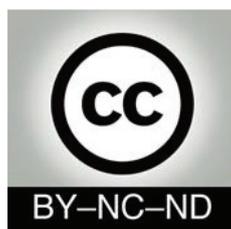




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2022

N° 064

QUELLE COLLABORATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE ET SAGE-FEMME ?

**Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes et 14
sages-femmes**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **12 avril 2022**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
RAFFIN Estelle
Née le 28/08/1992 à Lyon

Sous la direction du Docteur FAY Isabelle

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président	Pr Frédéric FLEURY
Présidente du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pr Carole BURILLON
Directeur Général des services	M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est	Pr Gilles RODE
Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux	Pr Carole BURILLON
Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)	Pr Christine VINCIGUERRA
Doyenne de l'UFR d'Odontologie	Pr Dominique SEUX
Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation (ISTR)	Dr Xavier PERROT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences	Pr Kathrin GIESELER
Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences Et Technologies	Pr Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	M. Yannick VANPOULLE
Directeur de Polytech	Pr Emmanuel PERRIN
Directeur de l'IUT	Pr Christophe VITON
Directeur de l'Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	M. Nicolas LEBOISNE
Directrice de l'Observatoire de Lyon	Pr Isabelle DANIEL
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education (INSPé)	M. Pierre CHAREYRON

Directrice du Département Composante Génie Electrique
et Procédés (GEP)

Pr Rosaria FERRIGNO

Directeur du Département Composante Informatique

Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN

Directeur du Département Composante Mécanique

Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2021/2022

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie <i>(en retraite à compter du 01/01/2022)</i>
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Physiologie
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophthalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion

DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FROMENT	Caroline	Physiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Anatomie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie

KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
MERLE	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PERETTI	Noël	Nutrition
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAVEROT	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes et addictologie
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THIBault	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	Claire	Neurochirurgie

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale Première classe

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale Deuxième classe

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie Orthopédique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FLORET	Daniel	Pédiatrie

GHARIB	Claude	Physiologie
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
PUGEAT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINÉ	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
COUTANT	Frédéric	Immunologie
COZON	Grégoire	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
ESCURET - PONCIN	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BOUTY	Aurore	Chirurgie infantile
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Anatomie
LACOIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LILOT	Marc	Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie, vénéréologie

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALON	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
LAMORT-BOUCHE	Marion

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

BREST	Alexandre
DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Marie FLORI, pour nous faire l'honneur de présider notre jury. Merci de l'intérêt porté à notre travail.

A Monsieur le Professeur Yves ZERBIB, pour nous faire l'honneur de juger notre thèse.

A Madame le Professeur Corinne PERDRIX, pour nous faire l'honneur de faire partie de notre jury.

A Monsieur Pascal Kober, pour avoir accepté de prendre part à notre jury. C'est un plaisir pour nous d'avoir un représentant de la profession de sage-femme.

A Madame le Docteur Isabelle FAY, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre investissement, pour vos conseils, et de nous avoir guidés tout au long de ce travail.

A mes parents. Merci d'avoir toujours veillé sur moi et de m'avoir permis de faire ce que je voulais. Merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études. Merci de m'avoir aidée à garder mes schtroumpfettes lorsque j'en avais besoin. Sans vous rien n'aurait été possible.

A mon papa, pour son aide, avec les filles et la maison, les travaux, l'extérieur.

A ma maman, pour son dévouement avec les puces, l'entretien de la maison, la vie de tous les jours.

Et à Philippe, pour son soutien dans toute cette période.

A mon frère, David, pour m'avoir montré la voie de la réussite, passer après toi n'a pas toujours été facile mais j'espère t'avoir rendu fier comme je le suis de ton parcours.

Et à ma belle-sœur, Anne-Charlotte, pour avoir toujours pris de mes nouvelles et m'avoir soutenue dans ce cursus et dans ma vie en générale.

Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines et leurs enfants, merci pour ces moments de joie partagés, pour ces instants qui nous permettent de profiter les uns des autres. J'ai hâte de pouvoir fêter cela avec vous. J'ai une pensée pour ceux qui ne sont plus là pour le faire, mais que je garde au fond de mon cœur : ma tante, mes grands-parents qui, je pense, auraient été si fiers de me voir atteindre mes rêves.

A ma belle-famille, je vous remercie pour votre soutien tout au long de ces années, auprès de mes enfants, mais aussi dans mes longues études. Merci d'avoir aussi bien élevé votre aîné, qui m'apporte tant.

A mes amis, les plus anciens comme les plus récents, de la maternelle à l'université. Merci de nos moments de rigolade, de nos instants partagés et à tous les autres à venir.

Aux professeurs, maîtres de stage et mes collègues, qui m'ont permis de découvrir toutes les possibilités et m'ont aidé à choisir ma voie, en me montrant ce que je voulais ou non pour moi-même.

A Elodie, pour ces belles années d'amitié et ce travail en commun, en toute simplicité et en se soutenant. Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite dans tous tes projets qui se concrétisent petit à petit et pour les autres à venir.

A nos relectrices, nos mamans, merci pour votre temps et vos précieux conseils.

A mon futur mari, Florian, qui me soutient dans chaque étape de ma vie, avec patience et bienveillance malgré mon caractère. Je t'aime.

A mes filles, Léna et Hanaé, mes rayons de soleil depuis 2019 et 2021, qui arrosent mes jours de sourires et me font voir la vie tout autrement. Je vous aime plus que trois fois mille.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION	18
MATERIEL ET METHODE	23
1. Objectifs de l'étude	23
2. Type d'étude	23
3. Population	23
3.1. Critères d'inclusion.....	23
3.2. Critères d'exclusion	23
3.3. Modalités de recrutement	24
4. Recueil des données.....	24
5. Analyse des données.....	25
6. Aspects éthiques et réglementaires.....	26
RESULTATS	27
1. Caractéristiques des entretiens	27
2. Population étudiée	27
3. Analyse des résultats.....	30
3.1. Place de chaque professionnel dans le suivi gynécologique et le suivi de grossesse ..	30
3.1.1. Place définie selon les patientes	30
3.1.2. Place définie selon la disponibilité des praticiens.....	31
3.1.3. Place définie selon les praticiens et leurs caractéristiques.....	32
3.1.4. Volonté de séparation du suivi global et du suivi gynécologique	33
3.1.5. Place que se donnent les praticiens	34
3.1.6. Place du gynécologue dans le suivi gynécologique de la femme.....	37
3.2. État des lieux de la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme.....	38
3.2.1. État actuel de la collaboration	38
3.2.2. Les objectifs de la collaboration.....	39
3.3. Facteurs influençant ou nécessaires à la mise en place ou à l'amélioration de la collaboration	40
3.3.1. Facteurs influençant la collaboration.....	40
3.3.2. Les prérequis pour améliorer la collaboration	40
3.3.3. Intérêt de l'exercice en groupe	43
3.4. Freins possibles à la collaboration et à la prise en charge	44
3.4.1. Méconnaissance des praticiens et manque de communication	44
3.4.2. Relations complexes entres professionnels	46
3.4.3. Questionnement sur les différences de prise en charge	47

3.4.4.	Complexité des limites de compétences.....	48
3.5.	Bénéfices de la collaboration	49
3.5.1.	Optimisation de la prise en charge des patientes.....	49
3.5.2.	Amélioration de la confiance dans la prise en charge	50
3.5.3.	Diminution de la charge de travail	51
3.5.4.	Accroissement des compétences et relais aux limites de compétences	51
3.5.5.	Une solution au manque de médecins généralistes	52
3.6.	Impact de la raréfaction des gynécologues sur la collaboration	53
3.7.	Comparaison des résultats selon la zone géographique et la démographie	55
DISCUSSION.....		57
1.	Synthèse des résultats.....	57
2.	Comparaison avec la littérature.....	59
2.1.	La place des professionnels dans le suivi de la femme	59
2.1.1.	Les connaissances des patientes sur les compétences des professionnels	59
2.1.2.	Facteurs influençant le choix du praticien	60
2.1.2.1.	Être un homme est un frein au suivi gynécologique.....	60
2.1.2.2.	Le statut de médecin de famille.....	61
2.1.2.3.	La disponibilité du professionnel	62
2.1.3.	Médecins généralistes et sages-femmes : des acteurs de premiers recours	63
2.1.4.	Le gynécologue : pour les avis spécialisés.....	64
2.2.	Comment collaborent médecin généraliste et sage-femme ?.....	65
2.2.1.	Les freins à la collaboration.....	65
2.2.1.1.	Le manque de connaissance sur leurs compétences réciproques.....	65
2.2.1.2.	La communication : un élément clé	66
2.2.1.3.	L'éternelle concurrence, qu'en est-il ?.....	68
2.2.2.	Les bénéfices et facteurs favorisant la collaboration.....	69
2.2.2.1.	L'amélioration de la qualité des soins.....	69
2.2.2.2.	Une solution au manque de professionnels	70
2.2.2.3.	L'interprofessionnalité, un moyen d'échanges.....	72
3.	Forces et limites	74
3.1.	Intérêt de l'étude	74
3.2.	Forces de l'étude	74
3.2.1.	Choix de l'étude.....	74
3.2.2.	Triangulation des résultats.....	74
3.2.3.	Grille de lecture	75
3.3.	Limites de l'étude.....	75

3.3.1. Echantillon.....	75
3.3.2. Biais de recrutement.....	75
3.3.3. Biais d'investigation.....	75
4. Quelles perspectives pour l'amélioration de la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme ?.....	76
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81
ANNEXES	86

LISTE DES ABREVIATIONS

ANESF : Association nationale des étudiants sages-femmes

CA3B : Communauté d'agglomération du bassin de Bourg en Bresse

CAPI : Communauté d'agglomération des portes de l'Isère

CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes

CNSF : Collège national des sages-femmes de France

DIU : Diplôme inter-universitaire

DU : Diplôme universitaire

EP : Elodie POTREL

ER : Estelle RAFFIN

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patient santé et territoires

ISNAR-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecin généraliste

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SF : Sage-femme

INTRODUCTION

En 2018, environ 20% des femmes n'ont pas de suivi gynécologique (1). Nous constatons que ces données sont quasiment identiques à celles de 2011 et 2017 (2)(3), ainsi nous pouvons considérer qu'à ce jour seulement 80% des femmes bénéficient d'un suivi gynécologique.

Mais qu'appelle-t-on suivi gynécologique ?

La gynécologie se définit comme une science médicale consacrée spécifiquement à l'étude de la femme et de son appareil génital, tant sur le plan physiologique que pathologique (4).

Le suivi gynécologique de la femme concerne la contraception, la prévention et le dépistage, la ménopause, l'interruption volontaire de grossesse et la sexualité. Il englobe également le suivi de grossesse, ainsi que le post-partum et l'allaitement.

En France, le suivi gynécologique hors grossesse est recommandé mais il n'est pas obligatoire. Il n'existe d'ailleurs pas de recommandation de la part de la Haute Autorité de Santé dans ce cadre, hormis pour l'orientation et le suivi des femmes enceintes qui est quant à lui obligatoire (5).

Cette non-définition du suivi gynécologique hors grossesse est peut-être une raison à cette importante proportion de femmes sans suivi.

Mais qu'est-ce qui explique qu'un cinquième de la population féminine ne bénéficie pas d'un suivi gynécologique ?

Il apparaît que le plus souvent les femmes n'en ressentent pas le besoin. Nous pouvons également constater que le délai d'obtention d'un rendez-vous est trop long ou que le tarif de la consultation est trop élevé. Enfin nous avons été interpellées de constater que, pour un certain nombre de personnes, il semble difficile de trouver un professionnel disponible à proximité (1).

Ainsi, nous pouvons nous demander quel professionnel est compétent pour effectuer ce suivi.

En 2003, le décret n°2003-85 du 30 janvier 2003 a divisé le suivi gynécologique en deux pour les médecins gynécologues : la gynécologie-obstétrique et la gynécologie médicale. La gynécologie médicale prend en charge le suivi de la femme hors accouchement : des premières règles à la ménopause. Ce qui englobe la contraception, le dépistage, le traitement des pathologies génitales et mammaires, les IVG, l'aide à la procréation, les troubles de la sexualité et la ménopause (6). La gynécologie obstétrique regroupe tout le suivi de la femme en incluant la grossesse et les pathologies associées (7).

On retrouve également, en plus des gynécologues, deux autres acteurs impliqués dans le suivi gynécologique : le médecin généraliste et la sage-femme.

Le médecin généraliste est compétent dans les soins de premiers recours. Selon le Code de la santé publique, il intervient dans l'offre de soins ambulatoire en assurant "la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé" (8). Ainsi, il assure le suivi global de la femme, à tous les âges de sa vie. Il constitue un premier interlocuteur pour la prise en charge gynécologique.

La sage-femme joue également un rôle dans le suivi gynécologique. D'ailleurs, son rôle ne cesse d'évoluer depuis son apparition, a priori dès le néolithique, avec une pratique plus reconnue à partir du XVIII-XIXe siècle (9). Au XXe siècle, le rôle des sages-femmes se développe beaucoup, et devient essentiellement hospitalier, notamment après la deuxième guerre mondiale. En 1984, le métier de sage-femme s'ouvre aux hommes. Depuis, cette profession continue d'évoluer (10).

La loi de santé publique de 2004 a permis aux sages-femmes de procéder à la déclaration de grossesse et de suivre la patiente jusqu'aux soins postnataux du nouveau-né et de la mère.

L'arrêté du 22 mars 2005, quant à lui, ouvre la pratique de certaines vaccinations. Et plus récemment, depuis le 1er mars 2022, elles peuvent prescrire et pratiquer certaines vaccinations, aux femmes, à leurs enfants mais également à leur entourage (11).

Depuis le 5 mars 2007, elles sont habilitées à réaliser l'entretien prénatal précoce.

La loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 leur permet de réaliser des échographies gynécologiques, des actes d'acupuncture et d'ostéopathie, de prescrire des contraceptifs hormonaux, de poser des dispositifs contraceptifs sous cutanés et intra utérins et de conduire des consultations de contraception et de suivi gynécologique. Tout ceci dans une logique de prévention auprès des femmes en bonne santé, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

A partir de l'arrêté du 11 octobre 2011, elles sont autorisées à prescrire certains médicaments dans une liste définie, droit de prescription qui a été élargi en 2021, puis le 5 mars 2022 (12).

Depuis 2012, elles sont en mesure de prescrire des arrêts de travail n'excédant pas 15 jours en cas de pathologie de la grossesse. En 2021, elles ont la possibilité de les prolonger au-delà. De plus, elles peuvent participer aux activités d'assistance médicale à la procréation.

Avec la loi du 26 janvier 2016, concernant la modernisation de notre système de santé, elles sont habilitées à prescrire des substituts nicotiques et réaliser des IVG par voie médicamenteuse. La loi de financement de la sécurité sociale de 2021 augmente encore leurs compétences en matière d'interruption de grossesse et permet la mise en place d'une expérimentation pour une durée de 3

ans de la pratique de l'IVG chirurgicale pour les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues.

La loi 2021-502 du 26 avril 2021, modifiée le 5 mars 2022, visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi RIST12, leur donne la possibilité de prescrire, aux patientes et à leurs partenaires, le dépistage d'IST et les traitements de ces infections.

Ainsi, on constate que la sage-femme joue également un rôle de premier recours dans le suivi gynécologique, mais uniquement physiologique, et qu'elle doit pouvoir adresser la femme à un médecin si nécessaire.

Ces différents professionnels partagent donc de nombreuses compétences dans le domaine gynécologique. Ils ont d'ailleurs rappelé ces compétences dans une publication commune en 2010 : « Référentiels Métiers et Compétences ». Devant cet important partage de compétences, il paraît important de déterminer les rôles de chacun. Afin de les définir, il nous semblait important de s'intéresser à la démographie de ces professionnels.

Selon les données de data.dress entre 2012 et 2021 en Auvergne Rhône-Alpes (13), on remarque une raréfaction des gynécologues médicaux (baisse de 42.7%), une stabilité des médecins généralistes et une augmentation du nombre de gynécologues obstétriciens (25.7%) et de sages-femmes (22%) (*Annexe 1*).

Toutefois, cette situation est à mettre en parallèle avec l'augmentation constante de la population générale qui accentue cette raréfaction des médecins. Ainsi, malgré une stabilité du nombre de médecins généralistes, on remarque une baisse de leur densité par habitant.

Elle passe de 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012 à 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2021 (14). De plus, nous remarquons que la profession de médecins se féminise avec un passage de 42% à 50% de femmes entre 2012 et 2021. Cette évolution se traduit naturellement par une augmentation des congés maternités ainsi que des éventuels congés parentaux, qui sont souvent plus fréquents pour les femmes que pour les hommes.

Il est clair aujourd'hui que les conditions de travail, particulièrement pour les médecins généralistes, ne sont plus les mêmes. En effet, pour les anciennes générations, nous remarquons que l'activité du médecin généraliste était bien souvent individuelle et les heures n'étaient pas comptées. Cependant, aujourd'hui les aspirations des jeunes générations diffèrent : la pratique en groupe est privilégiée, le salariat attire davantage (15). Une idée revient souvent : valoriser le temps personnel (16).

La nécessité d'adapter les modes de pratique se trouve renforcée si on se réfère à une revue de la littérature de 2018 (17). En effet, cette étude montre que le suivi gynécologique est assuré le plus fréquemment par le gynécologue (72 à 92%) dont le nombre baisse fortement, alors que le médecin généraliste n'intervient que dans 8 à 23% des cas et la sage-femme uniquement dans 2%.

Le développement de la collaboration entre professionnels de santé a été mis en avant par la loi HSPT du 21 juillet 2009. Elle a permis la création des agences régionales de santé chargées d'assurer la régulation de l'offre de santé et la gestion de santé publique par région (18). Elle définit mieux les périmètres d'intervention des professionnels et favorise leur coopération, par exemple, par la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (19).

Dans ce cadre, une collaboration entre médecin généraliste et sage-femme semble tout à fait adaptée pour optimiser le suivi gynécologique de la femme.

Mais qu'est-ce que la collaboration ?

La collaboration est l'action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres (20). D'après l'OMS, la collaboration se définit "lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention".

Plusieurs études s'intéressent à la collaboration. En 2008, un mémoire de sage-femme a fait un état des lieux de celle-ci sur plusieurs départements de la région Midi-Pyrénées et uniquement dans le cadre du suivi de grossesse (21). Une thèse en 2012 a, elle, étudié la place de ces professionnels dans le suivi de grossesse à bas risque. Selon les plus récentes études, la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme n'est pas courante. Les freins principaux à cette collaboration sont la méconnaissance des professionnels entre eux et de leurs compétences, particulièrement en milieu urbain, et le manque de communication. Il est également évoqué l'habitude des médecins généralistes de coopérer avec les gynécologues, le manque de temps des praticiens et une notion de concurrence. Les facteurs favorisant la collaboration semblent être la raréfaction des gynécologues médicaux, les attentes de la nouvelle génération de médecins et une bonne communication (22)(23)(24).

De cette dernière étude nous retiendrons toutefois que la majorité des professionnels, médecins généralistes et sages-femmes, pensent qu'il est nécessaire de collaborer davantage.

Dans ce contexte, il semble important de développer le réseau libéral en suivi gynécologique afin de permettre une prise en charge optimale des patientes. C'est pour cela qu'il nous paraissait essentiel de comprendre les freins et les possibles d'une collaboration entre médecin généraliste et sage-femme afin d'essayer de pallier le manque de gynécologues et de pouvoir proposer une offre de soins suffisante aux femmes.

C'était l'objectif de cette étude que nous avons menée sur deux communautés d'agglomération différentes, celle des portes de l'Isère et celle du bassin de Bourg-en-Bresse.

L'objectif secondaire de l'étude était d'observer l'influence de la démographie médicale des médecins généralistes et des sages-femmes sur les pratiques en nous appuyant sur les caractéristiques démographiques des communautés d'agglomération étudiées (*Annexe 2*).

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les freins et les possibles d'une collaboration entre médecin généraliste et sage-femme, en libéral, dans la communauté d'agglomération du bassin de Bourg-en-Bresse (CA3B) et dans la communauté d'agglomération des portes de l'Isère (CAPI).

L'objectif secondaire était d'observer si la démographie médicale des médecins généralistes et des sages-femmes influait sur les pratiques.

2. Type d'étude

Les chercheuses ont choisi une étude qualitative par entretiens individuels parce qu'elle leur semblait être la plus pertinente pour répondre aux objectifs de l'étude, en favorisant la libre expression des participants.

Cette méthode est apparue comme la plus appropriée devant le traitement de données non mesurables de manière quantitative. Ainsi, il a été possible de recueillir des données verbales de manière à répondre aux objectifs.

Cette méthode a conduit à des résultats apparaissant sous la forme de verbatim, permettant une expression des avis et du ressenti des participants. Elle a également donné les moyens d'évaluer l'expérience, les pratiques et les besoins des participants.

