C'est monstrueux un compte rendu d'accouchement, on arrive pas à y lire une once d'humanité. »

Cependant ce compte rendu a déjà le mérite d'exister, d'être fréquemment reçu par le médecin traitant et de l'informer sur la grossesse de sa patiente dans les grandes lignes.

M11 : « Oui oui, ça on le reçoit tout le temps. Et on s'appuie sur ça pour savoir comment s'est passé la grossesse, et orienter notre suivi en post partum. On va regarder pour la mère, pour l'enfant comment ça s'est passé. On utilise ça, ouais. »

De plus en post partum la patiente sort du circuit fermé de la prise en charge de la grossesse et reprend quasi systématiquement contact avec son médecin traitant, elle communique alors au médecin oralement les informations concernant le suivi de sa grossesse et son accouchement.

M4 : « J'ai juste des informations après quand elles reviennent souvent avec le nouveau-né, là je pose les questions sur le déroulement de la grossesse, savoir si ça bien passé. »

M8 : « On retrouve nos patientes en post partum et elles nous racontent leur grossesse si on ne les a pas vu. »

Comme nous l'avons vu la rupture de contact de la femme enceinte avec le médecin traitant pendant la grossesse est fréquente, le manque de communication interprofessionnelle entraîne alors une rupture dans la prise en charge globale et générale de la patiente. Tout au long de la grossesse le médecin généraliste est peu ou pas informé du suivi de sa patiente, il aura donc des informations essentiellement en fin de grossesse ou en post partum, par le biais d'un compte rendu d'accouchement ou directement par la patiente qui reprend son suivi avec lui. Ce manque de communication peut avoir des conséquences sur la prise en charge de la patiente enceinte pendant sa grossesse, où un mauvais suivi ne pourra pas être détecté et rattrapé par le médecin traitant, et après celle-ci lorsque des pathologies nécessitant un suivi en post partum sont survenues et que le médecin n'en est pas informé. Les conséquences sont donc variables d'une patiente à une autre et d'une grossesse à une autre, une bonne communication interprofessionnelle devrait donc pouvoir s'adapter à chaque situation.

E - Propositions d'amélioration de la continuité des soins lors de la prise en charge d'une femme enceinte selon les médecins généralistes

Il n'y a pour les participants interrogés aucun doute sur le fait que la communication interprofessionnelle, dans le cadre de la grossesse (entre autres), a besoin d'être améliorée. Au cours des différents entretiens, les médecins généralistes ont fait plusieurs propositions qui permettraient à leurs yeux d'améliorer la communication interprofessionnelle pendant la grossesse. D'une communication plus intelligente et plus fréquente à la création de réseaux de proximité en passant par la promotion du carnet de maternité et l'utilisation du dossier médical partagé, les options sont diverses et variées. Cependant elles passent toutes par la nécessité de chacun de faire des efforts pour améliorer le partage d'information avec les autres professionnels de santé.

1) Plus de communication interprofessionnelle ?

Pour améliorer la communication pendant la grossesse, de nombreux médecins généralistes évoquent la nécessité d'augmenter la fréquence des communications interprofessionnelles, de manière réciproque et systématique

M9 : « Je pourrais pas vous dire qu'elle est suffisante parce que j'ai presque aucune communication en fait. Donc je pense qu'il en faudrait un peu plus, oui, ça c'est sûr ! »

M11 : « Euh ben déjà on pourrait commencer par des courriers dans un sens comme dans l'autre. »

Cependant une communication trop fréquente n'est pas non plus utile pour une grossesse simple et bien suivie, et les médecins interrogés ne ressentent pas le besoin d'une communication trop fréquente qui serait inutile mais plutôt d'une communication plus intelligente et plus fluide pour les informations importantes.

M10 : « Je dirai pas que je suis en manque de courrier, je vais avoir besoin d'un courrier uniquement si y a un problème, si y a quelque chose de particulier. Si tout va bien je vais pas avoir besoin d'un courrier pour dire que tout va bien. »

Puisque la communication interprofessionnelle peut également être vécue comme chronophage par le médecin généraliste qui manque de temps pour traiter toutes les informations qu'il reçoit au sujet de ses patients et se sent surchargé.

M7 : « Oui, c'est ça, c'est chronophage... Et encore j'ai la secrétaire ! Mais bon, elle aussi, elle a autre chose à faire. »

M9 : « Des mails qui arrivent dans tous les sens et qu'il faut que je traite. Ça c'est sûr que les mails, on en reçoit par-dessus la tête on sait plus quoi en faire. »

Les propositions évoquées par les participants pour une communication interprofessionnelle efficace et de bonne qualité :

- Une communication plus fluide, adaptée au type de grossesse, et pas seulement une communication en fin de grossesse ou en post partum comme c'est actuellement souvent le cas.

M3 : « Bah déjà je pense qu'il faudrait qu'on ait des courriers. Qu'on ait un courrier quand il s'est passé quelque chose. Je dis pas d'avoir non plus un courrier toutes les semaines mais au moins un compte rendu complet du suivi. »

M1 : « Je pense que ça serait bien qu'on ait un retour, j'allais dire, une fois par trimestre au moins. Pour savoir : ah tiens, la grossesse se passe bien ou se passe pas bien. »

- Sauf en cas de grossesse physiologique, lorsque la patiente est correctement suivie.

M2 : « Mais sinon, quand je comprends qu'elle est bien suivie et que tous les mois elle va bien à ses examens, à ses rendez-vous, ça m'importe peu au final, si j'ai pas le compte rendu ou si je l'ai qu'à la fin pour me dire que tout s'est bien passé »

- Une meilleure communication lors de pathologies intercurrentes ou de grossesse compliquée afin de permettre une prise en charge adaptée de la patiente que ce soit pendant ou après la grossesse.

M3 : « Autant dans les grossesses normales ça ne me dérange moins, autant dans les grossesses pathologiques ça serait bien d'être mieux informée. »

M4 : "Mais pour les grossesses un peu compliquées, à risque, ou les grossesses gémellaires, tout ce qui est grossesse pathologique on aimerait bien avoir une communication au moins tous les trimestres voir tous les mois."

- Par des courriers transmis tous les trimestres par exemple au cours du déroulé de la grossesse

M1 : « On pourrait avoir un courrier une fois par trimestre pour dire : voilà elle en est là, elle a fait l'écho morpho, tout se passe bien quoi... Un petit peu quoi. »

- La possibilité pour le médecin généraliste de pouvoir joindre le référent du suivi de la grossesse plus facilement : pour un avis ou une conduite à tenir si nécessaire.

M11 : « Et puis de pouvoir les joindre plus facilement, quand on a un souci ou une question qu'on puisse les joindre. »

M7 : « On peut appeler, et on a directement un médecin en ligne. (...) Donc ça, j'avoue que c'est assez confortable. Ça peut permettre d'appeler pour dire : « Voilà je vous envoie telle patiente, pour faire une écho pour ceci ou cela ». Et ça, ça roule bien, je trouve ça assez agréable. »

Il faut donc repenser la communication interprofessionnelle au cours de la grossesse pour la rendre à la fois plus fluide et plus efficace afin que les informations importantes soient transmises permettant une prise en charge optimale de la patiente tout au long de sa grossesse mais également en post partum. Cela passe selon les participants par une communication plus fréquente tout au long du suivi, adaptée au type de grossesse, avec la possibilité d'un contact rapide avec le spécialiste en cas de besoin.

2) Les moyens de cette communication

Depuis plusieurs années, de nouveaux moyens de communications se sont développés pour faciliter la transmission d'information entre professionnels :

- Les boîtes mails sécurisées permettent pour les médecins généralistes une communication plus rapide et plus facile.

M1 : « Surtout avec Mailiz maintenant, on a les moyens de communiquer facilement, avec les messageries sécurisées. »

- Le dossier médical partagé (DMP) pourrait être une option. Cependant, il apparaît peu fonctionnel à l'heure actuelle, toujours en cours de développement et peu utilisé par les médecins généralistes en l'état actuel. Il permettrait à terme au médecin généraliste d'avoir directement accès aux informations nécessaires à la prise en charge de sa patiente au cours de la consultation.

M7 : « Déjà si un jour on a un dossier médical partagé qui est un peu plus accessible et performant que ce qu'on a actuellement... Je ne me suis pas encore penché sur le nouveau DMP mais on peut imaginer que ce sera une piste intéressante. »

M9 : « Alors pour améliorer la communication... Le moins intrusif, je dirai que ça serait l'utilisation d'un dossier médical partagé que je pourrais consulter quand la patiente vient, plutôt que des mails qui arrivent dans tous les sens et qu'il faut que je traite. »

Pour l'instant les médecins généralistes n'ont pas été formés à son utilisation et ne l'ont donc pas encore intégré dans leur pratique clinique quotidienne.

M3 : Le dossier médical partagé qui a été créé par la sécurité sociale, on a jamais été formé, et on sait même pas comment il faut s'en servir. Donc non, quelque chose comme ça, si on est pas formé et qu'on a pas les informations ça sert à rien quoi. »

Il permettrait un meilleur partage des informations :

M11 : « Le DMP ça serait pas mal. (...) On pourra partager facilement des informations entre professionnels de santé, dans le suivi de grossesse ça sera pratique. »

Le dossier médical partagé n'est utile que s'il est utilisé par le plus grand nombre de professionnels de santé pour être le plus complet possible.

M7 : « Si vraiment tout le monde s'y met et que c'est un peu facile d'utilisation, que chacun puisse mettre ses observations par exemple sur un onglet « suivi de grossesse » et comme ça on pourrait consulter à distance. »

Son utilité est toutefois à contre balancer avec un remplissage en doublon du dossier médical déjà utilisé lors de sa consultation ce qui en fait un outil chronophage.

M8 : « J'ai déjà l'impression que c'est hyper chronophage, sans avoir vraiment essayé de le faire j'ai l'impression que c'est monstrueux. Donc j'ai pas commencé... »

Pour pallier à cela, certains logiciels de consultation mettent en place un lien direct avec le DMP permettant un remplissage automatique des données de la consultation.

