



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Identifier chez les médecins généralistes
les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination
des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandres

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2014 à 18H
au Pôle Formation Henri WAREMBOURG
Par Anne-Sophie DAUSSY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond

Assesseurs :

Monsieur le Professeur MARTINOT Alain

Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand

TABLE DES MATIERES

1.	CONTEXTE	6
2.	ARTICLE	10
2.1	INTRODUCTION	10
2.2	METHODE	11
2.2.1	Population.....	11
2.2.2	Recueil des données.....	11
2.2.3	Analyse des données.....	12
2.3	RESULTATS	13
2.3.1	Les perceptions des médecins généralistes sur le séjour à la maternité	13
2.3.1.1	Le ressenti sur l'organisation du séjour.....	13
2.3.1.2	Les perceptions sur les types de sortie de maternité	13
2.3.2	Les moyens de communication avec Jeanne de Flandres.....	14
2.3.2.1	Les outils de la communication.....	14
2.3.2.2	Le carnet de maternité	14
2.3.2.3	Le carnet de santé de l'enfant.....	15
2.3.2.4	Le courrier de sortie	15
2.3.2.5	Les ordonnances de sortie	15
2.3.3	La continuité des soins dans le post-partum selon les médecins généralistes	15
2.3.3.1	La place centrale du couple mère-enfant.....	15
2.3.3.2	Les soins délivrés par les médecins généralistes.....	16
2.3.3.3	La continuité assurée par les gynéco-obstétriciens et pédiatres	16
2.3.3.4	Les soins délivrés par les sages-femmes libérales.....	17
2.3.4	La planification des soins	17

2.3.4.1	En anténatal	17
2.3.4.2	En postnatal	18
2.3.5	Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs.....	18
2.3.5.1	Entre les médecins généralistes et les praticiens de la maternité	18
2.3.5.2	Entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales	19
2.3.5.3	Entre les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes libérales	19
2.3.5.4	Entre les médecins généralistes et les patientes	19
2.3.5.5	Entre les gynéco-obstétriciens et les patientes	19
2.3.5.6	Entre les médecins généralistes et la protection maternelle et infantile.....	20
2.3.6	Les aspects économiques de la sortie de maternité	20
2.3.7	Les perspectives d'amélioration proposées	20
2.4	DISCUSSION	23
2.4.1	METHODE.....	23
2.4.2	RESULTATS.....	23
3.	ANALYSE GENERALE	30
4.	CONCLUSION	45
5.	BIBLIOGRAPHIE	46
6.	ANNEXES	49

1. CONTEXTE

En 2006 est votée la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) (1) appelée aussi loi Bachelot. Elle comporte plusieurs volets. Les deux premiers portent sur une réforme de la gouvernance à l'échelle hospitalière d'une part, et au niveau territorial d'autre part avec la création d'Agence Régionale de Santé (ARS). Un autre aborde l'accès aux soins de ville et la coopération ville-hôpital. Enfin, une partie du projet se penche sur des actions de santé publique.

L'ARS a été missionnée (1) pour organiser l'accès aux soins de premier recours. Elle place le médecin généraliste au centre de cette offre et introduit la déclaration obligatoire d'un médecin traitant et de soins.

Les tâches du médecin généraliste (1) en matière de coordination y sont clairement définies : « *Orienter le patient dans le système de soin et s'assurer de la coordination.* » Il doit ensuite réaliser avec le patient « *une synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.* » En revanche, le patient se doit de transmettre les coordonnées du médecin qui assure la continuité des soins. Le médecin généraliste est donc placé au centre de la coordination des soins du patient.

La place du médecin généraliste en périnatalité est affirmée lors des Etats Généraux de la Naissance de juin 2003 organisé par le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF) (2). « *Les médecins généralistes peuvent exercer leurs compétences dans les domaines du suivi de grossesse, et de la surveillance du post-partum.* » Les conditions requises sont le volontariat, une formation initiale de qualité, une formation continue et enfin l'adhésion au réseau de périnatalité.

La Commission Nationale de la Naissance (CNN) a été créée pour vérifier la bonne application du plan périnatalité 2005-2007(3) (4). En juin 2008, elle confirme la place du médecin généraliste dans l'examen du 8^{ème} jour face à la pénurie de pédiatres. (5)

Une partie de ce plan vise à garantir des soins de proximité, ainsi qu'une amélioration de la qualité des prises en charge. En créant des réseaux Ville/PMI/Hôpital, les interventions des différents acteurs seront mieux articulées en amont et en aval de la prise en charge hospitalière.

En France, il existe une tendance à la réduction des durées de séjour (6). Dans les années 1980 à Paris et Grenoble, un programme de Retour Précoce à Domicile après l'Accouchement (RPDA) (7) a été mis en place. Le RPDA n'est pas pratiqué dans l'ensemble des maternités du territoire et son organisation est disparate d'un hôpital à l'autre. C'est pourquoi l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) publie en 2004 une synthèse de recommandations (7) qui se veut être une base de réflexion pour l'instauration du RPDA dans les maternités.

En 2008, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (8) publie une étude sur la satisfaction des femmes sur leur suivi anténatal et postnatal. Une grande majorité se dit satisfaite de son suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement mais regrette le manque de préparation de la sortie de maternité.

Face à ces constats, la sécurité sociale propose en 2008 un Programme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés (PRADO) dans le champ de la maternité (9). Un conseiller de l'assurance maladie est l'intermédiaire entre le patient et les professionnels libéraux pour organiser le retour à domicile. L'objectif étant d'assurer une continuité des soins à la sortie de maternité.

Construite en 1996, pour accueillir 4200 accouchements par an, la maternité Jeanne de Flandres a vu naître 5598 enfants en 2013.

La sortie de la maternité est programmée à J4 pour les primipares et à J3 pour les multipares. Les femmes ayant accouché par césarienne sortent à J5.

Depuis juin 2012, des sorties à 48 heures après l'accouchement ont été mises en place à la maternité. Le programme du RPDA s'adresse exclusivement à des femmes multipares ayant accouché

par voie basse qui souhaitent rentrer plus rapidement chez elles. Elles sont accompagnées à domicile par des sages femmes libérales qui réalisent deux visites à domicile le lendemain du retour et 48 heures plus tard.

Avec la mise en place des sorties précoces, en 2013 la durée moyenne de séjour est de 4.14 jours. Elle a été réduite de 8% par rapport à celle de 2012. En 2013, les sorties précoces ont représenté 11.9% des sorties de la maternité.

Un groupe de travail réunissant médecins généralistes et praticiens hospitaliers est mis en place à l'initiative du Directeur du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille et du Président de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME), en juin 2012. L'un des objectifs de ce groupe est l'amélioration de la coordination des soins ville-hôpital. Des manques de transfert d'information et de suivi conjoint des patients ont été constatés dans différents services notamment celui de la maternité Jeanne de Flandres.

Les changements sur la prise en charge de la femme dans le domaine de la périnatalité modifient la continuité des soins et la coopération des acteurs. Un projet de recherche, nommé Vill-Hop&Co, a été initié entre le CHRU de Lille et le département de médecine générale. Il a pour objectif final d'améliorer la coordination des soins entre le CHRU et les professionnels de santé en ambulatoire. Quatre thèses sont nées de ce programme de recherche. Chaque population concernée a été interrogée : les gynécobstétriciens et pédiatres de Jeanne de Flandres ; les médecins généralistes ; les sages-femmes libérales et les patientes.

L'objectif de ce travail est d'identifier chez les médecins généralistes, les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins à la sortie de la maternité Jeanne de Flandres.

La méthode qualitative a été choisie. L'objectif n'étant pas de quantifier la satisfaction de la prise en charge du post-partum mais plutôt de faire un état des lieux, ainsi que d'obtenir des perspectives d'amélioration.