3. Population

3.1. Critères d'inclusion

Les participants devaient être des médecins généralistes et des sages-femmes, installés, exerçant une activité libérale au sein de la CA3B ou de la CAPI, sans critère d'âge ou de sexe.

3.2. Critères d'exclusion

Les participants ne devaient pas être des médecins spécialistes, des médecins généralistes ou sages-femmes remplaçants et des médecins généralistes ou sages-femmes exerçant exclusivement une activité salariée. Leur activité ne devait pas avoir lieu en dehors de la CA3B ou de la CAPI.

3.3. Modalités de recrutement

Les investigatrices ont commencé par établir une liste des communes appartenant aux deux secteurs définis, la CA3B et la CAPI, chacune étant reliée à un des deux secteurs : Elodie POTREL à la CA3B et Estelle RAFFIN à la CAPI.

Ensuite, elles ont fait un listage par ordre alphabétique des médecins généralistes et des sages-femmes avec activité libérale à l'aide des informations disponibles sur l'annuaire santé du site internet Ameli.fr. L'échantillonnage a été réalisé en s'inspirant du principe d'échantillonnage homogène afin de s'approcher le plus possible d'une population standard concernée par la possibilité d'une collaboration. A l'issue de la création de ces deux listes, un brassage aléatoire des professionnels enregistrés a été réalisé à l'aide du site internet dcode.fr.

Les médecins généralistes et les sages-femmes ont été contactés par téléphone d'après leur rang déterminé aléatoirement auparavant. Les investigatrices se sont présentées, ont brièvement expliqué l'objectif de l'appel et la durée estimée d'un entretien. Dans le cas d'un accord immédiat du professionnel contacté, un rendez-vous était prévu, dans le cas contraire, les investigatrices transmettaient leurs coordonnées. Certains professionnels, qui ont été contactés via leur secrétaire, ont reçu un email reprenant les informations présentées oralement, à la demande de celle-ci.

Les professionnels inclus dans l'étude étaient les premiers à avoir répondu positivement à la demande d'entretien, quel que soit leur rang initial.

Les chercheuses ont émis l'hypothèse que les expériences et avis des deux professionnels concernés pouvaient être différents, ce pourquoi il a été décidé d'interroger à la fois des médecins généralistes et des sages-femmes dans cette étude.

4. Recueil des données

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-dirigés, basés sur un canevas d'entretien établi préalablement au début du recrutement (*Annexe 3*).

Ce canevas était constitué de plusieurs questions courtes permettant d'obtenir des informations sur les caractéristiques des participants. Puis, il comprenait trois grandes questions ouvertes, associées à des questions de relance pour obtenir des données inhérentes au sujet de l'étude. Les différents thèmes abordés étaient la place du médecin généraliste et de la sage-femme dans le suivi

de la femme, la collaboration actuelle ou imaginée entre les deux professionnels et, les freins et limites à la mise en place de celle-ci.

Les entretiens ont été réalisés au cabinet des praticiens, à domicile ou par téléphone selon les préférences des participants et les possibilités pratiques en contexte de pandémie.

Chacun des entretiens débutait par une brève présentation de l'enquêtrice et du sujet de l'étude. Il était ensuite remis ou transmis à chacun des participants un formulaire de consentement à l'inclusion dans l'étude.

Ensuite, les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone puis retranscrits intégralement sous forme de verbatim et anonymisés. Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participants concernés pour correction.

Les investigatrices avaient déterminé avant le recrutement d'interroger chacune quinze participants, huit médecins généralistes et sept sages-femmes, ceci correspondant en moyenne au nombre d'entretiens nécessaires pour atteindre la saturation des données. Celle-ci a été obtenue avant la fin des entretiens mais il a été décidé de poursuivre au terme fixé initialement étant donné que les rendez-vous avec les autres participants étaient déjà programmés, et afin de garder in fine une population équilibrée entre médecins généralistes et sages-femmes, et entre les deux enquêtrices.

5. Analyse des données

Chaque entretien a été analysé séparément par chacune des deux chercheuses Elodie POTREL (EP) et Estelle RAFFIN (ER). Puis elles ont mis en place une triangulation des données par confrontation des résultats afin de limiter au maximum le biais d'interprétation.

L'étiquetage initial a été effectué manuellement à l'aide d'un support papier puis retranscrit sur un fichier PDF afin d'être transmis à la deuxième chercheuse et ainsi faciliter la triangulation.

L'analyse intégrative des données et la construction du modèle explicatif ont été réalisées conjointement par les deux investigatrices (EP et ER) à l'aide du logiciel Excel.

6. Aspects éthiques et réglementaires

L'ensemble des participants a accepté librement de participer, en signant un formulaire de consentement préalablement à l'entretien, celui-ci précisant et garantissant à chacun l'anonymat et la confidentialité, ainsi que la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude.

La confidentialité a été respectée en supprimant tous les noms propres de personnes et de lieux, ainsi que les éventuels éléments caractéristiques qui auraient pu permettre d'identifier les participants. Les noms propres ont été remplacés par des étoiles (*) et les éléments caractéristiques supprimés des retranscriptions.

RESULTATS

1. Caractéristiques des entretiens

Les chercheuses ont contacté respectivement 75 médecins généralistes, 25 sages-femmes (ER) et 53 médecins généralistes, 13 sages-femmes (EP) pour obtenir une réponse positive de 8 médecins généralistes et 7 sages-femmes chacune.

Les professionnels n'ayant pas été inclus présentaient un caractère d'exclusion de l'étude, un manque de temps pour répondre aux entretiens individuels, ou n'ont pas pu être contactés.

Les 30 entretiens ont été réalisés entre le 22/02/2021 et le 06/08/2021.

Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 1 heure et 7 minutes, avec une durée moyenne de 29 minutes.

2. Population étudiée

Le panel de 30 professionnels interrogés se composait de 9 médecins généralistes femmes, 7 médecins généralistes hommes et 14 sages-femmes femmes ayant une activité urbaine, semi-rurale ou rurale.

Leur âge variait entre 26 et 64 ans, avec une moyenne de 46 ans.

La majorité des professionnels exerçait en cabinet de groupe ou en MSP.

Aucun médecin généraliste n'avait de diplôme spécifique en gynécologie, 8 sages-femmes sur 14 en possédaient un. L'activité gynécologique était variable selon les médecins généralistes.

Les caractéristiques des différents professionnels interrogés sont regroupées dans un tableau récapitulatif (*Tableau 1*).

	Sexe	Âge	Année d'installation	Durée d'exercice libéral (années)	Secteur d'activité	Mode d'exercice	% gynéco	Formation
MG1	F	56	2000	22	Rural	MSP	15-20	Non
MG2	H	64	1987	35	Urbain	Seul	5	Non
MG3	F	63	1991	31	Semi-rural	Groupe	10	Non
MG4	F	34	2014	8	Urbain	MSP	15	Non
MG5	H	59	1992	30	Urbain	MSP	5	Non
MG6	F	32	2021	1	Semi-rural	MSP	10-15	Non
MG7	F	40	2020	2	Rural	Groupe	<5	Non
MG8	H	36	2014	8	Rural	MSP	5-10	Non
MG9	H	57	1999	23	Urbain	MSP	< 5	Non
MG10	H	33	2017	5	Semi-rural	Groupe	5-10	Non
MG11	H	53	2000	22	Semi-rural	Seul	3	Non
MG12	F	38	2015	7	Urbain	MSP	15	Non
MG13	F	32	2020	2	Semi-rural	Groupe	50	Non
MG14	F	38	2015	7	Semi-rural	Groupe	20	Non
MG15	H	59	1994	28	Semi-rural	Groupe	10-15	Non
MG16	F	61	1989	33	Semi-rural	Groupe	5-20	Non
SF1	F	47	2001	21	Rural	Seule		Oui
SF2	F	48	2019	3	Urbain	Groupe		Non

SF3	F	59	2009	13	Urbain	Seule		Non
SF4	F	38	2016	6	Urbain	MSP		Oui
SF5	F	60	2020	2	Rural	Seule		Non
SF6	F	41	2016	6	Urbain	MSP		Oui
SF7	F	46	2018	4	Urbain	Groupe		Oui
SF8	F	44	2012	10	Semi-rural	Groupe		Oui
SF9	F	50	2009	13	Semi-rural	Groupe		Non
SF10	F	36	2012	10	Semi-rural	MSP		Oui
SF11	F	42	2014	8	Semi-rural	Seule		Oui
SF12	F	26	2019	3	Semi-rural	MSP		Non
SF13	F	52	2005	17	Urbain	Groupe		Non
SF14	F	39	2020	2	Semi-rural	Seule		Oui

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

3. Analyse des résultats

Après avoir situé la place de chacun des professionnels dans le suivi gynécologique de la femme, nous ferons un état des lieux de leur collaboration pour en dégager les freins, les facteurs facilitants et les bénéfices qui peuvent en résulter. Nous terminerons par une comparaison rapide des résultats des deux secteurs géographiques.

3.1. Place de chaque professionnel dans le suivi gynécologique et le suivi de grossesse

3.1.1. Place définie selon les patientes

On remarque que le facteur principal définissant la place de chacun des praticiens est le souhait des patientes, ainsi que leurs attentes :

- « C'est la place que les femmes veulent bien leur donner. Il y en a qui vont préférer être suivie par une sage-femme, il y en a qui vont préférer être suivie par leur médecin traitant. » (MG16)
- « à mon avis c'est la femme qui doit choisir la place qu'elle veut donner à chacun » (SF8)
- « chez qui la femme c'est plus facile de parler, avec qui elle trouvera un interlocuteur plus ouvert, et là pour le coup c'est toujours une question de personne plus qu'une question de profession » (SF10)
- « Moi je pense que les patientes qui viennent voir une sage-femme, elles ne viennent pas chercher la même chose en fait. On n'est pas tout à fait sur le même plan » (SF13)

Or, nous constatons que souvent, les patientes connaissent mal les compétences des professionnels, et particulièrement celles des sages-femmes :

- « les patientes sont un peu perdues là-dessus (...) la consultation postnatale elles ne savent pas où aller » (SF8)
- « Souvent, en début de grossesse quand elles arrivent et qu'elles sont perdues, qu'elles me disent « bah je ne sais pas comment va se passer le déroulement de la grossesse, qui c'est qui va me suivre, qui fait quoi... » » (SF13)
- « Et quand on leur dit qu'on fait les frottis, ils sont tous surpris, ils ne pensent pas qu'on puisse faire ça. » (MG1)
- « Euh oui je pense que c'est encore le cas, où elles ne savent pas forcément qu'on peut faire les frottis de dépistage, les poses de stérilet, les prescriptions de contraception, euh oui, ou même les suivis de grossesse » (SF7)

Cependant, il apparaît que les femmes connaissent mieux les compétences des sages-femmes après une grossesse :

- « je pense que pour les femmes qui ont déjà eu des enfants, (...) elles ont expérimenté des suivis avec des sages-femmes libérales, ou elles ont côtoyé des sages-femmes dans le cadre de leur suivi de grossesse, et elles se tournent plus facilement vers des sages-femmes (...) pour tout ce qui peut être après suivi gynéco » (MG7)

Ainsi, certains praticiens considèrent qu'il est important d'informer les patientes sur les compétences de chaque professionnel :

- « moi on commence par définir ça, qui elles peuvent voir, voilà, les différentes possibilités » (SF13)

3.1.2. Place définie selon la disponibilité des praticiens

On remarque que la notion de disponibilité et de temps revient beaucoup sur la définition de la place de chacun. Beaucoup de praticiens soulignent le manque de disponibilité des médecins généralistes comparé aux sages-femmes, particulièrement dans le suivi de grossesse :

- « Parce qu'en fait quand on reçoit des patientes, (...) elles se plaignent (...) les consultations ça dure un quart d'heure et puis basta (...). Je pense qu'on a plus de temps à leur accorder. (...)Et je pense que les femmes enceintes, pendant la grossesse, c'est une période de chamboulement et que justement, il faut leur accorder(...) le temps quoi. » (SF2)
- « je pense qu'en tant que sage-femme (...) on a plus facilement la possibilité de prendre du temps (...). Ce qu'elles osent moins faire avec le médecin généraliste qui est quand même souvent assez occupé, et pour qui c'est parfois plus difficile d'avoir des rendez-vous. Je pense que c'est plus en fait cette organisation des soins qui va faire qu'il y a une différence entre les 2 praticiens que réellement les compétences de chacun ou leurs prérequis » (SF10)
- « une consultation chez une sage-femme ça dure 30 minutes minimum, donc je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de médecins qui fassent des consultations de 30 minutes. Moi très souvent on me dit « ben c'est la première fois où on prend le temps de m'écouter », très souvent. « Le médecin je ne le sentais pas dispo, il était super booké, il a eu 50 coups de fil en même temps que ma consult parce qu'il y avait des urgences il fallait prendre des gens en plus » » (SF13)
- « c'est surtout le temps que chacun va prendre pour s'en occuper qui va faire la différence » ; « Mais je pense que ce n'est pas un problème de compétences, c'est un problème de temps accordé » (SF14)

Les patientes attendent également des professionnels qu'ils les écoutent et les accompagnent, on constate que les sages-femmes sont souvent plus disponibles pour cela :

- « Et... après c'est plus dans le temps de discussion, c'est ça les différences. Quand elles vont voir un médecin, que ce soit un généraliste ou un spécialiste, elles n'ont jamais le temps de tout dire, ou alors elles n'osent pas parce qu'il y a un timing. Et quand elles viennent ici, il n'y a pas ce timing, enfin, elles le ressentent pas pareil, donc du coup, euh, on parle plus » (SF6)

Ce manque de disponibilité des médecins généralistes est expliqué par leur raréfaction, qui entraîne une augmentation des recours aux sages-femmes :

- « On n'est plus assez nombreux, c'est l'enfer le boulot dans les cabinets » (MG14)
- « On a des notions, on a des compétences mais on est limité par le temps » (MG15)

- « Je dirais plus la raréfaction des médecins généralistes font qu'elles trouvent une porte ouverte pour ces problématiques qu'elles n'osent pas forcément aborder avec le médecin généraliste, par manque de temps, (...) elles oseront plus facilement le faire avec une sage-femme »(SF10)

3.1.3. Place définie selon les praticiens et leurs caractéristiques

On remarque que le genre des praticiens influence la place dans le suivi gynécologique de la femme. La majorité pense qu'être un homme peut freiner la prise en charge, particulièrement chez les femmes jeunes, et qu'à l'inverse être une femme facilite la prise en charge :

- « Mais ça dépend aussi des femmes, il y a des femmes qui préfèrent se confier à une femme » (MG2)
- « nous en tant que mec, notre rôle à jouer il est plus difficile que pour une femme dans ce domaine de compétences là. Alors il n'est pas plus difficile de notre côté mais je pense qu'il est plus difficile du côté des femmes de nous demander ce suivi-là » (MG10)
- « il y a des patientes qui m'ont dit qu'elles ne voulaient pas aller voir leur médecin qui était un homme donc ça change peut-être aussi en fonction du sexe » (MG13)
- « beaucoup de femmes préfèrent une femme pour leurs soins gynécologiques donc moi je reçois certaines patientes de mes confrères masculins qui préfèrent voir une femme » (MG14)

Ainsi certains professionnels remarquent un désinvestissement des médecins hommes à la pratique gynécologique :

- « j'ai l'impression (...) que les jeunes collègues hommes que je connais (...) ils s'investissent pas sur le plan gynéco. » (MG3)
- « Alors les hommes médecins généralistes certainement très peu, parce que j'ai l'impression qu'ils ont abandonné tout ce secteur et que ça ne les intéresse pas de l'investir. » (MG16)

Alors que d'autres pensent que la féminisation de la médecine générale entraînera une augmentation de la prise en charge gynécologique des femmes :

- « peut-être aussi parce qu'il y a plus de femmes et que ça nous intéresse plus » (MG12)
- « Les femmes elles ont plus envie de faire de la gynéco non ? (...) Enfin ça va orienter la profession différemment s'il y a plus de femmes, c'est obligé. » (SF13)

Nous constatons également que la place des praticiens varie en fonction de leur âge et de leur expérience :

- « Je pense aussi que c'est avec l'âge qu'on se sent de plus en plus à l'aise. J'en parle très facilement mais je n'étais peut-être pas aussi à l'aise en sortant de l'école pour parler de ça. » (SF1)
- « Je fais des frottis aussi, alors un peu moins maintenant, je pense que c'est parce que je suis (...) un peu plus âgé » (MG15)
- « je pense qu'on est plus performant sur quelque chose qu'on fait régulièrement » (SF13)

Le rôle de chacun des professionnels est également dépendant de la formation et des intérêts de ces derniers :

- « parce que si on n'a pas de DU de gynéco, qu'on n'a jamais fait de gynéco de notre vie, je ne vois pas comment on peut être formé (...) à suivre la femme enceinte » (MG1)
- « Je trouve qu'en ayant le DIU, où il y avait sexualité, on se sent peut-être un peu plus à l'aise » (SF1)
- « Mais, je pense après, c'est plus une question d'aisance et de formation, et de maîtrise du sujet quoi. » (SF4)
- « Je ne suis pas sûre que ce soit corps de profession dépendante. C'est plus formation personnelle » (SF10)

Cependant, il ressort que les praticiens, particulièrement les médecins généralistes, ne peuvent pas être compétents dans tous les domaines et que leur omniscience peut être un frein à la prise en charge :

- « Non, pour moi le généraliste il a sa place partout mais c'est juste qu'il a tellement de choses à faire qu'il ne peut pas tout faire. » (SF6)
- « De toute façon on ne peut pas être spécialiste en tout, il y a de plus en plus d'acteurs en gynécologie (...). On va dire on se met moins au goût du jour de ce côté-là. » (MG11)
- « Ce n'est pas parce qu'on est médecin traitant qu'on va faire tout ce qui existe dans tous les domaines. » (SF13)

3.1.4. Volonté de séparation du suivi global et du suivi gynécologique

La majorité des praticiens considère que les patientes veulent séparer leur suivi global et leur suivi gynécologique :

- « La partie intime quelquefois elles veulent pas que ce soit en même temps que la médecine gé (...). Enfin voilà, il y en a qui veulent séparer les deux » (MG3)

Ainsi, il apparaît que le statut de médecin de famille peut être un frein à la prise en charge gynécologique :

- « Il y en a qui différencient aussi beaucoup la sage-femme et le médecin traitant qu'elle connaît depuis qu'elle est toute petite et à qui elle ne veut pas montrer ses fesses et donc elle va voir une sage-femme et le médecin va continuer à être le médecin traitant et la sage-femme peut la suivre en tant que gynéco ». (SF8)
- « Et puis des fois elles sont aussi un peu gênées du fait que ce soit un médecin de famille qui voit aussi les enfants, le mari, etc... ça les gêne un peu de parler de ça avec leur médecin, moi c'est ce que je vois un peu au quotidien » (SF9)

Cependant, certains notent que les patientes préfèrent confier leur suivi au même professionnel, qu'il soit le soignant habituel ou celui intervenant lors de la grossesse :

- « Ça dépend si c'est aussi tout de suite après l'accouchement ou si c'est des troubles sexuels qui surviennent à distance de l'accouchement. Je pense qu'elles se confieront plus

à leur médecin généraliste plutôt que d'aller voir une sage-femme juste pour ça. Si c'est des choses qui arrivent après l'accouchement, forcément ce sera plus la sage-femme » (MG2)

- « Après tout dépend aussi d'où les patientes ont accouché » (MG16)