M7 : « Donc leur idée sur le logiciel, c'est de pouvoir en fait rentrer des infos dans notre logiciel, ça se connecte au DMP et on peut sélectionner l'info qui va aller se déposer automatiquement sur la DMP. Donc ça peut être quand ce sera au point, ça pourra être bien. »

Toutefois ces solutions ont leurs limites : pour une partie non négligeable des médecins interrogés il s'agit d'une question éthique en lien avec la protection des données informatiques et donc des informations médicales de leurs patients.

Alors que certains médecins accordent leur confiance à ces plateformes sécurisées pour garantir cette protection, d'autres ne souhaitent pas les utiliser par manque de confiance ou par principe.

M5 : « Par contre, je suis pas pour le dossier médical partagé, je suis un peu réticente à ça. (...) j'ai pas trop confiance en internet avec le trafic des données pour les assurances et tout. »

M10 : « Alors moi, que ça soit pendant la grossesse ou ailleurs, je suis pas très favorable à l'utilisation du dossier médical partagé. Notamment sur la privatisation des données, enfin c'est des choses un peu compliquées pour moi... Je préfère pas l'utiliser. »

Le courrier classique reste à l'heure actuelle le moyen de communication privilégié par les professionnels de santé selon nos participants. On ne peut cependant pas ignorer l'arrivée de moyens de communication numérique de plus en plus utilisés par les jeunes générations tels que le courrier électronique et le dossier médical partagé. Ils permettent, s'ils sont utilisés par le plus grand nombre, un partage rapide de l'information médicale entre professionnels de santé bien qu'ils aient pour principale limite le scepticisme des médecins interrogés sur la protection des données de leurs patients.

3) Le carnet de maternité : quelle utilité ?

Au cours des différents entretiens réalisés, un seul médecin généraliste a cité spontanément le carnet de maternité comme étant un moyen de communication qu'il utilisait régulièrement.

M5 : « Ah oui, beaucoup oui ! Moi je marque tout dans le carnet de maternité ! »

Pour les autres participants, ce carnet était parfois méconnu et souvent peu utilisé.

M11 : « Non, jamais. Je sais que ça existe parce que j'ai été enceinte et qu'on me l'a fait à l'hôpital mais sinon j'en ai jamais vu avec mes patientes. C'est à se demander si ça existe, c'est très peu distribué ! »

S'ils n'utilisent pas le carnet de maternités, ils parlent cependant d'un dossier de grossesse d'un autre format.

M2 : « Après moi quand je suis les grossesses, je m'imprime un dossier que je remets à la patiente pour justement quand elle a quoi que ce soit. (...) Je lui dis de l'avoir toujours sur elle pour qu'on puisse faire le lien. »

M7 : « Elles ont leur petit porte vue avec tous les examens. »

Le carnet de maternité a été jugé par les médecins qui en connaissaient l'existence comme un bon outil de transmission d'information entre professionnels de santé, trop peu utilisé à l'heure actuelle.

M5 : « Alors, déjà, moi le carnet de maternité je trouve que c'est un super outil, mais qui est très peu utilisé et c'est dommage. »

M6 : « Déjà je pense que c'est une bonne base le carnet de maternité pour communiquer. »

Ce carnet méconnu et peu utilisé pourrait pourtant permettre d'améliorer la communication interprofessionnelle s'il était correctement rempli au fur et à mesure du déroulé de la grossesse.

M11 : « Mais sinon ça pourrait être bien ça aussi, ça permettrait d'avoir bien les idées claires pour les sérologies, les échos, les vaccins à jours, les groupages si ça a été fait, les consultations qui ont bien été faites. Ça serait plus clair ! Ce serait bien je trouve. »

Il est détenu par la patiente qui le présente à chacune de ses consultations comme un carnet de santé et permet au médecin d'accéder facilement à toutes les informations concernant le suivi de la grossesse.

M5 : « Oui, elle le présente n'importe où, où elle va : si elle va aux urgences, si elle se déplace et qu'elle va dans une autre ville, si elle déménage. C'est pour ça que le carnet de grossesse, c'est pas mal. »

Il faudrait donc promouvoir son utilisation afin de faire connaître cet outil auprès des professionnels de santé.

M10 : « Peut-être qu'il faudrait qu'il soit plus distribué pour que ça rentre dans notre quotidien et qu'on l'utilise. »

Le remplissage de ce carnet peut sembler chronophage pour certains praticiens ce qui limite son utilisation.

M5 : « A l'hôpital, par exemple, ils ont déjà eux même leur dossier médical à remplir, et ça les emmerde de le faire en double, mais bon... S'ils pouvaient au moins imprimer leur résumé de consultation et le glisser à l'intérieur du carnet, ça serait pas mal quoi. Je comprends qu'ils ne prennent pas le temps de remplir, mais ils pourraient juste imprimer et le mettre dedans. »

Le carnet de maternité mériterait donc d'être mieux connu car il est un outil pratique et efficace pour le partage d'information entre professionnels de santé. Il a la qualité d'être détenu par la patiente, qui le transmet elle-même aux professionnels qui participent à son suivi. Alors que le carnet de maternité est très peu répandu, la plupart des patientes ont un « dossier de grossesse » créé par le médecin qui réalise le suivi de la grossesse ou par la patiente. Il regroupe l'ensemble des examens et des comptes rendus de consultation de la patiente et permet au médecin qui la reçoit d'avoir une vue d'ensemble sur son suivi de grossesse.

4) Et si on essayait de se connaître ?

Actuellement, les médecins estiment que la prise en charge d'une femme enceinte n'est pas conjointe mais parallèle, le médecin généraliste n'est pas considéré comme un interlocuteur dans le cadre du suivi de grossesse.

M11 : « Mais non, non y a pas de lien entre nous, y a pas de prise en charge conjointe. C'est deux prises en charge un peu en parallèle mais y a pas de prise en charge commune entre nous et le gynécologue. »

M7 : « Oui, et puis quand on ne se connaît pas, quand c'est pas une ligne dédiée, on passe vraiment au second plan quoi... Je trouve, après c'est simplement le ressenti que j'ai. »

Pour cela, la création de réseaux locaux semble indispensable.

M10 : « Non, non il faudrait travailler dans des réseaux, plus locaux, plus petits avec des hôpitaux moins grands, être dans une discussion plus petite... »

La mise en place de réseaux de proximité permet de créer du lien entre les professionnels de santé et donc d'améliorer la communication, notamment avec l'arrivée des CPTS.

M10 : « Bon après, maintenant il se développe des CPTS là, des sortes de groupement des professionnels de santé, peut-être qu'à travers cette chose là on peut développer des relations... Du réseau enfante, du réseau. »

La création de ces réseaux ne se conçoit qu'à partir d'une démarche active de la part du praticien qui souhaite améliorer ses pratiques et travailler en collaboration avec les professionnels qui l'entourent.

M10 : « Ça sera pas des textes de loi qui vont nous faire sortir de là quoi. »

M10 : « Le but ça serait plutôt de trouver l'humain derrière un coup de téléphone quoi, mais ça c'est plutôt une démarche active de notre part. »

Ces réseaux permettraient au final d'obtenir des informations et des avis spécialisés plus rapides.

M7 : « Mais il n'empêche que quand on a le réseau et qu'on appelle des gens qu'on connaît, on envoie un texto, on a un avis tout de suite. »

Le professionnel de santé sera plus enclin à communiquer et à partager des informations lorsqu'il connaît son interlocuteur et qu'il a en retour un partage d'information de sa part pour une meilleure coordination.

M10 : « En fait le mieux, ça serait que je connaisse les sages-femmes du quartier, qu'on s'appelle, qu'on se connaisse et puis qu'on puisse se dire deux mots sur les patientes qu'on a en commun. C'est ça en fait la bonne communication et la bonne coordination interprofessionnelle. »

Les médecins participants pensent également qu'il est important de sensibiliser tous les professionnels de santé à l'importance d'une meilleure communication dans la prise en charge des patients.

M5 : « Mais c'est aussi un manque de compréhension qu'il y a un monde en dehors de l'hôpital. Après j'y étais à l'hôpital avant, on y était tous quand on était interne et on l'a vécu de l'intérieur ça. C'est des mentalités à changer, c'est en cours, mais ça prend du temps. »

M6 : « Tout à fait, tout à fait. Il faudrait sensibiliser les professionnels à communiquer plus. »

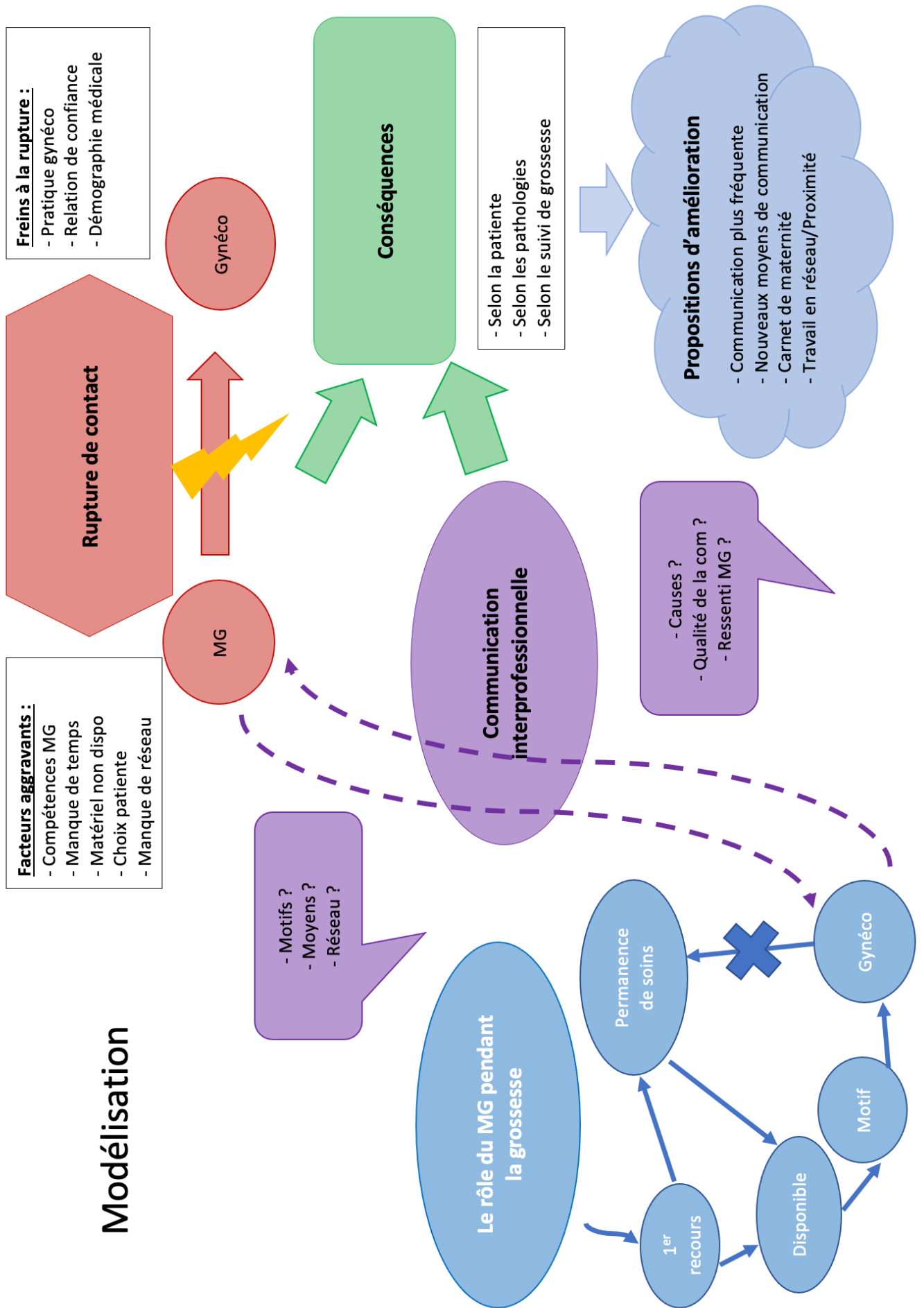
M8 : « Eh ben... De travailler auprès des gynécos, pour qu'ils comprennent que leur spécialité n'est pas isolée dans le reste de la prise en charge des patientes. (Rire) Que nous aussi on aime bien avoir les comptes rendus... Voilà. A mon avis, ça serait plus communiquer avec les gynécos pour qu'ils se sentent un peu moins détachés du reste de la médecine. »

