



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le réseau de santé périnatal PAULINE : connaissances et attentes des
médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral**

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2014 à 16 H
au Pôle Recherche
Par Tiphaine Thomas

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs :

Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Docteur Martine Poher

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin Van Cortenbosch

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

RESUME.....	16
INTRODUCTION.....	18
Présentation du travail de thèse.....	19
CARACTERISTIQUES GENERALES	21
La périnatalité en France	22
1 Evolution de la politique d'encadrement de périnatalité en France	22
1.1 Le 1 ^{er} plan périnatalité 1970-1976 :.....	22
1.2 Le 2 ^e plan périnatalité 1995-2000 :.....	22
1.3 Le 3 ^e plan périnatalité 2005-2007 :	23
1.4 Les évolutions du programme 2010-2013 :.....	24
2 Les réseaux de santé de périnatalité	25
2.1 Historique des réseaux de santé :.....	25
2.2 Historique des réseaux de santé en périnatalité :.....	25
2.3 Le réseau PAULINE :.....	26
MATERIELS ET METHODES	28
1 Matériels	29
2 Méthodes	29
3 Analyse statistique.....	30
RESULTATS	31
1 Description de la population générale	32
2 Taux de participation	32
3 Analyse des questionnaires.....	32
3.1 Caractéristiques de l'échantillon :	32
3.2 Analyse globale :	36
DISCUSSION	39
1 Critique de la méthodologie	40
2 Les caractéristiques de la population.....	41

3 Le réseau PAULINE.....	42
PERSPECTIVES.....	49
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	59
Annexe 1 : Les types de maternités.....	60
Annexe 2 : Conclusions de la « Mission Périnatalité ».....	62
Annexe 3 : Les missions générales des réseaux en périnatalité.....	64
Annexe 4 : Questionnaire.....	65
Annexe 5 : Le zonage en aires urbaines selon l'INSEE.....	71
Annexe 6 : Programme de la journée allaitement du réseau PAULINE.....	74

RESUME

Résumé :

Le réseau de santé périnatal PAULINE : connaissances et attentes des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral.

Contexte : Les médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral se sentent parfois écartés du suivi périnatal. Or La Haute Autorité de Santé recommande un suivi de grossesse idéalement réalisé dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales. L'objectif était d'analyser les connaissances et attentes concernant le réseau PAULINE par les médecins généralistes de cette région.

Méthode : Enquête épidémiologique descriptive transversale via un questionnaire adressé par la poste aux 759 médecins généralistes de cette région inscrits à l'Union Régionale de Professionnels de Santé du Nord-Pas-de-Calais en 2012.

Résultats : Le taux de participation était de 27,4 %. Parmi les répondants, moins de la moitié connaissait le réseau (46,5 %). Les outils mis en place par le réseau étaient inconnus pour la plupart des généralistes : journées de formation (71,3 %), annuaire des professionnels (91,4 %), permanence téléphonique (73,6 %)... Lorsqu'ils utilisaient le dossier commun de suivi des grossesses (43,5 % d'entre eux), ce support restait un outil de travail individuel (77,9 % n'y avaient pas accès à chaque consultation et 83,7 % trouvaient qu'il n'était pas bien partagé). Ils étaient demandeurs d'un dossier informatique partagé (69,9 %) qui améliorerait la coordination des différents professionnels (58,9 %). Enfin ils attendaient principalement d'un réseau une meilleure collaboration entre les acteurs de ville et de la maternité (93 %).

Conclusion : La connaissance du réseau et des outils qu'il met à disposition peut être amplifiée par la mise en œuvre de mesures complémentaires afin d'améliorer la collaboration ville-hôpital et, a fortiori, la prise en charge de la périnatalité.

INTRODUCTION

Présentation du travail de thèse

Durant nos stages d'internat, nous avons constaté que la périnatalité semblait représenter une faible part de l'activité du médecin généraliste notamment pour le suivi de grossesse. A contrario, le suivi des premiers mois des grossesses non à risques était une activité quotidienne des gynécologues obstétriciens exerçant en milieu hospitalier.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en mai 2007, des recommandations concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction du niveau de risque identifié. Le professionnel de santé, sage-femme ou médecin, doit être à même d'évaluer le niveau de risque de chaque grossesse et d'orienter si besoin la patiente vers un suivi adapté. Lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la patiente (1).

Une part importante des grossesses étant exempte de complication, nous nous sommes tout d'abord interrogées sur les modalités du suivi périnatal par les médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral. Ceci a fait l'objet d'une étude préalable à ce travail. Les résultats de cette étude nous ont montré que, globalement, les généralistes de ce secteur avaient une activité obstétrico-pédiatrique régulière et homogène, quels que soient leurs profils (sexe, âge, modalités d'exercice...), ainsi, 83,7 % des médecins généralistes suivaient des femmes enceintes, 86,7 % prenaient en charge l'allaitement maternel, enfin 97,5 % d'entre eux prenaient en charge des nouveau-nés. Le médecin généraliste jouait un rôle non négligeable dans l'orientation et la surveillance des 2 premiers trimestres de grossesse (48,5 % les suivaient jusqu'au 2^e trimestre et 34,1 % jusqu'au 1^{er} trimestre), mais occupait également un rôle majeur dans la prévention de la périnatalité (orientation des grossesses à risque, dépistage de la trisomie 21 et du diabète gestationnel, vaccination...). Compte tenu de l'évolution

démographique médicale, cette activité devrait s'accroître dans les années à venir. Or, les recommandations de la HAS précisent que ce type de suivi doit être idéalement réalisé dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales (1). De même les réseaux de santé en périnatalité se doivent actuellement d'être des réseaux « ville-hôpital » et « médico-psycho-sociaux » ce qui implique la participation des médecins généralistes (2). C'est pourquoi il nous paraissait nécessaire d'évaluer la collaboration ville-hôpital dans le secteur du réseau PAULINE.

Ainsi, le médecin généraliste connaît-il le réseau de santé périnatale, ses fonctions et les outils qu'il met en place? Est-il en relation avec les différents professionnels de la périnatalité? Quel est le rôle du médecin généraliste dans ce réseau? Qu'en attend-il? Que lui apporte le réseau?

Partant de ce constat, l'objectif de ce travail était de vérifier les connaissances et attentes concernant le réseau par les médecins généralistes de la région de l'Audomarois et du Littoral afin de nous permettre de vérifier comment ce dernier pouvait améliorer sa collaboration « ville-hôpital » et comment améliorer de ce fait la prise en charge de la périnatalité.

CARACTERISTIQUES GENERALES

La périnatalité en France

1 Evolution de la politique d'encadrement de périnatalité en France

Dans le but d'améliorer les conditions de soins et d'accueil de la mère et de l'enfant, la France a mis en place depuis les années 1970 une politique structurante en matière de périnatalité se traduisant par 3 plans successifs (3).

1.1 Le 1^{er} plan périnatalité 1970-1976 :

Il visait à améliorer la prévention et à sécuriser la naissance. Ce plan intègre en outre trois mesures principales :

- Le passage à quatre consultations obligatoires pendant la grossesse,
- La formation des professionnels,
- Le renforcement des moyens techniques en maternité.

L'objectif initial avait été atteint, à savoir un taux de mortalité périnatale abaissé à 14 pour 1 000 dès 1979, contre 29 pour 1 000 en 1960.

1.2 Le 2^e plan périnatalité 1995-2000 :

Il fait suite aux recommandations du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) paru en 1994. La sécurisation de la naissance apparaît comme la finalité principale de ce plan, par la mise en place d'un seuil minimal de 300 accouchements et des types de maternité en fonction des possibilités de prise en charge des nouveau-nés selon le niveau de risque (**Annexe 1**) (4) (5) (6). De plus il initie la mise en place d'une coopération inter-hospitalière via la création de réseaux de « soins gradués et coordonnés », mais non ouverte

sur la ville.

Ces normes de sécurité sont précisées par les Décrets du 9 octobre 1998 (5) (4). A l'issue de ce plan, en 2004, la mortalité périnatale a diminué jusque 6,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle se situait aux alentours de 9 pour 100 000 (7) (8).