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des médecins généralistes. Un guide (*cf.* Annexe 1) a été élaboré au préalable afin de permettre à l'interviewer de disposer de questions de relance.

Au début, les médecins généralistes ont participé à un focus group. Devant la difficulté de réunir au minimum sept personnes pour l'échange, des entretiens individuels ont été organisés. Le directeur de thèse était le modérateur du focus et l'ensemble des entretiens individuels a été mené par mes soins.

Une question ouverte lançait le début de l'entretien « *Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre dernière consultation avec une patiente qui sortait de la maternité Jeanne de Flandres ?* »

Ensuite, les différents thèmes ont été abordés sous forme de questions ouvertes permettant ainsi aux interlocuteurs une expression libre. (*cf.* Annexe 1)

Les médecins généralistes étaient installés en libéral dans le secteur d'activité de la maternité. Ils ont été recrutés par effet boule de neige et contactés par téléphone afin de fixer un rendez-vous. Le recrutement a été raisonné selon leur sexe, leur âge, la durée d'installation et leur adhésion ou non au réseau OMBREL *Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise*.

Le nombre d'entretiens n'a pas été fixé à l'avance. Le recrutement a été arrêté quand la saturation des données a été atteinte. Les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins généralistes selon leurs disponibilités. Avec leur autorisation, chaque entretien a été enregistré puis anonymisé.

La transcription a été faite mot pour mot en intégrant les hésitations, les exclamations et les rires. Les verbatim sont mis en annexe dans un CD-ROM.

Une analyse en théorisation ancrée a été menée sur la base des transcrits d'entretien, à l'aide du logiciel NVIVO, par deux chercheurs dont l'interviewer. Les résultats ont été ensuite croisés afin d'obtenir la dernière version de l'analyse. La concordance des codages a été systématiquement recherchée. Le taux de concordance s'élevait à 95%.

2. ARTICLE

2.1 INTRODUCTION

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) (1) précise la mission de coordination des soins du médecin généraliste. Cette dernière est au centre des travaux du comité ville-hôpital instauré à l'initiative de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME) et de la direction du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille. Des pistes d'amélioration de la coordination des soins sont explorées par des travaux de recherche menés autour de la maternité. La première phase est l'identification des représentations et des propositions d'amélioration de la coordination des soins auprès des patientes et des professionnels impliqués.

Cette étude phénoménologique analyse chez les médecins généralistes les représentations de la prise en charge du post-partum après la sortie de la maternité Jeanne de Flandres.

2.2 METHODE

2.2.1 Population

Un recrutement raisonné en termes d'âge, de genre, de date d'installation, d'appartenance à un réseau périnatal a été mené chez les médecins généralistes du territoire d'activité de la maternité du CHRU. Un recrutement par effet boule de neige a complété celui-ci en demandant aux participants de proposer une collaboration à l'étude à des médecins de leur connaissance. Le tableau 1 résume les caractéristiques des participants.

	SEXE	AGE ¹	DUREE ² INSTALLATION	ADHESION OMBREL		SEXE	AGE ¹	DUREE ² INSTALLATION	ADHESION OMBREL		
FG ³	P ⁵ 01	M ⁶	49	20	NON	E2	P09	M	55	25	NON
	P02	F ⁷	59	27	OUI	E3	P10	F	36	5	OUI
	P03	F	56	23	OUI	E4	P11	M	36	2	NON
	P04	M	59	28	OUI	E5	P12	F	29	1.5	NON
	P05	F	30	4	NON	E6	P13	F	50	13	NON
	P06	F	34	5	OUI	E7	P14	F	51	20	NON
	P07	M	29	1.5	NON	E8	P15	F	45	18	NON
E ⁴ 1	P08	M	53	23	OUI	E9	P16	M	40	12	NON

Légende : ¹ Age en années ² Durée d'installation en années ³ FG : Focus Group ⁴ E : Entretien Individuel ⁵P : Participant

⁶ M : Masculin ⁷ F : Féminin

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

2.2.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies d'avril à octobre 2013, par un focus group complété de neuf entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien a été utilisé pour l'ensemble des entretiens (*cf.* Annexe 1). Ils ont tous été enregistrés et intégralement retranscrits selon les règles en vigueur de la recherche qualitative. Les entretiens ont été menés par le chercheur, le focus group quant à lui a été animé par le Directeur de thèse. La saturation des données a été obtenue au huitième entretien et vérifiée par un entretien supplémentaire.

2.2.3 Analyse des données

Une analyse en théorisation ancrée a été menée sur la base des transcrits d'entretien, à l'aide du logiciel NVIVO par deux chercheurs. La concordance des codages a été systématiquement recherchée. Le taux de concordance s'élevait à 95%.

2.3 RESULTATS

2.3.1 Les perceptions des médecins généralistes sur le séjour à la maternité

2.3.1.1 Le ressenti sur l'organisation du séjour

Les médecins généralistes pensaient que les accouchements à la maternité s'étaient généralisés en majeure partie pour la sécurité médicale et pour le plateau technique. Selon eux, l'accompagnement des mères dans le post-partum immédiat passait en second plan.

Les participants exprimaient de bons retours sur la prise en charge de leurs patientes. La durée de séjour devait être adaptée à chaque couple mère-enfant. Ils ressentaient une pression sur l'allaitement et percevaient une variabilité dans la prise en charge des mères: « *[elle] dépend aussi de l'équipe sur place au niveau des puer, si elles sont investies dans l'allaitement ou pas. Je vois vraiment une différence par rapport à ça.* »

2.3.1.2 Les perceptions sur les types de sortie de maternité

En sortie de maternité classique à Jeanne de Flandres (entre J3 et J5), la prise en charge en ambulatoire de la mère et de l'enfant ne posait pas de difficulté. Les médecins généralistes confondaient fréquemment le retour précoce à domicile après l'accouchement (RPDA) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Ils n'avaient peu ou pas eu de patientes en sortie précoce, cependant ils donnaient leur avis sur le RPDA. Ils évoquaient le paradoxe d'une sortie médicalisée, « *la sortie à 24 heures, c'est-à-dire tout le staff va débouler à domicile. Y'a quelque chose qui se contrarie dans ma tête.* »

Un retour précoce à domicile était perçu comme avantageux pour les femmes multipares qui se sentaient capables de gérer leurs nouveau-nés seules et qui étaient bien entourées. Les participants souhaitaient que ce type de sortie réponde à la demande de la mère. Il ressortait également un bénéfice pour la maternité qui souffre du manque de place. Ils évoquaient leurs préoccupations en rapport avec la cinétique de reprise de poids de l'enfant, source d'inquiétude pour les parents. Les médecins généralistes ne trouvaient pas d'avantages au RPDA pour leurs pratiques.

2.3.2 Les moyens de communication avec Jeanne de Flandres

2.3.2.1 Les outils de la communication

La prise en charge des patientes était améliorée quand les médecins étaient en contact direct avec les médecins séniors de la maternité. Des difficultés à communiquer directement avec les médecins de la maternité étaient évoquées.

L'outil le plus efficace pour communiquer avec eux, en dehors de l'urgence, était le mail. La hop'line facilitait l'accès par téléphone.

Un bon carnet d'adresse favorisait la coordination mais ce réseau était perçu comme fragile « *Il suffit qu'ils changent une personne là-bas et il faut tout recommencer* ». De plus, il était compliqué de mettre en place un contact car d'un côté comme de l'autre l'obstacle principal était la multiplicité des intervenants.

De même, il était difficile de les joindre par le standard ou même par l'intermédiaire des secrétariats dont les horaires d'ouverture ne facilitaient pas leur accès.

Du coup, afin de limiter le temps passé à les joindre, les avis urgents étaient envoyés directement aux urgences.