Cette sensibilisation peut se réaliser en organisant par exemple des rencontres entre les praticiens de ville et hospitaliers afin de créer du lien et d'améliorer la transmission d'information. Malgré des tentatives répétées, les résultats restent modestes car le nombre d'interlocuteurs est important dans de grandes structures hospitalières et la communication est impersonnelle.

M5 : « On a déjà essayé de les rencontrer une fois, on va essayer de les re-rencontrer parce que ça marche toujours extrêmement mal. »

L'amélioration de la communication et du travail en collaboration ne se conçoit que dans une démarche active de la part de chacun des participants. La communication dans les grandes villes est souvent impersonnelle avec un nombre important de professionnels de santé qui ne se connaissent pas et ne travaillent ensemble qu'occasionnellement. La création de lien et de réseaux de proximité avec des professionnels qui choisissent de travailler conjointement sur un même territoire ne peut qu'améliorer la communication et permettre un partage d'information plus facile et rapide sur les patients en commun. Dans l'idéal, les professionnels du réseau travaillent ainsi en symbiose avec un partage d'information dans un sens comme dans l'autre permettant une prise en charge optimale des patients.

Modélisation



DISCUSSION

I- Discussion de la méthode

A- Le recrutement des médecins

Cette recherche qualitative s'attachait à comprendre les modalités de la communication des médecins généralistes avec les autres acteurs du suivi de grossesse dans la prise en charge de la femme enceinte en médecine générale. Les médecins généralistes installés exerçant au sein du département sans activité gynécologique unique étaient la population d'étude.

Le mode de contact des médecins généralistes a été standardisé : tous les médecins généralistes recommandés ont été contactés par téléphone. Les médecins généralistes répondants positivement et volontaires à la réalisation de l'entretien participaient à l'étude.

Forces de l'étude

Nous n'avons pas recherché la représentativité de l'échantillon mais plutôt la diversité des profils de participants recrutés afin de recueillir une grande variété de points de vue.

Malgré le fait que le nombre de 11 médecins généralistes interrogés paraît peu important, l'objectif n'était pas un nombre d'entretien mais une saturation des données. Or dès le 9ème entretien, aucune nouvelle idée n'a été émise par les participants.

Limites de l'étude

Contacter les médecins généralistes et obtenir un entretien individuel fut difficile car ils étaient souvent peu disponibles et difficilement joignables. Nous avons donc fait face à un nombre important de refus de participation et de médecins perdus de vue.

Par ailleurs, seuls les médecins généralistes titulaires ont fait partie de l'étude. Le point de vue des médecins remplaçants aurait pu être intéressant car ceux-ci interviennent aussi dans ce processus de communication entre professionnels de santé et leur nombre à l'échelle nationale est en constante augmentation. (10)

B- La réalisation des entretiens

Le but étant d'évaluer des éléments non mesurables, des données verbales comme le ressenti des médecins généralistes, l'outil choisi fut l'entretien individuel semi-dirigé. (54)

Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur dans un environnement calme et pendant un temps dédié à l'entretien sans interruption.

Du fait de la pandémie de COVID 19 certains entretiens ont été réalisés à distance par visioconférence.

Forces de l'étude

Les médecins interrogés s'étant portés volontaire pour participer à l'étude parlaient volontiers au cours des entretiens individuels et semblaient tous intéressés par le sujet de recherche.

Nous avons proposé à tous les médecins de les rencontrer au moment qu'ils souhaitaient, dans un environnement calme et propice à l'échange si possible. Les entretiens ont tous été enregistrés via un magnétophone ce qui a permis de nous libérer de la prise de note et d'adopter une attitude d'écoute au cours de l'entretien.

Limites de l'étude

La principale limite de notre étude apparaît dans la façon dont les entretiens ont été menés. Il s'est avéré que la conduite d'un entretien semi-dirigé est un exercice délicat pour un investigateur inexpérimenté. Il fallait poser des questions ouvertes, adopter une attitude d'écoute attentive, rebondir dans un laps de temps court et proposer des questions de relance sans interprétation. Certaines idées auraient dû être plus approfondies, ce qui n'a pas toujours été fait. Ces lacunes ont été constatées lors de la transcription des entretiens.

La plupart des médecins interrogés nous ont reçus à leurs cabinets, certains pendant leurs pauses du midi, ou à la fin d'une journée de consultations, ce qui a pu se traduire par des entretiens parfois volontairement écourtés.

De plus, l'enregistrement des entretiens via un magnétophone a également pu être source de blocage de la part des interlocuteurs.

C- L'analyse des résultats

Une démarche d'analyse des données rigoureuse, systématique et vérifiable doit être définie au préalable dans le protocole et doit être focalisée sur les objectifs de l'étude.

L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes, mais les chemins pour y arriver peuvent être différents.

Une 2ème analyse indépendante est d'ailleurs un avantage pour confirmer sa validité des résultats. (55)

Une analyse qualitative est un processus évolutif et continu qui démarre après le premier entretien et permet de déterminer le moment où on arrive à « saturation d'idées ».

Forces de l'étude

L'investigateur unique a permis l'uniformisation des entretiens ainsi que leurs retranscriptions. De plus une seconde analyse indépendante a été réalisée pour chaque entretien ce qui a permis de tester la reproductibilité de l'analyse et de confirmer la validité des résultats.

II- Discussion des résultats

A- La prise en charge de la femme enceinte par le médecin généraliste

Dans notre étude, tous les médecins interrogés avaient été amenés à prendre en charge des patientes enceintes dans de nombreuses situations en lien direct ou non avec la grossesse. Les consultations de femmes enceintes chez les médecins généralistes sont des situations courantes. En effet dans la thèse de LECOMTE B., on retrouve que 75% des femmes ont

déclaré avoir consulté au moins une fois leur médecin généraliste au cours de leur grossesse mais seulement 27% dans le cadre d'une consultation de suivi de la grossesse. (56) Ce taux fait écho à celui de l'enquête périnatale de 2010 qui était de 23,8% en 2010. (15)

D'après nos résultats, les médecins généralistes sont plus fréquemment sollicités par les patientes en début de grossesse. Le médecin traitant étant souvent le premier recours de la patiente enceinte et représentant la porte d'entrée dans le système de soin à la découverte de la grossesse. Les résultats de la thèse de PASCAL C. vont dans ce sens. La proportion de femmes ayant consulté un médecin généraliste diminue nettement au fil de la grossesse, passant de 22% au 1er trimestre à 14% au 2e trimestre et à 9% au 3e trimestre. (57) Ainsi, le médecin généraliste est en première ligne pour débiter le suivi et détecter les grossesses à risque afin d'orienter les femmes enceintes.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude étaient souvent sollicités par leurs patientes au cours de la grossesse pour leur plus grande disponibilité que les spécialistes. La thèse de GROS LENNE B. confirme ce ressenti car, dans son enquête, plus de la moitié des femmes enceintes ont choisi de réaliser leur suivi de grossesse avec leur médecin généraliste pour sa disponibilité. De plus, elles sont 83% à faire appel à leur médecin généraliste pour les consultations urgentes pendant la grossesse. (58) Dans l'étude d'HUREAU S., 55 % des patientes choisissent le professionnel du suivi en fonction de sa disponibilité et 60 % en fonction de la distance. (59) Ces éléments favorisent la prise en charge des femmes enceintes par les médecins généralistes.

Les motifs de consultations de patientes enceintes énoncés par les différents participants à notre étude sont nombreux et concernent souvent des pathologies intercurrentes ou des troubles non pathologiques de la grossesse. Ces résultats sont concordants avec ceux de la thèse de LECOMTE B. dans laquelle 51% des patientes interrogées ont déclarées avoir consulté un médecin généraliste en dehors des consultations recommandées de suivi de grossesse pour des motifs parfois non liés à la grossesse, mais souvent considérés comme urgents. (56) L'étude de PASCAL C. retrouve d'ailleurs des résultats similaires avec 50,6% des femmes interrogées qui ont au moins une fois consulté leur médecin généraliste au cours de leur grossesse pour des pathologies bénignes, avec ou sans rapport avec la grossesse. (57)

Notre étude s'est également intéressée au ressenti des médecins généralistes face à ces consultations de patientes enceintes et les réactions étaient variables, de l'enthousiasme de certains à l'appréhension voire à l'éviction si possible pour d'autres. Nous avons trouvé que ces ressentis dépendait essentiellement des compétences du médecin généraliste en gynécologie et du motif de consultation pour lequel il est sollicité. Beaucoup d'études dans ce cadre se sont intéressées au point de vue et au ressenti des patientes mais la vision des médecins généralistes a peu été étudiée jusqu'alors.