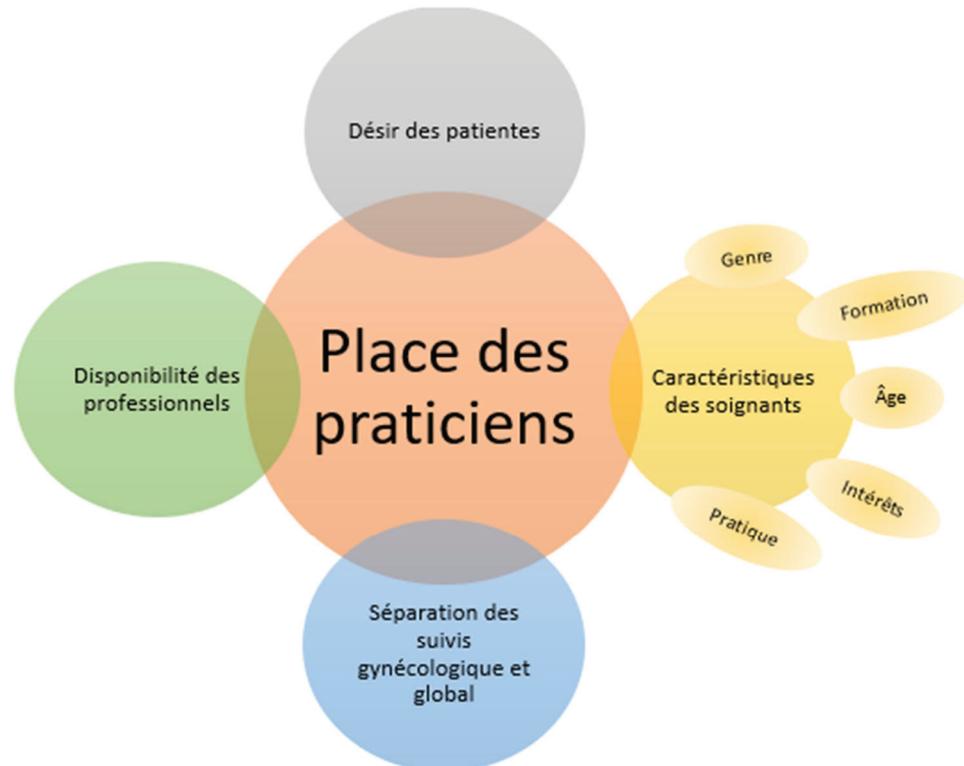


Figure 1 - Variation de la place des professionnels

3.1.5. Place que se donnent les praticiens

Il apparait que chaque professionnel est une personne de confiance et un premier recours dans le suivi de la femme. La majorité considère qu'ils sont équivalents dans le suivi gynécologique physiologique de la femme, sans antécédent :

- « c'est des interlocuteurs de confiance, que ce soit le médecin généraliste ou la sage-femme. » (MG4)
- « la physiologie de premier recours les sages-femmes et les médecins généralistes font ça très bien, et où là pour le coup ce serait peut-être nous les premiers recours » (MG14)
- « il y a en première ligne les sages-femmes ou les médecins généralistes, que je mets vraiment sur un pied d'égalité à ce niveau-là » (SF10)

On remarque que la majorité des praticiens constate une équivalence de leur place dans la prévention, la contraception et la sexualité, dans le domaine physiologique :

- « Bah c'est pareil, on peut tout à fait faire la même chose les deux. » (SF4)
- « je pense que chacun peut avoir sa place dans ce suivi là aussi. » (SF7)

Concernant la place de la sage-femme dans le suivi de la femme, plusieurs praticiens la décrivent comme étant en augmentation :

- « J'ai l'impression que le rôle de la sage-femme en suivi est de plus en plus important. On leur donne aussi de plus en plus de possibilités » (MG2)
- « du coup la sage-femme se déploie, fait plein de choses. Toujours en lien qu'avec la femme. » (SF4)
- « sur les sages-femmes on a de plus en plus de développement d'une activité de suivi de la femme et de la femme enceinte » (MG10)

Nous constatons même que les sages-femmes sont souvent considérées comme des spécialistes de la femme :

- « C'est quand même vachement bien de déléguer la gynécologie aux spécialistes de la gynécologie, à savoir les sages-femmes » (MG4)
- « Donc la place de la sage-femme dans l'allaitement, elle est primordiale (...) on est spécialiste de l'allaitement. Donc on est assez calé, mais après ça dépend des formations de la sage-femme.» (SF1)
- « j'ai presque l'impression d'être un peu spécifique quand même, en tant que sage-femme, dans le suivi de la grossesse, plus que le médecin généraliste finalement. (...) Donc peut-être un rôle de spécialiste. Mais voilà, en restant dans la physio quoi. » (SF4)

Nous avons observé qu'elles occupent une place prépondérante dans l'allaitement, le suivi de grossesse et le post-partum, notamment pour la rééducation périnéale :

- « Sur le suivi de grossesse, je pense qu'elles font plus de suivi de grossesse et qu'elles ont plus de compétences à mon sens » (MG7)
- « moi je trouve qu'elle est quand même beaucoup plus compétente que moi en termes d'allaitement » (MG8)
- « en termes de suivi post-accouchement, je pense que la sage-femme va être beaucoup plus compétente » (MG8)
- « Tout ce qui est lié à la grossesse j'ai l'impression qu'en tout cas, même dans la tête des patientes, est plus pour les sages-femmes, donc post partum également » (MG13)

Cependant, la majorité des professionnels décrit avant tout un rôle d'accompagnement de la patiente par les sages-femmes :

- « mon boulot de sage-femme c'est, (...) être dans l'accompagnement, c'est pas forcément être dans le faire. » (SF3)
- « Moi je mets la femme enceinte au centre de sa grossesse. Nous on est là pour la protéger, la diriger, pour dépister, le rôle de la sage-femme » (SF8)
- « La sage-femme, on va la voir plutôt quand ça va bien, pour avoir des conseils, pour avoir un suivi régulier et un accompagnement » (SF10)

Par ailleurs, de nombreux praticiens considèrent la sage-femme comme un prestataire de soins avec un rôle de coordinateur du médecin généraliste et une prise en charge plus globale de la femme :

- « Il faut que nous on garde la vision globale de la patiente, des patientes et qu'on délègue certaines tâches » (MG5)

- « Moi je vois un travail coordonné, donc, avec une intervention plus importante de la sage-femme en coordination avec le médecin traitant. » (MG9)
- « En tout cas moi dans ma tête les soins s'organisent : une patiente a un médecin généraliste qui confie des missions spécifiques à d'autres spécialistes : sages-femmes, cardio, gynéco etc... qui renvoient les infos vers le médecin généraliste » (SF14)

Beaucoup soulignent tout de même les limites de compétences des sages-femmes qui restent assez importantes. Le rôle principal du médecin généraliste est d'être le relais à ces limites de compétences, notamment dans les pathologies :

- « Parce que moi, de toute façon, du moment que c'est patho, je dois travailler sur prescription en fait. Je dois passer le relais, c'est mon obligation, je suis en dehors de mes compétences. C'est un médecin qui doit s'occuper de la patiente » (SF1)
- « on a un droit de prescription qui est quand même limité donc voilà c'est bien de pouvoir travailler ensemble, pour qu'eux puissent prendre en charge plus la partie pathologie et que nous, on prenne la partie physiologique » (SF9)
- « Parce que ce qui nous pose problème nous en tant que sage-femme en gynéco c'est dès qu'on est dans la pathologie. » (SF14)

Ainsi, à propos de la place du médecin généraliste dans la prise en charge de la femme, on observe que celui-ci a un rôle prépondérant dans le suivi post-ménopausique, mais aussi dans toutes les pathologies associées aux divers domaines gynécologiques :

- « Je pense que le médecin généraliste suit beaucoup plus de femmes ménopausées que la sage-femme » (MG2)
- « en tant que généralistes, nous je nous vois plus sur la femme après la ménopause et sur les pathologies gynécologiques on va dire graves, cancéreuses » (MG8)

Pendant quelques praticiens considèrent que la ménopause est surmédicalisée, et qu'il n'y a pas de nécessité d'un suivi particulier :

- « A la ménopause je ne pense pas avoir besoin d'un médecin ou d'une sage-femme » (SF8)

Concernant l'IVG la majorité des professionnels considère qu'aucun des deux n'est vraiment compétent s'il n'est pas formé :

- « Ben je pense qu'on est tous à même de faire la première consultation. Et puis après euh... d'orienter au centre d'orthogénie. » (MG6)
- « donc j'ai envie de dire les deux sont, quand ils sont formés les deux sont sollicitables. » (MG8)

Ils évoquent donc un rôle important d'orientation des patientes vers les professionnels compétents, particulièrement dans les troubles de la sexualité et les IVG :

- « On va vraiment prendre le temps de faire l'anamnèse, d'écouter un peu les demandes, les plaintes, pour pouvoir justement aiguiller les femmes » (SF11)

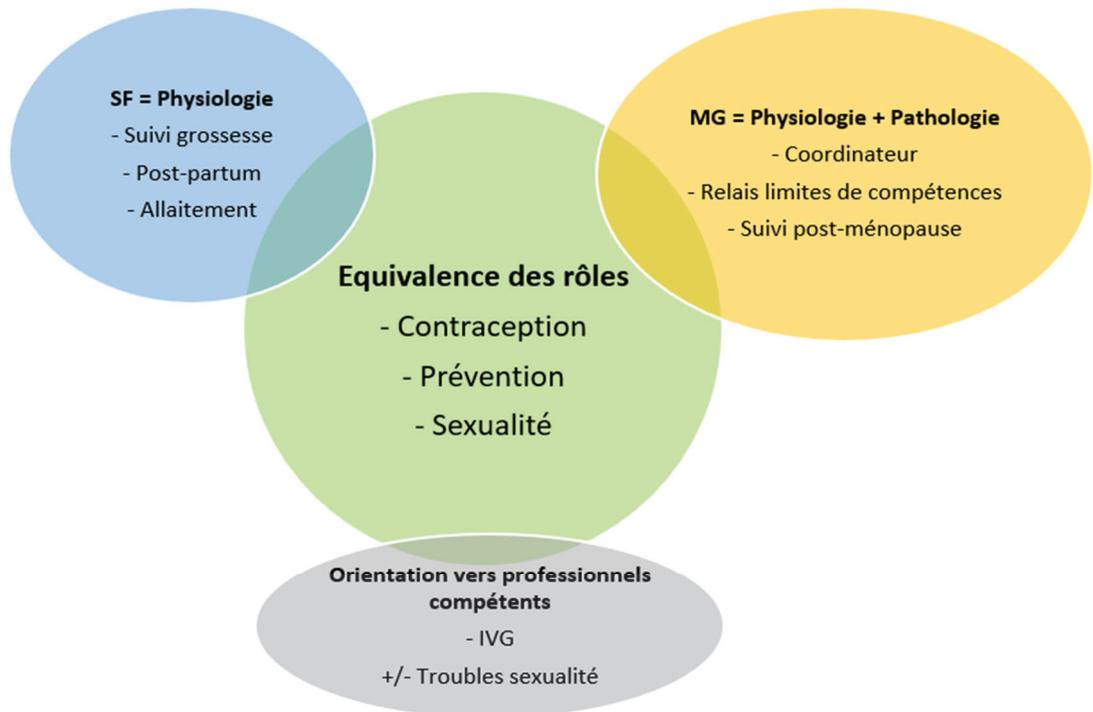


Figure 2 - Place de chaque praticien dans le suivi de la femme

3.1.6. Place du gynécologue dans le suivi gynécologique de la femme

La majorité des praticiens s'accorde à dire que le gynécologue manque de disponibilité. Ainsi, il ne devrait être sollicité que pour les avis spécialisés, particulièrement dans les pathologies de la grossesse et aux limites de compétences du médecin généraliste et de la sage-femme :

- « En gynéco quand on a un souci, moi j'envoie chez le gynéco quand on a un truc qui va pas quoi, quand j'ai fait un frottis et que j'ai besoin d'une colposcopie, bah j'envoie chez le gynéco » ; « et puis les gynécos on les réserve sur les cas plus importants qui sont que de leur domaine en fait. » (MG1)
- « c'est très bien que les gynéco fassent de la gynéco spécialisée, et que ce soit du second recours, vraiment. Parce qu'on en a besoin, parce qu'il y en a pas assez pour le second recours, et que c'est bien dommage, » (MG4)
- « Je pense que quand je suis en difficulté j'adresse au gynéco » (MG12)
- « Je pense qu'à un moment il faut recentrer clairement les compétences des gynécologues et qui doivent être la pathologie, vu qu'on manque de gynécologues (...) pour que les gynécologues aient le temps de faire de la pathologie et qu'on puisse facilement leur adresser les patientes lorsqu'on est dans des contextes justement pathologiques aussi bien que ce soit sur de la grossesse ou de la gynéco » ; « et qu'on arrive à avoir cette deuxième ligne de gynécologue qui est vraiment effective et qui gère la pathologie et qui a de la place pour la gérer » (SF10)

A noter, qu'une personne considère que les femmes n'ont pas les mêmes attentes avec les gynécologues qu'avec les médecins généralistes ou les sages-femmes :

- « Parce que les gens qui vont voir le gynéco, ils attendent un service plus du gynéco » (MG4)

3.2. État des lieux de la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme

3.2.1. État actuel de la collaboration

La majorité des professionnels n'avait pas de collaboration en place entre médecin généraliste et sage-femme. Elle existait déjà pour une minorité de praticiens. Le reste des soignants en avait déclaré une, mais informelle.

Cependant plusieurs considèrent que la collaboration est amenée à augmenter :

- « petit à petit dans le temps il y aura une collaboration de plus en plus importante. » (MG2)

Effectivement, elle semble nécessaire à la plupart des praticiens :

- « pour moi c'est vraiment oui la collaboration, on ne peut pas se passer les uns des autres. » (SF5)
- « il y a besoin d'une coordination entre le médecin traitant et la sage-femme » (MG9)
- « je pense que c'est tout à fait judicieux de pouvoir travailler ensemble au quotidien » (SF9)
- « Moi je n'ai qu'une attente c'est qu'il y ait une meilleure collaboration, une meilleure compréhension les uns des autres, parce qu'on a tout intérêt à travailler ensemble et pas chacun dans notre coin » (SF13)

Nous avons pu constater que la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes apparaît plus rare que les collaborations standards, mais sur le plan pratique, quand elle existe, elle est considérée comme équivalente :

- « C'est comme quand on adresse à n'importe qui, à n'importe quel spécialiste ou autre » (MG5)

Nous relevons d'ailleurs que la majorité des praticiens n'a aucune difficulté à l'aborder avec leurs patientes :

- « Ben en général je leur dis clairement que je les adresse à la sage-femme pour avoir un avis supplémentaire » (MG13)

Cependant certains professionnels ne voudraient collaborer que sur des domaines spécifiques, comme le suivi de grossesse, l'allaitement et le post-partum, et n'en expriment pas le besoin concernant le suivi gynécologique global :

- « j'aurais besoin de leur aide pour mes patientes, surtout concernant les suivis de grossesses (...) et le post-partum » « Je ne suis pas prête à déléguer pour le suivi de la femme en fait » (MG12)

Alors que d'autres ne voient pas l'intérêt d'une collaboration, quelle qu'elle soit, particulièrement pour les patientes sans antécédent médical :

- « je ne suis pas certain qu'il y ait vraiment des données sur lesquelles on peut vraiment collaborer. », « Après, est-ce qu'elle a lieu d'être cette coordination c'est une autre question » (MG10)
- « on est sur des gens qui sont en bonne santé, jeunes, (...). Elle est quand même formée donc la sage-femme n'a pas forcément besoin de la collaboration du médecin » (MG15)
- « Une collaboration sur un suivi gynéco d'une patiente je ne vois pas bien moi (...). Pour moi c'est une continuité, (...) je ne vois pas comment on peut suivre une patiente à deux sur une collaboration. » (SF8)

Ainsi, certains médecins généralistes orientent les patientes vers les sages-femmes uniquement par défaut de gynécologues, ou ne leur adressent pas du tout :

- « souvent je les adresse à mes consœurs du cabinet qui arrivent à leur faire leur frottis, elles ne passent pas forcément par la case sage-femme. » (MG10)
- « je préférerais orienter vers un gynécologue mais comme j'ai plus trop de gynécologues mais plutôt des sages-femmes, il y a des fois où je suis obligé d'orienter vers une sage-femme. » (MG11)

3.2.2. Les objectifs de la collaboration

Il ressort que l'objectif principal de la collaboration est de placer la patiente au centre de la prise en charge et de lui permettre une meilleure qualité et accessibilité aux soins :

- « Ce qui compte c'est que le patient soit bien suivi » (MG5)
- « Notre but c'est de soigner, c'est d'aider, donc il faut avancer vers ce seul but là. On a des médicaments, on a des analyses et on a des professionnels, et tout ça c'est dans le but de la soigner. » (SF1)
- « C'est toujours la patiente qui est au centre » (SF4)
- « Plus on va multiplier les accès aux soins qui sont pertinents pour les patientes et mieux ça vaudra. » (MG14)

3.3. Facteurs influençant ou nécessaires à la mise en place ou à l'amélioration de la collaboration

3.3.1. Facteurs influençant la collaboration

Beaucoup de praticiens décrivent une complémentarité entre les médecins généralistes et les sages-femmes :

- « je pense qu'il y a quand même une complémentarité quelque part, effectivement des choses en commun mais il y a quand même des choses qu'on peut s'apporter l'un et l'autre » (SF4)
- « Bah le médecin généraliste il a vraiment une vision qui est plus globale au niveau médical. (...) alors que la sage-femme, comme on est vraiment que sur le suivi gynéco ou l'aspect de femme, on va être limité (...). Donc c'est en ça que c'est complémentaire. » (SF6)
- « je trouve que les sages-femmes ont des compétences que je n'ai pas et je pense qu'on peut avoir un travail qui soit complémentaire. » (MG12)
- « Oh je pense que les deux sont importants. Avec leurs points de vue médical et paramédical qui s'accordent, je pense que les deux » (MG13)

Néanmoins, la collaboration semble influencée par l'âge du praticien, en effet certains évoquent qu'elle est facilitée avec les plus jeunes générations :

- « L'âge, la génération, on va dire, (...) parce que je trouve qu'avec les jeunes, moi j'y vois beaucoup plus simple » (SF1)
- « un vieux médecin en fin de carrière a l'habitude de bosser tout seul » (SF14)

De plus, selon de nombreux professionnels, la coopération va varier selon les compétences de chacun :

- « la collaboration elle s'arrête à nos limites de connaissances ou de pratiques. » (MG1)
- « ça dépend des compétences du médecin, moi il y a des trucs que je fais pas donc je délègue facilement » (MG5)
- « c'est selon ce qu'on fait ou ce qu'on ne fait pas » (MG13)

3.3.2. Les prérequis pour améliorer la collaboration

Pour penser à une collaboration, les praticiens ont décrit plusieurs prérequis à la mise en place de celle-ci.

Il semble avant tout nécessaire que les différents soignants aient la volonté de collaborer :

- « pour moi c'est une, c'est une volonté ou une motivation » (SF6)
- « il faut qu'on soit tous d'accord pour travailler en collaboration » (MG12)
- « il faut avoir quelqu'un qui ait envie de rentrer là-dedans, tout le monde ne travaille pas en réseau avec les autres » (SF13)

Également, elle n'est possible que si la patiente est d'accord :

- « il faut quand même l'aval du patient, de la patiente en l'occurrence » (MG1)
- « de toute façon on fait toujours ça en accord bien sûr avec les patientes » (MG14)

Il apparaît également essentiel de connaître les attentes de chacun :

- « Donc je dirais que si on devait collaborer ce serait d'abord de bien échanger sur les envies des uns et des autres » (MG15)

De plus, la connaissance des compétences de chaque praticien paraît indispensable pour collaborer.

Beaucoup remarquent que c'est loin d'être le cas aujourd'hui :

- « ça nécessiterait, (...) qu'on passe du temps simplement à discuter (...) pour pouvoir voir tous les points de croisement de nos activités, qu'on voit pas spontanément. » (MG4)
- « c'est aussi un peu plus dur de savoir qui fait quoi et qui ne fait pas quoi, ou qui va être limité sur tel aspect. Je sais que moi sur tel aspect je vais m'arrêter assez vite parce que je suis limité, mais je sais pas si la personne, la sage-femme que je vais avoir en face de moi, elle va être finalement pas bloquée plus vite que moi et si je vais pas la mettre en difficulté en lui envoyant la patiente, et du coup faire perdre du temps à la patiente » (MG8)
- « Ils ne peuvent pas savoir tout ce qu'on fait si on ne leur a pas dit » (SF1)
- « Mais c'est vrai, de mieux connaître et de mieux adresser c'est de mieux diriger la patiente dans le suivi, de faire connaître ce que je fais » (SF8)

Mais il semble également important de se connaître en tant que professionnels :

- « Quand on connaît les gens, on connaît mieux leur façon de faire, leurs compétences et c'est toujours mieux. » (MG5)
- « J'aurais plus de mal à contacter une sage-femme que je ne connais ni d'Eve ni d'Adam plutôt que la sage-femme qui travaille avec nous et avec qui on a de bons rapports, et on peut échanger librement quoi (...) moi je trouve qu'on est plus en confiance. » (MG6)
- « quand on se connaît mieux on a moins peur de poser une question, la peur de déranger. » (SF6)

Dans ce cadre, on remarque que les formations communes, qui permettent la mise à jour continue des connaissances, sont un moyen de connaître les différents praticiens et leurs compétences respectives.