2.3.2.2 Le carnet de maternité

Pour les participants, « *La patiente est propriétaire de son carnet de maternité.* » Pour eux, le carnet de maternité était un moyen de responsabiliser la patiente dans le suivi de sa grossesse. Les médecins s'investissaient pour le remplir correctement afin d'assurer une bonne continuité des soins. Le problème était qu'ils avaient peu accès au carnet une fois que la patiente était suivie de façon conjointe avec la maternité. Une double saisie de la consultation était donc nécessaire, ce qui rendait son utilisation d'autant plus chronophage.

2.3.2.3 Le carnet de santé de l'enfant

Les médecins généralistes accordaient beaucoup d'intérêt au carnet de santé. C'est un bon outil de suivi et les informations mises par les pédiatres étaient fiables.

2.3.2.4 Le courrier de sortie

Pour l'ensemble des participants, la forme du courrier standardisée leur convenait. Les informations données y étaient suffisantes sauf en cas d'accouchement ou le post-partum compliqués.

Le délai de réception étant tardif, ils prenaient connaissance du courrier par les patientes et ne trouvaient pas utile de le recevoir si tard.

2.3.2.5 Les ordonnances de sortie

Les ordonnances de sortie amélioraient la continuité des soins. En effet, elles permettaient de débiter l'éducation de la patiente à la maternité et facilitaient l'organisation des premiers jours du retour à la maison.

Les médecins généralistes regrettaient que les ordonnances de contraception ne soient pas adaptées à chaque patiente. Ils désiraient que le niveau de ressource financière soit pris en compte dans la prescription : *« c'est dépendant de la personne qui a fait la sortie, avec des gens qui ont cette sensibilité aux finances et des gens qui l'ont moins. »*

2.3.3 La continuité des soins dans le post-partum selon les médecins généralistes

Les médecins généralistes déploraient la sectorisation du système de soins qui impactait sur sa qualité, notamment sur le suivi des patients. De plus, la coordination était plus facile entre les professionnels libéraux, la clinique privée et l'hôpital Saint Vincent qu'entre l'hôpital public et la ville.

2.3.3.1 La place centrale du couple mère-enfant

La patiente était au centre de la coordination entre les intervenants. Elle décidait quand consulter pour son enfant et pour elle. Il a été soulevé qu'en sortie de maternité les mères prenaient rendez-vous

précocement uniquement pour leurs enfants et qu'elles s'investissaient très peu dans leur propre prise en charge.

2.3.3.2 Les soins délivrés par les médecins généralistes

Selon les médecins généralistes, il était plus facile d'être un médecin généraliste femme pour faire le suivi du post-partum. Les consultations du post-partum étaient faites soit par eux-mêmes soit par les gynécologues de ville.

Ils essayaient pendant les consultations dédiées à l'enfant de s'intéresser à la mère. Mais il était difficile de faire une double consultation en une seule. Par conséquent, les risques thromboemboliques et infectieux étaient réévalués à la consultation du post-partum.

Leur travail dans le post-partum était particulièrement important auprès des primipares qui découvraient la parentalité.

Les médecins généralistes confrontés à des problèmes d'allaitement maternel, ressentaient un manque de formation. Quand ils avaient un souci ils redirigeaient souvent les mères vers les consultations de lactation ou vers une conseillère de la Leach Ligue. Ils pensaient qu'une information délivrée en anténatal facilitait la prise en charge ultérieure.

Ils avaient globalement l'impression d'être exclus du suivi des RPDA même si certains avaient été prévenus. Mais il serait compliqué de faire des visites à domiciles aussi régulières. D'autant plus qu'elles étaient chronophages et l'achat d'un bilirubinomètre était coûteux. Les médecins généralistes exprimaient une « *appréhension* » pour assumer ces patientes. A cette nouvelle prise en charge, ils évoquaient un manque de formation dans l'examen du nouveau-né.

2.3.3.3 La continuité assurée par les gynéco-obstétriciens et pédiatres

Il ressortait que l'information sur le délai de la consultation du post-partum était bien comprise par les patientes et la maternité n'en n'avait pas le monopole.

Lors des sorties d'enfants à risque, les médecins généralistes étaient contents d'être prévenus. En revanche, ils n'étaient pas informés ou tardivement quand ils étaient transférés en néonatalogie.

Les pédiatres et les gynéco-obstétriciens assuraient de bonnes prises en charge lorsqu'un retour à la maternité était nécessaire.

2.3.3.4 Les soins délivrés par les sages-femmes libérales

Les médecins généralistes étaient satisfaits du travail des sages-femmes libérales. Ils leur reconnaissaient des compétences dans le suivi de la grossesse et du post-partum. Par contre, ils évoquaient leur manque de qualification pour le suivi de l'enfant de moins d'un an ainsi que pour le suivi gynécologique.

Ils ne s'opposaient pas à la prise en charge ambulatoire des parturientes par les sages-femmes mais regrettaient le manque d'effectif pour assurer la demande. De plus, ils souhaitaient qu'en cas de soucis, une transmission orale ou écrite soit formulée pour assurer une meilleure coordination.

2.3.4 La planification des soins

2.3.4.1 En anténatal

Les médecins généralistes étaient en première ligne dès le début de la grossesse et ils se plaçaient comme les coordinateurs de la planification anténatale et accompagnants de leur projet de grossesse. Ils proposaient alors aux patientes un panel de choix pour leur suivi (Gynéco-obstétricien en privé, gynécologue de ville, sages-femmes libérales) et en faisaient eux-mêmes très régulièrement. Ils l'organisaient en fonction des disponibilités de suivi à la maternité qui décentralisait faute de place. Une fois que la patiente était suivie à la maternité (6^{ème} mois), ils étaient complètement exclus mais trouvaient cela normal.

Les participants étaient satisfaits de cette organisation mais évoquaient des soucis du suivi avec la maternité quand la grossesse était découverte tardivement.

2.3.4.2 En postnatal

Le mode de suivi postnatal de la mère et de l'enfant était anticipé en anténatal. La maternité faisait peu de suivi postnatal. Les médecins en sont satisfaits, ils se sentaient compétents pour faire la consultation à 6 semaines et la patiente avait un rendez-vous rapide au cabinet, « *Je pense qu'ils font leur boulot comme il faut quand ils y sont et après quand la patiente sort ils passent la main c'est normal.* » Cependant entre deux, la patiente était peu suivie à moins que la mère se fût alertée. Ils jugeaient ce délai tardif. Les consultations étaient dédiées à l'enfant avec un délai de premier examen non strict. Ils étaient vus dans les huit jours avec un maximum de quinze jours après la sortie, puis le suivi était adapté au cas par cas.

2.3.5 Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs

2.3.5.1 Entre les médecins généralistes et les praticiens de la maternité

Les médecins généralistes ressentaient un manque de considération vis-à-vis de leur travail fait en ville. Ils soulignaient que les conditions d'exercice n'étaient pas les mêmes. De plus ils avaient l'impression qu'ils devaient être irréprochables sur la prise en charge de leurs patientes. De peur de déranger ils demandaient alors leur avis en dernier recours.

Les participants trouvaient que le contact était plus facile lorsqu'ils s'étaient rencontrés (lors des congrès notamment) ou lorsqu'ils étaient passés dans le service en tant qu'interne.

Ils n'avaient pas d'objection à être formés par Jeanne de Flandres. Leur participation aux formations était plus facile quand elles s'organisaient en soirée. Ceux ayant déjà assisté aux journées de gynéco-obstétriques étaient satisfaits aussi bien sur le fond et que sur la forme.

2.3.5.2 Entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales

Les médecins généralistes n'avaient aucun contact avec les sages-femmes libérales de leurs quartiers. Certains étaient conscients de ce manque cependant pour une minorité, ils ne souhaitaient pas travailler ensemble et ressentaient de la rivalité ou de la concurrence.