Le médecin généraliste bien qu'il soit fréquemment sollicité en début de grossesse est rarement le premier choix des patientes pour effectuer le suivi médical de la grossesse. En effet dans le cas d'une grossesse physiologique, la patiente fait le choix du professionnel de santé qui va la suivre et peut avoir recours directement à un spécialiste sans passer par son médecin traitant. Dans l'étude d'HUREAU S., 4,9 % des femmes interrogées ont été suivies par un médecin généraliste au premier trimestre de leur grossesse et 1,2 % au deuxième. (59) Ces

chiffres sont faibles et illustrent bien le ressenti des médecins interrogés qui déclarent être rarement choisi par leurs patientes pour réaliser le suivi de la grossesse. Les femmes sont prises en charge par les spécialistes libéraux ou hospitaliers de plus en plus précocement, malgré l'absence d'argument médical avéré selon les recommandations de la HAS. (6)

Plus la grossesse avance et plus le recours au spécialiste s'accroît entraînant une perte de contact fréquente avec le médecin généraliste. Les résultats de LECOMTE B. concernant la prescription des échographies obstétricales confirment ce phénomène. En effet, une échographie de datation est prescrite par le médecin généraliste dans 47% des cas contre seulement 10% pour l'échographie du premier trimestre et 4% pour les échographies des deuxièmes et troisièmes trimestres. (56) Dans le travail de thèse d'HUREAU S., le médecin généraliste est consulté pour l'établissement du diagnostic de la grossesse dans 25 %, pour la déclaration de grossesse dans 10 % des cas et par la suite seulement pour des consultations annexes. (59) On assiste donc à une perte de vue progressive de la patiente enceinte par le médecin généraliste médecin traitant, ce qui peut entraîner une perte de la continuité des soins

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs influençant le choix du praticien par les patientes pour le suivi de la grossesse.

Dans notre étude, les principaux freins à une rupture de contact énoncés étaient : l'orientation du médecin généraliste dans sa pratique en gynécologie, la démographie médicale de la zone d'exercice et la relation de confiance qui existe entre le médecin généraliste et sa patiente.

En ce qui concerne la compétence du médecin généraliste en gynécologie, dans l'étude de TESSE-SKAF M. lorsque le médecin généraliste proposait à sa patiente de suivre sa grossesse jusqu'à 6 mois, dans 59 % des cas, la patiente acceptait. Les femmes suivies par leur médecin généraliste jusqu'à 6 mois de grossesse avaient dans 2/3 des cas, un médecin qui s'était déclaré compétent pour ce suivi. (60) Dans la thèse de HADJI-KOBIYH M., les principales raisons du choix du médecin généraliste sont l'existence d'un suivi gynécologique antérieur avec lui et sa compétence en obstétrique. (61) Il en est de même dans l'étude de DAREYE A. où le fait que le médecin traitant propose de faire le suivi de grossesse a été un facteur majeur dans le choix des patientes : en effet 7 femmes sur les 8 ayant été suivies par leur médecin traitant déclarent que cela leur a été proposé par ce dernier. (62)

L'autre facteur majeur est la relation de confiance entre la patiente et son médecin généraliste. La relation de confiance médecin-patient est souvent antérieure au début de grossesse avec le médecin généraliste car la femme le connaît souvent depuis plusieurs années. La prise en charge globale de la santé de la femme est de ce fait plus simple pour le médecin généraliste qui peut plus facilement assurer une approche médicale, psychologique, sociale et familiale durant l'ensemble du suivi de la grossesse. La thèse de YILDIZ H., confirme cette idée avec des femmes interrogées qui ont rappelé l'importance de l'aspect relationnel de leur contact avec le médecin généraliste (63).

Par ailleurs dans l'étude de LECOMTE B., on retrouve que dans le cas où la femme a choisi un médecin généraliste pour au moins une consultation prénatale, bien souvent, elle le consulte de nouveau pour continuer le suivi de sa grossesse avec lui et ceci peut s'expliquer par la relation de confiance qui existe déjà avec le médecin généraliste. (56) Ce n'est pas le cas dans notre étude avec une majorité de médecins généralistes énonçant plutôt une perte de vue de

leur patiente mais cela confirme le fait que la relation de confiance avec la patiente peut jouer un rôle dans le choix de la patiente pour son suivi de grossesse.

La zone d'exercice du médecin généraliste a également été retenu dans notre travail comme facteur influençant la perte de vue de la patiente avec une densité médicale variable entre zone urbaine et zone rurale. Dans la thèse de DAREYE A., le lieu d'habitation de la patiente a joué un rôle, car plus de la moitié des femmes suivies par leur médecin généraliste habitaient à plus de 20 minutes d'un gynécologue obstétricien et à moins de 10 minutes de leur médecin traitant. (62) L'exercice de la médecine en milieu rural semble donc plus en faveur de la réalisation du suivi de grossesse par le médecin traitant. La densité médicale joue un rôle important dans le choix de la patiente pour son suivi de grossesse. En dehors de certaines zones sous dotées en spécialistes médicaux, le nombre de gynécologues obstétriciens augmente régulièrement ces dernières années, s'ajoute à cela une offre croissante de la part des sages-femmes libérales pour réaliser des suivis de grossesses physiologiques. (11) (12) (13) La place laissée au médecin généraliste dans cette prise en charge est donc de plus en plus faible.

Malgré cela la rupture de contact avec le médecin généraliste est fréquente et plusieurs causes ont été relevées par les participants au fil des entretiens.

Tout d'abord la compétence du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes enceintes est souvent méconnue par les patientes. Il est important de relever que dans l'étude de GROS LENNE B. pour 26,8% des patientes, le médecin généraliste est exclu du suivi de la grossesse par doute sur ses compétences. (58) Pour HUREAU S., les médecins généralistes suivent peu de grossesses parce qu'ils réalisent peu de suivis gynécologiques, parce qu'ils n'informent pas suffisamment leurs patientes de leurs compétences et qu'ils proposent rarement de suivre leur grossesse. (59) Dans l'étude de DAREYE A., près d'un tiers des femmes interrogées n'étaient tout simplement pas au courant qu'un médecin généraliste pouvait faire le suivi de la grossesse. (62)

De plus, le gynécologue ou la sage-femme sont considérés par les patientes comme plus qualifiés que les médecins généralistes et les patientes sont plus en confiance pour réaliser leurs consultations de suivi de grossesse. D'ailleurs DARREYE A. retrouve également dans son étude qu'un gynécologue obstétricien ou une sage-femme est perçu par la patiente comme plus rassurant, plus spécialisé. Cette croyance reste un biais majeur pour le médecin généraliste qui peine alors à retrouver une légitimité dans le suivi de grossesse. (62)

Du côté des médecins généralistes ils sont plusieurs également à refuser de suivre les grossesses et préfèrent confier leurs patientes d'emblée aux gynécologues ou aux sages-femmes. Parmi les causes pouvant expliquer cette attitude, on retrouve un manque de compétence, réel ou ressenti, du praticien notamment par une insuffisance de formation. Dans l'étude de MARIAUD F., 75% des médecins ne suivant pas de grossesse déclarent qu'il s'agit d'un choix personnel et on retient pour principale cause un déficit de formation. Ainsi, parmi les médecins ne suivant pas de grossesse, aucun n'avait effectué de stage hospitalier dans un service de gynécologie obstétrique alors que ceux suivant les grossesses ont bénéficié majoritairement de plusieurs modes de formation (stages, Formation Médicale Continue, littérature, etc.). (64) On retrouve des résultats similaires au sein de nos participants. Depuis 2001, les études de médecine générales ont été adaptées à ce constat avec une maquette de stage d'internat permettant théoriquement à chaque médecin généraliste de réaliser au cours

de sa formation un stage de gynécologie-obstétrique. Cependant cela ne résout que partiellement le problème car le nombre de place est limité et tous les étudiants ne peuvent pas bénéficier réellement de cette formation, de plus ces stages souvent réalisés dans le milieu hospitalier ne répondent pas aux besoins des médecins généralistes du fait de l'inadéquation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Cette réforme étant récente, une bonne partie de notre échantillon n'en a pas bénéficié. Même si elle n'est pas parfaite, cette réforme aura probablement des effets bénéfiques à évaluer d'ici quelques années. (65)

B- La communication interprofessionnelle pendant le suivi de grossesse

La communication interprofessionnelle est essentielle pour assurer une bonne coordination des différents intervenants dans le suivi de la grossesse des patientes. En pratique, les participants de notre étude reconnaissent peu communiquer avec les autres intervenants dans le suivi de leurs patientes. En retour, les médecins généralistes sont peu informés au cours de la grossesse lorsqu'ils ne réalisent pas eux même le suivi. Et d'un avis général de la part de l'ensemble des participants interrogés : la communication interprofessionnelle est globalement peu présente au cours de la grossesse voire inexistante. La thèse de FONTENAIS D. qui interroge des médecins généralistes, des gynécologues et une sage-femme retrouve des résultats similaires avec un manque de communication dénoncé par tous les participants de l'étude. (66) Ce point de vue est donc partagé par les différents intervenants du suivi. Les sages-femmes par ailleurs dénoncent ce désintérêt pour la communication et des relations interprofessionnelles difficiles depuis de nombreuses années. (67) Dans la thèse de GOUJON O., 74 % des médecins interrogés déplorent un manque de communication et un manque de collaboration entre les différents professionnels. (68) Mais ces résultats ne se limitent à la prise en charge de la grossesse

Plusieurs outils de communication sont à disposition des professionnels de santé, du choix du moyen de communication peut dépendre l'efficacité et le succès de la communication. L'outil de communication utilisé va dépendre de la complexité du message, du degré d'urgence et du destinataire.