- « c'est l'occasion de se croiser, de se rencontrer, d'échanger, voilà » (SF11)
- « il faudrait peut-être qu'il y ait des choses en commun : des sites de formation en commun, qu'on voit des choses ensemble, pour mieux travailler ensemble, moi je pense que ce serait intéressant. » (SF13)

Cependant, afin de connaître les professionnels et leurs compétences, et pour pouvoir coopérer, il paraît essentiel à la grande majorité d'avoir une communication efficiente entre les médecins généralistes et les sages-femmes :

- « Et finalement, on s'écrit jamais quoi, on n'a jamais... Et ça, sûrement que ce sera à mettre en place comme... euh... Voilà on s'écrit pas, on passe par l'intermédiaire de la femme » (MG3)

- « Moi je pense que pour qu'il y ait une collaboration faut l'accélération des voies de communication » (MG8)
- « j'aimerais qu'il y ait plus de coordination ou de communication si on doit travailler ensemble dans l'intérêt d'une patiente quoi, c'est ce qui manque un peu je trouve. » (MG12)

Ainsi, les différents professionnels privilégient plutôt les contacts par téléphone, courrier ou messagerie sécurisée. Beaucoup apprécient les dossiers médicaux partagés et aimeraient qu'ils se développent plus :

- « Bah il y a les courriers, c'est le plus évident, le téléphone. Pour l'instant, voilà, il n'y a pas de dossier partagé dans toute la France donc... » (MG5)
- « Alors, par courrier, ça c'est clair, des courriers que j'adresse au médecin et que la patiente va transmettre. Et puis, et puis après, avec ceux avec qui on travaille du coup, ça va être plus par téléphone ou par mail, enfin par messagerie sécurisée » (SF4)
- « Mais ouais si on pouvait avoir tous le même dossier médical dans toute la France ce serait juste génial... » (SF14)

D'autre part, quelques-uns évoquent également la nécessité de connaître ses propres limites pour mieux collaborer :

- « Moi, il y a des choses que je ne fais pas, que je ne veux même pas essayer de faire (...) je pense que oui chaque médecin, chaque sage-femme sait ce qu'il ou elle peut faire et réorienter » (SF5)
- « c'est chaque professionnel qui doit être capable de savoir où est la limite » (SF13)

Par ailleurs, selon la majorité des praticiens il est essentiel de définir les rôles de chacun pour une bonne collaboration :

- « je pense que c'est important que les compétences soient extrêmement définies, ça peut se chevaucher, ça peut se recouper, mais c'est important de savoir qui est le plus compétent pour faire quoi » (MG4)
- « Le problème ce serait ça : de définir la place de chacun, de savoir si on peut travailler en complémentarité ou pas » (MG15)

Pour finir, certains apprécieraient une collaboration mieux organisée :

- « c'est qu'il y ait une trace, une traçabilité » (MG7)
- « Moi je vois bien la mise en place d'un cadre en disant voilà moi je fais ça, moi je fais ça, (...) ah bah tiens moi je fais ça que tu sais pas faire. (...) pour pouvoir orienter plus facilement les patientes et plus rapidement, et on va dire cadrer, cadrer les collaborations » (MG8)
- « Bah peut-être d'avoir une collaboration peut-être un peu plus officielle » (MG13)



Figure 3 - Prérequis à la collaboration

3.3.3. Intérêt de l'exercice en groupe

Quelques praticiens évoquent une amélioration de la collaboration par la proximité ou par la présence d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluriprofessionnelle :

- « Dans un cabinet de groupe c'est plus facile que quand on est tout seul isolé » (MG5)
- « probablement que ça aide puisqu'il y a des logiciels en commun. Il peut y avoir des temps en commun » (MG7)
- « Oui carrément je pense que ça pourrait aider la circulation des infos. Enfin c'est toujours plus facile d'aller frapper à la porte d'à côté pour demander des infos, et d'avoir des dossiers médicaux partagés ça c'est clair » ; « Après si on travaille sur le même lieu c'est vachement plus facile à expliquer ces histoires de collaboration » (SF14)

Alors que d'autres ne considèrent pas que ce soit un facteur facilitant, voire même qu'une maison de santé pourrait restreindre le périmètre de collaboration aux professionnels en faisant partie :

- « ce n'est pas forcément parce qu'on est dans les mêmes murs qu'on communique plus » (19)
- « je dirais la difficulté c'est que ça voudrait dire que les patientes qu'on voit bah elles sont suivies par les médecins généralistes qui sont dans la maison de santé, si on fait partie d'une maison de santé. C'est bien, moi je trouve que c'est très bien les maisons de santé parce que ça permet aussi de travailler ensemble c'est parfait, mais le but ce serait de travailler avec les médecins qui suivent les patientes » (SF9)
- « Mais ils connaissent ceux avec qui ils sont, et pas les autres, donc ça crée aussi, comment dire, une orientation des patientes directe vers celui d'à côté, celui qu'on connaît. On oriente vers les gens qu'on connaît donc c'est un petit peu des fois délicat. (...) donc ça crée aussi quelques biais d'être dans des maisons comme ça. (...) Mais, je trouve que pour

travailler en réseau c'est très loin d'être suffisant en fait, il faut qu'il y ait des occasions de mélanger les gens » (SF13)

De plus, certains pointent des difficultés à la mise en place d'une MSP, particulièrement des difficultés financières, administratives et organisationnelles :

- « Alors on en a déjà discuté quand on est tous rentrés dans le bâtiment et c'était un peu les lourdeurs administratives qui avaient fait reculer (...) a priori c'était très lourd en termes de temps, en termes de disponibilités, de réunions pluri-professionnelles » (SF11)
- « pas envie de perdre du temps avec ça quoi » (SF14)

3.4. Freins possibles à la collaboration et à la prise en charge

3.4.1. Méconnaissance des praticiens et manque de communication

Selon la majorité des participants, le principal frein à la collaboration est la méconnaissance des compétences des praticiens, principalement celle des sages-femmes par les médecins, mais aussi l'inverse :

- « c'est certainement le manque de connaissance des possibilités que peuvent prendre les sages-femmes certainement. C'est le frein certainement le plus important » (MG2)
- « une meilleure connaissance de la part des médecins aussi des limites de nos compétences (...) c'est parfois un petit peu flou et ambigu pour certains médecins et qui ont un peu du mal à comprendre » (SF7)
- « Les freins c'est peut-être parfois le manque de connaissances sur les possibilités des sages-femmes, sur ce qu'elles peuvent faire et ne pas faire, du coup on les envoie moins. Je pense que c'est le principal frein de savoir ce qu'elles peuvent suivre et ce qu'elles ne peuvent pas suivre [...] Oui peut-être le manque de connaissances sur ce qu'elles peuvent faire ou ne pas faire principalement » (MG13)
- « À condition effectivement que ce soit dans les deux sens, parce que je pense qu'aujourd'hui elles sont aussi larguées que nous sur le rôle de chacun » (MG15)

Mais ils évoquent également le fait de ne pas se connaître en tant que professionnels :

- « Donc effectivement, peut-être le fait de ne pas se connaître est un frein à la collaboration. Peut-être. Le fait de pas se connaître en tant que personne. » (SF4)
- « Qu'est-ce qui peut poser problème... entre une collaboration entre un médecin généraliste et une sage-femme, je pense c'est si on se connaît pas » (SF5)
- « le fait de ne pas se connaître peut limiter la collaboration oui, parce que ça reste abstrait de s'adresser juste à quelqu'un qu'on ne connaît pas du tout » (SF7)
- « Mais quand on ne se connaît pas du tout c'est compliqué. » (SF13)

Quelques-uns expliquent toutefois que ce n'est pas une limite si une bonne communication est en place :

- « si ça communique au moins par courrier et de temps en temps par téléphone, on apprend à se connaître aussi, (...). Moi il y a des sages-femmes (...) j'ai jamais vu mais je sais comment

elles travaillent quoi parce que j'ai des patientes, on a des patients en commun et qu'on a quand même quelques échanges de courrier ou de téléphone hein » (MG5)

Aussi, un autre frein majeur retrouvé est le manque de communication entre professionnels, aussi bien d'un côté que de l'autre :

- « je trouve que la communication pêche et que du coup ça me rend un peu aigrie » ; « J'aimerais bien que ce soit un peu plus systématique en fait, et probablement que si ça l'était, je ferais aussi, moi, plus d'efforts derrière pour améliorer ma communication. » (MG12)
- « Ça dépend de chacun, si on est enfermé dans son coin et qu'on ne veut rien dire aux autres bah forcément ça va être les limites à la communication » (MG14)
- « les freins pour moi c'est vraiment (...) la communication. » (MG16)

Une sage-femme évoque que la multiplicité des moyens de communication la rend plus difficile :

- « Mais je pense que c'est parce qu'on fait tout en double en fait, on perd trop de temps, (...) On a un dossier informatique dans son cabinet qu'on a par le logiciel qu'on a acheté et puis le confrère lui il n'a pas le même, et puis dans la structure c'est encore un autre dossier, donc si vous, vous remplissez leur dossier il faut remplir le vôtre en plus, mais ce n'est plus que de l'administratif » (SF13)

La majorité des praticiens explique tous ces freins, au moins en partie, par un manque de temps important. Ils décrivent également un manque de disponibilité :

- « A mon avis moi le temps déjà, parce que qui dit courrier, qui dit message, dit quand même du temps. Euh, qui dit coup de fil dit également du temps, faut que les deux intervenants soient disponibles, soient disponibles en même temps et cérébralement disponibles, euh, et c'est vrai qu'entre deux consultations des fois c'est compliqué d'être, d'être, on va dire pertinent et efficace. » (MG8)
- « je pense peut-être le temps, le temps que chacun a de disponible pour justement investir de l'énergie là-dedans, parce que de l'énergie il en faut » (SF8)
- « je pense déjà le temps, prendre 5 minutes pour appeler le collègue, (...) c'est un problème d'organisation je pense, voilà, ça c'est le premier frein » (SF13)
- « Les freins c'est le temps. Ça c'est sûr » ; « Mais, parce que ce qui est compliqué dans ces histoires de collaboration... Je n'ai pas l'impression que ce soit que les gens ne veulent pas, c'est surtout que faire un courrier ça prend des années... Et euh se joindre par téléphone on n'a pas le temps... » (SF14)

A noter que certains évoquent également des difficultés administratives et d'organisation pour collaborer, ce qui peut être limitant :

- « De toute façon, les dynamiques c'est compliqué, déjà en intra-professionnel » (SF3)

3.4.2. Relations complexes entres professionnels

Les praticiens, aussi bien médecins généralistes que sages-femmes, évoquent l'ego des médecins comme pouvant rendre la collaboration plus difficile :

- « Un médecin a des fois du mal à confier ses patients à un professionnel de santé qu'il estime pas, entres guillemets, de son niveau d'étude. J'en suis persuadée ça, que ça doit exister. De la même façon, "alors c'est moi le médecin, c'est moi qui gère, la sage-femme elle va s'occuper des grossesses et puis voilà". Donc ça, ça peut être un frein. » (MG1)
- « Ou alors, c'est pareil, c'est que c'est un problème d'ego. C'est que vous vivez mal qu'il y ait vos patientes, que vous avez vu à un moment donné, qui aillent voir ailleurs, comme si elles changeaient de crèmerie » (SF1)
- « aussi un peu des querelles d'ego entre les médecins et les sages-femmes et du coup je pense que c'est pour ça que c'est aussi difficile de collaborer entres nous » (MG10)
- « J'ai l'impression qu'il y a eu quand même beaucoup de réticences de la part de certains médecins généralistes dans le cadre de l'ouverture des compétences des sages-femmes pour l'accès à toutes les missions de prévention » (MG14)

De plus, l'individualisme des médecins et un sentiment d'infériorité des sages-femmes ont été évoqués comme des limites :

- « Bah au départ, c'est toujours le même problème hein, les médecins sont individualistes. » ; « C'est vrai aussi que en dernier recours on est toujours tout seul, enfin faut réaliser que c'est un métier qui pousse à être solitaire. (...) c'est nous qui décidons en dernier recours tout seul, même si on prend des avis. Et que du coup cette responsabilité elle est individuelle et du coup, eh bien, faire confiance à quelqu'un d'autre pour décider à notre place c'est aussi hein voilà » (MG3)
- « c'est les sages-femmes qui ont (...) un petit sentiment d'infériorité, je sais pas quoi, mais c'est elles » (MG5)

Ainsi, certains praticiens constatent des difficultés à coopérer, évoquant des conflits interprofessionnels, selon les personnalités de chacun :

- « Il y a des différences qui sont liées au caractère des médecins. » (MG2)
- « Je pense que c'est beaucoup une question, parce qu'on peut pas collaborer pareil avec toutes les sages-femmes très honnêtement, et je pense qu'elles, elles ont aussi leurs têtes de médecins, et c'est bien normal parce qu'on n'a pas la même formation initiale à part la première année. » (MG7)
- « C'est vraiment différent selon qui on a en face » ; « Mais vous voyez ce n'est pas une notion de compétence, c'est une notion d'être humain derrière la compétence, c'est ça qui est difficile » (SF14)

Par ailleurs, une faible majorité considère qu'il existe une concurrence entre les médecins généralistes et les sages-femmes, soit par diminution d'une pratique appréciée, soit par similarité des compétences, soit par concurrence financière :

- « Il y a quand même certaines personnalités, je parle dans les médecins, qui ont tendance à "plus plus plus, toujours un peu plus" et surtout on ne partage pas. C'est ça hein, c'est l'appât du gain, l'amour de l'argent. » (MG1)

- « Ouais, je pense qu'il y en a certains médecins qui sont comme ça aussi, qui nous voient peut-être en concurrence (...). Bah surtout celles qui veulent faire la gynéco, celles qui veulent se lancer dans tout ça » (SF4)
- « comme elles ont les mêmes prérogatives que nous, finalement, en fait, le réel frein, c'est que bien souvent elles peuvent se passer de nous, médecins généralistes, pour faire leur travail. » (MG10)
- « ce sont des consultations qui me font plaisir quoi. Donc, je ne me vois pas abandonner ça, euh, égoïstement peut-être, je ne sais pas, à un autre corps de métier » (MG12)

Toutefois, de nombreux participants estiment que la notion de concurrence n'existe pas ou est gommée par une patientèle suffisante, le manque de professionnels ou une absence d'activité gynécologique de la part des médecins généralistes :

- « Alors moi, vous savez et c'est ce qui a toujours été, si on a du travail, il n'y a pas de concurrence » (SF1)
- « J'ai très peu de mes patientes qui font leur suivi gynéco avec leur médecin, quelques unes mais très peu finalement, et le suivi de grossesse bah quasi pas, même les patientes que je vois juste en post-partum, quasi aucune ont été suivies par leur médecin. Donc concurrence, vraiment j'ai pas l'impression » (SF7)
- « et pour moi y voir une concurrence c'est ridicule surtout dans la mesure où encore une fois on est déjà plus assez nombreux » (MG14)
- « Mais une concurrence, non, je pense qu'il y a du boulot pour tout le monde quoi, clairement » (SF10)
- « pour les médecins qui ne font pas de suivi gynéco je pense que c'est vraiment complémentaire, (...) mais du coup pour ces médecins là ce n'est pas rare de travailler avec des sages-femmes qui peuvent compléter cette partie-là de cet exercice. » (SF12)

3.4.3. Questionnement sur les différences de prise en charge

On constate qu'une minorité des praticiens considère que les différences de prise en charge peuvent être un frein à la collaboration :

- « les freins pourraient être vraiment les différences de pratique entre les praticiens, que certains pratiquent d'une certaine façon et que d'autres ne comprennent pas. » (SF8)
- « Les freins, ça peut être des fois des doubles discours sur le même sujet » (SF10)

Cependant, quelques-uns pensent que les recommandations de bonnes pratiques permettent de limiter ces différences :

- « on a chacun nos théories et nos façons de faire, mais il y a des choses qui sont codifiées donc c'est pas compliqué quoi » (MG1)
- « si on respecte bien les protocoles du réseau Aurore, il n'y a pas de raison d'avoir des pratiques trop différentes. » (SF2)

D'autre part, quelques professionnels considèrent que la multiplicité des intervenants est un frein à la collaboration :

- « Je pense qu'il y a des gens d'ailleurs qu'elles m'ont orienté qui ont beaucoup beaucoup de comorbidités et qui ont du mal à se soigner et que si on multiplie les intervenants c'est foutu. Donc c'est important aussi de centraliser et de pas réorienter tout le temps. Ca c'est hyper essentiel je trouve » ; « On a du mal à lier la relation de confiance et plus on multiplie les intervenants, plus c'est foutu quoi. (MG6)
- « Au moins c'est toujours le même interlocuteur et pas 6 sages-femmes, 3 médecins... » (SF5)
- « Parce qu'on voit quand même des personnes qui ont vu cinquante personnes différentes c'est un peu compliqué hein, le suivi n'est pas extraordinaire quand c'est comme ça, ouais ça c'est un des problèmes. » (SF13)

Alors que d'autres considèrent que c'est un avantage :

- « c'est une place très importante pour les femmes, qui nous le rapportent d'ailleurs, qu'elles sont contentes d'avoir ces suivis multiples. » (MG6)
- « ça peut être intéressant de pouvoir discuter de certains cas avec la sage-femme, de cas un peu plus complexes. Et après, avec la patiente, montrer effectivement qu'on est en capacité et qu'on a les informations en commun. » (MG7)

3.4.4. Complexité des limites de compétences

Quelques praticiens estiment que le rôle de prescripteur des médecins généralistes uniquement à la limite de compétences des sages-femmes est un frein à la collaboration :

- « Bah je trouve ça anormal par contre là, pourquoi nous on serait à faire la paperasse alors que, puisqu'elles suivent et qu'elles sont à même justement là, puisqu'on leur confie le suivi de grossesse, elles sont à même de savoir à quel moment, et justement elles peuvent s'arrêter, et moi j'ai jamais contesté, et je fais quoi, mais je trouve ça complètement aberrant hein » (MG3)
- « que ce soit nous, qui en tant que sage-femme, dise au médecin qu'il faut prescrire ça parce qu'elle a ça. Ça, ça fait un côté, un truc un peu dérangeant quand même quelque part. Peut-être parce que nous on ne peut pas prescrire, mais on leur dit ce qu'il faut prescrire. » (SF4)
- « il y a des généralistes qui sont très agacés par ces situations, qui ont l'impression d'être notre secrétaire à nous faire nos arrêts de travail alors qu'eux ils ne s'occupent pas de la dame et que des fois elle ne les a pas vu depuis plusieurs mois et oui il y en a qui ne le vivent pas super bien » (SF11)



Figure 4 - Freins à la collaboration

3.5. Bénéfices de la collaboration

La majorité des professionnels estime qu'il y a plus de bénéfices que de freins à collaborer :

- « Ah non, moi je vois que du bénéfice à collaborer avec des sages-femmes. Ah ça, j'ai aucune réticence » (MG3)
- « Je pense que ça va pas au delà de ça, parce qu'en réalité je gagne beaucoup plus de bonnes raisons d'aller vers la collaboration que de freins éventuels. » (MG4)
- « pour moi en tout cas il y a pas d'obstacle à une collaboration. » (MG5)

3.5.1. Optimisation de la prise en charge des patientes

La quasi-totalité des praticiens s'accorde à dire que la collaboration permet une meilleure prise en charge des patientes :

- « Et puis pour les patients, ils seraient beaucoup mieux pris en charge quoi. C'est vraiment quelque chose de complémentaire où on apporte tous nos compétences donc c'est super utile » (MG6)
- « Bah pour la femme déjà j'ai envie de dire, euh, j'ai envie de dire on améliore la qualité des soins » (MG8)
- « ça permettrait de savoir exactement ce que l'un attend de l'autre et puis faciliter le soin et qu'on avance plus pour la patiente, pour le soin de la patiente et qu'on ait vraiment une prise en charge globale de la femme quoi en fait » (SF9)
- « Cette idée de travailler ensemble c'est vraiment bénéfique pour la patiente parce qu'elle a deux interlocuteurs qui peuvent communiquer aussi entre eux pour cet accompagnement » (SF11)

- « ben déjà un meilleur suivi médical parce que s'il y a une collaboration on sait un petit peu mieux, c'est plus clair je trouve au niveau de comment on prend en charge la personne, que tout le monde aille dans le même sens. [...] Donc c'est déjà pour la globalité du suivi ce serait quand même bien de travailler en commun » (SF13)

Ils décrivent également une meilleure accessibilité aux soins avec un éventail de professionnels sollicitables :

- « Et puis même pour la patiente, il y a des choses qu'elle peut ne pas nous confier et qu'elle va confier à son médecin ou l'inverse donc je trouve que c'est ça qui est bien, par rapport à la collaboration. » (SF5)
- « Même pour le suivi de prévention, si les médecins font pas, ils savent orienter vers quelqu'un, et que les patientes n'aient pas besoin de chercher forcément, de savoir vers qui se tourner » (SF7)
- « c'est une augmentation du nombre de possibilités de, comment dire, d'accès au soin pour les patientes, et puis c'est pour le mieux quoi » ; « Je trouve ça hyper chouette de pouvoir proposer un éventail de professionnels de santé à nos patientes » (MG14)

Ainsi, certains décrivent une amélioration de la coordination des soins et de la rapidité de prise en charge :