1.3 Le 3^e plan périnatalité 2005-2007 :

Il fait suite à la constatation d'une surmédicalisation de la grossesse et de la naissance. Ce plan comporte un ensemble de mesures ayant pour but d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et offrir plus d'humanité et de proximité (3) :

- Plus d'humanité : par la mise en place d'un entretien individuel du 4^e mois et d'une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, par une information complète et continue, par un accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples en situation de précarité ou faisant face à un handicap ou une maladie invalidante, par un suivi prolongé des nouveau-nés à risque de développer un handicap, enfin par une prise en charge rigoureuse des décès en maternité et en néonatalogie.
- Plus de proximité : par le développement des réseaux de santé de périnatalité et des centres périnataux de proximité, par le service de protection maternelle et infantile (PMI) et par la participation des sages-femmes libérales et la création de places d'hospitalisation à domicile.
- Plus de sécurité : par un renforcement des maternités et des transports, par l'élaboration de protocoles.

- Plus de qualité : sur l'échographie, l'assistance médicale à la procréation et sur la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité.

Ce plan visait également à améliorer la connaissance du secteur, à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Sur la période 2006-2008, le taux de mortalité maternelle a été établi à environ 8 décès pour 100 000 naissances. Il n'existe pas de données fiables permettant l'évaluation de la mortalité périnatale en raison « d'un système d'information français reposant sur des données fragmentées et fragiles » (9).

1.4 Les évolutions du programme 2010-2013 :

Les objectifs du 3^e plan ont été atteints pour ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins et dans une moindre mesure en ce qui concerne l'humanité et la proximité. Les nouvelles recommandations tiennent donc à poursuivre les efforts du plan 2005-2007 tout en maintenant un nouvel équilibre entre les différents axes du plan, prenant en compte les mesures peu mises en œuvre (exemple : précarité) et celles ayant atteint leurs objectifs (exemple : sécurité) (3).

2 Les réseaux de santé de périnatalité

2.1 Historique des réseaux de santé :

En France, les expériences de prise en charge sanitaire et sociale ont commencé à se développer dans les années 1970. Elles ont pris de l'ampleur avec la création des réseaux ville-hôpital à partir de 1991. Les ordonnances d'avril 1996 ont inscrit le concept de réseau de santé dans le code de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique (10). L'article L712-3-2 du code de santé publique précise qu'ils ont pour objet « *d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.* » (11).

2.2 Historique des réseaux de santé en périnatalité :

La création de « réseaux de soins gradués et coordonnés » en périnatalité remonte au 2^e plan périnatalité 1995-2000. Les décrets de 1998 viennent appuyer le développement des réseaux et la coopération entre les établissements qu'ils soient publics ou privés (5).

En 2003, une des vingt propositions de la Mission Périnatalité met l'accent sur la nécessité d'ouverture des réseaux à la ville (12) (**Annexe 2**).

La circulaire DHOS du 30 mars 2006 fait suite au plan périnatalité 2005-2007 et établit un cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité afin d'harmoniser les pratiques. A terme, le but est de couvrir l'ensemble du territoire et de s'ouvrir à la ville. Les principales missions de ces réseaux sont détaillées en **annexe 3** (2).

A ce jour la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP),

constituée en octobre 2007, comprend 64 réseaux régionaux, départementaux ou locaux couvrant l'ensemble du territoire français, à l'exception de la Guadeloupe. Il regroupe 829 827 naissances et 666 maternités (13).

2.3 Le réseau PAULINE :

- Historique :

La première réunion du Réseau a eu lieu le 27 janvier 1999. Le réseau s'appelait alors **REPLA** pour Réseau de Périnatalité du Littoral et de l'Audomarois. Il avait pour but « d'améliorer la prise en charge globale des soins périnataux, à travers une graduation et une continuité des soins ».

Le 30 janvier 2002 est signé l'agrément du réseau de soins périnatal du Bassin de Vie du Littoral et de l'Audomarois.

Le financement par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), obtenu en 2003, n'étant pas adapté, le réseau passe en statut associatif, le 1^{er} juin 2005. Le REPLA devient le **Réseau PAULINE** (réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant) en novembre 2005.

Le réseau a tout d'abord travaillé sur la mise en place de son fonctionnement interne. Il s'est ensuite attaché à s'ouvrir à la ville, notamment aux professions libérales, et travaille toujours dans ce sens.

- Description :

Il regroupe :

- Le Centre Hospitalier (CH) de Calais (type 3)
- Le CH de Boulogne sur Mer (type 2B) et le Centre de médecine chirurgie obstétrique de la Côte d'Opale (CMCO) (type 1)
- La Polyclinique de Grande-Synthe (PGS) (type 2A) et la Clinique Vilette (type 1) à Dunkerque
- Le Centre Hospitalier de la Région de St Omer (CHRSO) (type 2A)
- Le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer (CHAM) (type 2A)
- Le SAMU 59-62
- Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- L'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) des Flandres (secteur de psychiatrie infanto-juvénile) à Bailleul.
- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centre Médicaux Psychologiques (CMP)
- Les centres de planification
- Les associations locales de promotion de l'allaitement maternel

Il couvre un territoire de 808 000 habitants dont 400 000 femmes et 11 000 nouveaux par an (14).

MATERIELS ET METHODES

1 Matériels

Les professionnels ciblés par l'étude étaient les médecins généralistes ayant une activité libérale et répartis sur le territoire géographique du réseau PAULINE (le Dunkerquois, le Calaisis, le Boulonnais, le Montreuillois et l'Audomarois) inscrits à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du Nord Pas-de-Calais.

Ettaient exclus les médecins n'exerçant plus la médecine générale, les retraités et les médecins de la PMI.

L'échantillon portait sur l'ensemble des 759 médecins généralistes afin d'avoir une puissance statistique la plus élevée possible.

2 Méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Cette étude traitait deux sujets complémentaires : le premier s'attachait à évaluer la prise en charge de la périnatalité par les médecins généralistes et a fait l'objet d'une étude préalable dont les résultats ont été brièvement rappelés en introduction. Le second sujet qui s'intéressait au réseau de santé de périnatalité est traité dans ce travail.

L'enquête a été réalisée sous forme d'un questionnaire de 3 pages recto-verso (**Annexe 4**) qui se composait de 53 questions fermées et 6 questions ouvertes réparties en 6 catégories :

- les femmes enceintes,
- l'allaitement,
- le nouveau-né,

- le réseau PAULINE,
- la formation universitaire,
- le profil de l'interrogé.

Le questionnaire a été approuvé par un médecin statisticien puis testé par deux médecins généralistes et un gynécologue obstétricien. Le temps de remplissage était estimé à cinq minutes en moyenne.

Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration préalable à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la référence n° 165515.

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale le 2 avril 2013. Ils étaient accompagnés d'une lettre d'introduction et d'une enveloppe retour pré-timbrée. Seules les coordonnées postales des médecins ont pu être obtenues par l'intermédiaire de l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS). Il nous a été impossible d'obtenir les coordonnées internet.

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 8 août 2013. Pour des raisons économiques liées à l'envoi du questionnaire par voie postale, aucune relance n'a été faite.

Cette enquête commune faisait initialement l'objet d'un seul et même travail. En raison de dispositions réglementaires, ces deux thèmes complémentaires ont dû être traités dans deux thèses distinctes.

3 Analyse statistique

Les données ont été répertoriées dans le tableur Excel 2007. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 21. Les tests du Khi^2 et de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives quand les données le permettaient. Les différences étaient considérées comme significatives quand p était inférieur à 0,05.

RESULTATS

1 Description de la population générale

Parmi les 759 médecins généralistes interrogés, 633 étaient des hommes (83,4 %) et 126 étaient des femmes (16,6 %). Deux cent vingt-huit exerçaient en milieu rural ou semi-rural (30 %) contre 531 en milieu urbain (70 %). Ils étaient 242 à exercer dans le Nord (31,9 %) et 517 dans le Pas-de-Calais (68,1 %).

2 Taux de participation

Au total, 214 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de participation global chiffré à 28,2 %.

Parmi ces réponses, six ont été exclues de l'analyse (3 médecins retraités, 1 angiologue exclusif, 1 médecin d'assurance du dommage corporel et 1 changement de région).

Ce qui représentait 208 questionnaires exploitables, soit un taux de réponses de 27,4 %.

3 Analyse des questionnaires

3.1 Caractéristiques de l'échantillon :

L'ensemble de ces caractéristiques sont regroupées dans le **Tableau 2**.

Parmi les répondants, 18,3 % étaient des médecins généralistes femmes et 81,7 % étaient des hommes. On ne retrouvait pas de différence significative avec la population étudiée.

Concernant l'activité médicale, 18,8 % exerçaient en milieu rural contre 29,8 % en milieu semi-rural et 51,4 % en milieu urbain. Les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux (101 répondants sur un total de 228) étaient significativement plus nombreux à répondre au questionnaire que les médecins généralistes urbains (107 répondants sur 531 au total)

$p < 0.001$.