Dans notre étude le courrier papier est revenu comme la méthode la plus utilisée par les médecins généralistes dans l'adressage des patientes. Dans l'étude de BRIAND K., de façon générale, les professionnels ont recours au courrier comme outil de transfert d'information lors d'adressage à un confrère relevant de situation non urgente. (69) Pour FONTENAIS D., l'outil privilégié de communication des médecins entre eux reste le courrier aux confrères pour la transmission d'informations du dossier. (66) Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit du moyen de communication le plus recommandé par l'ordre des médecins. (48)

Ce courrier classique se modernise progressivement avec l'arrivée des mails sécurisés pour devenir un courrier électronique. Beaucoup de nos médecins interrogés se sont montrés favorables à leur utilisation. Dans notre étude même les médecins les plus âgés utilisaient déjà tous couramment ce système et semblait en être satisfaits. Dans l'étude de DUMONT T. datant de 2016, certains médecins généralistes ne possédaient pas les moyens de communication utilisant les technologies actuelles, certains n'avaient pas d'ordinateur ni internet et l'âge a

été évoqué comme principal frein à l'utilisation de ces nouvelles technologies. (70) Cette différence peut s'expliquer par les 5 ans séparant nos deux études, les médecins plus âgés ne souhaitant pas s'adapter aux changements partant progressivement à la retraite. On estime en 2018 que 89 % des cabinets médicaux sont équipés en informatique et connectés à un réseau internet. D'après la HAS, les messageries sécurisées de santé sont un outil rapide d'échange et de partage d'informations en toute sécurité dont le déploiement est considéré comme une priorité de la Stratégie nationale e-santé 2020 et qui pourrait permettre une modification des relations entre professionnels. (71) (72)

La majorité des médecins utilisent aujourd'hui des logiciels informatiques pour le dossier médical de leurs patientes. Certains participants de notre étude l'ont également cité comme moyen de communication entre professionnels principalement au sein d'une même structure. Cependant les professionnels de santé utilisent tous des logiciels informatiques différents et non coordonnés comme le décrit le travail de BRIAND K. (69) La communication par ce moyen reste donc très limitée, le moyen de communication choisi devant être accessible au destinataire.

Les échanges écrits, papiers ou électroniques, entre médecins permettent une traçabilité dans les dossiers médicaux ce qui n'est pas le cas de la communication par téléphone qui est considérée comme plus informelle. (71)

La communication par téléphone est utilisée par nos participants dans deux situations : en cas d'urgences ou avec des confrères qu'il connaît personnellement. Le téléphone permet d'accélérer le processus de communication et d'obtenir une réponse rapide en temps réel. Dans l'étude de DUMONT T. les participants réservent ce moyen de communication à des situations d'urgence ou pour démêler une situation complexe car il permet une conciliation instantanée. (70) L'étude de BRIAND K. confirme cette tendance qu'il s'agisse des sages-femmes, des médecins généralistes ou des gynécologues obstétriciens, tous utilisent le téléphone pour communiquer de façon urgente au sujet d'une patiente. (69)

Pour l'HAS, le téléphone est un moyen souvent utile et adapté sous réserve que l'interlocuteur soit facile d'accès. Il permet l'obtention d'avis et de conseils, de rendez-vous rapides ainsi que la tenue de discussions et d'échanges, complémentaires à la transmission d'informations effectuées par écrit. Il est toutefois nécessaire de s'assurer de l'identité de la personne à qui l'on s'adresse. (71)

Malgré les différents outils mis à disposition, nos résultats montrent que les professionnels impliqués en périnatalité ont des difficultés à s'articuler et à partager de l'information.

Plusieurs causes ont été énoncées par nos participants pour expliquer ce manque de communication interprofessionnelle.

La première est la difficulté à joindre un confrère, et inversement les médecins reconnaissent être eux-mêmes difficiles à joindre. Tous ont déjà fait l'expérience d'une attente interminable au téléphone, de mails sans réponse perdus dans la masse d'informations transmises... Les thèses de BRIAND K. et du DUMONT T. font état des mêmes difficultés dénoncées d'une part comme de l'autre par les médecins généralistes, les spécialistes ou les autres intervenants médicaux ou paramédicaux. (69) (70) Si pour certains la présence d'un secrétariat médical semble améliorer ce problème, d'autres n'y voient qu'un intérêt modeste.

Ces difficultés à communiquer sont fortement en lien avec un manque flagrant de temps des médecins dédié à la communication et à la collaboration interprofessionnelle. Une

communication de qualité, en particulier dans les situations complexes, demande au professionnel de santé un temps non négligeable qui n'est à l'heure actuelle que peu valorisé. La communication interprofessionnelle a été présentée comme chronophage par tous les participants de notre étude. Pour BRIAND K., les participants sont exposés à un manque de temps dans leur activité et ceci induit un défaut d'investissement des professionnels de santé dans la collaboration interprofessionnelle. (69) Dans la thèse de DUMONT T. un grand nombre de professionnels interrogés pointe le fait que le temps de la communication autour du patient est insuffisamment valorisé alors que l'élaboration de la communication est souvent vécue comme chronophage.

Notre choix s'est porté sur le fait d'étudier la communication interprofessionnelle au cours de la grossesse en grande partie pour le nombre important d'intervenants participants au suivi de la femme enceinte : médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, PMI, maternité, etc... La grande diversité de professionnels à disposition peut engendrer des conflits qui minent la dynamique de collaboration. Si dans le discours, chaque professionnel de santé reconnaît l'importance du travail en équipe, sa mise en œuvre au quotidien se heurte à des obstacles. (69)

Nos participants ne sont pas les seuls à dénoncer en grande partie le manque de communication réciproque entre les praticiens de villes et les centres hospitaliers. La barrière ville hôpital fait partie des grandes difficultés de la collaboration interprofessionnelle. Nous nous sommes intéressés au domaine du suivi de grossesse mais cette absence de lien entre la ville et l'hôpital est applicable dans tous les suivis communs entre ces deux réseaux opposés. (70)(73) Dans la thèse de FONTENAI D., le manque de communication de la part des maternités a été dénoncée par une majorité des participants exerçants en ville. (66) Dans le travail de BRIAND K., le CHU est perçu par les médecins interrogés comme une structure opaque et peu ouverte sur l'extérieur, ce qui nuit à la collaboration interprofessionnelle. Les contacts entre les professionnels de ville et la communication entre la ville et l'hôpital sont insuffisants car les moyens de communication sont sous exploités et que « chacun évolue seul sans créer de lien avec les autres ». (69)

Nous nous sommes interrogés sur le ressenti des médecins à propos de ce défaut de communication et de collaboration interprofessionnelle. Seuls des médecins généralistes ont été interrogés dans notre étude, nos résultats concernent donc leur point de vue et leur ressenti propre sur ce sujet et ne peut être généralisé à tous les professionnels du suivi de grossesse bien qu'ils soient tous impactés par ce phénomène. Dans notre étude le sentiment prédominant pour les participants est celui d'être exclu de la prise en charge de leur patiente pendant la grossesse. S'en suit une frustration voire un énervement pour certains alors que d'autres sont plus indifférents à cette situation. L'énervement des médecins et des sages-femmes prédominant dans l'étude de FONTENAI D. face au manque de transmission d'information dans le suivi des patientes. (66) L'étude de BRIAND K. analyse bien le cercle vicieux de ce manque de collaboration interprofessionnelle et la frustration de l'ensemble des professionnels impliqués : beaucoup de médecins de ville se sentent mis à l'écart de la prise en charge de leur patiente après adressage car les courriers ne semblent pas systématiques. Ils reçoivent souvent un seul courrier lors de la première consultation puis n'ont plus aucun retour d'information pour la suite de la grossesse. A l'inverse, certaines patientes adressées aux structures ou aux spécialistes arrivent en consultation sans aucun courrier ni compte

rendu. Ceci conduit à une impression de collaboration à sens unique pour l'ensemble des participants. (69) Le manque de retour d'information constituerait donc responsable de frustration et de sentiments négatifs pour les intervenants influençant de façon négative la collaboration interprofessionnelle.

C- Les conséquences et les propositions d'amélioration

L'absence de communication a pour conséquence principale une rupture de la continuité des soins par le médecin traitant qui doit pourtant être l'élément central de la prise en charge de la patiente. Cependant les consultations chez le gynécologue font partie des exceptions au parcours de soin coordonné et peuvent se faire sans prescription préalable du médecin traitant. Il n'y a pas de dépassement d'honoraires qui s'applique, puisque la gynécologie rentre dans le cadre de l'exception au parcours de soins. La femme enceinte peut également consulter une sage-femme, pour assurer son suivi gynécologique, sans majoration du ticket modérateur. (74) Ce parcours direct chez le spécialiste sans passage par le médecin traitant accentue d'autant plus l'exclusion du médecin généraliste de la prise en charge de la femme enceinte. Le médecin généraliste reprend alors le suivi de sa patiente en post partum lorsqu'elle sort de son suivi de grossesse spécialisé.

Par ailleurs le manque de communication décourage le médecin généraliste de prendre en charge les patientes enceintes ou de réaliser des suivis de grossesses. La collaboration interprofessionnelle est indispensable et fondamentale dans la prise en charge de la patiente et le manque de communication met à mal cette coordination entre les différents intervenants. Les professionnels ont donc une complémentarité importante, qui doit être mise au bénéfice de la patiente pour une prise en charge globale. Les intervenants ne peuvent pas assumer seuls tout le suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement. Ainsi pour travailler correctement, ils s'articulent avec d'autres professionnels et ne peuvent pas se passer de collaboration. (56) (69)

L'absence de coopération entre professionnels peut générer un suivi morcelé et par conséquent, être néfaste pour le suivi de la patiente enceinte. Nos participants ont en particulier pris l'exemple des grossesses pathologiques pour lesquelles des informations manquantes du dossier compliquent la prise en charge en post partum. Dans la thèse de BRIAND K., les participants rapportent des difficultés de diffusion d'informations à tous les niveaux et celles-ci conduisent à un risque d'oubli ou de doublon dans le suivi des patientes. L'ensemble des médecins interrogés évoque la possibilité de perte d'information concernant le dossier médical des patientes. (69)

Pour pallier à ce manque de communication interprofessionnelle directe, la patiente devient un vecteur majeur de transmission d'information sur son dossier médical. Comme décrit dans son étude BRIAND K., la majorité de l'information passe par la patiente puisqu'elle est intégrée à son suivi et centralise l'information. Il faut alors responsabiliser les patientes dans leur suivi de grossesse. (69) Cette transmission d'information patiente-dépendante peut tout de même comporter de nombreux biais selon le niveau de compréhension de la patiente.