- « Pour les professionnels, bah c'est une meilleure coordination des soins. Une rapidité pour la prise en charge. (...) Donc du coup, on avançait quoi. La collaboration, ça permet, la patiente on s'occupe d'elle, il n'y a pas de perte de temps. » (SF1)
- « Euh, ça permettrait d'avoir des réponses ou des suivis plus rapides. » (SF6)
- « Alors pour la femme, c'est de pouvoir avoir un suivi complet sur tous les aspects, et pas uniquement gynéco, dans un même centre, donc avec une facilité de passage d'un interlocuteur à l'autre. » (SF12)

3.5.2. Amélioration de la confiance dans la prise en charge

Quelques praticiens estiment que la collaboration peut également permettre à chacun de mieux se connaître, personnellement et dans ses compétences. Il est évoqué qu'elle pourrait même améliorer la communication :

- « je pense sur la récupération et le partage d'informations, c'est un gain énorme » (MG4)
- « ça permet peut-être de mieux se connaître déjà » (SF7)
- « On aurait déjà un peu plus d'informations des deux côtés, que ce soit d'ailleurs du côté du médecin comme du côté de la sage-femme parce que nous du côté du médecin on a une absence du retour d'informations mais aussi du côté de la sage-femme elle a peut-être aussi un manque d'informations au départ pour faire correctement le suivi de la femme. » (MG10)

Ainsi, un nombre important de soignants considère que la collaboration permet une amélioration de la confiance des patientes dans leur prise en charge et envers les professionnels :

- « Et euh, ouais, c'est super important, c'est une relation de confiance et ça leur apporte beaucoup quoi. » (MG6)
- « Et puis, pour la patiente, c'est (...) de la sérénité parce qu'elle se dit que c'est bon on s'occupe d'elle » (SF1)
- « Ça, et je trouve la confiance aussi. Elles ont... Parce qu'en fait je pense que s'il y a une collaboration entre médecins et sages-femmes, je pense que les femmes auront plus confiance aux deux quoi. » (SF2)
- « Et puis bah pour la patiente d'avoir déjà plusieurs avis elle est déjà elle peut-être plus en confiance » (MG13)

Certains évoquent même une réassurance des professionnels :

- « et puis même nous on a une prise en charge où on est peut-être plus confiant parce qu'on a eu des avis, on a discuté de la prise en charge à plusieurs et voilà on a vraiment pesé le pour et le contre à plusieurs et parfois ça rassure sur la décision qu'on a prise. » (MG13)
- « Bah travailler en réseau c'est toujours plus rassurant. Se sentir soutenue par des collègues quand on a des difficultés, des choses difficiles à vivre avec des femmes bah c'est toujours plus agréable » (SF11)

3.5.3. Diminution de la charge de travail

De nombreux participants considèrent que la collaboration permet un gain de temps, et peut permettre une diminution de la charge de travail, en particulier pour les médecins généralistes :

- « Au contraire, ça me décharge d'un peu de travail » (MG2)
- « Pour nous par contre, c'est un gain de temps et d'énergie extrêmement important. » (MG4)
- « j'ai envie de dire dans tous les cas c'est un gain de temps (...), à partir du moment où les patients sont bien soignés c'est aussi un gain pour nous parce qu'un patient qui est bien soigné revient moins souvent, donc du coup on gagne du temps » (MG8)
- « je pense que quand tu as une bonne collaboration ça fait gagner du temps aussi aux professionnels de santé, que ce soit le médecin ou nous. » (SF6)

3.5.4. Accroissement des compétences et relais aux limites de compétences

Une majorité de praticiens considère que la collaboration permet un enrichissement des compétences par échange de connaissances et de pratiques et qu'ainsi les différences de prise en charge peuvent être un bénéfice :

- « On va enrichir nos propres connaissances, donc la collaboration est pour moi une évidence, ça va vers le mieux pour le patient en premier, mais aussi pour les professionnels de santé. (...) quand on connaît pas grand chose, on va apprendre de nouvelles choses » (MG1)

- « On a des richesses un peu différentes, et je pense que mettre en commun nos richesses et travailler ensemble c'est très bénéfique. » (SF2)
- « pour les professionnels de santé c'est enrichissant, c'est d'apprendre les uns des autres, parce qu'en fait ça évolue tellement qu'on n'est pas toujours au courant des avancées. Donc je pense que c'est déjà enrichissant personnellement » (MG13)
- « Ça permet aussi d'avoir un regard croisé sur les patientes, ce qui est quand même très intéressant aussi, de travailler en équipe c'est toujours enrichissant » (SF10)
- « Non c'est justement une richesse moi je trouve de pouvoir débattre des pratiques de chacun et puis de se remettre en question. » (SF12)

D'autre part, pour d'autres, la collaboration est évoquée comme un relais aux limites de compétences de chacun ou comme une façon de déléguer une pratique peu appréciée qu'est la gynécologie pour certains :

- « quand un des deux est arrivé à ses limites, l'autre peut aider, de la même façon que le médecin généraliste pas très à l'aise avec l'allaitement, avec la contraception, avec le stérilet, va pouvoir orienter vers la sage-femme, et la sage-femme, dès qu'il y a un problème de santé un peu particulier qui dépasse son cadre vraiment de la femme pure, elle peut plus facilement nous l'envoyer. » (MG1)
- « Bah je pense que quand l'un ou l'autre a atteint son niveau de compétence maximal, on passe la main à l'autre. » (SF5)
- « déjà avant l'installation je n'étais pas très orienté vers la gynéco et d'autre part j'ai trouvé la facilité d'adresser mes patientes que ce soit à mes collègues femmes ou aux sages-femmes, donc, voilà, c'est bien pour moi, ça me permet de faire d'autres choses dans la médecine générale qui m'intéressent » (MG9)
- « Ah bah pour nous on a un interlocuteur de choix (...) quand on a une problématique qui dépasse nos compétences donc c'est intéressant » (SF10)

3.5.5. Une solution au manque de médecins généralistes

Certains professionnels considèrent que la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes pourrait limiter le manque de soignants, particulièrement le manque de médecins généralistes :

- « c'est sûr que pour avoir des avis c'est compliqué. Après je pense que oui ça nous aiderait énormément, même pour les patientes, d'avoir un suivi gynécologique, elles cherchent de partout parce que les médecins traitants ne prennent plus de nouveaux patients non plus » (MG13)
- « Je dirais plus la raréfaction des médecins généralistes font qu'elles (les femmes) trouvent une porte ouverte pour ces problématiques qu'elles n'osent pas forcément aborder avec le médecin généraliste » (SF10)
- « Voilà, mais après chacun doit prendre ses bonnes compétences et effectivement je pense qu'on est aussi en manque cruel de médecins généralistes, c'est compliqué d'avoir des rendez-vous dans beaucoup d'endroits, donc il ne faut pas hésiter à déléguer aux sages-femmes tout ce qui est autour de l'accompagnement qui prend du temps et qui nécessite une écoute plus longue peut être, et travailler en collaboration » (SF10)

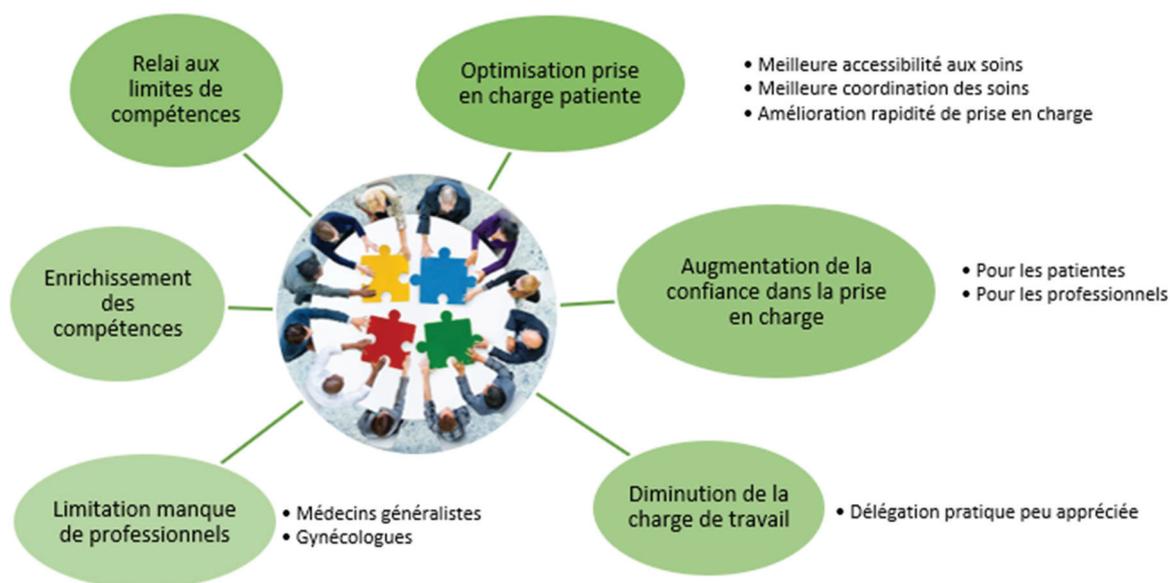


Figure 5 - Bénéfices de la collaboration

3.6. Impact de la raréfaction des gynécologues sur la collaboration

Quelques praticiens pensent que la raréfaction des gynécologues entraîne l'augmentation de la collaboration :

- « on collabore plus avec les sages-femmes, oui, ça c'est une certitude parce qu'on a de plus en plus de mal à avoir des gynécologues médicaux, surtout en ville donc oui ça fait partie des changements des habitudes de pratique, (...) Donc il va falloir forcément à un moment donné qu'on collabore un peu plus avec elles, du fait effectivement de cette raréfaction. » (MG10)
- « Je crois que c'est indispensable avec la raréfaction des gynécologues c'est très bien que les sages-femmes fassent des suivis gynécologiques » (MG13)
- « Là-dessus ça pourrait être bien parce que les gynécos ne sont pas dispos hein, les délais sont beaucoup trop longs dans notre secteur en tout cas. il y en a très peu donc les gens attendent, attendent, rament... » (MG15)

Alors que d'autres considèrent qu'elle n'a pas d'impact sur celle-ci :

- « Donc euh, ouais, bah en tout cas voilà, à l'heure actuelle pour moi, la raréfaction du gynécologue n'influence pas, je ne ressens pas en tout, de différence » (SF4)

Dans tous les cas, ils s'accordent à dire que la raréfaction des gynécologues entraîne une augmentation de la place des médecins généralistes et des sages-femmes dans le suivi de la femme, qu'il y ait une collaboration ou non :

- « Bah justement, comme on n'a pas assez de gynécologues et qu'on n'a pas les moyens d'envoyer systématiquement chez le gynéco dès qu'on a un souci, (...) si la sage-femme peut répondre à nos questions bah ça sera tout bénéf » (MG1)
- « Mais c'est sûr que moins il y a de spécialistes, bah plus le généraliste devient important. » (SF6)
- « Parce qu'effectivement il y a beaucoup moins de gynécos et que du coup on en vient à faire aussi beaucoup plus de consultations de suivi de femmes etc dans la pratique de la médecine générale, » (MG12)
- « Mais peut-être parce qu'aussi il n'y a plus de gynécos médicaux en ville, que la plupart des médecins traitants ne le font pas non plus, n'ont pas le temps de faire ça ou ne souhaitent pas le faire » (SF13)

Toutefois, il apparaît que la collaboration n'est pas suffisante pour pallier la raréfaction des gynécologues. Certains évoquent une connaissance insuffisante de la pathologie gynécologique, mais également un rôle spécifique non remplaçable des gynécologues obstétriciens :

- « Non, parce que quand j'adresse à un gynécologue, c'est que j'ai besoin d'un gynécologue en fait, je n'ai pas besoin d'un médecin traitant » (SF4)
- « Et conclusion s'il manque des gynécos, il manquera toujours des gynécos pour prendre en charge des pathologies. (...) ça ne va pas remplacer la raréfaction des gynécos quoi... » (SF10)
- « Oui je pense, je pense, après on a toujours besoin des gynécologues dans certains cas donc ça peut palier mais pas en totalité. » (SF12)
- « Par contre le gynéco-obstétricien non, parce que le gynéco-obstétricien, lui, il suit vraiment les pathologies qui demandent une prise en charge par l'obstétricien, (...) Il a une place unique je dirais. (...) parce que pour ce coup-là, là-dessus je pense que le médecin traitant c'est pareil que la sage-femme, sur la pathologie comme ça, ce n'est pas de son ressort, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas qui suivent ça hein, dès qu'il y a un truc ils orientent vers l'obstétricien normalement » ; « Alors gynécologues médicaux ça c'est une évidence, parce que finalement le suivi classique oui ça pourrait tout à fait être un réseau sages-femmes, médecins traitants ça. La gynéco médicale je pense que ça ce n'est pas trop le souci. » (SF13)

Pour finir, une sage-femme considère que le système de santé actuel ne permet pas de limiter le manque de gynécologues :

- « Et si on arrive à mettre en place un système de soins vraiment logique [...] je pense qu'à ce moment-là on peut arriver à équilibrer ce manque de spécialistes » (SF10)

3.7. Comparaison des résultats selon la zone géographique et la démographie

Selon les caractéristiques démographiques des communautés d'agglomérations étudiées, nous constatons que la CAPI est moins peuplée que la CA3B mais qu'elle dispose d'un nombre plus important de gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes par habitante de 15 ans et plus.

Cependant, c'est dans la CA3B que la majorité des personnes interrogées ne perçoivent pas qu'il existe une raréfaction des gynécologues :

- « Mais honnêtement, au niveau gynéco, on a, je pense, des rendez-vous assez rapidement » (MG2)
- « Alors je trouve que paradoxalement, (...) il y en a quand même des gynécologues » (MG7)
- « donc je ne me retrouve pas embêtée et encore une fois, quand j'ai besoin d'un gynécologue, il y a ce qu'il faut à l'heure actuelle, je ne suis pas dans une zone où on n'a pas d'accès à des gynécologues » (SF4)

Excepté pour un médecin qui ressent une carence de gynécologues :

- « Ça dépend probablement des régions, mais ici on manque de gynéco, c'est encore plus flagrant parce qu'il n'y a pas assez de gynéco » (MG1)

On constate ainsi que le ressenti des professionnels est différent de ce qu'on pourrait imaginer en considérant la démographie actuelle.

Par ailleurs, la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme est sensiblement identique dans les deux communautés d'agglomérations étudiées, c'est-à-dire peu fréquente :

- « Je dois avouer que je n'ai pas l'impression qu'on a beaucoup de collaboration » (MG1)
- « on n'a pas forcément de collaboration avec les médecins généralistes » (SF7)
- « Avec des sages-femmes ? Très compliqué » (MG10)
- « c'est parce que moi je ne le souhaite pas forcément » (SF8)

La majorité des professionnels des deux régions étudiées s'accorde à dire que la collaboration serait intéressante, d'autant plus pour compenser, au moins en partie, la raréfaction des gynécologues médicaux :

- « ça devient essentiel parce que justement on est limité dans (...) nos prescriptions et nos prises en charge, donc ça permet de travailler à deux là dessus, et pour le médecin, c'est pareil » (SF6)
- « Bah justement, comme on n'a pas assez de gynécologues et qu'on n'a pas les moyens d'envoyer systématiquement chez le gynéco dès qu'on a un souci, (...) si la sage-femme peut répondre à nos questions bah ça sera tout bénéf » (MG1)
- « après on a toujours besoin des gynécologues dans certains cas donc ça peut pallier mais pas en totalité. (SF12)

- « Alors gynécologues médicaux ça c'est une évidence, parce que finalement le suivi classique oui ça pourrait tout à fait être un réseau sage-femmes, médecins traitants ça. La gynéco médicale je pense que ça ce n'est pas trop le souci. » (SF13)
- « Je crois que c'est indispensable avec la raréfaction des gynécologues c'est très bien que les sages-femmes fassent des suivis gynécologiques » (MG13)

Nous pouvons donc observer qu'il n'y a pas de différence majeure entre ces deux lieux d'étude, si ce n'est sur le ressenti de la raréfaction des gynécologues, et cela ne met pas en évidence de différence significative de collaboration.

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

La place du médecin généraliste et de la sage-femme, acteurs de premier recours et professionnels de confiance pour la femme, est principalement déterminée par la patiente, selon ses désirs et ses attentes. Elle pourra varier selon différents critères. La notion de temps intervient souvent et on retrouve un manque de disponibilité des médecins généralistes comparé aux sages-femmes. Le genre du professionnel est aussi un critère important dans la définition de la place de chacun. En effet, le fait d'être un homme peut être un frein à la prise en charge des femmes. Cette place peut également être dépendante de la formation et de l'intérêt du professionnel pour la pratique, avec un désinvestissement des médecins généralistes hommes pour la gynécologie, en partie compensé par la féminisation de la médecine générale. Le statut de médecin de famille du généraliste peut être un frein à la prise en charge de la femme, il favorise le recours aux sages-femmes et augmente leur place dans le suivi pour les patientes qui souhaitent séparer le suivi gynécologique du suivi global. Même si elles sont parfois considérées comme des prestataires de soins en gynécologie sous la coordination du médecin traitant, les sages-femmes sont souvent vues comme des spécialistes du suivi physiologique de la femme, avec une place prépondérante dans le domaine de l'obstétrique. Les médecins généralistes, eux, ont une place plus importante dans le suivi après la ménopause. Ils ont aussi un rôle spécifique dans les pathologies associées aux divers domaines de la gynécologie. Ils sont ainsi le relais aux limites de compétences des sages-femmes.

Actuellement, il y a peu de collaboration entre médecin généraliste et sage-femme, une minorité de professionnels rapporte une collaboration déjà instaurée, souvent informelle, mais pour la grande majorité elle est même totalement inexistante. Certains souhaitent une collaboration restreinte à quelques domaines comme le suivi de grossesse et du post-partum, ou l'allaitement, alors que d'autres n'en voient pas l'intérêt, notamment pour les femmes sans antécédent médical. Cependant, la collaboration semble amenée à se développer car plusieurs praticiens expriment une nécessité de travailler ensemble. Bien que considérée comme équivalente aux autres coopérations interprofessionnelles, la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes est plus rare. L'âge des professionnels est un facteur qui peut l'influencer puisqu'elle semble plus facile avec les jeunes générations de médecins. Pour beaucoup il existe une complémentarité entre médecin généraliste et sage-femme dans la prise en charge de la femme. Cette complémentarité perçue rend plus évidente la coordination qui a pour objectif principal de placer la patiente au centre de la prise en charge et de lui permettre une meilleure qualité et une meilleure accessibilité aux soins.

La mise en place, ou l'amélioration, d'une collaboration nécessite plusieurs prérequis. Elle repose sur l'accord des patientes et la volonté des professionnels. Variable selon les attentes et les compétences des praticiens, elle nécessite avant tout de se connaître. Les formations communes semblent être un bon moyen de rencontrer les différents professionnels et d'appréhender leurs compétences respectives ; cette connaissance des compétences est indispensable, notamment pour définir les rôles de chacun. Une communication efficiente est aussi un autre prérequis important qui permet également de mieux se connaître. La proximité au sein de cabinet de groupe ou de MSP peut à la fois être un facteur d'amélioration de la collaboration ou au contraire en restreindre le champ d'application aux seuls professionnels présents.

La faible collaboration peut être expliquée par plusieurs freins. Le plus rapporté est la méconnaissance des compétences de chacun, aussi bien par les médecins généralistes que par les sages-femmes. A cela s'ajoute la méconnaissance des professionnels entre eux. Ce dernier frein peut être réduit si une bonne communication existe, ce qui est rarement le cas puisque le second frein le plus évoqué est le défaut d'échanges entre eux. Le manque de temps et de disponibilité sont aussi rapportés pour expliquer cette communication quasiment inexistante et le fait que les praticiens ne se connaissent pas. La concurrence est pointée comme une limite non négligeable, plutôt en lien avec des compétences similaires et une diminution d'une pratique appréciée ; elle peut parfois être financière. Cependant, l'importance du nombre de patientes à suivre et le manque de professionnels sont des facteurs qui tendent à la faire disparaître. L'absence d'activité gynécologique de certains médecins généralistes permet aussi de l'atténuer. La personnalité des professionnels et surtout l'ego et le rôle omniscient du médecin généraliste sont également repris comme des limites à la collaboration par chacun. De plus, le rôle uniquement prescripteur du médecin généraliste, à la limite de compétences des sages-femmes, peut être une difficulté. Enfin, la multiplicité des intervenants et les différences de prise en charge sont perçues comme des freins pour certains et vues comme des bénéfices pour d'autres.