2.3.5.3 Entre les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes libérales

Selon les participants, il existait une relation privilégiée entre les sages-femmes et les gynéco-obstétriciens ce qui facilitait la coordination en sortie de maternité notamment pour le RPDA.

2.3.5.4 Entre les médecins généralistes et les patientes

Les médecins généralistes se plaçaient comme le meilleur coordinateur dans la prise en charge globale de la patiente. Ils étaient le premier recours pour l'ensemble de la famille et étaient faciles d'accès. Mais ils étaient agacés de voir en consultation des enfants malades dont ils n'assuraient pas le suivi.

Lors de la première consultation après la sortie, leur rôle était de réexpliquer l'ensemble des informations délivrées pendant le séjour. Ils trouvaient que la quantité d'informations était trop importante.

2.3.5.5 Entre les gynéco-obstétriciens et les patientes

La relation entre les patientes et les gynéco-obstétriciens était basée sur le côté technique de leur savoir, ce qui entraînait un manque d'explications des prises en charge. De ce fait, les patientes venaient les consulter pour obtenir un complément d'informations.

Les informations de sortie étaient primordiales afin d'assurer un début d'éducation à la parentalité. Cependant, les médecins généralistes percevaient que l'équipe manquait de temps dédié à l'éducation.

Au vu du délai tardif pour la consultation du post-partum, les participants déploraient le manque d'informations orales plus complètes concernant les risques infectieux et thromboemboliques.

2.3.5.6 Entre les médecins généralistes et la protection maternelle et infantile

Ils avaient peu de contact avec la protection maternelle et infantile (PMI) ou via les patientes. Ils se contactaient uniquement en cas de soucis.

2.3.6 Les aspects économiques de la sortie de maternité

L'économie a été peu évoquée de façon spontanée par les participants. Lorsque la question était posée il y avait de façon globale une méconnaissance de cet aspect.

Pour le RPDA, les médecins généralistes espéraient qu'une balance clinico-économique ait été réalisée afin de ne pas faire prendre un sur-risque aux patientes. De plus, ils pensaient que les coûts hospitaliers étaient transférés sur la médecine de ville.

2.3.7 Les perspectives d'amélioration proposées

Les maisons de naissance pourraient être une entité d'hôpital en ville. Cette perspective paraissait satisfaire les médecins généralistes pour libérer de la place en maternité.

Les médecins généralistes souhaitaient vivement que le CHRU se mette à utiliser Apicrypt pour l'ensemble des courriers. Cela permettrait de les avoir dès la sortie du patient. Les mails étaient un bon moyen de communications avec les séniors, de plus une mailing list a été demandée.

Afin de faciliter la communication, un référent fixe gynéco-obstétricien pourrait être attribué à chaque secteur de la métropole.

Dans le but d'améliorer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, le dossier médical partagé a été évoqué par les participants. Ils souhaiteraient qu'il soit mis en place mais ils étaient conscients des difficultés engendrées. En attendant, un effort sur le partage du carnet de maternité a été demandé.

Les médecins généralistes souhaiteraient recevoir un courrier sur les consultations anténatales et postnatales délicates ou inhabituelles. Les patientes demandaient ensuite souvent des explications complémentaires sur des informations qu'ils ne détenaient pas.

La mise à jour de la vaccination des patientes pourrait être faite pendant le séjour à la maternité. De même pour la vaccination BCG dans les populations à risque.

Lorsque l'équipe proposait le RPDA, il semblait intéressant de suggérer à la patiente de discuter avec son médecin traitant du mode de sortie. Il la connaît bien et cela lui permettrait de s'impliquer dès l'anténatal dans la prise en charge du RPDA.

Devant un délai de consultation tardif, les mères devraient recevoir des informations plus complètes sur les risques infectieux et thromboemboliques encourus dans le post-partum.

Ils souhaiteraient être informés avant la sortie de la mère quand les enfants étaient transférés en néonatalogie.

Ils aimeraient avoir un courrier plus personnalisé et détaillé quand l'accouchement ou le post-partum immédiat se seraient déroulés avec des difficultés.

Dans les 48 heures suivant la sortie, les médecins généralistes souhaiteraient voir leurs patientes de façon systématique en consultations ou visite. Une information sur la prise de contact systématique dans les 48 heures après la sortie pourrait être donnée.

Les participants aimeraient que les médecins hospitaliers modifient l'image négative qu'ils ont des médecins généralistes. Ils n'ont pas les mêmes compétences et la pratique de la médecine en hospitalier est différente de celle en ambulatoire.

Un médecin évoquait la présence d'un médecin généraliste aux urgences de la maternité. Cela permettrait d'avoir une approche globale du patient quand cela s'avérerait nécessaire.

Les médecins généralistes étaient particulièrement attachés à la formation médicale continue délivrée lors des soirées mensuelles. Une intervention sur la sortie précoce des gynéco-obstétriciens et pédiatres de Jeanne de Flandres serait la bienvenue. De plus, cela permettrait également de reprendre le contact avec eux.

Concernant les journées de formation en gynéco-obstétrique, ils soulignaient que la participation d'un médecin généraliste aux préparations permettrait de mieux répondre à leurs attentes et souhaiteraient qu'une formation en pédiatrie naisse dans le même état d'esprit.

Les participants souhaitaient que les internes de médecine générale soient mieux formés en les déchargeant un maximum des obligations administratives de "secrétaire." Cela leur permettrait ainsi de se former auprès des patientes.

2.4 DISCUSSION

2.4.1 METHODE

Un recrutement raisonné puis par effet boule de neige a permis d'assurer la diversité des participants. Les entretiens ont associé un focus group et des entretiens individuels. Le choix des entretiens individuels a été fait pour des raisons logistiques, la réunion de participants en nombre suffisant dans le but de réaliser un focus group s'étant avérée difficile. Le codage a été réalisé par deux chercheurs avec une concordance de 95 %.

2.4.2 RESULTATS

2.4.2.1 Le ressenti sur l'organisation du séjour

L'amélioration de la qualité des soins a permis une diminution de la mortalité maternelle (10). La médicalisation de l'accouchement n'est pas la seule clé pour assurer une baisse de la mortalité. Aux Pays-Bas, l'organisation des soins périnataux est différente, notamment dans le suivi du post-partum (11) et la mortalité maternelle est comparable à celle de la France. La médicalisation de la périnatalité contribue à la réduction de la mortalité périnatale, tout comme la coordination des soins entre les différents intervenants.

Selon la recommandation HAS de mars 2014 (12), la durée de séjour n'est pas garante de la sécurité de la mère et de l'enfant. C'est l'accompagnement postnatal qui contribue à la prévention des conséquences négatives.

Le protocole mis en place afin d'assurer la continuité des soins pour le RPDA est l'exemple même qu'une courte hospitalisation nécessite une bonne coordination. Les longues hospitalisations sont à l'origine d'une rupture de contact avec le système de soins ambulatoires.

2.4.2.2 Les moyens de communication avec Jeanne de Flandres

2.4.2.2.1 Les urgences et la hop'line

L'article de BERTRAND D (13) évaluait le point de vue des médecins généralistes sur la qualité des soins délivrés par l'hôpital. Pour eux, le passage aux urgences avant hospitalisation était à l'origine de la perte de données transmises par le médecin.

La prise de contact avec un gynéco-obstétricien a été améliorée avec la hop'line mais elle ne résout pas les problèmes rencontrés dans le transfert d'informations.

2.4.2.2.2 Carnet de maternité

La Docteur CASALS (14) a travaillé sur la place du carnet de maternité utilisé comme outil dans le suivi de la grossesse. Le courrier était cité comme le premier moyen de communication en anténatal. Le carnet de maternité n'était donc pas l'outil d'échanges privilégiés.