Ils étaient 77,5 % à exercer dans le Pas-de-Calais et 22,5 % dans le Nord. Parmi les 208 répondants, 106 avaient un mode d'exercice en groupe (51 %) et 98 exerçaient individuellement (47,1 %). La plupart d'entre eux étaient informatisés (88,9 %). La majorité d'entre eux n'avaient pas d'activité hospitalière (90,7 %).

Le nombre d'années d'exercice a été classé par tranche de 10 ans dans le **graphique 1**. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 23,3.

Au sujet de la formation universitaire, une faible part connaissait le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de Lactation Humaine et Allaitement Maternel (15,9 %) et aucun ne l'avait suivi. En revanche, ils étaient plus nombreux à connaître le DIU de gynécologie obstétrique (43,8 %) et l'Attestation Universitaire Pédiatrie Pratique (53,4 %). Deux médecins généralistes avaient passé la formation gynécologie obstétrique et 22 la formation pédiatrique.

Graphique 1 : Nombre d'années d'exercice des médecins généralistes par tranches de 10 ans.

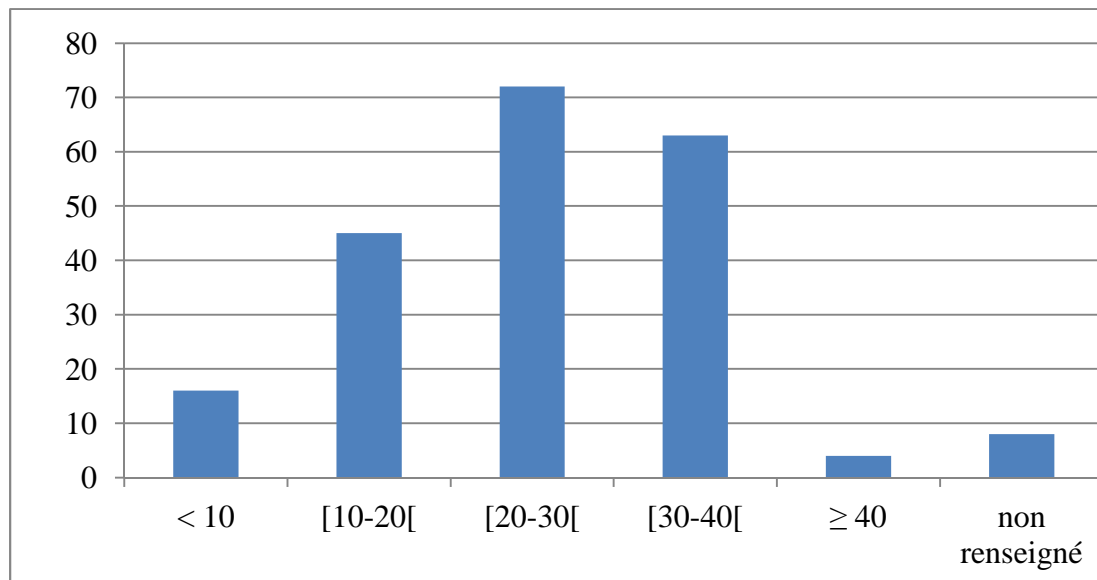


Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Critères d'étude		Echantillon		Population totale		P
		n = 208 (effectifs)	%	n = 759 (effectifs)	%	
Sexe	Homme	170	81,7	633	83,4	>0,2
	Femme	38	18,3	126	16,6	
Lieu d'exercice	Rural	39	18,8	168	22,1	<0,001
	semi-rural	62	29,8	60	7,9	
	Urbain	107	51,4	531	70	
Département	Nord	31	14,9	241	31,8	
	Pas-de-Calais	107	51,4	518	68,2	
	non renseigné	70	33,7			
Activité hospitalière	Oui	18	8,7			
	Non	175	84,1			
	non renseigné	15	7,2			
Mode d'exercice	Individuel	98	47,1			
	en groupe	106	51			
	non renseigné	4	1,9			
Nombre d'années d'exercice	<10	16	7,7			
	[10-20[45	21,6			
	[20-30[72	34,6			
	[30-40[63	30,3			
	≥40	4	1,9			
Equipement informatique	Oui	185	88,9			
	Non	23	11,1			
Connaissance du DIU gynécologie-obstétrique	Oui	91	43,8			
	Non	117	56,3			
Réalisation du DIU gynécologie-obstétrique	Oui	2	2,2			
Connaissance du DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel	Oui	33	15,9			
	Non	175	84,1			
Réalisation du DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel	Oui	0	0			
	non renseigné	1	3			
Connaissance de l'AUEC Pédiatrie Pratique	Oui	111	53,4			
	Non	97	46,6			
Réalisation de l'AUEC Pédiatrie Pratique	Oui	22	19,8			
	non renseigné	1	0,9			

3.2 Analyse globale :

On remarquait que moins de la moitié des répondants connaissait le réseau de périnatalité PAULINE (46,5 %). Parmi eux, 61 médecins généralistes avaient déjà été invités à une réunion du réseau (62,9 %) et 11 y avaient assisté (16,9 %). La majorité des médecins généralistes n'étaient pas informés des activités (67 %) et des journées de formation (71,3 %) du réseau PAULINE. Parmi les 29 médecins informés de ces journées, quatre y avaient participé et avaient trouvé le contenu adapté. Trente-neuf pour cent des médecins connaissant le réseau recevaient des documents d'information. L'annuaire des professionnels et le site internet étaient respectivement connus par 8,6 % et 7,6 % des médecins. Enfin, 26,4 % d'entre eux connaissaient le numéro de la permanence téléphonique.

Concernant le dossier commun de suivi de grossesse des réseaux de santé de périnatalité, 50,2 % le connaissaient. Parmi eux, 72,6 % ne savaient pas où se procurer les exemplaires vierges, 56,5 % ne l'utilisaient pas. Pour ceux qui l'utilisaient, 64,1 % ne le remettaient pas à la patiente, 77,9 % n'y avaient pas accès à chaque consultation et 83,7 % trouvaient qu'il n'était pas bien partagé par tous les professionnels. Au sujet des généralistes suivant les grossesses, l'analyse des données appariées semblait révéler qu'il y avait autant de médecins qui connaissaient le dossier commun de suivi de grossesse que de médecins qui ne le connaissaient pas (respectivement 55,6 % vs 44,4 %).

Dans notre étude, les attentes des généralistes vis-à-vis du réseau sont par ordre décroissant : favoriser la collaboration entre les acteurs ville et maternité (93 %), améliorer le suivi des patientes et des nourrissons (68,3 %), faciliter l'accès au spécialiste de la périnatalité (44,6 %), proposer la formation théorique et pratique (43 %) et enfin homogénéiser les pratiques (42,5 %).

Les sujets de formation que les médecins souhaiteraient aborder lors d'éventuelles formations proposées par le réseau sont répertoriés en 6 principales catégories :

1. La grossesse

- 7 médecins généralistes souhaiteraient une formation sur le suivi de grossesse.
- 9 autres aimeraient aborder les grossesses à risques (pathologies les plus fréquentes dont la trisomie 21, le diabète gestationnel, la menace d'accouchement prématuré (MAP), les addictions, les infections à Cytomégalovirus (CMV), les risques liés à un âge maternel avancé...).
- Enfin, 1 médecin serait favorable à l'initiation à l'échographie, mais cette pratique demande une formation à part entière et ne peut être proposée par un réseau de santé.

2. L'alimentation du nouveau-né

- 3 médecins seraient demandeurs d'une formation sur l'alimentation « en général ».
- Seulement 2 concernant l'allaitement maternel (en contradiction avec les 88 médecins généralistes estimant avoir besoin d'une formation sur l'allaitement maternel...).
- 1 médecin était favorable à une actualisation sur la diversification.

3. Les nouveau-nés

- L'examen du nourrisson était cité 3 fois et 2 médecins souhaiteraient un rappel sur le suivi et « les principales étapes du développement à ne pas rater ».
- 6 médecins aimeraient que le réseau rappelle les principales pathologies du nouveau-né (les pathologies digestives, notamment le reflux gastro-œsophagien (RGO), les « coliques » du nourrisson, la conduite à tenir devant une cassure de la courbe staturo-pondérale, les « testicules baladeurs »...).