Au-delà des freins, la collaboration apporte aussi de nombreux bénéfices. Pour tous, elle permet en premier lieu une meilleure prise en charge de la femme : plus rapide, mieux coordonnée et plus accessible, en proposant un éventail de praticiens. Elle induit également une augmentation de la confiance des patientes dans leur prise en charge et envers les professionnels, mais aussi une meilleure confiance des praticiens entre eux et dans leurs pratiques. L'échange de connaissances engendré par la collaboration permet un enrichissement des compétences pour chacun avec un bénéfice des différences de pratiques. Cette collaboration permet ainsi aux professionnels de mieux se connaître, personnellement et sur leurs compétences, et donc de mieux communiquer. Elle

entraîne aussi un gain de temps, pour les patientes et les professionnels, particulièrement les médecins généralistes, avec une diminution de la charge de travail ou une possibilité de déléguer une pratique peu appréciée. Pour certains, la collaboration permettrait de pallier le manque de médecins gynécologues, mais aussi de généralistes.

Une minorité considère qu'il existe une raréfaction des gynécologues. Celle-ci engendre une augmentation de la place du médecin généraliste et de la sage-femme dans le suivi de la femme. Cependant, pour la majorité des praticiens, ce phénomène semble avoir peu d'impact sur l'existence ou non d'une coopération. Pour les deux professionnels, le manque de disponibilité du gynécologue doit le replacer comme acteur de deuxième recours, uniquement pour les avis spécialisés et la pathologie. Toutefois, médecins généralistes et sages-femmes ne semblent pas avoir les compétences suffisantes pour pallier en totalité la raréfaction des gynécologues médicaux et obstétricaux.

2. Comparaison avec la littérature

2.1. La place des professionnels dans le suivi de la femme

2.1.1. Les connaissances des patientes sur les compétences des professionnels

Notre étude montre que les praticiens rapportent souvent une méconnaissance de la part des patientes sur leurs compétences dans le suivi gynécologique « *Et quand on leur dit qu'on fait les frottis, ils sont tous surpris, ils ne pensent pas qu'on puisse faire ça.* » (MG1), et surtout une méconnaissance des compétences des sages-femmes « *et puis je pense aussi que c'est pas assez connu tout simplement, c'est à dire que les gens sont pas au courant qu'ils peuvent aller voir la sage-femme sans ordonnance, ils sont pas au courant que les sage-femmes peuvent faire quasiment l'intégralité des choses* » (MG4).

Cette idée est concordante avec l'étude réalisée dans le Rhône et l'Isère, en 2016, par DELEPAU. C qui montrait que seulement 41% des femmes savaient que le suivi gynécologique était possible auprès d'une sage-femme (25). De même, dans le mémoire de LARDANCHET S. en 2019, on peut constater que lorsqu'on demande aux femmes quels sont les professionnels habilités à assurer le suivi gynécologique, les médecins généralistes et les sages-femmes ne sont mentionnés que par 30% des patientes interrogées, alors que les gynécologues eux, sont cités par plus de 90% de celles-ci. Par exemple, pour la prescription du dépistage des IST, les médecins généralistes sont reconnus compétents à plus de 85%, alors que ce chiffre chute à un peu plus de 50% pour la réalisation des

frottis. On remarque donc que la connaissance des compétences des médecins généralistes est variable selon les actes ou prescriptions.

En ce qui concerne les sages-femmes, l'étude montrait qu'elle était la profession la moins reconnue par les femmes parmi les acteurs du suivi gynécologique (1). La thèse de PLANTEVAIN M. menée dans les Bouches du Rhône en 2020, confirme les résultats précédents en montrant que moins de 10% des femmes connaissaient la totalité des compétences des médecins généralistes en matière de gynécologie. De même, le score de connaissance des compétences des sages-femmes était inférieur à celui des médecins généralistes, lui-même bien en deçà de celui des gynécologues (26).

C'est pour cela qu'il nous a semblé essentiel de définir les compétences des sages-femmes.

2.1.2. Facteurs influençant le choix du praticien

2.1.2.1. Être un homme est un frein au suivi gynécologique

Près de la moitié des participants pense que le fait d'être un homme peut être un frein à la prise en charge gynécologique des femmes « *Sachant que moi, pour ma part, étant donné que je suis un homme, c'est plus difficile de réaliser des suivis gynéco.* » (MG10), et certains complètent en précisant que le fait d'être une femme est un facteur facilitant « *surtout en tant que généraliste femme, je ne sais pas s'il y a du biais pour ça mais les femmes viennent spontanément me voir pour leurs problèmes gynéco* » (MG1).

Plusieurs études ont été menées auprès de patientes et abordent le genre du praticien comme critère de choix. La thèse de TERRIS. C en 2016 montrait que deux tiers des patientes interrogées voyaient le médecin généraliste homme comme un obstacle pour leur confier le suivi gynécologique (27). MOTTE. P dans son étude de 2019 confirmait aussi ce résultat puisqu'il concluait que le sexe du médecin traitant était un facteur déterminant et que les femmes étaient plus à l'aise pour discuter avec des femmes. Cependant, son étude montrait également que ce facteur importait peu lorsque le suivi était effectué par un gynécologue (28). A l'inverse, le mémoire de POMAR L. retrouvait, lui, que 60% des femmes n'avaient pas de préférence par rapport au sexe du praticien, gynécologue ou sage-femme. Ce résultat étant à relativiser puisque l'analyse portait sur des femmes dont le suivi gynécologique était effectué par un homme sage-femme (29). Plus récemment, la thèse de BEKKA M., soutenue en 2021, portant sur des patientes enceintes, confirmait cette tendance puisque 35% des femmes interrogées considéraient le sexe du praticien

comme important et que l'ensemble préférait une femme quelle que soit la profession : médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue-obstétricien (30).

Ce constat confirme donc le sentiment des professionnels interrogés sur les critères de choix de leurs patientes quant au praticien qui assure leur suivi gynécologique.

2.1.2.2. Le statut de médecin de famille

Quelques professionnels ont rapporté le rôle de médecin de famille comme un frein à la prise en charge des femmes, « *Alors j'ai l'impression que parfois les patientes sont pas forcément à l'aise avec leur médecin généraliste pour tout ça parce que c'est le médecin de famille* » (SF7), que ce soit par le fait qu'il soigne l'ensemble de la famille et donc par peur d'une rupture du secret médical, par pudeur envers celui qui les suit parfois depuis de nombreuses années ou par son rôle dans la prise en charge globale.

Pour les médecins généralistes, ce statut semble être un frein au suivi gynécologique des femmes. C'est ce que confirme l'étude de LAGEYRE K. dans laquelle on note que, pour la plupart des médecins interrogés, ce statut favorisait la communication sur le sujet avec les patientes mais qu'il le rendait aussi difficile à aborder (31). Lorsque les études portent sur des patientes, on retrouve aussi des résultats similaires puisque TERRIS C. a mis en évidence une réticence de certaines à consulter leur médecin traitant pour un problème gynécologique par pudeur ou en raison de la relation forte entre un médecin généraliste et son patient (27). De même, en 2018, l'enquête de BERNARD J. confirmait que le rapport paternaliste du médecin généraliste pouvait être perçu comme un frein (32).

Au-delà du sexe, le rôle même de médecin de famille peut être un frein à la prise en charge des femmes, il apparaît donc d'autant plus important de collaborer avec les autres professionnels impliqués dans ce suivi.

2.1.2.3. La disponibilité du professionnel

Quand on les interroge, les médecins généralistes et les sages-femmes définissent une place différente de chacun qui n'est pas toujours en lien avec les compétences mais qui prend aussi en compte la disponibilité et le temps à accorder à la patiente « *et que c'est surtout le temps que chacun va prendre pour s'en occuper qui va faire la différence* » (SF15). Souvent, ils étaient d'accord pour dire que les sages-femmes sont plus disponibles et à l'écoute des femmes « *Et en fait, euh, le médecin généraliste, généralement, enfin, avec le nombre de patients et tout ça, vous n'avez peut-être pas assez le temps d'accorder ce temps-là aux femmes* » (SF2).

Finalement, peu d'études abordent les critères de choix des femmes entre médecins généralistes et sages-femmes, les deux professionnels étant le plus souvent comparés à l'acteur considéré comme référent : le gynécologue. Nous n'avons pas non plus retrouvé d'étude interrogeant l'un ou l'autre des praticiens concernant cette notion de disponibilité. Les seules données reprenant cette idée de temps se trouvent dans l'étude de TERRIS C. qui remarque que le manque de temps accordé aux patientes en consultation de médecine générale est un obstacle au suivi par le médecin généraliste (27). Cependant, il n'est pas mentionné si cet obstacle pourrait être en faveur d'un suivi par la sage-femme. Les autres données en rapport avec le temps concernent le délai d'obtention d'un rendez-vous. Ainsi, en 2016, DELEPAU C. rapportait que presque 40% des femmes interrogées souhaitaient se faire suivre par une sage-femme car le délai de rendez-vous était plus court. On retrouvait aussi une notion de disponibilité comme abordée par les participants de notre étude puisque 55% des femmes avaient ce souhait en exprimant une meilleure écoute des sages-femmes (25).

Le fait que les femmes abordent la notion de disponibilité comme la durée d'obtention d'un rendez-vous est peut-être en lien avec une définition différente de celle-ci entre les patientes et les professionnels. Il serait intéressant de demander à chacun de définir à quoi correspond pour eux la disponibilité d'un professionnel. Il serait également pertinent de trouver d'autres études comparant les facteurs déterminants le choix entre médecin généraliste et sage-femme puisque, comme évoqué précédemment, la démographie médicale tend à leur faire prendre une place prépondérante dans le suivi gynécologique.

2.1.3. Médecins généralistes et sages-femmes : des acteurs de premiers recours

Plusieurs des professionnels ayant participé à l'étude mentionnaient le fait d'être tous les deux des praticiens référents pour la femme « *il y a en première ligne les sage-femmes ou les médecins généralistes, que je mets vraiment sur un pied d'égalité à ce niveau-là* » (SF10). Un des médecins généralistes définissait même les sages-femmes comme professionnels de premier recours « *Et je trouve qu'avec les sage-femmes c'est d'autant plus facile qu'elles ont cette approche, pareil, un peu sur le terrain, que nous. C'est une profession de premiers recours* » (MG14).

Les soins de premiers recours, ou soins primaires, qui représentent le premier contact entre le patient et le système de santé, sont définis par l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique (33), ils 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

Divers professionnels peuvent être impliqués dans ces soins mais, dans cette même loi, seuls les médecins traitants sont mentionnés comme professionnels de premier recours.

Ainsi, selon cette définition des soins primaires et partant des compétences des sages-femmes précédemment évoquées, elles peuvent tout à fait être considérées comme professionnelles de premiers recours en ce qui concerne la santé de la femme, au même titre que les médecins généralistes.

On retrouve d'ailleurs de nombreux écrits de la part des sages-femmes revendiquant cette place de référent et d'acteur de premier recours, en souhaitant qu'elle soit définie au niveau législatif (34)(35).

Cependant, dans sa thèse soutenue en 2016 dont l'objectif était de faire un état des lieux de l'offre de soins de premiers recours en gynécologie, NADANE-JOSEPH C. définit les sages-femmes comme faisant partie des premiers recours, mais elle ne les inclut pourtant pas dans son étude (36).

Il semble indispensable que cette profession soit aussi mise en avant dans le domaine des soins de premiers recours en gynécologie au sein des futures études.

Par ailleurs, si on s'intéresse au suivi gynécologique des femmes, on note que la majorité d'entre elles est suivie par un gynécologue. Dans son étude sur les départements du Rhône et de l'Isère en 2016, DELEPAU C. retrouvait que 71% des femmes étaient suivies par un gynécologue, 25% par un

médecin généraliste et seulement 4% par une sage-femme (25). En région PACA en 2019, LARDANCHET S. retrouvait elle que 88% des patientes interrogées étaient suivies par un gynécologue avec seulement 6% de suivi par le médecin généraliste ou la sage-femme (1).

Ces résultats s'expliquent en partie par une méconnaissance des femmes sur les compétences du médecin généraliste et de la sage-femme en termes de suivi gynécologique, mais aussi parce que les femmes considèrent majoritairement les gynécologues comme plus compétents, ce que confirment les deux études précédemment citées. Ainsi, pour les femmes, le gynécologue reste l'acteur de premier recours principal en gynécologie, alors même que médecins généralistes et sages-femmes semblent plutôt le considérer comme un professionnel de seconde ligne.

2.1.4. Le gynécologue : pour les avis spécialisés

Pour environ un tiers des praticiens interrogés, les gynécologues sont peu disponibles et manquent de temps « *Mais comme les gynécos c'est compliqué de prendre rendez-vous avec eux* » (SF9). Ainsi, les professionnels de notre étude les considèrent plutôt comme des praticiens de second recours, qui interviennent pour les avis spécialisés « *donc c'est très bien que les gynécos fassent de la gynéco spécialisée, et que ce soit du second recours, vraiment. Parce qu'on en a besoin, parce qu'il y en a pas assez pour le second recours, et que c'est bien dommage* » (MG4). Ce sont aussi les médecins intervenant en relais aux limites de compétences des médecins généralistes et des sages-femmes « *et puis les gynécos on les réserve sur les cas plus importants qui sont que de leur domaine en fait* » (MG1).

Comme dans notre étude, LAGEYRE K. écrivait en 2014 dans sa thèse que pour certains médecins généralistes, les gynécologues étaient perçus comme des médecins de deuxième recours. Elle ajoutait que ce rôle n'était pas toujours établi dans les faits, ce qui induisait un manque de disponibilité de ceux-ci au moment nécessaire (31). En effet, les gynécologues sont légalement définis comme des acteurs de premiers recours du suivi gynécologique. Ils font partie des quatre spécialités en accès direct pour les patients, hors médecine générale (37). Nous n'avons d'ailleurs pas trouvé d'autres travaux explorant cette idée que les gynécologues seraient à réserver aux prises en charge spécialisées. De fait, les études menées sur le suivi gynécologique définissent ces trois professionnels comme des acteurs de soins primaires.

Néanmoins, les syndicats étudiants de sages-femmes et d'internes de médecine générale, dans leurs contributions sur le thème de la santé de la femme, ont défini à deux reprises, en 2011 et

2019, les gynécologues comme des acteurs de seconde ligne de recours aux soins (38)(39). On remarque donc une volonté des futurs professionnels de ces deux corps de métier de redéfinir la place de chacun dans le suivi gynécologique.

Il paraîtrait logique, dans un contexte de carence démographique en gynécologues, surtout médicaux, de privilégier le médecin généraliste et la sage-femme comme professionnels de premiers recours. Alors, les gynécologues seraient sollicités uniquement pour les avis et prises en charge spécialisés qui dépassent les domaines de compétences des MG et SF.

2.2. Comment collaborent médecin généraliste et sage-femme ?

Dans notre étude, 57% des professionnels déclaraient ne pas avoir de collaboration, 43% annonçaient qu'une collaboration était en place dont 10% sous forme informelle.

Dans les différentes thèses et mémoires traitant de la collaboration entre ces deux professionnels, il n'est pas mentionné explicitement de chiffres. Seule une, menée en Seine Maritime et dans l'Eure mentionne que 62% des participants, des médecins généralistes, disaient n'avoir aucun contact avec les sages-femmes, ce qui était assimilé à une absence de collaboration (22). Pour les autres, il était seulement mentionné qu'elle était souvent pauvre, rare ou inexistante.

2.2.1. Les freins à la collaboration

2.2.1.1. Le manque de connaissance sur leurs compétences réciproques

Plus de 80% des participants à notre étude ont évoqué une méconnaissance des compétences des professions entre elles. On retrouve à la fois une méconnaissance des compétences des sages-femmes par les médecins généralistes « *je pense qu'on a, nous médecins généralistes, une mauvaise perception de ce qu'elles font ou qu'elles ne font pas* » (MG7) et l'inverse « *Est-ce que le médecin traitant est compétent là-dedans, je ne sais pas* » (SF8).

D'ailleurs, pour une majorité d'entre eux, il s'agit du principal frein à la collaboration. « *Et après, je pense aussi quand même que dans le milieu médical on n'a pas forcément la connaissance des compétences de chaque corps de métier et que ça c'est un frein pour savoir qui solliciter et quand* » (MG12).

Ces données sont concordantes avec celles de la littérature puisque dans son étude de 2008, BERTRAND L. retrouvait que les sages-femmes libérales et les médecins généralistes avaient plutôt une mauvaise perception des compétences et du rôle de chacun pour la prise en charge de la femme enceinte. 29% des sages-femmes de cette étude pensaient d'ailleurs que le suivi de grossesse ne faisait pas partie des compétences des médecins généralistes (21). Dix ans plus tard, dans sa thèse portant sur la collaboration entre ces mêmes professionnels, en Normandie, DIGARD L. notait que les médecins généralistes connaissaient peu les limites des compétences des sages-femmes et que celles-ci rencontraient des difficultés à connaître les pratiques de leurs collègues avoisinants. Elle concluait que cette méconnaissance desservait la collaboration entre eux (40). Cependant, dans sa thèse portant sur l'état des lieux de la collaboration dans la Seine-Maritime et dans l'Eure, GOUJON O. observait que la méconnaissance du champ d'action légal de la sage-femme n'était pas une raison majeure du défaut de collaboration (22).

Deux études, un mémoire de 2013 et une thèse de 2015, ont évalué la connaissance des compétences des sages-femmes par d'autres professionnels, et par des internes de médecine générale. Chacune conclut, dans des proportions importantes, à un défaut d'information sur les possibilités des sages-femmes. En effet, Ott E. écrit que 79% des professionnels ayant répondu considèrent ne pas connaître suffisamment cette profession (41). GIRARDOT CHAREYRON A. mentionne, elle, que 62% des internes méconnaissent globalement ces compétences (42). Il semble donc nécessaire de continuer à informer les professionnels sur les compétences des sages-femmes, en sachant qu'elles évoluent régulièrement.

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé d'étude portant spécifiquement sur la connaissance des compétences des médecins généralistes par les sages-femmes ou d'autres professionnels. Il serait intéressant d'observer si les proportions sont similaires à celles des deux études précédentes.

2.2.1.2. La communication : un élément clé

Plus de la moitié des participants rapportent une faible voire une absence de communication entre les médecins généralistes et les sages-femmes « *Mais c'est très rare en fait la communication entre nous* » (MG2). Ce défaut d'échanges est d'ailleurs évoqué par la plupart comme faisant partie des freins majeurs à la mise en place de la collaboration « *Et après les freins pour moi c'est vraiment la connaissance des terrains d'action de chacune et la communication* » (MG16). Pourtant, la grande majorité d'entre eux considère qu'une communication efficiente est essentielle à une bonne

collaboration « *Moi je pense que pour qu'il y ait une collaboration il faut l'accélération des voies de communication* » (MG8).

Dans son état des lieux de la collaboration entre ces mêmes professionnels en 2016, GOUJON O. parvenait aux mêmes résultats. En effet, elle concluait que pour les médecins généralistes, le manque de communication faisait partie des éléments restreignant le plus la collaboration (22). De même, quelques années plus tard, en Normandie, DIGARD L. notait que les participants à son étude insistaient sur le manque de communication évident entre eux qui nuisait à la collaboration. Ils soulignaient d'ailleurs l'importance de celle-ci notamment dans le cadre de la grossesse. Elle écrivait également qu'une bonne communication était le préalable à une collaboration plus efficace (40). On remarque que notre étude conduit à des résultats similaires, même trois ans après, sur un autre territoire.

On peut voir que les problèmes de communication ne sont pas limités à la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes. En effet, SUYBENG V. qui a mené une étude sur la relation entre les médecins généralistes et les psychiatres, montrait qu'il existait un lien entre la collaboration et la communication. En effet, les médecins généralistes de son enquête non satisfaits de leur coopération ne l'étaient également pas de la communication. L'auteur ajoutait aussi que lorsqu'ils étaient interrogés sur l'amélioration de la collaboration, plus de 50% souhaitaient une meilleure communication (43). De même, dans sa thèse s'intéressant à la coopération entre oncologues et médecins généralistes, LANSONNEUR A. écrivait que de façon unanime, les deux professionnels inclus pensaient que la communication était insuffisante et devait être améliorée. Pour les oncologues, il s'agissait aussi d'un axe important pour rendre la coordination plus satisfaisante (44). Enfin, CHAVE C. qui s'est intéressée à l'interprofessionnalité entre les médecins généralistes et les diabétologues, avait les mêmes résultats puisqu'elle concluait que les expériences négatives de collaboration étaient le plus souvent en lien avec une mauvaise communication entre les professionnels (45).

La communication est donc un élément clé de la collaboration puisqu'elle est indispensable à son bon déroulement. Or, on voit que quels que soient les professionnels impliqués, les échanges sont insuffisants. Il serait intéressant d'explorer l'existence et le contenu de formations abordant la communication dans les différentes filières et son influence sur une éventuelle collaboration.