Les difficultés d'accès au carnet rencontrés par les professionnels ambulatoires ne facilitent pas la continuité du suivi.

Son contenu est centré sur le biomédical or, les informations psycho-sociales ont autant d'importance afin d'assurer une bonne continuité des soins.

2.4.2.2.3 Courrier de sortie

Le courrier de sortie est un élément clé de la coordination des soins mais le délai de réception tardif le rend inutile. Bien que les patientes en assurent sa transmission, l'utilisation d'une voie dématérialisée permettrait de fluidifier les échanges.

La courrier-type (15) contient des informations biomédicales et peu personnalisées. Des échanges d'ordre psycho-social sur le séjour à la maternité amélioreraient la continuité des soins.

Une concertation avec le comité ville-hôpital pourrait permettre de le modifier.

2.4.2.2.4 Ordonnances de sortie

Dans un rapport sur la préparation de la sortie d'hospitalisation (16), les ordonnances de sortie étaient perçues comme un gage de qualité et de continuité des soins.

La contraception fait partie des ordonnances de sortie. La HAS (17) a fait un état des lieux des pratiques et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Le post-partum et les contraintes économiques étaient cités comme des situations fragiles pouvant conduire à un échec de la contraception. Selon les résultats de l'enquête périnatale de 2010 (18), 19.3% des femmes ayant accouché avaient un revenu issu des aides sociales.

Il peut être regretté que l'aspect financier ne soit pas forcément pris en compte lors d'une prescription de contraception. Des informations psycho-sociales explicites dans le carnet de maternité pourraient aider à corriger cette pratique.

2.4.2.3 La continuité des soins dans le post-partum selon les médecins généralistes

Dans la région Rhône-Alpes, une enquête sur les liens entre la médecine hospitalière et ambulatoire (19) constatait que la coordination était plus facile entre les médecins libéraux et les cliniques privées. La connaissance des contraintes de l'exercice libéral peut être une raison expliquant cette perception. Certains médecins préféraient travailler avec l'équipe de Saint Vincent de Lille qui ne sont pas des professionnels libéraux. Les fondements de cette meilleure collaboration pourraient être explorés.

2.4.2.3.1 La place centrale de la patiente

Dans le cadre de la périnatalité, la préparation à la naissance (20) doit être un moment propice à l'information et à l'éducation. La consultation postnatale doit y être abordée afin de sensibiliser les femmes à leur propre suivi. En effet, les participants constataient que les soins du post-partum étaient centrés sur l'enfant. Le retour précoce pourrait permettre d'intégrer une consultation précoce dédiée à la femme.

L'orientation de la patiente vers une sage-femme libérale pour la rééducation périnéale serait un autre moyen de les mettre en confiance et d'assurer un suivi.

2.4.2.3.2 Les soins délivrés par les médecins généralistes

Le programme du retour précoce à domicile après l'accouchement était mal connu des médecins généralistes car ils n'étaient pas inclus dans la prise en charge à domicile.

Les visites demandent du temps, notamment celles du post-partum. Selon l'URML d'Auvergne (21), lors d'une visite, le médecin passerait 19 minutes auprès du patient. Les sages-femmes libérales interrogées déclaraient quant à elles passer environ 60 minutes à domicile pour les retours précoces.

Outre les visites à domicile, la convention sur la sortie précoce de Jeanne de Flandres demande l'utilisation d'un bilirubinomètre pour le suivi de l'ictère. Actuellement, les sages-femmes libérales assurent le relais du RPDA car elles sont les seules à s'être équipées de ce matériel coûteux. La prise en charge dès la sortie précoce nécessite un bilirubinomètre qui représente un investissement à mettre en rapport avec la fréquence d'utilisation.

Dans la dernière recommandation de mars 2014 publiée par la HAS sur les conditions et l'organisation du retour à domicile (12), l'ictère était le premier paramètre à contrôler chez un nouveau-né aussi bien en sortie standard qu'en sortie précoce. Encore d'actualité, l'ictère nucléaire (22) ne doit pas être ignoré.

Les préoccupations des médecins participants s'étaient portées sur la cinétique de la reprise du poids. Mais ils n'avaient pas cité l'ictère.

Moins d'un généraliste sur deux interrogés dans la thèse du Docteur GRONDIN (23) citait l'ictère dans les pathologies à rechercher pendant l'examen d'un enfant de moins de 8 jours. Avec l'augmentation du nombre de sorties précoces, une surveillance attentive s'avère donc nécessaire (24).

D'une façon générale, l'examen du 8^{ème} jour par un médecin (pédiatre ou généraliste) fait partie des recommandations sur le RPDA publiées par la HAS en mai 2004 (7). Cependant, le manque de temps

pour se former au dépistage des pathologies graves du nouveau-né et des problèmes d'allaitement était déploré par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais interrogés par le Docteur GRONDIN (23).

Avec ces dernières données sur la surveillance de l'ictère et les visites à domicile à réaliser dès la sortie précoce, il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leur souhait d'adhérer à la convention du retour précoce à domicile proposée par Jeanne de Flandres.

En revanche, leur implication dans l'examen du 8^{ème} jour paraît indéniable à moins qu'il n'ait été convenu avec la mère en anténatal qu'ils n'assureraient pas le suivi de l'enfant.

2.4.2.3.3 La continuité des soins assurée par les gynéco-obstétriciens et pédiatres

Avec les 5598 accouchements en 2013 à la maternité Jeanne de Flandres, un suivi de l'ensemble des femmes dans le post-partum paraît ingérable.

Un référent fixe pour les suites de couches serait chronophage pour le praticien. Pendant l'hospitalisation, chaque patiente est sous la responsabilité d'un gynéco-obstétricien. Selon la dernière recommandation de la HAS de mars 2014 (12) ses coordonnées doivent figurer sur le courrier afin de faciliter le contact. De plus la hop'line a été mise en place dans le but de répondre aux questions des confrères libéraux.

Lorsque le nouveau-né est transféré en néonatalogie, le caractère urgent de la situation est probablement un facteur limitant à l'information du médecin traitant. Une réunion des professionnels permettrait de trouver une solution afin d'assurer le transfert des informations.

2.4.2.4 Planification des soins

2.4.2.4.1 En anténatal

En partie, suite à la recommandation de la HAS (25) sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes, Jeanne de Flandres a créé en novembre 2013 une consultation d'orientation prénatale. Cette

délégation de soins sur la ville pourrait faciliter la prise en charge par la maternité des imprévus de planification.

2.4.2.4.2 En postnatal

La recommandation de la HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité (20) reconnaît que le délai de la consultation postnatale est long. De plus, les médecins étaient en difficulté lorsque les suivis de la mère et de l'enfant devaient être assurés dans la même consultation.

La consultation du post-partum doit retrouver sa place dans le suivi de la femme, en réduisant les délais de la première consultation et en renforçant l'information.

2.4.2.5 Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs

2.4.2.5.1 Entre les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens

Pendant les entretiens, les avis sur les relations avec les praticiens étaient nuancés. Ce sentiment ne date pas d'aujourd'hui et n'est pas spécifique de la relation avec les gynéco-obstétriciens de Jeanne de Flandres. L'Académie Nationale de Médecine publiait dans un rapport (26) qu'elle reconnaissait l'existence d'un « *malaise [...] lié au sentiment d'être méconnus, voire mésestimés.* »

Le chef de service et un autre praticien hospitalier ont souvent été cités comme des piliers de la communication. Au vu du nombre important de médecins généralistes installés sur la métropole lilloise, il paraît difficile d'établir une relation singulière avec chacun.

L'enseignement aux médecins généralistes par des spécialistes d'organe lors d'une formation médicale continue permet un contact. Néanmoins, si ce type de contact est utile à la transmission de savoirs spécifiques, son impact sur la coordination des soins est moins assuré.