4. La gynécologie

- 2 médecins étaient demandeurs d'une formation sur les suites de couche et le post-partum.
- 1 rappel sur le suivi gynécologique.
- Enfin 1 médecin souhaiterait que l'on aborde la contraception.

5. Les « actualités »

2 médecins évoquaient cette idée.

6. Le réseau de santé

Le rôle du médecin généraliste au sein d'un réseau était l'interrogation d'un médecin.

A propos de l'informatique, la majorité des médecins pensaient qu'il fallait un dossier médical commun informatisé que l'on puisse se partager (69,9 %) et que celui-ci optimiserait la coordination des différents professionnels (58,9 %). Enfin 48,5 % estimaient qu'il devait faire gagner du temps. En dernière position, 29,4 % pensaient que l'informatisation du réseau devrait faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles.

Une plateforme régionale d'échanges, entre professionnels, de données médicales sur les femmes enceintes et les nouveau-nés intéresserait 74,7 % des médecins interrogés.

DISCUSSION

1 Critique de la méthodologie

Notre étude portait uniquement sur les médecins généralistes de la région du Littoral, on constate que la participation globale peut paraître faible (27,4 %).

Néanmoins à notre connaissance, c'est la première fois qu'une étude de cette ampleur a été réalisée sur le Littoral. L'absence de correspondance par mail a pu être un facteur limitant le nombre de réponses. Il nous a été difficile d'obtenir les coordonnées des médecins généralistes malgré de multiples démarches, en raison d'un système de confidentialité et de protection des données bien établi. De ce fait l'impossibilité d'envoi sous forme de mail a pu limiter le nombre de réponses. Ainsi des médecins généralistes auraient peut-être préféré répondre par mail par gain de temps.

De plus, un autre facteur limitant le nombre de réponses a pu être l'absence de relance. Cela n'a pas été réalisé pour des raisons économiques. Néanmoins, on peut s'interroger sur l'intérêt réel d'une relance. En effet une étude similaire antérieure en Auvergne avait obtenu un taux de réponse de 29,8 % après relance téléphonique (15). Cela peut s'expliquer pour plusieurs raisons. La première étant la difficulté d'un travail en réseau. Les médecins généralistes peuvent se sentir « noyés » sous un nombre conséquent de réseaux. Certains d'entre eux précisent d'ailleurs, en commentaire, leurs positions face à la question des réseaux, où un sentiment de lassitude semble émerger. La deuxième raison pourrait être un manque de temps. Sentiment général qui se reflète dans les commentaires libres.

2 Les caractéristiques de la population

La répartition homme/femme de notre étude reste représentative de la population totale. Ce résultat montre que l'ensemble des médecins généralistes se sent concerné par la périnatalité.

Concernant la répartition de la population en fonction des différents milieux d'exercice, la trop grande complexité des définitions de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) ne nous a pas permis, dans ce travail, de correctement distinguer les milieux ruraux, semi-ruraux et urbains (les définitions de l'INSEE sont référées en **annexe 5**). De parti pris, nous avons préféré regrouper les milieux ruraux et semi-ruraux. Ainsi la différence observée entre la population générale (228 ruraux et semi-ruraux/531 urbains) et l'échantillon (101/107) ($p < 0.001$) peut être liée à un biais, la dénomination du milieu d'exercice ayant été laissée à la libre appréciation du médecin généraliste (16). Néanmoins le fait que, les médecins généralistes installés en milieux rural et semi-rural étaient significativement plus nombreux à répondre au questionnaire que ceux exerçant en ville ($p < 0.001$), pourrait laisser supposer qu'ils soient plus intéressés par l'exercice en collaboration avec le réseau de périnatalité. Et cela en raison d'un éventuel isolement, bien que l'analyse croisée selon le lieu d'exercice n'ait pas montré de différence significative concernant leurs modalités de prise en charge de la périnatalité.

Nous n'avons également pas pu conclure à la représentativité de l'échantillon en ce qui concerne le nombre d'années et le mode d'exercice, l'existence d'une activité hospitalière et l'informatisation. Nous n'avons pas accès à ces informations pour la population générale.

3 Le réseau PAULINE

On note une discordance dans certaines réponses, près de la moitié des médecins connaissaient le réseau mais une grande partie ignorait ses activités (67 %). En effet 23,7 % répondaient recevoir des documents d'information du réseau, 14,1 % étaient informés des activités du réseau. Comment interpréter ces résultats ?

Cela peut s'expliquer par le fait que la diffusion d'informations soit limitée. En effet, seuls 14,1 % des généralistes disaient être informés des journées de formation, quatre y avaient participé. De plus, soixante et un généralistes avaient déjà reçu une invitation à une réunion du réseau, onze y avaient assisté. Le réseau nous a expliqué ces chiffres. Leur correspondance se faisant essentiellement par mail (l'envoi postal réitéré de 759 courriers serait en effet trop onéreux), il leur est difficile de communiquer avec les médecins généralistes, étant donné la complexité à obtenir les coordonnées électroniques de ces correspondants. L'URPS refuse de les communiquer, respectant ainsi une clause de confidentialité. A ce titre, le réseau s'est doté, depuis juillet 2013 d'une page Facebook dans le but de mieux informer les professionnels, ainsi que le grand public, des différentes actions menées sur le territoire du Littoral. A titre d'exemple : la conférence allaitement maternel et tabac du 14 octobre 2013 à Wimille destinée aux professionnels et particuliers. A noter que la création de cette page Facebook n'améliore pas la connaissance du réseau mais peut favoriser la communication, sous réserve que les médecins soient intéressés par les réseaux sociaux.

De la même manière, le numéro de la permanence téléphonique ainsi que l'annuaire des professionnels sont très peu connus des médecins (respectivement, 28 et 8 généralistes les connaissent). Ils sont accessibles depuis le site du réseau PAULINE (<http://reseau-pauline.com/>). Une autre explication de la faible connaissance des activités du réseau, peut être le fait que le médecin généraliste soit sollicité dans de nombreux autres domaines, et donc n'aspire pas à approfondir ses connaissances sur les aides mises en place par le réseau.

Enfin, malgré les problèmes rencontrés par le réseau PAULINE dans la correspondance, un médecin sur six a assisté à une réunion et un médecin sur dix a participé à une journée de formation en trouvant le contenu adapté à leur problématique. Ce qui peut laisser imaginer que les efforts fournis par le réseau ne sont pas vains, le problème semblant reposer uniquement sur la communication entre les différents acteurs.

A propos du dossier commun de suivi de grossesse, une enquête réalisée en 2006 auprès des médecins généralistes d'Auvergne avait montré que 25,7 % des généralistes le connaissaient et 68,4 % d'entre eux l'utilisaient (15). Dans une étude concernant l'évaluation de la communauté périnatale de Roubaix (CPNR), 2 médecins généralistes sur 5 témoignaient d'une faible utilisation du dossier commun de suivi (préférant utiliser leur propre dossier médical) (17). Dans notre étude, environ la moitié (50,2 %) des médecins généralistes connaissait le dossier commun de suivi de grossesse et 43,5 % l'utilisaient. Seuls 27,4 % savaient où se procurer des exemplaires vierges, nous pouvons donc supposer que la plupart des patientes se présentent chez leur médecin généraliste avec leur dossier déjà en leur possession. Dans le Pas-de-Calais, les professionnels de santé peuvent se procurer le dossier commun de suivi de grossesse, sur demande, auprès du Conseil Général du département. Dans le Nord, la procédure est différente, il faut en faire la demande auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Ce dossier comprend une partie destinée à la femme enceinte et au couple (fiches de conseil et d'informations) et une partie destinée aux professionnels de santé. Ce carnet de suivi est délivré gratuitement, il doit être détenu par la femme enceinte et doit permettre le partage des informations nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité (7). Mais nous avons remarqué que peu de médecins y avaient accès à chaque consultation en rapport ou non avec la grossesse (22,1 %) et encore moins trouvaient que le dossier était bien partagé par les différents professionnels (16,3 %). Ce résultat coïncide avec le ressenti d'un médecin sur 5 dans l'enquête concernant la CPNR (17).