2.2.1.3. L'éternelle concurrence, qu'en est-il ?

Les avis sont plutôt partagés dans notre étude concernant la concurrence entre les médecins généralistes et les sages-femmes. En effet, la moitié des praticiens interrogés pense qu'elle n'existe pas « *Personnellement je ne le vois pas comme ça non, il y a de la place pour tout le monde. Je ne le vois pas comme ça* » (MG16).

Dans une mesure quasiment équivalente, environ 50% des professionnels évoquent, eux, l'existence d'une concurrence. La majorité la décrit comme pouvant être en lien avec des compétences similaires « *Alors, il y a probablement une certaine forme de concurrence, bien sûr, parce que, c'est ce que je te disais au départ, les activités, en termes gynécologiques, elles se ressemblent* » (MG10) ou bien par crainte de la diminution de la pratique gynécologique, notamment rapportée par les médecins généralistes femmes « *Mais je n'ai pas envie de perdre toute cette pratique, pour moi c'est une richesse de ma pratique, la gynéco je n'ai pas envie de m'en séparer.* » (MG16). Trois participants l'évoquent comme plutôt financière « *Je trouve que oui, enfin, la concurrence, enfin, c'est ce que je vous expliquais quand il y a un cabinet et qu'on s'est mis un business plan et que... il faut faire du chiffre et faire du chiffre* » (SF5).

Cependant, quelle que soit leur position initiale, ils sont plutôt d'accord pour dire qu'une patientèle suffisante permet de faire disparaître cette notion « *Non, il n'y a aucune compétition, parce qu'on a beaucoup de boulot, tout le monde sait que... Non, non* » (MG6).

Ces données sont concordantes avec celles que décrivait BERLA C. en 2016 dans sa thèse. En effet, elle notait que la concurrence faisait partie des principaux freins aux échanges. Du côté des médecins généralistes, elle remarquait qu'ils se sentaient menacés par les nouvelles compétences des sages-femmes qui les mettaient en concurrence pour le suivi des patientes, avec un sentiment d'une perte de l'activité de prévention qu'ils appréciaient (46). Ce point est aussi ce que révélait l'étude de MEIGNEN E. auprès des sages-femmes de Seine Maritime et de l'Eure. Elle concluait que selon les sages-femmes, les médecins généralistes les voyaient comme concurrentes, surtout par crainte de perdre une partie de leur patientèle et leur suivi gynécologique (47). TROSSAT F. dont la thèse portait sur l'opinion des médecins généralistes et des gynécologues sur l'élargissement des compétences des sages-femmes, abordait également la notion de diminution d'une activité appréciée. Selon ses résultats, pour les femmes médecins généralistes surtout, le fait d'avoir moins de patientes à suivre quand on apprécie de faire de la gynécologie pouvait être un problème. Cependant, cela ne les rendait pas défavorables à l'élargissement des compétences des sages-femmes. Finalement, elle montrait même que ce sentiment de concurrence était bien plus marqué, et ancien, entre les gynécologues et les sages-femmes (23).

A l'inverse, dans sa thèse soutenue en 2021, NAIBI S. notait que la perte de revenus, la peur de concurrence et la volonté d'une activité gynécologique pour les médecins généralistes étaient mentionnés par chacun des professionnels dans une proportion de l'ordre de 5% pour les deux premiers items et de 15% pour le dernier. L'auteur les considérait donc comme des éléments qui n'entravaient pas la collaboration (48).

La notion de concurrence entre ces deux professions est en fait principalement reliée à la peur de la perte ou de la diminution de l'activité gynécologique par les médecins généralistes, et surtout les femmes. Certains arrivent tout de même à contrebalancer ce sentiment en s'appuyant sur le fait qu'il existe une patientèle suffisamment importante pour permettre à chacun d'exercer cette activité appréciée. Une définition plus précise du rôle de chacun dans le suivi permettrait ainsi aux deux professionnels de trouver leur place et de mieux appréhender ce partage de compétences.

2.2.2. Les bénéfices et facteurs favorisant la collaboration

2.2.2.1. L'amélioration de la qualité des soins

A l'unanimité, tous les professionnels, qu'ils soient médecins généralistes ou sages-femmes, sont d'accord pour dire que la collaboration est bénéfique pour les patientes parce qu'elle permet une amélioration de leur prise en charge « *Bah pour la femme déjà j'ai envie de dire, euh, j'ai envie de dire on améliore la qualité des soins* » (MG8) ; « *et ben déjà un meilleur suivi médical parce que s'il y a une collaboration on sait un petit mieux, c'est plus clair je trouve au niveau de comment on prend en charge la personne* » (SF13). Cette amélioration se définit par une meilleure accessibilité aux soins, une meilleure coordination de ceux-ci et une prise en charge plus rapide.

Les études évaluant la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes se sont surtout concentrées sur les freins et les facteurs la favorisant. On retrouve au final peu d'informations sur les bénéfices, notamment pour les patientes. Ainsi, NAIBI S. abordait la notion d'une offre de soins variée et adaptée à la demande des patientes comme facteur favorisant la collaboration (48), c'est également ce que notait GOUJON O. quelques années auparavant (22). Cependant ni l'une ni l'autre n'aborde véritablement les bénéfices en termes de prise en charge des patientes. En 2016, BERLA C. qui évaluait les déterminants des relations entre ces deux professionnels, évoquait tout de même une meilleure prise en charge puisqu'elle écrivait que la

collaboration présentait l'avantage de permettre une amélioration de l'accès aux soins par une orientation rapide des patientes vers le médecin généraliste ou la sage-femme (46).

Cette notion d'amélioration de la qualité des soins était finalement plus mise en avant dans la thèse de LIMOGES V. qui traitait de la place de la sage-femme en MSP. En effet, elle constatait que la présence d'une sage-femme en MSP facilitait l'accès aux soins de proximité. Cela permettait également une prise en charge plus rapide avec des délais de rendez-vous plus courts. Cependant, elle rapportait aussi que la présence de la sage-femme n'était pas toujours signe de coopération alors même que le travail en duo était une base pour l'optimisation de la prise en charge des patientes avec une meilleure coordination des soins (49).

La collaboration est bénéfique aux professionnels de santé, mais elle l'est également pour les patientes puisqu'elle permet une meilleure prise en charge globale. Afin de promouvoir cette pratique auprès des praticiens, il pourrait être utile d'insister sur les résultats positifs de cette coopération plutôt que d'en faire ressortir les freins. De même, montrer aux femmes les bénéfices à en tirer pourrait leur donner un rôle dans la promotion de cette pratique.

2.2.2.2. Une solution au manque de professionnels

Bien que tous les participants ne considèrent pas qu'il existe une carence en gynécologues sur leur secteur d'activité, nous avons montré que le nombre de gynécologues médicaux avait beaucoup diminué ces dernières années. Quand on les interrogeait sur l'influence de ce manque de professionnels sur la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes, plusieurs d'entre eux étaient d'accord pour dire qu'elle était amenée à augmenter « *Donc il va falloir forcément à un moment donné qu'on collabore un peu plus avec elles, du fait effectivement de cette raréfaction.* » (MG10). Pour certains, elle était aussi essentielle « *Ah bah ça devient essentiel j'ai envie de dire. Ça devient essentiel* » (SF6) et elle permettait de limiter l'impact de cette raréfaction. Deux sages-femmes abordaient également la raréfaction des médecins généralistes et que celle-ci induisait une altération du suivi des patientes « *Et ce qui est très difficile [...] c'est que les couples ne trouvent pas de médecin [...] Et je trouve que c'est compliqué parce qu'on dit que la place du médecin traitant est fondamentale.* » (SF3).

Deux thèses traitant de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes abordaient le manque de professionnels comme facteur favorisant. En 2016, GOUJON O. écrivait que, pour les médecins généralistes, le manque de gynécologues médicaux était un facteur

favorisant de la collaboration. Elle complétait même en signifiant qu'il s'agissait surtout des médecins généralistes les plus jeunes, ayant des contacts avec les sages-femmes, qui abordaient ce point (22). NAIBI S. confirmait aussi cette tendance en 2021 puisque dans son étude, 74% des médecins généralistes interrogés énonçaient le manque de gynécologues médicaux comme élément facilitant, alors que les sages-femmes ne le reprenaient qu'à 39%. Elle ajoutait que la meilleure disponibilité de ces deux professionnels était également évoquée comme un avantage à la collaboration (48).

Par ailleurs, CHAMPEAUX R. dans son enquête en 2013 indiquait que le manque de temps était un des principaux freins à la pratique du suivi gynécologique en médecine générale, c'est ce que répondaient 46% des médecins interrogés. Cette situation pouvait être expliquée par une activité déjà intense pour le suivi des pathologies aiguës et chroniques (50). On peut supposer qu'il soit aussi à mettre en parallèle avec une patientèle toujours plus abondante et un nombre de médecins généralistes de plus en plus restreint ; de par un nombre de médecins généralistes stable et une augmentation constante de la population globale. Dans ce contexte, on peut trouver étonnant que GOUJON O. et NAIBI S. concluaient toutes deux que la surcharge du planning de consultation n'était pas un facteur favorisant majeur de la collaboration pour les médecins généralistes (22)(48).

En dehors de la collaboration, le développement de la profession de sage-femme est aussi un moyen de pallier le manque de médecins puisque dans sa thèse s'intéressant au partage de compétences en gynécologie, TROSSAT F. montrait que pour les médecins, l'évolution du champ de compétences des sages-femmes s'inscrivait dans un contexte de carence démographique en gynécologie avec une incapacité future des médecins généralistes à absorber l'ensemble de l'activité (23).

On remarque donc que pour une majorité des médecins généralistes, la collaboration apparaît comme une bonne solution pour pallier le manque de gynécologues médicaux dans le cadre du suivi gynécologique. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, ce lien entre médecins généralistes et sages-femmes est très peu en place. Il paraît donc nécessaire de trouver rapidement un moyen de le dynamiser pour permettre un suivi gynécologique adapté au plus grand nombre de femmes. Il serait aussi intéressant d'évaluer le ressenti des patientes sur la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme face au manque de gynécologues médicaux pour leur suivi.

2.2.2.3. L'interprofessionnalité, un moyen d'échanges

2.2.2.3.1. Une meilleure connaissance de chacun

Plusieurs des professionnels de notre étude décrivent un souhait de mieux connaître les compétences de l'autre profession « *et j'aimerais bien en fait dans l'absolu pouvoir connaître mieux leurs prérogatives parce que je ne connais pas tout* » (MG1). Selon eux, la collaboration, et donc l'interprofessionnalité, serait un bon moyen d'y arriver « *ça permet peut-être de mieux se connaître déjà* » (SF7). Certains ajoutent aussi que l'exercice en MSP serait un facteur facilitant « *Alors c'est sûr que quand on travaille dans la même maison je pense que ça permet aussi de connaître les autres* » (SF13).

Ce sujet est peu abordé par les thèses et mémoires qui traitent de la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes, car comme vu précédemment, les bénéficiaires professionnels de cet exercice sont peu décrits.

D'autres travaux, notamment ceux concernant la pratique en MSP s'intéressent à cette idée. Dans sa thèse sur la place de la sage-femme en MSP, LIMOGES V. constatait que pour elle, la maison de santé permettait une meilleure connaissance et reconnaissance de leur métier. Elle ajoutait que la pluridisciplinarité générait une confiance entre les différents praticiens, elle engendrait aussi une meilleure connaissance professionnelle réciproque. Aussi, l'ambiance de travail était améliorée par les interactions extra-professionnelles (49). De même, AUMONT L. écrivait en 2020 que la collaboration interprofessionnelle se manifestait par une meilleure compréhension du métier de l'autre (51). Enfin, récemment, GRAVIER A. s'est intéressé aux freins et moteurs à la pratique en MSP des kinésithérapeutes. Il concluait que la proximité permettait de mieux connaître les autres personnellement. Cette pratique présentait donc un intérêt important pour l'amélioration des relations entre professionnels (52).

Ainsi, l'exercice pluriprofessionnel paraît engendrer une meilleure connaissance de chacun, personnellement et dans ses compétences propres. On peut imaginer qu'une collaboration entre médecin généraliste et sage-femme puisse aussi permettre à tous de mieux appréhender les spécificités des autres.

2.2.2.3.2. Un enrichissement des compétences

Médecins généralistes et sages-femmes sont d'accord pour dire que la collaboration aboutit à un échange de connaissances « *Chacun va apporter ce qu'il connaît de la femme* » (SF4). Ceci contribue à l'amélioration des compétences individuelles, et pour beaucoup cette collaboration est enrichissante professionnellement « *Et on a beaucoup de choses à s'apporter donc après c'est aussi enrichissant au niveau des compétences professionnelles* » (MG12). De même, pour la majorité, les différences de prise en charge ne sont pas perçues comme un frein mais comme une pratique bénéfique « *c'est justement une richesse moi je trouve de pouvoir débattre des pratiques de chacun* » (SF12).

Cette idée était aussi mise en avant dans la thèse de NAIBI S. puisqu'on retrouvait que l'intérêt suscité par les échanges de pratiques avec les praticiens du secteur était un facteur favorisant de la collaboration pour 62% des médecins généralistes interrogés et 44% des sages-femmes (48). C'est également un point qu'abordait GIBRAT B. dans son étude sur les enjeux du travail en pluriprofessionnalité puisqu'il écrivait que l'apport de ce travail était l'enrichissement intellectuel (53). Le bénéfice sur les compétences était également un sujet apparaissant dans deux thèses qui étudiaient la pratique en MSP. En effet, LIMOGES V. notait que selon les sages-femmes interrogées, les connaissances professionnelles de chacun étaient en permanence enrichies et stimulées par les connaissances des autres (49). De même, GRAVIER A. ajoutait qu'un des avantages de l'exercice en MSP était l'élargissement du champ des connaissances et des compétences professionnelles (52).

Au-delà d'une meilleure connaissance de chacun, la collaboration, et donc l'interprofessionnalité qui en découle, est un moyen de continuer à acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances professionnelles. L'exercice en MSP semble favoriser cet enrichissement puisqu'il permet de faciliter les échanges par la proximité.

La promotion de l'exercice en collaboration devrait donc s'appuyer sur les bénéfices attendus pour les patients et pour les professionnels. Il serait intéressant d'inclure cette partie dans les travaux portant sur l'étude des collaborations afin de mettre en balance les freins éventuels.

3. Forces et limites

3.1. Intérêt de l'étude

L'étude portait sur la collaboration entre deux professionnels intervenant dans le suivi de la femme, à savoir médecins généralistes et sages-femmes. La santé de la femme est un enjeu majeur de santé publique puisqu'elles représentent un peu plus de 50% de la population française (54) et qu'il persiste encore à ce jour des inégalités homme-femme en termes d'accès aux soins, notamment car elles représentent la majorité des personnes en situation de précarité (55).

Bien que de nombreuses études, qualitatives et quantitatives, aient déjà abordé ce sujet, nous n'avons trouvé aucune étude portant sur cette collaboration au niveau de la région Auvergne-Rhône Alpes. De plus, notre étude inclut à la fois des médecins généralistes et des sages-femmes dans le cadre d'entretiens individuels. Nous n'avons trouvé jusqu'à présent que des études intégrant les deux professionnels sous forme de focus group.

Enfin, intéressées par la pratique de la gynécologie et conscientes de la nécessité et de l'importance de la pluriprofessionnalité, il nous paraissait important d'étudier cette collaboration sur les secteurs correspondant à nos futurs lieux d'installation.

3.2. Forces de l'étude

3.2.1. Choix de l'étude

L'étude qualitative paraissait la méthodologie de recherche la plus adaptée à ce travail car elle permet un recueil de données difficilement évaluable de manière quantitative comme le vécu et le ressenti des participants, ce qui correspond à l'objectif de l'étude.

3.2.2. Triangulation des résultats

La triangulation des résultats a permis de limiter le biais d'interprétation par confrontation des résultats entre les deux investigatrices. De plus, chacun des entretiens a été analysé séparément et en aveugle, permettant de ne pas être influencé par l'analyse de l'autre.

3.2.3. Grille de lecture

Afin de permettre à chacun d'évaluer la qualité du travail, les chercheuses se sont appuyées sur la grille COREQ. Les réponses aux différents items sont retranscrites en annexe (*Annexe 4*).

3.3. Limites de l'étude

3.3.1. Echantillon

Cette étude a inclus plus de médecins généralistes que de sages-femmes, et parmi les sages-femmes, nous n'avions pas d'homme dans le panel. Elle peut donc ne pas refléter exactement les idées partagées par l'ensemble des professionnels. Cependant, les études qualitatives ne nécessitent pas un échantillonnage représentatif de la population générale étudiée.

Afin de limiter la survenue d'un recrutement de convenance, en choisissant des professionnels connus, par exemple, les chercheuses ont décidé de mettre en place un ordre d'appel aléatoire des professionnels éligibles, par tirage au sort.

Par ailleurs, le nombre de praticiens à interroger a été déterminé préalablement au début de l'étude, en se basant sur une estimation du nombre d'entretiens nécessaires, et non à saturation des données. Cependant, la saturation des données a été atteinte bien avant la fin de la conduite des entretiens, ce qui permet de limiter ce biais.

3.3.2. Biais de recrutement

Les professionnels ont été sélectionnés par appel téléphonique, dont certains par l'intermédiaire d'une secrétaire. Celle-ci a pu omettre de transmettre l'information ou transmettre une information erronée limitant la participation. D'autre part, ceux ayant répondu favorablement sont aussi susceptibles d'être plus disponibles et volontaires, et potentiellement plus intéressés par le sujet.

3.3.3. Biais d'investigation

Les entretiens semi-directifs sont basés sur un guide d'entretien abordant plusieurs thèmes par l'intermédiaire de grandes questions ouvertes associées à des relances. Il existe plusieurs biais lors de la conduite de ceux-ci.

Aucune des deux enquêtrices n'avait déjà réalisé ce type d'entretien avant l'étude et aucune n'avait eu de formation pour cela. Ce biais a pu être limité à minima par la conduite d'un entretien test, par chacune, préalablement au recueil des données.

Le biais animateur correspond à une influence de l'animateur sur la formulation des questions ; il s'applique dans le cas de notre étude à tous les participants. Mais, il correspond aussi à une influence sur les réponses aux questions données par les participants en lien avec la fonction de l'investigateur. Dans ce contexte, ce biais peut s'appliquer de manière sélective aux entretiens menés auprès des sages-femmes par le fait que les deux investigatrices soient des médecins généralistes. Elles ont pu influencer les réponses pour ne pas émettre de critique à l'encontre de cette profession.

Le biais de formulation peut être induit par une mauvaise formulation des questions en amont, par une mauvaise rédaction de la question ou par une mauvaise compréhension de celle-ci par l'interviewé. Ce biais a pu être limité par la constitution et la relecture du guide d'entretien avec la directrice de thèse, qui avait déjà une expérience antérieure dans ce type d'étude. Il a également pu être réduit par la conduite des entretiens test qui a permis de mettre en avant les questions pouvant amener à des erreurs d'interprétation ou de compréhension, celles-ci ont été modifiées avant le début de l'étude.

4. Quelles perspectives pour l'amélioration de la collaboration entre médecin généraliste et sage-femme ?

Aujourd'hui, la collaboration est rare, plusieurs praticiens expliquent cela par une habitude de travailler seuls dans le domaine libéral.

Afin de favoriser le plus tôt possible un exercice pluriprofessionnel, il pourrait être intéressant de promouvoir des formations communes aux étudiants de médecine générale et aux étudiants sages-femmes.

Nous pouvons remarquer qu'il existe un enseignement commun lors de leur première année d'étude, cependant il ne semble pas permettre une meilleure connaissance des compétences de chacun. C'est pourquoi, actuellement, une réforme apportant un enseignement sur les compétences de chaque professionnel de santé est en cours d'étude pour la première année commune aux études de santé. Celle-ci permettrait non seulement une meilleure connaissance des compétences de chacun mais aussi une facilitation du choix d'orientation des étudiants (38). Cette

réforme vise également à favoriser l'interprofessionnalité en l'abordant et en l'expliquant tôt dans la pratique.

Il paraît fondamental que cet enseignement commun perdure au-delà de la première année. Dans ce cadre, l'ANESF et l'ISNAR-IMG proposent différentes idées sur la mise en place d'enseignements communs concernant la santé de la femme et de l'enfant, l'éducation des patients, les missions de santé publique et les connaissances pharmacologiques. Ils évoquent également un bénéfice probable des enseignements pratiques mutualisés avec simulation de situations cliniques et apprentissage de gestes techniques sous forme d'ateliers interdisciplinaires (38).

D'ailleurs, un travail de 2015 propose la réalisation d'un enseignement commun lors des études des médecins généralistes et des sages-femmes, par mise en situations cliniques, pour favoriser l'interaction entre les étudiants (56). Cet enseignement est depuis mis en place à la faculté de Lyon afin d'exploiter la complémentarité de ces deux professions. Il pourrait être intéressant de le généraliser au niveau national.