Les relations avec les pédiatres ont très peu été abordées. Nous pouvons nous demander si cela est dû au fait qu'ils ne ressentent pas de besoin de contact avec les pédiatres ou si les relations sont bonnes.

2.4.2.5.2 Entre les médecins généralistes et les patients

Selon la loi HPST (1), le médecin généraliste doit faire « *une synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.* » Les informations de sortie relèvent de l'éducation des patients.

2.4.2.5.3 Entre les gynéco-obstétriciens et les patientes

Avec l'instauration des sorties précoces et des consultations prénatales d'orientation, la maternité reflète l'image d'un plateau technique. La technicité peut concourir à une déshumanisation de la relation entre les spécialistes hospitaliers et les patients.

Cependant, en assurant une bonne continuité des soins, ce sentiment devrait probablement s'estomper et le médecin traitant reprendrait ainsi sa place de coordinateur.

2.4.2.6 Les aspects économiques de la sortie de maternité

Les recommandations de 2004 (7) et de 2012 (27) ne concluaient pas de façon formelle sur les aspects économiques du RPDA.

Dans les centres de suivi du post-partum à l'étranger étudiés par KEPPLER (28) et BROWN (29), un retour précoce avec un suivi organisé coûtait moins cher qu'un retour précoce sans suivi.

Les médecins généralistes n'ont pas abordé spontanément ou même après relance l'aspect économique à l'échelle de la population. Le paiement à l'acte pourrait conduire à focaliser les perspectives sur l'intérêt du patient client, en omettant l'aspect macro-économique de santé publique.

3. ANALYSE GENERALE

Ce travail s'inclut dans un projet de recherche ayant pour objectifs l'étude des représentations et du vécu de la coordination des soins autour de la maternité. Un recueil similaire a été réalisé auprès des patientes, des obstétriciens, des pédiatres hospitaliers et des sages femmes-libérales.

3.1 L'organisation du séjour

3.1.1 Le ressenti sur l'organisation du séjour

L'amélioration de la qualité des soins a permis une diminution de la mortalité maternelle (10). Ces dernières décennies, on observe une stagnation du taux de mortalité maternelle à 10.3 pour 100 000 naissances vivantes, et une réduction de 50% des hémorragies du post-partum sur la période de 2007-2009. Les chiffres de la France sont similaires à ceux des pays Européens voisins (Royaume-Uni et Pays-Bas).

Aux Pays-Bas (11), près de 30% des femmes accouchent à domicile et un peu moins de 20% ont une durée d'hospitalisation de 24 heures. La mise en place d'un tel système de soins en France serait compliquée car la géographie française ne permet pas d'être, en tous lieux, à moins de vingt minutes d'une maternité. La médicalisation de la périnatalité contribue à la réduction de la mortalité périnatale, tout comme la coordination des soins entre les différents intervenants.

Depuis une quinzaine d'années, il existe une tendance à la diminution des durées de séjour en maternité (6). Dans un rapport de la DREES sur la satisfaction des patientes (8), la durée de séjour n'est pas une cause d'insatisfaction. Dans 75% des cas, les patientes considèrent qu'elle est appropriée. De plus, chez les patientes évaluées à bas risque, ce n'est pas la durée de séjour qui est essentielle pour la sécurité de la mère et de l'enfant mais bien l'accompagnement dans le post-partum (12).

Une courte durée d'hospitalisation nécessite une bonne coordination pour assurer la continuité des soins. Le retour précoce en est l'exemple. Les longues hospitalisations sont à l'origine d'une rupture de contact avec le système de soins ambulatoires.

Jeanne de Flandres est dans une démarche afin d'obtenir le label *Hôpital Ami des Bébé*s. Grâce à cette initiative, l'équipe de la maternité a été formée. Ainsi, les conseils donnés aux mères se sont accordés au sein de l'équipe.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) (30) et la Haute Autorité de Santé (HAS) promeuvent l'allaitement maternel (31). Cette campagne est efficace car selon l'INPES (Institut National de la Prévention et d'Education à la Santé) (32), les femmes choisiraient d'allaiter pour les bénéfices sur la santé du bébé, le lien mère-enfant et pour le côté « naturel ».

Les résultats de l'étude Epiphane (33) montraient que la proportion d'enfants allaités à la maternité a augmenté. En effet, 2012, 69% des nouveau-nés étaient allaités (dont 9% en allaitement mixte) contre 37% en 1972. A un mois de vie, 54% des bébés étaient encore allaités (35% de façon exclusive).

Dans la région Rhône-Alpes une étude sur l'allaitement maternel (34) montrait que 73% des femmes décidaient d'allaiter avant l'accouchement. Le taux d'allaitement était de 68.5% à la maternité (dont 57.5% d'allaitement exclusif).

La pression qui a été décrite par les participants n'est pas due qu'à la maternité. L'influence sociale et la promotion de l'allaitement maternel sont à prendre en considération.

3.1.2 Les perceptions sur les types de sortie de maternité

La thèse du Docteur GRONDIN (23) évaluait les besoins de formation des médecins généralistes pour prendre en charge les nouveau-nés en sortie précoce dans le Nord-Pas-de-Calais. Elle constatait que les médecins situaient la sortie précoce au-delà du deuxième jour. Cette méconnaissance du programme n'est pas étonnante car ils ne sont pas intégrés dans la planification du RPDA.

Cependant, ils souhaitaient que le projet mené par la maternité soit aussi celui des familles. Les patientes interrogées percevaient cette accélération de la préparation de leurs sorties et trouvaient cela normal. Les gynéco-obstétriciens ont déclaré que les patientes ne souhaitant pas de sortie précoce n'étaient pas incluses dans le programme.

3.2 Les moyens de communication avec Jeanne de Flandres

3.2.1 Le réseau OMBREL

Le plan périnatalité 2005-2007 (3) souhaitait plus de « *proximité* ». Les réseaux devaient permettre d'améliorer la coordination inter-hospitalière mais aussi avec les professionnels ambulatoires.

OMBREL, *Organisation Mamans Bébé de la REgion Lilloise*, est le réseau de la métropole lilloise. Six des participants appartiennent au réseau dont quatre médecins travaillant dans la même maison médicale. En novembre 2013, Jeanne de Flandres a créé une communauté périnatale réunissant les professionnels hospitaliers et ambulatoires. En annexe 2 se trouve la charte d'engagement.

Par l'intermédiaire de la communauté périnatale, Jeanne de Flandres est dans une démarche d'amélioration des liens. Pour l'agrandir et être utile à un plus grand nombre, il serait nécessaire de diffuser largement l'information.

3.2.2 Les mails

Les articles 2b et 17 de la directive européenne de 1995 sur les droits du patient quant au traitement des informations médicales nominatives (35) s'appliquent aussi sur les messages électroniques. Pour des échanges nominatifs, des boîtes mail cryptées pourraient sécuriser les informations. Une solution temporaire serait une mailing list diffusée aux médecins généralistes en respectant l'anonymat.

3.2.3 La hop'line

La mise en place de la hop'line a permis d'améliorer la prise de contact avec les praticiens.

Cette ligne téléphonique directe permet de répondre à des questions et de résoudre des problèmes sans nécessité de passer par les urgences. Mais elle ne résout pas le problème de la continuité du transfert d'informations car l'interlocuteur n'est pas forcément le médecin qui sera en charge du patient.

3.2.4 Carnet de maternité

La Docteur CASALS (14) a travaillé sur la place du carnet de maternité comme outil dans le suivi de grossesse. Le carnet de maternité n'était pas cité comme le premier moyen de communication entre les professionnels. Le courrier restait le moyen le plus utilisé. Les médecins (environ 65% sur 68 participants) se disaient prêts à utiliser uniquement le carnet de maternité. En revanche, ils craignaient que ce mouvement ne soit pas suivi par tous et de ne pas y avoir accès systématiquement.