Nous pouvons en partie expliquer cela par le fait que le dossier commun de suivi de grossesse est en général conservé par les médecins ouvrant le dossier, que ce soit le médecin généraliste (seuls 35,9 % le remettaient à la patiente à l'issue de la consultation) ou les maternités. En effet les seules maternités qui remettent le dossier à la patiente sont : la Clinique Villette et le Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer (données fournies par le réseau de santé périnatal PAULINE). A contrario, un travail de thèse réalisé dans la Marne en 2007 avait répertorié des exemples de réseaux de périnatalité incluant les médecins généralistes, dont le réseau du Haut Nivernais. Ce réseau périnatal local, de proximité, fonctionne à l'intérieur du réseau périnatal régional de Bourgogne et a pour point fort le rôle pivot du médecin généraliste. Comme signalé dans leur « charte périnatalité », chaque intervenant s'engage à utiliser le carnet de suivi de grossesse propre au réseau qui comporte les protocoles de suivi de grossesse et consigne les examens et bilans. Le médecin généraliste peut assurer le suivi jusqu'à la fin du 7^e mois et doit être prévenu dans les 48 H de tout événement survenant pendant la grossesse. Une enquête de satisfaction réalisée auprès des femmes enceintes révèle entre autres qu'elles sont bien informées sur l'existence du réseau (38 % par le médecin généraliste, 24,3 % par l'obstétricien, 25,4 % par la sage-femme) et que le carnet de maternité est bien rempli dans 85,8 % des cas (18).

Les objectifs des réseaux de santé sont d'harmoniser les pratiques des professionnels et d'améliorer la prise en charge de la mère et du nouveau-né. Pour les atteindre, ils doivent agir sur 5 plans : la coordination entre les professionnels de la périnatalité, l'élaboration et la réactualisation de protocoles de prise en charge, l'organisation de la formation et de l'information de leurs membres. La plupart des réseaux proposent, voire organisent des séances de formation ou de sensibilisation sur des thèmes spécifiques tels que la sensibilisation tabac/grossesse (Réseau Naître en Languedoc-Roussillon, 2007) (3) ou l'allaitement maternel (Réseau PAULINE, avril 2013)... (**Annexe 6**). D'autres assurent même

la formation continue des professionnels adhérents, c'est le cas du réseau AURORE (Lyon-Est). Le réseau périnatalité en région Haute-Normandie met à disposition de ses membres (via un accès réservé aux professionnels sur le site internet) des référentiels et recommandations de prise en charge élaborés par des groupes de travail et validés par la commission « référentiels » (18) (19).

Dans notre étude, nous avons demandé quelles étaient les 3 principales attentes des généralistes vis-à-vis du réseau afin de dégager leurs priorités et déterminer les axes principaux à travailler. Leurs réponses étaient la collaboration entre acteurs de ville et maternité (93 %), l'amélioration du suivi des patientes et des nourrissons (68,3 %) et la facilité d'accès aux spécialistes de la périnatalité (44,6 %). La formation théorique et pratique, ainsi que l'homogénéisation des pratiques étaient citées en dernier.

De la même manière, à propos de l'informatique, les médecins généralistes interrogés voyaient comme une priorité que l'on puisse utiliser un dossier commun partagé (69,9 %) qui permettrait d'optimiser la coordination des différents professionnels (58,9 %). Le gain de temps et l'informatisation du réseau pour faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles étaient cités en dernier.

Des outils informatiques, comme la messagerie Apycript (créée par des médecins en 1996), existent déjà permettant l'échange de données concernant les patients. Il s'agit d'une messagerie médicale électronique sécurisée grâce à un cryptage de données. Elle permet aux professionnels de santé (libéraux, établissements de soins, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et laboratoires d'analyse médicale...), d'échanger des résultats d'examen complémentaires ou courriers concernant les patients. On remarque cependant que ce système d'échange de données, est principalement utilisé par les professionnels libéraux (30 000 utilisateurs vs moins de 10 000 utilisateurs hospitaliers) (20). Un médecin interrogé lors de l'enquête de la CPNR précisait que cette messagerie était bien

utilisée à l'hôpital de Roubaix mais peu par le service de gynécologie. Dans le même ordre d'idée, il espérait, avec l'intégration progressive dans les pratiques du dossier médical partagé informatisé, utiliser un dossier commun de suivi de grossesse sur ce support (17).

Créé par la loi du 13 août 2004, le dossier médical partagé (DMP) est mis en place par l'agence des systèmes d'information partagés de santé sous l'égide du Ministère des affaires sociales et de la santé. Il est informatisé et sécurisé, accessible sur internet et répond aux droits à l'information du patient et aux droits à la confidentialité des données personnelles. Il n'est pas obligatoire pour le patient. Il est personnel car c'est le patient qui autorise les professionnels de santé de son choix à l'utiliser. Il permet aux professionnels de santé d'échanger des informations utiles à la coordination du patient et ainsi d'améliorer son suivi médical tout au long de sa vie. Il est mis en place depuis 2011 dans 4 régions (Alsace Aquitaine, Franche-Comté et Picardie). Il devrait se déployer progressivement dans toute la France. Dans le Nord-Pas-de-Calais, 5 établissements sur 39 l'utilisent (21) (22) ce qui représente un faible usage. Or ce genre de dossier n'a d'intérêt que s'il est diffusé et utilisé par tous.

En cas de mise en place d'une plate-forme d'échange régionale, les médecins généralistes seraient 74,7 % à l'utiliser. Le réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) s'est doté fin 2008 d'un dossier obstétrical informatisé destiné à tous les professionnels de la périnatalité d'Auvergne. Il est opérationnel dans toutes les maternités et accessible pour les professionnels membres du RSPA (23). Le cahier des charges de l'informatisation du RSPA a été rédigé, s'appuyant complètement sur les principes et technologies développés dans le cadre du système d'information AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossier Informatisé en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie), après prise en compte des spécificités régionales. L'AUDIPOG est née en 1980 à la suite des travaux du Comité Consultatif pour l'Informatisation Médicale (CCIM) au sein du Ministère de la Santé, comité

réuni dans le but de promouvoir l'utilisation d'un dossier médical périnatal commun (offrir à la fois aux patientes et aux soignants un dossier toujours à jour et accessible à tout moment). Cette association regroupe tous les acteurs de santé impliqués dans la périnatalité. L'informatisation du dossier périnatal s'organise au travers d'un serveur de communication : chaque intervenant, sur chaque site de passage de la patiente ou de son enfant, recueille les informations à l'aide d'un logiciel de son choix et réalise une archive sur son disque dur. Une copie de ces archives est transférée systématiquement vers une plateforme de communication. Ainsi, chaque intervenant (public ou privé, obstétricien, pédiatre, généraliste, secteur social...) dispose sur son site du dossier en l'état de sa dernière consultation (logiciel métier) alors que l'association AUDIPOG dispose sur son serveur commun de la version complète. Le chaînage des dossiers est assuré par un serveur d'identification, qui est soumis à une autorisation de la patiente et une authentification des médecins (24). De la même manière, le réseau périnatalité en région Haute-Normandie propose à ses acteurs de santé, prenant en charge des grossesses et des nouveau-nés, un accès à un outil informatique simple d'échanges d'informations médicales : le dossier périnatal partagé (DPP) commun. Il est mis en ligne sur un serveur sécurisé avec des droits d'accès. Les items choisis pour le dossier médical correspondent aux éléments principaux établis à partir du dossier AUDIPOG simplifié. Le professionnel de santé ouvrant le DPP doit être membre du réseau et doit obtenir le consentement écrit de l'utilisateur pour permettre son ouverture (18) (19).

A Roubaix, il existe une plateforme téléphonique mise en place par l'hôpital permettant de communiquer avec les spécialistes. Ce système semble satisfaire les médecins généralistes de cette agglomération (17). Au sein du réseau PAULINE, il existe déjà une permanence téléphonique dédiée à l'allaitement. On pourrait imaginer un système de permanence téléphonique spécifique à chaque établissement de santé, où les médecins généralistes pourraient joindre directement le spécialiste d'astreinte en cas de situation lui

posant problème. Ce système permettrait une meilleure communication et coordination entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, notamment ceux de la périnatalité en ce qui concerne notre étude.

PERSPECTIVES

En se basant sur les résultats de notre étude, nous nous sommes interrogées sur les mesures pouvant être mises en œuvre afin de parfaire la collaboration ville-hôpital en améliorant les outils existants. Au terme de ce travail, nous proposons quelques pistes :

1) Améliorer la communication du réseau avec les médecins généralistes :

➔ Par la possibilité, pour les médecins généralistes intéressés, de se créer un compte « réseau », avec une adhésion à une « newsletter » via le site du réseau. Ainsi avec ce « compte », ils pourraient recevoir les dates des journées de formation, des documents d'informations, l'annuaire des professionnels actualisé (...) et communiquer avec le réseau si nécessaire.