L'absence de communication interprofessionnelle et le manque de coordination qui en découle mais sont néfastes pour la prise en charge des patientes. Améliorer et développer la

communication apparaît essentielle pour l'ensemble des médecins interrogés. Au cours des différents entretiens, les médecins généralistes ont fait plusieurs propositions qui permettraient à leurs yeux d'améliorer la communication interprofessionnelle pendant la grossesse. Parmi les solutions proposées il faudrait développer les moyens de communications pour discuter avec les partenaires, échanger davantage avec les collègues de ville et accroître la communication avec les professionnels du CHU.

Une communication plus intelligente :

Il faut actuellement repenser la communication interprofessionnelle au cours de la grossesse pour la rendre à la fois plus fluide et plus efficace afin de faciliter la prise en charge de la patiente au cours de la grossesse et en post partum.

Pour ce faire nos participants ont proposés une communication plus fréquente tout au long du suivi permettant de tenir informé les différents intervenants. Cela pourrait éviter les oublis, doublons ou perte d'informations auxquels ils font face actuellement. Les retours restent à l'heure actuelle trop peu systématiques, c'est pourquoi les médecins interrogés seraient favorable à la mise en place de courriers trimestriels automatiquement transmis par le professionnel qui suit la grossesse aux correspondants. Cette idée a également été émise dans la thèse de BRIAND K. avec l'émission d'un courrier pendant le suivi de grossesse tous les trois mois ou la transmission directe de la consultation par mail. (69) Pour GOUJON O., pas de fréquence de contact mais plutôt un courrier systématique au moment d'adresser une patiente ou en retour après l'avoir vue semblent des moyens satisfaisants pour améliorer la communication. (68) Cette communication pour être efficiente doit également s'adapter au type de grossesse avec une communication plus rapprochée dans le cadre des grossesses pathologiques nécessitant une surveillance particulière pendant ou après la grossesse.

La possibilité pour le médecin généraliste de pouvoir joindre facilement le référent du suivi de la grossesse ou un spécialiste en cas de besoin améliore la prise en charge des patientes. La création de lignes directes médecin à médecin dans les centres hospitaliers est une initiative qui a été fortement appréciée des professionnels que nous avons interrogés et qui devrait selon eux être encouragée et développée dans les années à venir. Elle permet aux médecins de ville d'avoir un avis spécialisé rapidement ou de communiquer directement avec un médecin avant d'adresser sa patiente à l'hôpital. En leur permettant un accès direct et en limitant leur temps d'attente, cette initiative est une main tendue de la part des médecins hospitaliers pour tenter d'améliorer la communication entre la ville et l'hôpital. Les conclusions sont les mêmes dans l'étude de BRIAND K. avec des professionnels libéraux qui espèrent pouvoir accéder plus facilement aux médecins hospitaliers grâce à la création de lignes directes. (69)

Comme nous l'avons vu, la communication interprofessionnelle est vécue comme chronophage par les médecins qui trouvent ce temps trop peu valorisé. Dans le travail de DUMONT T., plusieurs pistes possibles d'amélioration sont évoquées avec notamment :

- Le développement de temps et d'espaces de coordination qui pourraient être rémunérées (en particulier dans le cadre des nouveaux modes de rémunération) ;
- La libération d'un temps dédié à la communication et à la coordination : par la création de nouveaux métiers y étant destinés, ou par le biais de la délégation et du transfert de tâches,

qui permettrait d'augmenter le temps disponible pour communiquer en déchargeant les médecins généralistes de certains actes. (70)

Des moyens de communication à développer :

Le mail sécurisé est aujourd'hui utilisé par un grand nombre de médecin facilitant la transmission d'information et remplaçant peu à peu le courrier papier qui reste encore aujourd'hui en tête des moyens de communication dans le milieu médical. Il est facilement accepté par les participants qui l'utilisent tous dans notre étude à plus ou moins grande échelle. Dans l'étude de BRIAND K., les médecins souhaiteraient même développer un réseau mail sécurisé pour favoriser ce mode de communication avec un annuaire commun. (69) Plus rapide que le courrier papier et moins intrusif que l'appel téléphonique, s'il est utilisé de façon correcte sur des serveurs sécurisés le courrier électronique a de nombreux avantages à offrir aux professionnels de santé pour faciliter leur communication.

Le dossier médical partagé (DMP) fait également partie des promesses pour améliorer et faciliter la communication entre les différents soignants d'un patient. Ce projet a été lancé en 2004, mis en place en 2011, réactualisé en 2016 mais reste toujours à l'heure actuelle peu utilisé par les professionnels de santé. Son déploiement fait partie des priorités fixées par la stratégie nationale e-santé 2020. (72)

Le DMP a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales (antécédents médicaux, résultats de laboratoires d'analyses, imagerie, traitements en cours) en provenance d'autres professionnels de santé (généralistes, spécialistes, personnels infirmier ou hospitalier) définissant le profil médical de chaque patient. (68)

Objet de multiples controverses, le DMP n'est que très peu utilisé pour le moment comme nous avons pu le constater en interrogeant les médecins généralistes. Aucun de nos participants n'utilise à l'heure actuelle le DMP.

Si certains jugent ce projet prometteur, ils sont facilement découragés par la charge de travail supplémentaire que leur impose de remplir ce dossier médical. S'ajoute à cela la crainte d'être le seul intervenant à remplir le dossier et de ne pas avoir les bénéfices de ce travail de collaboration. Conscients de ce manque de temps des médecins, des logiciels médicaux proposent aujourd'hui de faciliter le remplissage du DMP à partir des données déjà rentrées sur le logiciel. Ainsi le médecin remplit le dossier de son logiciel médical au cours de la consultation comme il le fait habituellement et choisit celles qu'il souhaite transmettre sur le DMP.

Mais le débat reste surtout présent sur une question d'éthique avec des médecins réticents à partager les données de santé de leurs patients sur une plateforme. Pour certains médecins, le dossier médical doit rester entre les mains du patient et les informations transmises au cas par cas sur demande du patient et dans son intérêt. Ils ne souhaitent donc pas prendre part à ce système par manque de confiance ou par principe.

L'utilisation du carnet de maternité :

L'objectif premier du carnet de maternité est la communication entre professionnels de santé. Mais le carnet de maternité est très peu utilisé par les médecins. Au cours de nos entretiens, le carnet de maternité n'a été cité spontanément par aucun des participants. Lorsque nous les interrogeons, une partie ne connaissait même pas son existence, une autre partie en avait déjà entendu parler ou vu sans pour autant l'utiliser et un seul médecin l'appréciait et l'utilisait régulièrement. Le carnet de maternité ne serait donc jamais rempli. L'étude de GOUJON O., fait face à la même méconnaissance de carnet de maternité dans ses participants qui est très peu utilisé. (68)

Le carnet de maternité est un outil mis en place depuis 1979, réactualisé en 2007. Dans une étude dédiée de FONTENAIS D., plus de la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas l'existence de ce carnet et encore moins les moyens de se le procurer. Il permet pourtant le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité, et constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse. Il aide également le médecin généraliste dans son rôle de coordination. (66)

Toujours dans la même étude, son utilisation a suscité de nombreuses réflexions : beaucoup s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un carnet bien réalisé et complet pour les suivis des grossesses à bas risque. Les doutes persistent quant à son temps de remplissage, son utilisation par les autres spécialistes, et donc son utilité pour la patiente. (66)

En effet le carnet de maternité ne remplit son rôle qu'à condition que tout le monde l'utilise et le remplisse.

Malgré les conclusions de l'étude de FONTENAIS D., aucune amélioration n'a à ce jour été apportée pour améliorer la diffusion et promouvoir l'utilisation du carnet de maternité. (66)

Le développement d'un réseau

Actuellement, les médecins estiment que la prise en charge d'une femme enceinte n'est pas conjointe mais parallèle. Ainsi, ils estiment que la collaboration interprofessionnelle pourrait être améliorée, car elle est insuffisante à l'heure actuelle et reste à développer. Cependant, une évolution est en cours avec une recherche de travail en collaboration ainsi qu'une ouverture à plus de communication selon les participants.

La mise en place de réseaux de proximité permet de créer du lien entre les professionnels de santé et donc d'améliorer la communication. La création d'un lien favorisant l'échange entre les différents collaborateurs conduirait pour tous à l'amélioration de la situation. Ce lien renforcé conduit à une réflexion plus locale afin de mettre la patiente au centre de sa prise en charge. Cette structuration, cette organisation du réseau permet un gain de temps considérable et de développer davantage le réseau ville/hôpital.

L'ensemble des professionnels de santé participants à la prise en charge des patientes enceintes doit être sensibilisé à l'importance de la communication et du travail en collaboration interprofessionnelle. La création de réunions libéraux/structures pour des temps d'échanges serait une des solutions. Il faudrait développer les formations interprofessionnelles communes et créer des formations autour de la communication entre professionnels de santé. Rencontrer, questionner et connaître les avis et attentes des autres

professionnels permettraient d'améliorer la situation, en repérant les problèmes. Selon les médecins interrogés, une meilleure collaboration nécessiterait une meilleure connaissance du fonctionnement, des outils, de l'organisation et du travail des différents intervenants. Mettre un visage sur un nom est essentiel car il semble plus facile de communiquer avec des personnes que l'on connaît ou que l'on a au moins déjà vu.

Dans le travail de FONTENAIS D. on retrouve aussi, l'idée de réaliser un réseau de périnatalité complet comme celui du Languedoc-Roussillon pour le département des Bouches-du-Rhône. (66) Créé en 2004, le réseau « Naître et grandir » compte 1 605 professionnels adhérents, dont 628 sages-femmes, 191 gynécologues-obstétriciens, et 85 généralistes. Les 20 maternités de la région, les 2 centres périnataux de proximité et les 5 Conseils Départementaux ont également adhéré. (75) Par son site internet, il propose l'utilisation d'un dossier commun périnatal informatisé, sous la seule condition d'avoir des codes d'accès. Il propose également d'accéder à des référentiels régionaux de pratique en ligne, un carnet d'adresses pour les professionnels, et des journées de formations.