En effet, l'accès au carnet de maternité est un frein à la continuité des soins. Les professionnels ne sont pas les seuls en cause, les oublis des patientes sont aussi concernés. La responsabilisation et l'information des patientes est une des clés.

Les informations qu'il contient sont uniquement biomédicales. Certains participants déploraient le fond et la forme du carnet de maternité, notamment l'absence d'informations d'ordre psychosociales et le manque de place pour les rajouter.

Le carnet de maternité a été conçu à l'origine pour pallier en partie au manque de transmission des informations. Aujourd'hui, il ne remplit pas entièrement ses fonctions. Il serait donc intéressant de revoir une partie du fond et de la forme en partenariat avec les médecins généralistes et les sages-femmes libérales.

3.2.5 Courrier de sortie

Dans l'article R.710-2-6 du code de la santé publique il est mentionné : « *A la fin de chaque séjour hospitalier, [...] [le courrier de sortie sera] adressé dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.* »

Le courrier de sortie permet d'assurer la coordination des soins. La réception tardive du courrier de sortie nuit à la coordination des soins.

Afin de palier au délai de réception tardif, la maternité donne aux patientes le courrier destiné aux professionnels.

Une boîte mail cryptée pourrait être aussi une solution pour assurer la continuité. Actuellement, cette méthode est utilisée par le groupe hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, l'ensemble des biologistes, les radiologues de la métropole Lilloise et 65% des médecins généralistes. Elle permet d'échanger plus rapidement des informations.

Enfin, le partage du dossier médical complet serait une solution idéale. La mise en place est techniquement compliquée car l'utilisation de l'informatique n'est pas adoptée par l'ensemble des praticiens ambulatoires. De plus, les types d'équipements des cabinets et leurs utilisations sont hétérogènes.

La forme type du courrier permet d'améliorer la qualité des courriers et leur rapidité de création mais elle ne permet pas de transmettre des informations personnalisées (15). Des échanges sur le courrier de sortie avec les professionnels libéraux permettraient de l'améliorer.

L'article de PITERMAN (15) analysait la communication entre médecins généralistes et spécialistes et notamment via les courriers. Dans les lettres de consultations, les généralistes espéraient trouver des infos claires et concises sur le diagnostic, le mode de suivi ainsi que sur le pronostic. Elles permettaient ensuite de répondre aux patients anxieux au sujet des résultats donnés par le spécialiste.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle (36) comprend aussi le suivi du patient. Le médecin traitant fait partie des interlocuteurs du patient. Il doit être informé de la situation pour en assurer la continuité. Le manque de transmission peut impacter sur le vécu de l'annonce et donc sur la qualité des soins.

3.2.6 Ordonnances de sortie

Dans un rapport sur la préparation de la sortie d'hospitalisation (16), les ordonnances de sortie étaient également perçues comme un gage de qualité et de continuité des soins.

La contraception fait partie des prescriptions de sortie. Elle a été abordée lors des entretiens et notamment dans le focus group. Les participants, exerçant dans un quartier précaire, étaient plus sensibles à l'aspect financier de la contraception.

La HAS a fait un état des lieux des pratiques et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (17). Entre autres, les contraintes économiques étaient citées par les patientes comme des freins à l'accès à la contraception. Or, la HAS parlait en matière d'accès à la consultation et non en remboursement du contraceptif (notamment des micro-progestatifs). Le post-partum était cité comme une situation de fragilité pouvant être un frein à une contraception adaptée avec un risque d'échec.

Selon les résultats de l'enquête périnatale de 2010 (18), 19.3% des femmes ayant accouché avaient un revenu issu des aides sociales. De plus, 4.4% disaient avoir renoncé à une consultation, des soins dentaires ou des examens pour des raisons financières.

En conséquence, en cumulant la fragilité due au post-partum et la précarité, ces patientes sont d'autant plus sujettes à risque d'échec de la contraception. Une attention particulière devrait leur être accordée.

Des informations psycho-sociales dans le carnet de maternité permettraient aux prescripteurs d'adapter leurs ordonnances. De plus, l'information devrait être prise auprès des patientes quant à leurs capacités à prendre une contraception non remboursée.

3.3 La continuité des soins dans le post-partum selon les médecins généralistes

Dans la région Rhône-Alpes, une enquête sur les liens entre la médecine hospitalière et ambulatoire (19) constatait que la coordination était plus facile entre les médecins libéraux et les cliniques privées. Selon eux, ils connaîtraient mieux les contraintes de l'exercice libéral. Une étude de la DREES (37) sur l'exercice de la médecine générale libérale retrouvait également ce résultat.

Cela ne doit pas être la seule raison dans la métropole Lilloise. Les médecins qui travaillent avec la maternité de Saint Vincent trouvaient que la coordination était meilleure qu'avec Jeanne de Flandres. Or, les médecins de Saint Vincent ne sont pas des libéraux. Il serait donc intéressant d'en rechercher les raisons.

De plus, selon l'étude de la DREES (37), les spécialistes exerçant en libéral étaient plus réactifs et disponibles avec des délais de rendez-vous plus courts. Une des raisons pourrait être que les praticiens des cliniques privées sont en secteur 2 avec des dépassements d'honoraires. Le patient qui paie est plus exigeant, notamment sur les délais des rendez-vous et sur la bonne continuité des soins.

3.3.1 La place centrale de la patiente

Dans le cadre de la périnatalité, la préparation à la naissance (20) a été mise en place afin d'aider les parents à trouver leur place et d'être acteur dans leur projet de naissance. En 2010, 73% des femmes ont participé à la préparation à la naissance contre 67% en 2003. L'entretien prénatal précoce restait encore peu effectué, 21% des femmes déclaraient en avoir bénéficié (18).

La préparation de la naissance doit être un moment propice à l'information et à l'éducation, notamment sur l'importance du suivi de la femme en post-partum.

Le déroulement d'une consultation du post-partum se rapproche plus d'une reprise de suivi gynécologique classique que de la poursuite du suivi de la grossesse. Dans les articles d'Elodie FAYOLLE (38) et GAMBIER (39), le manque d'information des patientes, l'appréhension et la

négligence pouvaient être à l'origine d'un défaut de suivi. Cela pourrait expliquer en partie le ressenti des médecins sur le manque d'investissement des patientes dans leur suivi du postnatal.

En sortie classique, les participants constataient que le suivi du post-partum était centré sur l'enfant. Or, le retour précoce à domicile demande une surveillance à la fois de la mère et de l'enfant. Ce type de sortie pourrait permettre d'intégrer une consultation précoce dédiée à la femme.

L'orientation de la patiente vers une sage-femme pour la rééducation périnéale pourrait être un moyen de les mettre en confiance et d'assurer le suivi.

3.3.2 Les soins délivrés par les médecins généralistes

3.3.2.1 La consultation du post-partum

Le travail d'Elodie FAYOLLE (38) trouvait qu'un des freins à la pratique gynécologique en médecine générale était le genre masculin.

Or, à la maternité, les gynéco-obstétriciens sont aussi bien des hommes que des femmes. Le recueil des perceptions des patientes sur les facteurs influençant le suivi postnatal pourrait être intéressant.

Les médecins généralistes connaissent leurs patientes parfois depuis l'enfance. La relation singulière « patiente-médecin de famille » peut être à l'origine de cette réserve.

3.3.2.2 Le RPDA : Les visites à domicile

Selon l'URML d'Auvergne (21), une visite à domicile prendrait environ 41 minutes dont environ 19 minutes auprès du patient. D'après une étude de la DREES (40), le temps moyen passé en visite était 9% plus important que celui passé en consultation.