2) Améliorer le partage du dossier commun de suivi de grossesse :

➔ Par l'obligation de remettre à la patiente son dossier commun de suivi après chaque consultation, quel que soit le professionnel impliqué.

➔ Sur le plan de l'informatisation, dans un premier temps, une généralisation d'Apicrypt pour l'envoi, aux médecins traitants, des résultats d'examens (réalisés à la demande de la maternité ou en son sein), des courriers de sortie d'hospitalisation ou des courriers de consultation en cas de grossesse à risque.

On pourrait envisager, parallèlement, la création d'un dossier commun informatisé d'obstétrique sur lequel les professionnels de la périnatalité, dont le médecin généraliste, auraient accès via un code confidentiel comme ce qui existe déjà au sein du RSPA (qui s'appuie sur le système d'information de l'AUDIPOG) et dans l'idéal une généralisation de ce dispositif à la région (plateforme régionale d'échange) et pourquoi pas à toute la France.

3) Améliorer l'accès aux spécialistes de la périnatalité :

- ➔ Par une meilleure diffusion des coordonnées des professionnels libéraux et hospitaliers à l'aide d'envois postaux d'un courrier d'information rappelant l'existence de l'annuaire accessible sur le site du réseau ou idéalement l'envoi de l'annuaire régulièrement, par exemple tous les 5 ans.

- ➔ Par la création d'une plateforme téléphonique spécifique à chaque établissement de santé, destinée aux professionnels, avec un numéro unique permettant de joindre le praticien qui serait «d'astreinte» aux heures de jour (9 h-20 h) (cf. l'exemple de la plateforme téléphonique de Roubaix). Ce numéro unique aboutirait à une plateforme vocale informatique permettant ainsi de choisir la spécialité concernée sous forme d'une arborescence (par exemple : un premier choix entre « secteur médecine », « secteur chirurgie » et « secteur périnatalité » puis un deuxième choix avec les spécialités qui en découlent). Les plannings d'astreinte de chaque spécialiste feraient l'objet d'une coordination intra-hospitalière.

4) Améliorer la coordination entre les professionnels de la périnatalité et améliorer la prise en charge de la mère et son enfant :

- ➔ Le site internet du réseau PAULINE est facile d'accès et pratique pour le grand public. On pourrait enrichir le site par un accès « professionnel » où figureraient des rubriques thématiques avec des rappels théoriques et pratiques, les nouvelles recommandations, des protocoles de soins communs. Ou encore un item agenda des congrès et formations, un autre reportant aux revues et publications existantes. Egalement une rubrique « liens internet » donnant accès à des sites de référence... Et éventuellement la création d'un forum d'échanges où les professionnels de santé pourraient

communiquer entre eux.

- ➔ Proposer aux médecins généralistes des formations médicales continues sous la forme de journées, demi-journées ou soirées au cours desquelles pourraient être abordés les thèmes qu'ils ont évoqués dans notre étude. Voir la mise en place d'un cycle d'ateliers réguliers sur les thématiques les plus fréquentes.

- ➔ Le dossier médical partagé cité précédemment améliorerait également la communication et la collaboration gynécologues/médecins généralistes, (en effet la relation ville/hôpital semble être davantage présente dans le domaine pédiatrique qu'obstétrical, sentiment fréquemment cité en commentaires libres).

CONCLUSION

Depuis leur création dans les années 90, les réseaux de santé en périnatalité ont fait leurs preuves en inter-hospitalier. Les médecins généralistes du Littoral et de l'Audomarois sont encore peu nombreux à connaître l'existence du réseau PAULINE probablement du fait d'un problème de communication. Par conséquent l'ouverture de ce dernier à la ville est à parachever notamment concernant l'intégration des médecins généralistes libéraux. Toutefois, on peut espérer que les médecins généralistes seront maintenant plus nombreux à connaître le réseau PAULINE au terme de ce travail.

De surcroit le dossier commun des réseaux de santé de périnatalité, qui avait pour vocation d'améliorer le suivi périnatal, n'a pas obtenu le résultat escompté, du moins concernant la collaboration des médecins généralistes avec les autres spécialistes de la périnatalité.

Il paraît nécessaire d'approfondir la complémentarité ville-hôpital, qui reste mal vécue par la majorité des médecins généralistes. Le secteur hospitalier étant lui-même surchargé de travail, cette mise en commun des savoirs et des pratiques de manière organisée, sera bénéfique à la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

Notre étude a montré que des outils existaient mais étaient peu exploités. Ce qui nous a amenées à réfléchir à des pistes d'amélioration, en ayant à l'esprit que certaines peuvent être difficiles à mettre en œuvre pour des raisons budgétaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet]. 2007 [cité 16 févr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
2. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Union nationale des caisses d'assurance maladie. Circulaire n°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. [Internet]. [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/legislation/circulaire/DHOS_2006_151.pdf
3. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. Evaluation du plan périnatalité 2005 - 2007. Rapport final. [Internet]. 2010 [cité 16 févr 2013]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf
4. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation et modifiant le code de la santé publique. [Internet]. JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15344; [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
5. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. [Internet]. JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15343; [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
6. Haute Autorité de santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. [Internet]. 2009 [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
7. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. [Internet]. 2004 [cité 8 sept 2012]. Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat2005_2007.pdf
8. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Epidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. Bull Épidémiologique Hebd. 19 janv 2010;(2-3):10-14.
9. Cour des comptes. Extrait du rapport annuel 2012. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. [Internet]. 2012 [cité 16 févr 2013]. Disponible sur: http://www.ac-paris.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/cour_des_comptes_la_politique_de_perinatalite_lurgence_dune_remobilisation.pdf
10. Charvet-Protat S, Dr. Falcoff H, Jarlier A, Dr. Lairy G. Principes d'évaluation des réseaux de santé. [Internet]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

- Direction de l'Evaluation.; 1999 [cité 8 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reseaux.pdf>
11. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. [Internet]. JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6324; [cité 10 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
 12. Pr. Bréart G, Pr. Puech F, Pr. Rozé JC. Mission périnatalité. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale. [Internet]. 2003 [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000572/0000.pdf>
 13. Fédération Française des Réseaux de santé en Périnatalité (FFRSP) [Internet]. [cité 8 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.ffrsp.fr/>
 14. Réseau PAULINE [Internet]. [cité 8 sept 2012]. Disponible sur: <http://reseau-pauline.com/>
 15. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Evaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2009;(38):559-573.
 16. Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. Méthode d'actualisation du nouveau zonage en aires urbaines. 2010.
 17. Claude C, Blary L. Evaluation de la communauté périnatale de Roubaix : un réseau périnatal de proximité. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Lille]; 2012.
 18. Lemeille C. Suivi des grossesses et des nouveau-nés par les médecins généraliste : situation actuelle dans la Marne et évolution vers un travail en réseau. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Reims]; 2007.
 19. Réseau périnatalité en région Haute-Normandie [Internet]. [cité 7 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page22117.asp>
 20. Apicrypt. Première messagerie médicale sécurisée de France. [Internet]. [cité 7 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.apicrypt.org/>
 21. Dossier médical partagé (DMP) [Internet]. [cité 7 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr>
 22. Annuaire sanitaire et social. Hôpitaux cliniques en Pas-de-Calais et Nord [Internet]. [cité 7 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.sanitaire-social.com/annuaire/hopitaux-cliniques-nord-pas-de-calais-pas-de-calais/62/10/dc/1>
 23. Réseau de santé périnatale d'Auvergne [Internet]. [cité 15 nov 2013]. Disponible sur: <https://www.auvergne-perinat.org>
 24. Mamelle N, Lémery D. Organisation en réseau de soins périnatals : acceptabilité par les professionnels et les usagers, mise en place d'un système d'information innovant,

élaboration et test d'un protocole commun d'évaluation. [Internet]. 2004 [cité 3 nov 2012]. Disponible sur: www.audipog.net/pdf/rapport_MIRE.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Les types de maternités

Les centres périnataux de proximité :

Ils assurent des consultations pré- et post-natales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale. Ils doivent signer une convention avec une maternité

Maternités de type 1 :

Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes. Ils prennent en charge des grossesses à bas risques et les nouveau-nés en bonne santé. Elles ne possèdent pas de service de néonatalogie. L'article D 712-88 leur donne la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

Maternités de type 2 :

On distingue :

- les centres de type 2A : qui prennent en charge des grossesses et des nouveau-né à bas risque avec un service de néonatalogie. La continuité des soins est assurée, la nuit et les jours fériés, par des gardes sur place pour les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes, en astreinte opérationnelle pour les pédiatres.
- Les centres de type 2B : qui prennent en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés nécessitant des soins néonataux et des soins intensifs. La continuité des soins est assurée la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour tous les praticiens hospitaliers (anesthésistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens). Elles peuvent prendre en charge des nouveau-nés à partir de 32 semaines d'aménorrhées (32 SA) ou de plus de 1 500 grammes en l'absence de pathologies fœtales.