L'ANESF et l'ISNAR-IMG étudient aussi un compagnonnage entre étudiants sages-femmes et internes en médecine générale qui pourrait constituer une base solide à une collaboration future, en permettant la connaissance approfondie des possibilités de chacun.

Enfin, ils réfléchissent à la mise en place de stages mutualisés consistant à croiser les professionnels accueillants : un interne de médecine générale réalisant son stage en santé de la femme chez une sage-femme, par exemple, et inversement. Dans ce cadre, une thèse de 2019 a montré une amélioration du ressenti des internes de médecine générale pour tous les thèmes rencontrés lors d'une consultation en santé de la femme et de l'enfant, en incluant également les gestes techniques après le stage auprès d'une sage-femme (57).

Cela permettrait d'équilibrer la formation des internes de médecine générale, la pratique hospitalière étant déjà beaucoup étudiée lors de leurs autres stages et leur apporterait une expérience supplémentaire de pratique libérale avec une vision plus globale des professionnels disposant des mêmes compétences.

Concernant les étudiantes sages-femmes, cela pourrait favoriser la connaissance des médecins généralistes et améliorer leur vision globale des patientes. Ainsi une collaboration future serait favorisée.

Une fois les études terminées, nous constatons également que les formations interprofessionnelles semblent favoriser la collaboration, il pourrait être intéressant de les développer. De cette manière, la promotion de ces formations dans le cadre du développement professionnel continu participerait

à augmenter la connaissance des professionnels entre eux, de leurs compétences et ainsi leur collaboration.

Nous avons également pu observer que quelques praticiens considèrent que la collaboration est favorisée par les cabinets de groupe ou les MSP. Elle a été abordée comme une possible délégation de tâches, ceci peut donc sous-entendre la mise en place de protocoles de prise en charge au sein de ces structures. Cela permettrait de définir les rôles de chacun et ainsi d'optimiser la prise en charge des femmes.

Cependant, les médecins généralistes et les sages-femmes restent des acteurs de premiers recours. Ainsi, face à leurs limites de compétences, pour avis spécialisé, il semble essentiel d'orienter les patientes vers les professionnels compétents que sont les gynécologues. Nous pouvons donc imaginer une collaboration incluant ces praticiens lorsque nécessaire. Dans ce cadre, le recueil des attentes des gynécologues dans ce domaine paraît être pertinent.

Par ailleurs, la méconnaissance des compétences des professionnels par les patientes revient comme une limite à leur suivi. En effet selon une étude de 2017 réalisée par le CNOSF seulement 54% des femmes connaissent la possibilité de s'adresser à une sage-femme pour leur contraception (58).

La diffusion d'un guide court sur les compétences de chaque professionnel concerné pourrait améliorer cela. Il existe déjà une fiche rédigée par le CNSF (59). Il semblerait intéressant d'augmenter sa diffusion auprès des patientes afin d'optimiser la prise en charge de ces dernières. Elle pourrait avoir lieu lors d'initiation à la sexualité au collège ou au lycée, ou encore ce guide pourrait être inclus dans le courrier de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, ou du cancer du sein.

Enfin, nous pouvons constater que l'avis des patientes sur la collaboration entre les professionnels a rarement été exploré. Ainsi, il paraît judicieux de s'y intéresser afin de promouvoir une prise en charge au plus près de la volonté des patientes.



Nom, prénom du candidat : Raffin Estelle

CONCLUSIONS

Le nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux a diminué de presque 40% en six ans sur la région Auvergne-Rhône Alpes, avec en parallèle une augmentation de la population de 4%. La prise en charge des femmes a donc dû s'adapter avec une réorientation du suivi sur d'autres praticiens que sont les médecins généralistes et les sages-femmes. Malgré l'augmentation des compétences des sages-femmes depuis 2009, pour permettre un maintien de l'offre de soins et pallier le manque de médecins, elles restent limitées au suivi physiologique de la femme. Une collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes paraît donc nécessaire à la bonne prise en charge de la femme. Dans une démarche d'amélioration des soins, il semble important d'explorer les ressentis et vécus des professionnels concernés et de déterminer les facteurs favorisant et limitant cette collaboration.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 médecins généralistes et 14 sages-femmes de la communauté d'agglomération des portes de l'Isère et de la communauté d'agglomération du bassin de Bourg-en-Bresse, entre février et août 2021. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les freins et les possibles d'une collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes dans le secteur d'étude.

Les résultats ont apporté des éléments sur la place actuelle de chacun des professionnels dans le suivi de la femme, les prérequis à la mise en place de la collaboration, ainsi que les freins et les bénéfices de celle-ci.

Il en ressort qu'actuellement cette collaboration est peu existante mais souvent jugée comme nécessaire par les médecins généralistes et les sages-femmes qui se définissent comme des acteurs de 1^{er} recours, complémentaires. Les deux professionnels, majoritairement favorables à la mise en place ou l'amélioration d'une collaboration, au moins partielle, relèvent néanmoins quelques difficultés. La principale est celle de se connaître, personnellement en tant que professionnels, mais aussi sur ses compétences. La communication est un autre point clé, qualifiée comme prérequis à une bonne collaboration, mais pointée comme une des principales limites. Malgré les quelques freins, tous s'accordent à dire que la collaboration apporte aussi de nombreux bénéfices, notamment en termes de prise en charge, de gain de temps ou d'enrichissement des compétences.

Pour remédier aux difficultés inhérentes à cette collaboration, les praticiens ont déjà évoqué certaines pistes, notamment la mise en place de rencontres interprofessionnelles en formation continue. On pourrait aussi développer les interventions communes aux étudiants des deux cursus afin de favoriser la rencontre et la connaissance de chacun avant le début de l'activité professionnelle. La formation des internes avec des stages au sein de pôles mère-enfant est aussi un élément qui pourrait favoriser la collaboration déjà au sein de structure type maisons de santé pluri professionnelles, puis s'étendre aux professionnels en dehors.

Finalement, pour les médecins généralistes et les sages-femmes, l'objectif principal de la collaboration reste l'amélioration de la prise en charge globale de la femme, en lui laissant sa place centrale, et en respectant ses attentes et ses choix.



Pour compléter un travail sur l'amélioration de la prise en charge des femmes, il pourrait être intéressant de recueillir les attentes des patientes ainsi que leur ressenti lors de leur prise en charge dans le cadre de cette collaboration.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature


UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Marie FLORI
Professeur
de Médecine Générale



Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 03 MARS 2022

BIBLIOGRAPHIE

1. Lardanchet S, Mollier Descamps M. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention: étude menée en région PACA [Internet]. France; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381103v1>
2. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. Opinionway. 2011. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/marketing/sante.html?start=90>
3. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
4. Gynécologie. In: Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gynecologie/38711>
5. Article L2122-1 - Code de la santé publique [Internet]. Légifrance. 2000. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398008/
6. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'audition des gynécologues médicaux [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011 févr p. p4. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
7. ANESF, ISNAR-IMG. Interprofessionnalité au profit de la santé de la femme [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/100612-Interprofessionnalit%C3%A9-et-Sant%C3%A9-de-la-femme-Contribution-commune-ANESF-ISNAR-IMG-1.pdf>
8. Article L4130-1 - Code de la santé publique [Internet]. Légifrance. 2009. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
9. Histoire de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
10. Piquemal A, Reingewirtz S, Zantman F. L'évolution de la profession de sage-femme. :109.
11. Arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer [Internet]. mars 1, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287964>
12. Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire [Internet]. 2022-325 mars 5, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300092>
13. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
14. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.

15. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
16. Lapeyre N, Robelet M. L'organisation du travail du médecin généraliste, effet de genre ou effet de génération ? Sociol Prat. 1 sept 2007;14(1):19-30.
17. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale - revue de la littérature [Thèse d'exercice de médecine]. Université d'Angers; 2018.
18. Chapitre II : Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé (Articles L1432-1 à L1432-12) [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020897736/2010-04-01>
19. Titre Ier : Coopération entre professionnels de santé (Articles L4011-1 à L4011-3) [Internet]. Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020897409/2009-07-23>
20. Collaboration. In: Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Larousse. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>
21. BERTRAND L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes [Internet]. Memoire Online. 2008. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/06/08/1149/m_collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes0.html
22. Goujon O, Boisdin G, Hermil J-L, Déchelotte P, Ladner J. État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure. Rouen, France: Université de Rouen; 2017.
23. Trossat F, Boissy C. Partage de compétences dans la pratique gynécologique: opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2017.
24. ONDPS. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension [Internet]. 2021 mai. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b29bc867c61ce3beff2464c30ea1763074f470b7a47d17e8db90d6fd0427938c080fe6120d14300092d6dc92c2349a21c0d9e188cfdcf0ebb9e64cd6c015aba0d252e1310bc05fcd7f653c39ce17b5a66f8ddef182e86c23
25. Delepau C. Suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes: étude des représentations et des connaissances des femmes. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2016.
26. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes. 4 juin 2020;88.
27. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. [Lyon]: Bibliothèque Lyon 1; 2017.

28. Motte P. La ménopause: quelle place pour le médecin généraliste ? enquête auprès de patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM499.pdf
29. Pomar L. Le choix d'un homme sage-femme, au regard des représentations sociales et des facteurs socioculturels [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2013. p. 100. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868241>
30. Bekka M. Déterminants du choix des femmes enceintes concernant le professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Réunion. UFR Santé; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380247>
31. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378>
32. Bernard J. Suivi gynécologique: représentations et ressentis des patientes [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM454.pdf
33. Article L1411-11 - Code de la santé publique [Internet]. Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/
34. Contribution – Sage-femme référente – ANESF – Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes [Internet]. Disponible sur: <http://anesf.com/index.php/2021/05/13/contribution-sage-femme-praticien-de-1er-recours/>
35. Proposition n°2 -Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé. [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/proposition-n2/>
36. Nadane-Joseph C. État des lieux de l'offre de soins de premier recours en gynécologie à Paris et projections à deux et cinq ans, dans le cadre de l'enquête DEMOMED 75. :116.
37. Portail documentaire en santé - Soins de premier recours [Internet]. IREPS ORS Pays de la Loire. Disponible sur: https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=165
38. 100612- Interprofessionnalité et Santé de la femme - Contribution commune ANESF - ISNAR-IMG [Internet]. ISNAR-IMG. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/contributions-et-propositions/100612-interprofessionnalite-et-sante-de-la-femme-contribution-commune-anesf-isnar-img-1/>
39. 111025 - Santé de la femme - Contribution commune ISNAR-IMG Anesf [Internet]. ISNAR-IMG. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/contributions-et-propositions/111025-sante-de-la-femme-contribution-commune-isnar-img-anesf/>
40. Digard L, Pellerin L, Hermil J-L, Mauviard É, Laîné M. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie [Internet]. France; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1920267>
41. Ott E. Sage-femme qui es-tu ? : enquête sur la connaissance de la profession de sage-femme auprès d'autres professionnels de santé et son impact sur la collaboration [Internet].

Metz, France; 2013. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/prive/BUMED_MESF_2013_OTT_ELOISE.pdf

42. Girardot Chareyron A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2015.
43. Suybeng V. Étude qualitative sur la relation entre le médecin généraliste et le médecin psychiatre dans le cadre de la prise en charge de la dépression dans la métropole lilloise [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM352.pdf
44. Lansonneur A, Samko B, Fouquet J-P. Le rôle de l'oncologue et sa collaboration avec le médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint de cancer [Internet]. France; 2019. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2019_Medecine_LansonneurAude.pdf
45. Chave C. Collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et diabétologues dans la prise en charge du diabète de type 2 dans le département du Nord [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M282.pdf
46. Berla C. Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale: Etude qualitative dans le département de l'Hérault [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1147>
47. Meignen É, Guihard H, Hermil J-L, Mauviard É, Laîné M. Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme ? : Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure [Internet]. France; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1921256>
48. Naibi S. La collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes: enquête analytique de pratique dans les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_NAIBI_Sharzad.pdf
49. Limoge V. Place de la sage-femme dans les maisons de santé pluridisciplinaires: point de vue des sages-femmes en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
50. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
51. Aumont L. Mieux appréhender la performance des maisons de santé pluri-professionnelles: une vision des acteurs selon leur implication dans la structure [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-...., France]: Université Grenoble Alpes; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03477449/document>
52. Gravier A. Les freins et les moteurs à la pratique libérale de la masso-kinésithérapie en maison de santé pluriprofessionnelle: Complément du titre [Internet] [Mémoire]. [France]:

Université de Bretagne occidentale; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03476792/document>

53. Gibrat B, Vallot S. Les enjeux du travail en pluriprofessionnalité dans une maison de santé pluriprofessionnelle et universitaire de Seine et Marne [Internet]. France; 2019. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,997715430204611&vid=upec>

54. Femmes et hommes – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238375?sommaire=4238781>

55. Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/sante-et-acces-aux-soins-une>

56. Boissy C, Lamort-Bouché M, Zerbib Y, Simon E, Flori M. Propositions pour la mise en place d'un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l'Université de Lyon. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2015;16(2):133-42.

57. Bredontiot A, Volle-Couderc L. Evaluation de l'impact d'un stage auprès d'une sage-femme sur le ressenti des internes de Midi-Pyrénées lors d'une consultation en santé de la femme [Internet]. France; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2574/>

58. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La contraception et les françaises : une information suffisante ? [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf

59. CNSF. Suivi gynéco, prévention et dépistages [Internet]. Disponible sur: [cnsf-suivi-gyneco-prevention-depistages.pdf](https://www.cnsf.fr/IMG/pdf/cnsf-suivi-gyneco-prevention-depistages.pdf)

ANNEXES

ANNEXE 1

Effectifs des professionnels impliqués dans le suivi de la femme

Effectifs				
France			Auvergne – Rhône Alpes	
	Total	Activité libérale (libéral exclusif)	Total	Activité libérale (libéral exclusif)
2012	19552	3890 (2869)	2658	552 (428)
2021	23541	7929 (5471)	3242	1205 (803)

Source : RPPS – Traitement DREES

Tableau 2. Effectifs des sages-femmes en France et en Auvergne-Rhône Alpes en 2012 et 2021

Effectifs				
France			Auvergne – Rhône Alpes	
	Total	Activité libérale (libéral exclusif)	Total	Activité libérale (libéral exclusif)
2012	101435	68922 (64142)	12018	7945 (7335)
2021	100621	65898 (57533)	12593	7286 (7173)

Source : RPPS – Traitement DREES

Tableau 3. Effectifs des médecins généralistes en France et en Auvergne-Rhône Alpes en 2012 et 2021

Effectifs				
France			Auvergne – Rhône Alpes	
	Total	Activité libérale (libéral exclusif)	Total	Activité libérale (libéral exclusif)
2012	3714	3191 (2626)	391	340 (264)
2021	2274	1701 (1252)	224	166 (135)

Source : RPPS – Traitement DREES

Tableau 4. Effectifs des gynécologues médicaux en France et en Auvergne-Rhône Alpes en 2012 et 2021

Effectifs				
France			Auvergne – Rhône Alpes	
	Total	Activité libérale (libéral exclusif)	Total	Activité libérale (libéral exclusif)
2012	4097	2371 (1554)	490	293 (184)
2021	5489	3223 (1993)	660	366 (233)

Source : RPPS – Traitement DREES

Tableau 5. Effectifs des gynécologues obstétricaux en France et en Auvergne-Rhône Alpes en 2012 et 2021

ANNEXE 2

Démographie des communautés d'agglomération

	CA3B	CAPI
Nombre de communes	74	22
Nombre d'habitants (2018)	132 682	107 395
Femmes de 15 ans et plus	56 308	43 299
Nombre de gynécologues	16	14
Nombre de gynécologues pour 100 000 femmes	28.4	32.3
Nombre de SF	13	36
Nombre de SF pour 100 000 femmes	23.1	83.1
Nombre de MG	81	89
Nombre de MG pour 100 000 femmes	61	82.9

Tableau 6 - Critères démographiques des communautés d'agglomérations étudiées

ANNEXE 3

Canevas d'entretien

Caractérisation de l'échantillon

Sexe – Profession

Quel âge avez-vous ?

En quelle année avez-vous été diplômé ? Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Dans quelle ville exercez-vous actuellement ? Diriez-vous qu'il s'agit d'un milieu plutôt urbain, rural, semi-rural ?

Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, en groupe, en MSP...). Pourcentage d'activité en gynéco ?

Diplôme particulier pour la gynécologie ? (DU...)

Guide d'entretien

Comment voyez-vous la place du médecin généraliste et de la sage-femme dans le suivi de la femme ?

- Seulement pendant la grossesse ?
- Et dans le post-partum ?
- Et pour la contraception ?
- Et après la ménopause ?
- Et dans les problèmes de sexualité ?
- IVG médicamenteuses ?
- Et dans le dépistage et la prévention ?
- Et pour l'allaitement ?

Donc, comment imagineriez-vous une collaboration ? Comment pourriez-vous améliorer votre collaboration ?

- Avec qui auriez-vous envie de collaborer ?
- Est-ce que cette collaboration pourrait entrer dans le cadre d'une maison de santé ?
- Quels bénéfices pour les professionnels de santé ? Et pour la femme ?
- Et avec la raréfaction des gynécologues ?
- Comment pensez-vous évoquer cette collaboration avec vos patientes, communes ou non ?
- Comment communiquer sur les dossiers ?

En pratique, quels sont les freins et les limites à cette collaboration ? Qu'est ce qui peut poser problème ?

- Une certaine forme de concurrence ?
- Des prises en charge différentes entre les praticiens ?
- Se connaître en tant que professionnels ?

ANNEXE 4
Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description	Réponse
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quels auteurs ont mené les entretiens individuels ?	Elodie POTREL Estelle RAFFIN
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?	Médecins généralistes
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Les chercheurs étaient-ils un homme ou une femme ?	Deux femmes
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation des chercheurs ?	Aucune expérience précédente
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour certains
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation du chercheur et des objectifs lors du recrutement
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Motivations et intérêts pour le sujet de recherche lors de l'entretien

Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de discours
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage dirigé
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone +/- mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	30
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	46 personnes : 44 refus dont 30 sur critères d'exclusion 2 entretiens test non gardés

Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile, lieu de travail, téléphone
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui, pour un entretien (externe)
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Voir tableau 1
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Canevas d'entretien non fournis aux participants. Deux entretiens test préalables
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, 1 entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, recueil de données non verbales
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 10 et 67 min, 29 min en moyenne
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui, seuil dépassé, poursuite des entretiens déjà prévus
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, identification de toutes les citations

30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Description des cas particuliers mais pas de discussion des thèmes secondaires

RAFFIN Estelle

QUELLE COLLABORATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE ET SAGE-FEMME ? Etude qualitative auprès de 16 médecins généraliste et 14 sages-femmes

RESUME

Avec la raréfaction des gynécologues, la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes, acteurs de premiers recours du suivi gynécologique, semble nécessaire, ce qui est peu le cas actuellement. Il nous paraissait important d'en étudier les freins et les possibles afin de conserver une offre de soins suffisante, et pour compenser le manque de gynécologues.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels de médecins généralistes et de sages-femmes exerçant une activité libérale. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, puis analysés avec triangulation des données.

La collaboration entre MG et SF est peu fréquente. Souvent souhaitée, elle nécessite des prérequis : une connaissance des professionnels, une communication efficace et une définition des rôles de chacun. Les principaux freins rapportés sont la méconnaissance des compétences des praticiens, le peu de communication et le manque de temps. Il est également mis en évidence la complexité des relations entre professionnels et une possible concurrence, souvent limitée par une patientèle suffisante. Le champ de compétences restreint des sages-femmes au domaine physiologique est également rapporté comme une limite à la collaboration. Cette dernière permet toutefois une optimisation de la prise en charge des femmes, une confiance accrue des patientes et des professionnels, mais aussi un accroissement des compétences. Il semble même qu'elle pourrait limiter le manque de gynécologues médicaux.

La collaboration entre MG et SF semble essentielle pour maintenir l'offre de soins gynécologiques aux femmes. Le développement de rencontres interprofessionnelles pendant et après leurs études respectives pourrait favoriser la connaissance des praticiens et de leurs compétences, et ainsi leur collaboration. Le ressenti des patientes ainsi que leurs attentes concernant leur prise en charge reste à recueillir afin d'adapter au mieux leur suivi.

MOTS CLES Collaboration – Sage-femme – Médecin généraliste

JURY

Président : Madame le Professeur FLORI Marie
Membres : Monsieur le Professeur ZERBIB Yves
Madame le Professeur PERDRIX Corinne
Monsieur KOBBER Pascal, formateur sage-femme
Directeur : Madame le Docteur FAY Isabelle

DATE DE SOUTENANCE 12 avril 2022

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR

4 rue des Alouettes 69720 Saint Bonnet de Mûre

EMAIL e-raffin@live.fr