CONCLUSION

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la femme enceinte a été de nombreuses fois étudié et n'est plus à prouver. De par sa relation de confiance instaurée souvent depuis plusieurs années avec la patiente, il peut plus facilement assurer une approche médicale, psychologique, sociale et familiale durant l'ensemble du suivi de la grossesse. Son rôle de médecin traitant et de coordinateur devrait en faire l'élément central par lequel transite toute la transmission d'information au sujet du suivi médical de sa patiente. Il est à même de travailler en collaboration avec les différents professionnels de santé intervenants dans le suivi de la femme enceinte, spécialiste ou sage-femme, afin d'assurer la continuité des soins.

Nous avons donc décidé de réaliser une étude qualitative afin de recueillir les points de vue et les ressentis de médecins généralistes installés concernant la communication interprofessionnelle dans le cadre d'un suivi de grossesse.

Le ressenti majoritairement évoqué par nos participants est un sentiment d'exclusion du suivi de grossesse de leur patiente. Il existerait selon eux une véritable rupture de la continuité de soins entre la patiente et le médecin généraliste. Ce sentiment négatif décourage beaucoup d'entre eux de s'impliquer dans la prise en charge de la patiente enceinte.

S'ils acceptent aisément de déléguer le rôle de référent du suivi de la grossesse, ils attendent cependant de la part des différents intervenants la reconnaissance du rôle du coordinateur dans le dossier de sa patiente. Le médecin généraliste souhaiterait simplement être considéré comme un interlocuteur privilégié au sujet de la santé de sa patiente et être tenu informé du déroulement de sa grossesse.

Nos résultats ont montré à différents niveaux que la communication interprofessionnelle du spécialiste vers le médecin généraliste est considérée comme insuffisante par ces derniers. Les médecins généralistes reconnaissent également très peu communiquer vers le référent du suivi de la grossesse. Le manque de temps et la difficulté à joindre un interlocuteur sont évoquées comme principales causes. Le nombre important d'intervenants dans le suivi des patientes enceintes et la barrière entre médecine de ville et médecine hospitalière semblent faciliter encore la perte d'information sur le dossier médical des patientes.

Nous avons alors interrogé nos participants sur les améliorations à apporter à la communication interprofessionnelle dans le cadre du suivi de la grossesse. La communication actuelle doit être repensée pour être à la fois plus fluide, plus efficace et plus systématique. Un courrier trimestriel automatiquement transmis au médecin traitant de la patiente en cas de grossesse physiologique semblerait satisfaire nos participants, avec une communication plus fréquente en cas de pathologie à suivre.

A l'ère du numérique, le développement de nouveaux moyens de communications tels que le DMP a été abordé. Si cela apparaît comme séduisant pour une partie des médecins, ils font actuellement l'objet de nombreuses controverses expliquant la difficulté à les déployer à grande échelle et rendant leur utilisation non optimale.

Le carnet de maternité reste le grand perdant de cette communication interprofessionnelle, comme démontré par d'autres études avant la nôtre, il est méconnu d'une majorité des médecins et trop peu utilisé pour pouvoir étudier son efficacité. Créés pour faciliter la communication interprofessionnelle ces outils n'ont pas su s'imposer et convaincre les utilisateurs à ce jour.

La création de lien et le développement de réseaux semble rester à ce jour la meilleure option pour faciliter et donc améliorer la communication entre les professionnels de santé. Des temps dédiés de rencontre et d'échanges entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes incluant des médecins généralistes permettraient de valoriser le temps dédié à la communication et la coordination interprofessionnelle tout en apprenant à se connaître les uns les autres.

Il semblerait intéressant pour poursuivre ce travail de réaliser une étude similaire en interrogeant d'autres intervenants du suivi de grossesse comme les gynécologues et les sages-femmes afin de confronter les points de vue et de proposer des solutions alternatives pouvant satisfaire le plus grand nombre. Par ailleurs la femme enceinte reste l'acteur principal de son suivi et est actuellement le vecteur de la transmission d'une majorité d'information dans le cadre de sa grossesse, nous pourrions donc envisager de discuter avec elle des différentes propositions d'amélioration et recueillir son ressenti sur ce sujet.

GLOSSAIRE

ARS :	Agence Régionale de Santé
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNGE :	Collège National des Généralistes enseignants
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DMP :	Dossier Médical Partagé
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECBU :	Examen Cytobactériologique des Urines
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital-Patient-Sécurité-Territoire
HTA :	Hypertension Artérielle
MG :	Médecin Généraliste
NFS :	Numération Formule Sanguine
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PP :	Post-partum
RAI :	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
SA :	Semaines d'Aménorrhées
SF :	Sage-femme
UMS :	Unité Minimale de Sens
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humain
WONCA :	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

BIBLIOGRAPHIE

1. MOREL M.-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). ADSP n°61-62. 2008.
2. RUMEAU-ROUQUETTE C. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. EDK. 2001.
3. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). La situation périnatale en France en 1998. Études et Résultats n°73. Juillet 2000.
4. OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Grossesse - WHO | World Health Organization
5. CNGOF (Collège National des enseignants Gynécologues Obstétriciens Français). Grossesse normale
6. HAS (Haute Autorité de Santé). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Synthèse des recommandations professionnelles
7. AMELI. La première consultation, puis un suivi mensuel de la grossesse. Septembre 2021.
8. HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Décembre 2017.
9. HAS. Sortie de maternité, préparez votre retour à la maison. Mars 2014.
10. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2021
11. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). La démographie des médecins (RPPS)
12. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). La démographie des professionnels de santé.
13. CAVILLON M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. DREES Études et Résultats. Mars 2012. N°791.
14. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. PLAN PERINATALITE 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004.
15. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale 2010
16. WONCA (World Organization of Family Doctors). La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille 2002.

17. SFMG (Société Française de Médecine Générale). Mise en relation des concepts avec les 11 compétences de médecine générale.
18. ATTALI C, BAIL P, MAGNIER A-M, BEIS J-N, GHASAROSSIAN C, GOMES J. Compétences pour le DES de médecine générale. Enseignement Revue Exercer. Février 2006 ; (76-31-32).
19. CODE DE SANTE PUBLIQUE. L'article L. 6314-1 Médecin généraliste de premier recours – Les missions l'article L. 161-36-1.
20. COMPAGNON L, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013. 108 :148 55.
21. CODE DE LA SECURITE SOCIALE. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
22. CODE DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article L. 162-5-3 Médecin traitant.
23. CODE DE LA SECURITE SOCIALE. Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Février 2005.
24. CARTIER T, MERCIER A, DE POUVOURVILLE N, HUAS C, RUELLE Y, ZERBIB Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. 2012 ; 23(101) : 65-71.
25. COURS DES COMPTES. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. Février 2013.
26. CODE DE SANTE PUBLIQUE. Loi n° 2009-879 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Juillet 2009.
27. DRUAIS P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Mars 2015.
28. ARS. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. Octobre 2018.
29. CNOM. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Juin 2014.
30. AMELI. Ma maternité – Je prépare l'arrivée de mon enfant. Mars 2019.
31. FISHMAN-BOSC A, LEVEAU E, CRELEROT-KLOPFENSTEIN S, GENTILE S, COLSON S. Clarification de concept : la coordination appliquée au domaine des soins - EM Premium. Juin 2016.
32. SCHALLER P, GASPOZ J-M. Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. Revue Médicale Suisse. 2008;(N° 172):2034–9.

33. OCDE, OMS. Sous dir. COLOMBO F, ZUM P, OXLEY H. Examen de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. 2006. (Paris : Éditions de l'OCDE).
34. MANSER. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : a review of the literature. *Acta Anesthesiologica Scandinavica*. 2009;(53(2)):143–51.
35. GITTEL, BIERBAUM, FAIRFIELD, HEAD, JACKSON, KELLY. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000;(38):807–19.
36. WIEGMANN, EL BARDISSI, DEARANI, DALY, SUNDT. Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation. *Surgery*. 2007;(142):658– 65.
37. BORRILL, WEST, DAWSON, SHAPIRO, REES, RICHARDS. Team working and effectiveness in health care : findings from the health care team effectiveness project. Birmingham, UK : Aston Centre for Health Service Organization Research, University of Aston. 2002.
38. BARRETT, CURRAN, GLYNN, GODWIN. Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité. Ottawa : FCRSS. 31 p. 2007.
39. OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique). Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité ». Octobre 2013.
40. BRAITHWAITE, WESTBROOK, NUGUS, GREENFIELD, TRAVAGLIA, RUNCIMAN, et al. Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing system- wide interprofessionalism, *Int J Qual Health Care*. 2013;25:8–15.
41. JABLOW. How to Foster Interprofessional Collaboration Between Physicians and Nurses ? Robert Wood Johnson Foundation – Incorporating lessons learned in pursuing a consensus, Program Results Grant # 70224. 2013.
42. HAS (Haute Autorité de Santé). Recommandation HAS en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé : Délégation, transferts, nouveaux métiers. Conditions des nouvelles réformes de coopération entre professionnels de santé. Janvier 2007.
43. GAUTIER J. Rencontre HAS, ASALEE. 2007.
44. BANSARD M, CLANET R, RAGINEL T. Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant. *Santé Publique*. Janvier 2017 ;29 :57-70.
45. HAS (Haute Autorité de Santé). Document de sortie d'hospitalisation. Validation par le Collège de la HAS. 2014.

46. DEVAUX X. Évaluation par les médecins traitants de la qualité du compte-rendu d'hospitalisation en unité de soins aigus et de soins de suite et réadaptation en gériatrie au CHRU de Montpellier. Montpellier (France) ; 2013.
47. KRIPALANI S, LEFEVRE F, PHILIPS C, WILLIAMS M, BASAVIAH P. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians : Implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28 Février 2007 ;8(297):831-41.
48. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Les courriers entre médecins [Internet]. 1998.
49. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Messagerie sécurisée de santé (MSS). 2014.
50. FRANCOIS P, BOUSSAT B, FOURNY M, SEIGNEURIN A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. Santé Publique. 2014 ;2(26) :186-97.
51. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
52. Ministère des solidarités et de la santé. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse). Janvier 2020.
53. 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.
54. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi - dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de Lyon Nord; 2004.
55. TOUBOUL P. Guide méthodologique pour réaliser une recherche qualitative. CHU Nice; 2003.
56. LECOMTE B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse [Thèse d'exercice]. Faculté de Rouen ; 2017.
57. PASCAL C. Suivi de la grossesse : critères de choix professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise [Thèse d'exercice]. Faculté de Rouen, 2013.
58. GROS LENNE B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi [Thèse d'exercice]. Faculté de Créteil (Paris XII), 2005.
59. HUREAU S. Le suivi des femmes enceintes : parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse d'exercice]. Faculté de Bordeaux, 2008.