Maternités de type 3 :

Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

Les grands prématurés et les grands hypotrophes bénéficient d'une naissance dans une maternité de type 3 afin de diminuer les risques de mortalité et de morbidité. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont aux alentours de 32 SA ou au-dessous de 1 500 grammes.

Annexe 2 : Conclusions de la « Mission Périnatalité »

La Mission Périnatalité a été effectuée à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Au cours de ce travail, élaboré par le Pr. G. Bréart de l'Hôpital Tenon à Paris, le Pr. F. Puech de l'Hôpital Jeanne de Flandres à Lille, le Pr. J.C. Rozé de l'Hôpital Mère Enfant à Nantes, vingt propositions avaient été faites :

- 1) Proposer une nouvelle politique périnatale
- 2) Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance
- 3) Assurer une prise en charge psychosociale
- 4) Evaluer la mise en place de maisons de naissance
- 5) Adapter les décrets de 1998 et préciser leur mise en œuvre
- 6) Planifier et anticiper les restructurations
- 7) Répondre aux besoins de proximité
- 8) Renforcer le fonctionnement en réseau
- 9) Organiser le transport des mères et des nouveau-nés
- 10) Mieux ajuster l'offre de soins en néonatalogie et en obstétrique
- 11) Redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique
- 12) Améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnataux
- 13) Gérer le risque en périnatalogie
- 14) Proposer un financement propre à la périnatalogie
- 15) Mettre en place un dossier de suivi
- 16) Evaluer la politique et les pratiques périnatales
- 17) Développer la recherche

- 18) Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque
- 19) Proposer un guide méthodologique pour la recomposition
- 20) Mettre en place un plan périnatalité

Annexe 3 : Les missions générales des réseaux en périnatalité

Ces missions sont multiples et concourent toutes à améliorer la qualité des prises en charge en proposant au patient un réseau gradué de compétences de proximité. Elles sont en cohérence avec les textes normatifs relatifs aux réseaux de santé.

- Permettre une prise en charge globale (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psycho-social et social si nécessaire et en lien avec les services sociaux de proximité).
- Assurer une prise en charge continue quelque soit le lieu de prise en charge (pas de rupture hôpital/domicile)
- Favoriser par conséquent les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers.
- Informer et accompagner les futurs parents.
- Assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués.
- Organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques).
- Evaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau.
- Recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Annexe 4 : Questionnaire

LES FEMMES ENCEINTES

1. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge des femmes enceintes ?

- OUI NON

Si non, allez directement à la question 2.

Si oui, répondez aux questions suivantes.

B) Jusqu'à quel stade de la grossesse suivez-vous les femmes enceintes ?

- 1er trimestre
 2ème trimestre
 3ème trimestre

C) A quelle fréquence suivez-vous les femmes enceintes dans le cadre du suivi de grossesse ?

- Moins d'une fois par mois
 Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
 Plus d'une fois par semaine

D) En cas de suspicion de grossesse à risque ou d'événements intercurrents au cours de la grossesse, adressez vous la patiente à :

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Un gynécologue de ville | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Un gynécologue hospitalier | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Au centre de diagnostic anténatal | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

E) Concernant la réalisation des 3 échographies obligatoires, êtes-vous en relation avec :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un gynécologue libéral | <input type="checkbox"/> Un gynécologue hospitalier |
| <input type="checkbox"/> Un radiologue libéral | <input type="checkbox"/> Un radiologue hospitalier |
| <input type="checkbox"/> Une sage-femme libérale | <input type="checkbox"/> Une sage-femme hospitalière |

F) Proposez-vous les dépistages:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - De la trisomie 21 ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| - Du diabète gestationnel ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

G) Concernant l'entretien individuel du quatrième mois :

- Vous ne l'abordez pas
 Vous l'organisez
 Vous le réalisez

H) Connaissez-vous les définitions des différents niveaux de prise en charge néonatale des maternités ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous définir les différents niveaux de maternité?

Niveau 1 :

Niveau 2A :

Niveau 2B :

Niveau 3 :

I) Quelle est la maternité la plus proche de chez vous ?

2. Votre activité vous conduit-elle à réaliser :

A) Des consultations du post-partum ?

OUI NON

B) Des prescriptions de contraception ?

OUI NON

C) Des surveillances gynécologiques de vos patientes (frottis, dépistage cancer du sein)

OUI NON

L'ALLAITEMENT

3. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge l'allaitement maternel?

OUI NON

B) Quelle est votre position en ce qui concerne l'allaitement maternel ?

Plutôt favorable

Plutôt défavorable

Pourquoi ?

C) Vous sentez-vous à l'aise face à l'allaitement maternel ?

OUI NON

D) Estimez-vous avoir besoin d'une formation sur l'allaitement maternel ?

OUI NON

E) Connaissez-vous le numéro de la permanence téléphonique du réseau Pauline ?

OUI NON

LE NOUVEAU-NE

4. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge des nouveau-nés ?

OUI NON

Si non, allez directement à la question 5.

Si oui, répondez aux questions suivantes.

B) A quelle fréquence suivez-vous les nouveau-nés ?

- Moins d'une fois par mois
 Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
 Plus d'une fois par semaine

C) Quelles situations vous amènent à prendre en charge les nouveau-nés ?

- Examen de suivi mensuel
 Examen de suivi obligatoire
 Vaccination
 Problème intercurrent

D) Suivez-vous les nouveau-nés à risques ? (nouveau-nés ayant des antécédents néonataux risquant de présenter des difficultés de développement)

OUI NON

LE RESEAU PAULINE

5. Connaissez-vous le réseau de santé périnatale Pauline ?

OUI NON

Si oui, avez-vous déjà été invité à une réunion du réseau Pauline ?

OUI NON

Si oui, y avez-vous assisté ?

OUI NON

6. Connaissez-vous le dossier commun de suivi de grossesse des réseaux de santé de périnatalité ?

OUI NON

Si oui : -Savez-vous où vous procurer les exemplaires vierges de ce dossier ?

OUI NON

-L'utilisez-vous ?

OUI NON

-Le remettez-vous à la patiente à l'issue de la consultation ?

OUI NON

-Y avez-vous accès à chaque consultation, en rapport ou non avec la grossesse ?

OUI NON

-Trouvez-vous que le dossier est bien partagé par tous les professionnels ?

OUI NON

7. Par rapport à l'organisation en réseau périnatal d'une façon générale :

A) Concernant le vécu du médecin, qu'attendez-vous de votre intégration dans un réseau périnatal ? (cochez les 3 éléments les plus importants selon vous)

-Le réseau doit favoriser les collaborations entre acteurs de ville et maternité

-Le réseau doit proposer la formation théorique et pratique

Quels sujets souhaiteriez-vous aborder lors de ces formations ?

-Le réseau doit homogénéiser les pratiques

-Le réseau doit permettre d'améliorer le suivi des patients et des nourrissons

-Le réseau doit faciliter l'accès aux spécialistes de la périnatalité.

B) Concernant l'informatique (cochez les 2 éléments les plus importants selon vous)

-Il faut un dossier médical commun qu'on puisse se partager

-Ce dossier optimisera la coordination des différents professionnels

-L'informatique doit faire gagner du temps

-L'informatisation du réseau doit faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles

C) Concernant le réseau de santé périnatale Pauline ?

❖ Êtes-vous informé des activités du réseau Pauline

OUI NON

❖ Êtes-vous informé des journées de formation du réseau Pauline (à titre d'exemple, formation allaitement proposée chaque année) ?

OUI NON

Si oui, y avez-vous participé ?

OUI NON

Si oui, le contenu vous paraît-il adapté à vos problématiques ?

OUI NON

❖ Recevez-vous des documents d'information du réseau Pauline (à titre d'exemple, les nouvelles recommandations du dépistage de la trisomie 21) ?

OUI NON

❖ Connaissez-vous l'annuaire des professionnels du réseau Pauline?

OUI NON

❖ Connaissez-vous le site internet du réseau Pauline?

OUI NON

❖ S'il est prévu prochainement une plateforme régionale d'échanges, entre professionnels, de données médicales concernant les patientes enceintes ou leurs nouveau-nés, l'utiliserez vous ?

OUI NON

FORMATION UNIVERSITAIRE

8. Connaissez-vous le DIU de gynéco obstétrique à destination des médecins généralistes ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

9. Connaissez-vous le DIU d'allaitement ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

10. Connaissez-vous l'attestation universitaire de pédiatrie à destination des médecins généralistes ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

VOTRE PROFIL

11. Caractéristiques socioprofessionnelles

- a) Sexe : Homme Femme
- b) Lieu d'exercice : Rural Semi rural Urbain
Département :
- c) Avez-vous une activité hospitalière ? OUI NON
Si oui : privée publique
- d) Mode d'exercice : Individuel En groupe
- e) Nombre d'années d'exercice ?
- f) Êtes-vous informatisé ? OUI NON

12. Concernant les médecins généralistes ne prenant pas en charge des femmes enceintes, quelles sont vos raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque d'expérience
- Manque de formation
- Manque d'intérêt
- Choix de la patiente
- « Pertes de suivi » vers les maternités
- « Pertes de suivi » vers la PMI

13. Idem concernant les nouveau nés ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque d'expérience
- Manque de formation
- Manque d'intérêt
- Choix de la patiente
- « Pertes de suivi » vers les maternités
- « Pertes de suivi » vers la PMI

14. Si vous souhaitez recevoir les résultats au terme de cette étude, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse mail.

.....@.....

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Annexe 5 : Le zonage en aires urbaines selon l'INSEE

→ Terminologie de l'ancienne nomenclature (utilisée lors de notre étude) :

1 : pôle urbain

2 : couronne péri-urbaine

3 : communes multipolarisées

4 : pôles d'emploi de l'espace rural

5 : couronne des pôles d'emploi de l'espace rural

6 : autres communes de l'espace à dominante rurale

→ Actualisation du nouveau zonage en aires urbaines

Code	Intitulé	Définition
111	Grands pôles urbains (plus de 10 000 emplois)	Unités urbaines comptant au moins 10 000 emplois
112	Couronnes des grands pôles urbains	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un grand pôle ou dans des communes de sa couronne
120	Communes multipolarisées des grandes aires urbaines	Communes situées hors des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un espace d'un seul tenant.
211	Moyens pôles (5 000 à 10 000 emplois)	Unités urbaines comptant de 5 000 à moins de 10 000 emplois
212	Couronnes des moyens pôles	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un pôle moyen ou dans des communes de sa couronne
221	Petits pôles (moins de 5 000 emplois)	Unités urbaines comptant de 1 500 à moins de 5 000 emplois
222	Couronnes des petits pôles	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un petit pôle ou dans des communes de sa couronne
300	Autres communes multipolarisées	Communes situées hors de l'espace des grandes aires urbaines (111+112+120) et hors des petites (221+222) ou moyennes aires (211+212), dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.
400	Communes isolées hors influence des pôles	Ensemble des communes situées hors de l'espace des grandes aires urbaines et hors de l'espace des autres aires

111 + 112 : grandes aires urbaines

211 + 212 : moyennes aires

221 + 222 : petites aires

On définit l'espace périurbain par les regroupements 112 + 120.

→Correspondance entre ancien et nouveau zonage

La correspondance entre ancien et nouveau zonage est rendue complexe d'une part par l'existence des communes de l'espace « autre multipolarisé » et d'autre part par le fait que les étapes de l'algorithme de calcul soient différentes. On peut toutefois, pour donner une idée, dresser la table suivante :

	Pôle urbain	Couronne périurbaine	Communes multipolarisées	Pôles d'emploi de l'espace rural	Couronne des pôles d'emploi de l'espace rural	Autres communes de l'espace à dominante rurale
Grands pôles urbains (plus de 10000 emplois)	X					
Couronne des grands pôles urbains		X				
Communes multipolarisées des grandes aires			X			
Moyens pôles (5000 à 10000 emplois)	X					
Couronne des moyens pôles		X				
Petits pôles (de 1 500 à 5000 emplois)				X		
Couronne des petits pôles					X	
Autres communes multipolarisées			X			X
Communes isolées hors influence des pôles						X

Annexe 6 : Programme de la journée allaitement du réseau PAULINE

PROGRAMME

Ouvert à tous les professionnels



JOURNEE PAULINE ALLAITEMENT

VENDREDI 5 avril 2013 de 9h00 à 17h00
à la Maison du Développement Local du Boulonnais
Route de la Trésorerie à WIMILLE

9h00 : Ouverture de la journée

9h15 - 9h45 : Présentation de l'enquête : l'allaitement maternel de la naissance à 6 mois sur le réseau de santé périnatal Pauline

Dr Pascal TILMONT, Pédiatre - Alexandra LUBINEAU et Séverine VANCAYEZELE, puéricultrices
RESEAU PAULINE/CH CALAIS

9h45 - 10h15 : La Permanence téléphonique « Pauline Allaitement » - 7 années d'expérience.

Dr Martine POHER, Présidente du RESEAU PAULINE, Pédiatre CH CALAIS

10h35 - 11h00 : Animation théâtrale : « Et si j'allaitais? »

La compagnie la BELLE HISTOIRE

11h00 - 12h30 : «La sensibilisation à l'allaitement maternel en ante natal»

Danièle BRUGUIERES, Consultante en lactation, formatrice CREFAM, référente allaitement au réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon.

12h30/14h00 : déjeuner libre

14h00 - 15h30 : « la diversification alimentaire du bébé allaité »

Pr Dominique TURCK, Pédiatre - Hôpital Jeanne de Flandres - Université Lille 2

15h30 - 16h45 : Table ronde « L'accompagnement de l'allaitement maternel. Pistes de travail et perspectives »

Les consultantes en lactation du RESEAU PAULINE

Pr Dominique TURCK, Pédiatre - Hôpital Jeanne de Flandres - Université Lille

Danièle BRUGUIERES, Consultante en lactation, formatrice CREFAM

Dr Martine POHER, Présidente du RESEAU PAULINE, Pédiatre CH CALAIS

16h45 : Clôture de la Journée : Docteur Martine POHER, Présidente du Réseau Pauline

Clôture de la journée à 17h00

Cette journée donnera droit à l'attribution de CERP (la demande d'attribution est en cours)

Inscription obligatoire
auprès du Réseau Pauline
Tél : 03.21.46.77.60
reseau-perinat@ch-calais.fr



AUTEUR : Thomas Tiphaine

Date de Soutenance : le 3 avril 2014

Titre de la Thèse : Le réseau de santé périnatal PAULINE : connaissances et attentes des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : doctorat en médecine

DES : médecine générale

Mots-clés : médecins généralistes, collaboration, réseau, périnatalité, outils, perspectives

Résumé :

Le réseau de santé périnatal PAULINE : connaissances et attentes des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral.

Contexte : Les médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral se sentent parfois écartés du suivi périnatal. Or La Haute Autorité de Santé recommande un suivi de grossesse idéalement réalisé dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales. L'objectif était d'analyser les connaissances et attentes concernant le réseau PAULINE par les médecins généralistes de cette région.

Méthode : Enquête épidémiologique descriptive transversale via un questionnaire adressé par la poste aux 759 médecins généralistes de cette région inscrits à l'Union Régionale de Professionnels de Santé du Nord-Pas-de-Calais en 2012.

Résultats : Le taux de participation était de 27,4%. Parmi les répondants, moins de la moitié connaissaient le réseau (46,5%). Les outils mis en place par le réseau étaient inconnus pour la plupart des généralistes : journées de formation (71,3%), annuaire des professionnels (91,4%), permanence téléphonique (73,6%)... Lorsqu'ils utilisaient le dossier commun de suivi des grossesses (43,5% d'entre eux), ce support restait un outil de travail individuel (77,9% n'y avaient pas accès à chaque consultation et 83,7% trouvaient qu'il n'était pas bien partagé). Ils étaient demandeurs d'un dossier informatique partagé (69,9%) qui améliorerait la coordination des différents professionnels (58,9%). Enfin ils attendaient principalement d'un réseau une meilleure collaboration ente les acteurs de ville et de la maternité (93%).

Conclusion : La connaissance du réseau et des outils qu'il met à disposition peut être amplifiée par la mise en œuvre de mesures complémentaires afin d'améliorer la collaboration ville-hôpital et, a fortiori, la prise en charge de la périnatalité.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Asseseurs : Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Docteur Martine Poher

Monsieur le Docteur Benjamin Van Cortenbosch