60. TESSE-SKAF M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. Faculté de Lille 2, 2013.
61. HADJI-KOBIYH M. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. Faculté de Caen, 2009.
62. DARREYE A. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions [Thèse d'exercice]. Faculté de Limoges, 2016.
63. YILDIZ H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécu des femmes [Thèse d'exercice]. Faculté de Nancy, 2010.
64. MARIAUD F. Suivi de la femme enceinte par le médecin généraliste : étude illustrative des pratiques de médecins généralistes libéraux du département de la Creuse [Thèse d'exercice]. Faculté de Limoges, 2003.
65. BABINET-BOULNOIS C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2013.
66. FONTENAIS D. Utilisation du carnet de maternité par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, et propositions d'améliorations [Thèse d'exercice]. Aix Marseille Université ; 2018.
67. 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 ? [Thèse d'exercice]. Université de Nantes ; 2012.
68. GOUJON O. 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 [Thèse d'exercice]. Université de Rouen ; 2016.
69. BRIAND K. État des lieux de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire dans le suivi de grossesse en région sud Rennes [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1 ; 2017.
70. DUMONT T. Étude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne : Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot – Paris 7 ; 2016.
71. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Septembre 2018.
72. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale e-santé 2020 - Le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé. Juillet 2016.

73. DE LAPEYRIERE C. Quel est l'état des lieux concernant la continuité des soins entre le secteur primaire et l'hôpital selon la vision des praticiens libéraux de médecine générale, dans le cadre d'une maladie chronique ? exemple d'une maladie auto-immune : la maladie cœliaque [Thèse d'exercice]. Aix Marseille Université ; 2019.

74. Ministère des Solidarités et de la Santé. Qu'est-ce que le parcours de soins ?

75. Naître & Grandir en Languedoc Roussillon. Rapport d'activité 2017.

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE DE THESE

Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur la coordination interprofessionnelle, réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale.

Elle a pour objectif principal d'étudier la vision des médecins généralistes sur la communication entre les différents acteurs du suivi de grossesse dans le cadre de la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant.

Puis secondairement de rechercher les outils pouvant être mis en place pour la faciliter.

L'enquête sera réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône par entretiens individuels semi-structurés avec un recrutement par effet boule de neige.

Numéro d'entretien :

Questionnaire :

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis combien d'années exercez-vous ?
3. Quel est votre lieu et votre mode d'exercice ?
4. Quel est la densité médicale dans votre lieu d'exercice ?
5. Avez-vous un centre de PMI à proximité de votre lieu d'exercice ?
6. Avez-vous une compétence particulière en gynécologie ? Si oui, laquelle ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN

I. Présentation de l'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur la coordination interprofessionnelle, réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale.

Elle a pour objectif principal d'étudier la vision des médecins généralistes sur la communication entre les différents acteurs du suivi de grossesse dans le cadre de la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant.

Puis secondairement de rechercher les outils pouvant être mis en place pour la faciliter.

L'enquête sera réalisée auprès de médecins généralistes exerçant dans les Bouches-du-Rhône par entretiens individuels semi-structurés avec un recrutement par effet boule de neige.

II. Coordonnées de l'interviewé :

Numéro interview :

Sexe :

Age :

Lieu d'exercice/mode d'exercice :

Nombre d'années d'exercice :

III. Questionnaire :

Thèmes

- Prise en charge de la grossesse en tant que médecin traitant
- Modalités de la communication entre le médecin généraliste médecin traitant et les autres professionnels de santé
- Ressenti du médecin généraliste médecin traitant sur la communication et la continuité des soins
- Propositions d'améliorations en matière de suivi et de communication

1. Prise en charge de la grossesse en tant que médecin traitant

Quel est votre ressenti lors de la prise en charge d'une femme enceinte dans votre cabinet ? *Êtes-vous à l'aise lorsqu'une femme enceinte consulte dans votre cabinet ?*

Quels peuvent être les motifs de consultation d'une femme enceinte dans votre cabinet ?

Quels peuvent être les freins à la prise en charge d'une femme enceinte ?

2. Modalités de la communication entre le médecin généraliste médecin traitant et les autres professionnels de santé

Faites-vous un retour aux autres intervenants du suivi de grossesse sur votre consultation ? Si oui, quel moyen de communication utilisez-vous ?

Communiquez-vous facilement avec les différents professionnels impliqués dans la grossesse de vos patientes ? Et trouvez-vous cela utile et/ou enrichissant ?

Quelles sont les modalités de la communication qui vous ai faite par les autres intervenants du suivi de la grossesse de vos patientes ?

Quel est votre ressenti personnel sur la communication qui vous ai faite dans ce cadre ?

3. Ressenti du médecin généraliste médecin traitant sur la communication et la continuité des soins

Quel est votre ressenti sur la continuité des soins pendant la grossesse de vos patientes ?

4. Propositions d'améliorations en matière de suivi et de communication

Quelles peuvent être les modalités de liaison que vous proposeriez pour améliorer la communication interprofessionnelle ? (carnet de maternité, dossier médical partagé, etc..)

Annexe 3



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mise à jour Mai 2016

OBJECTIF : aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites - groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) - toxoplasmose et rubéole - recherche d'agglutinines irrégulières	Sérologies prescrites obligatoirement (1) - groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) - toxoplasmose et rubéole - syphilis - glycosurie et protéinurie - recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B - recherche de l'antigène HBs	Sérologies prescrites - toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent - rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) - glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) - sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH - dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement - examen cytotobactériologique des urines (ECBU) - dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
Information et prévention	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour		
	Informez sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3° Cs	4° Cs	5° Cs	6° Cs	7° Cs
Mois de gestation	4° mois	5° mois	6° mois	7° mois	8° mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1) - Glycosurie et protéinurie 2° détermination (si non faite avant) du groupe sanguin - RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel - Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent - Hémogramme	X - - X -	X - - X -	X - X X X	X - - X -	X X X X -
Examens à proposer systématiquement 2° échographie (entre 20 et 25 SA) 3° échographie (entre 30 et 35 SA) - Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) - Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X - - X	- - - X	- - - X	- X - X	- - X X
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

	Consultation du 9 ^e mois
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
Examens cliniques et biologiques	Sérologies prescrites obligatoirement (1) ● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente ● Glycosurie et protéinurie Examens proposés éventuellement ● ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytobactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

Rechercher :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. tableau 1 des recommandations).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la
pratique clinique – Mise à jour Mai 2016).

Les recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

Annexe 4

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016
25

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016
26

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : - mère homozygote - mère hétérozygote	B A2	À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie - Uropathie	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
Fausses couches répétées au cours du 1^{er} trimestre : - sans étiologie - avec étiologie SAPL	A2 B	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
Fausses couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i>, stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNÉCOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorionales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 les 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre de la thèse : Quelle est la vision des médecins généralistes sur la communication interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant

Contexte : La grossesse se déroule de manière physiologique dans la grande majorité des cas. Une grossesse physiologique sans risque peut être suivie par des acteurs de soins primaires comme le médecin généraliste jusqu'à 30 SA. Qu'il suive ou non la grossesse de sa patiente le médecin généraliste garde un rôle central dans le suivi de sa patiente en tant que médecin traitant. La communication semble essentielle dans ce contexte mais nous avons voulu savoir ce qu'il en est réellement et comment cette communication est vécue par les médecins généralistes. Nous nous sommes donc questionnés sur la vision des médecins généralistes sur la communication interprofessionnelle dans la prise en charge d'une femme enceinte en tant que médecin traitant.

Méthode : Une étude transversale, qualitative, par réalisation d'entretiens individuels semi dirigés, a été menée auprès de médecins généralistes installés dans les Bouches-du-Rhône sans activité gynécologique unique. Onze entretiens ont été réalisés au total. Nous avons abordé les thèmes de la prise en charge de la grossesse, des modalités de la communication interprofessionnelle, du ressenti des médecins généralistes sur leur communication et leurs propositions d'amélioration.

Résultats : Cette étude a permis de recueillir et d'analyser le point de vue des médecins généraliste sur leur rôle dans la prise en charge des patientes enceintes. Même s'il est rarement choisi pour être le référent du suivi de grossesse, le médecin généraliste garde un rôle central dans la prise en charge de sa patiente pour permettre d'assurer la continuité des soins. Cependant une perte de vue avec le médecin traitant est fréquemment observée lors du recours à un spécialiste pour le suivi de la grossesse. Nous nous sommes donc interrogés sur la communication interprofessionnelle qui semble essentielle pour pallier à cette rupture de la continuité des soins. Bien que considérée comme indispensable à la bonne prise en charge de la patiente enceinte par nos participants, la communication interprofessionnelle ne semble pas être à la hauteur pour le moment. Qualifiée de « trop rare » et de « difficile », elle nécessite d'être améliorée dans l'intérêt d'une collaboration interprofessionnelle optimale. Forts de ce constat nous nous sommes alors intéressés aux propositions d'amélioration de cette communication interprofessionnelle. Une communication plus systématique, le développement de nouveaux moyens de communication et la création de réseaux pluri professionnels semblent être des pistes à développer pour faciliter la communication.

Conclusion : Le médecin généraliste a un rôle central à jouer dans la prise en charge de la femme enceinte mais pour se faire une communication interprofessionnelle de qualité est indispensable. Si elle est actuellement insuffisante, une évolution est en cours avec une recherche de la part des professionnels de santé de travail en collaboration.

Mots clés : communication interprofessionnelle ; femme enceinte ; médecin généraliste ; grossesse ; médecin traitant ; collaboration interprofessionnelle