Les sages-femmes libérales interrogées déclaraient passer environ 60 minutes au domicile des patientes pour les visites en RPDA.

Les visites à domicile sont donc plus chronophages que les consultations.

Certains médecins généralistes souhaitaient voir leurs patientes dans les 48 heures quelque soit le type de sortie. Il serait intéressant d'explorer d'avantage cette demande. Elle permettrait peut être de replacer le médecin traitant comme coordinateur des soins et d'être en contact avec les professionnels s'occupant de la patiente.

3.3.2.3 Le RPDA : Surveillance de l'ictère

Outre les visites à domicile, la convention sur la sortie précoce de Jeanne de Flandres demande l'utilisation d'un bilirubinomètre pour le suivi de l'ictère. Les professionnels qui souhaitent y adhérer doivent investir dans du matériel coûteux. Actuellement, seules les sages-femmes libérales se sont équipées. Elles sont donc les professionnelles relais du RPDA.

Dans la dernière recommandation de mars 2014 publiée par la HAS sur les conditions et organisation du retour à domicile (12), la surveillance de l'ictère est le premier paramètre à contrôler chez un nouveau-né aussi bien en sortie standard qu'en sortie précoce. Les pédiatres sont vigilants pour le dépistage de l'ictère nucléaire. En Ile-de-France de 2001 à 2012 (22), cinq ictères nucléaires du nouveau-né ont été diagnostiqués. Aucun enfant n'était sorti de la maternité (excepté un, en sortie contre avis médical). Le risque d'ictère nucléaire est donc encore d'actualité et ne doit pas être ignoré.

Pour les médecins généralistes interrogés, la cinétique de reprise du poids était un paramètre préoccupant. La surveillance de l'ictère n'a pas été citée. Dans la thèse du Docteur PARETS (41), une visite systématique avec pesée était dans 90% des cas le motif de consultation alors que 4% consultaient pour un ictère.

Moins d'un généraliste sur deux interrogés dans la thèse du Docteur GRONDIN (23) citait l'ictère dans les pathologies à rechercher pendant l'examen d'un enfant de moins de 8 jours.

L'ictère apparaît entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour (42). Avec l'augmentation du nombre de sorties précoces, une surveillance attentive s'avère donc nécessaire (24).

La prise en charge dès la sortie précoce nécessite un bilirubinomètre qui représente un investissement à mettre en rapport à la fréquence d'utilisation. L'achat pourrait éventuellement se faire

pour les médecins exerçant en cabinet de groupe, ou dans le cadre d'une maison de santé pluri-professionnelle. Mais il faudrait qu'il y ait plus de sorties précoces pour rentabiliser l'investissement.

3.3.3 Le RPDA : L'examen du 8^{ème} jour

Il est demandé dans la recommandation de mai 2004 (7) qu'un examen du nouveau-né soit fait au 8^{ème} jour par un médecin (pédiatre ou généraliste).

D'un point de vue légal, il n'y a pas d'interdiction pour un médecin généraliste à examiner un enfant de moins de 8 jours. Par ailleurs, l'article 32 du Code de déontologie médicale précise : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* »

Dans sa thèse, le Docteur GRONDIN (23) concluait que 88% des médecins du Nord-Pas-de-Calais s'estimaient ne pas être formés suffisamment pour prendre en charge des nouveau-nés en sortie précoce. Ils manquaient de temps pour mettre en place une formation sur le dépistage des pathologies graves du nouveau-né et sur les problèmes d'allaitement.

3.3.3.1 Le RPDA : perspectives

Avec ces dernières données sur la surveillance de l'ictère et les visites à domicile à réaliser dès la sortie précoce, il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leur souhait d'adhérer à la convention du retour précoce à domicile proposée par Jeanne de Flandres. En revanche, leur implication dans l'examen du 8^{ème} jour paraît indéniable à moins qu'il n'ait été convenu avec la mère en anténatal qu'ils n'assureraient pas le suivi de l'enfant.

3.3.4 La continuité des soins assurée par les gynéco-obstétriciens et pédiatres

Dans le Nord, trois maternités sont de niveau III : Jeanne de Flandres au CHRU Lille, la maternité Monaco de Valenciennes et celle de Saint Vincent à Lille. Elles prennent en charge aussi bien des grossesses à bas risque qu'à haut risque ainsi que des nouveau-nés gravement malades. Avec

5598 accouchements en 2013 à Jeanne de Flandres, un suivi de l'ensemble des femmes dans le post-partum paraît ingérable.

Dans la dernière recommandation de la HAS de mars 2014 (12), le nom du médecin référent hospitalier de chaque patiente devait être noté dans le courrier. Il doit être joignable pour répondre aux professionnels ambulatoires prenant en charge le post-partum.

Lors du focus group, les gynéco-obstétriciens se disaient complètement disponibles afin de répondre aux questions et revoir les patientes pour donner un avis.

L'idée d'avoir un référent fixe au sein de la maternité a été évoqué par les médecins généralistes. Il serait chronophage pour le praticien d'être le seul référent pour l'ensemble des suites de couches. La hop'line sert à répondre aux questions qui ne sont pas en rapport avec l'histoire de l'hospitalisation.

Lorsque le nouveau-né est transféré en néonatalogie, le caractère urgent de la situation est probablement un facteur limitant à l'information du médecin traitant. Une réunion des professionnels devrait permettre de trouver une solution afin d'assurer le transfert des informations.

3.4 Planification des soins

3.4.1 En anténatal

La maternité Jeanne de Flandres a créé mi-novembre 2013 une consultation d'orientation prénatale. Ce projet a été fait en partie suite à la recommandation de la HAS (25) sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes. Cette consultation (43) a trois objectifs : le premier est d'offrir un parcours de soin personnalisé. Le second est d'augmenter la collaboration ville-hôpital et de considérer la maternité comme un plateau technique. Le dernier est de permettre de dégager du temps de consultation afin de remettre en place les consultations du post-partum aux patientes qui le nécessitent.

Ce transfert de compétences pourrait permettre de libérer de la place pour assurer le suivi des grossesses découvertes tardivement. En effet, les participants ont soulevé que la planification du suivi anténatal à Jeanne de Flandres laissait peu de place à l'imprévu.

3.4.2 En postnatal

La consultation postnatale de la mère se déroule habituellement dans les 6-8 semaines après l'accouchement. Les médecins trouvaient ce délai trop tardif pour qu'un suivi adapté et efficace soit mis en place. De plus, assurer le suivi de la femme pendant la consultation pour l'enfant était difficile. La recommandation de la HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité (20) reconnaît que le délai est long. Une consultation dans le mois qui suit la naissance est recommandée.

La consultation du post-partum doit retrouver sa place dans le suivi de la femme, en réduisant les délais de la première consultation et en renforçant l'information.

3.5 Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs

3.5.1 Entre les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens

Pendant les entretiens, les avis sur les relations avec les praticiens étaient nuancés. Ce sentiment ne date pas d'aujourd'hui et n'est pas spécifique de la relation avec les gynéco-obstétriciens de Jeanne de Flandres. L'Académie Nationale de Médecine publiait un rapport en 2002 (26) dans lequel était décrit les missions du médecin généraliste et reconnaissait « *le malaise [...] lié au sentiment d'être méconnus, voire mésestimés.* »

Dans l'article de BERTRAND D. (13), le temps passé à joindre et à convaincre les spécialistes de prendre en charge les patients était perçu par les médecins généralistes comme un manque de considération. Notamment lorsque les patients passaient par les urgences, « *la gare de tri* ».

La hop'line a été mise en place afin de pallier aux difficultés à établir une communication avec leurs confrères hospitaliers du CHRU. Le numéro a été diffusé largement aux médecins généralistes il

y a peu de temps, en avril 2014, par courrier. Une réévaluation de son efficacité sera nécessaire pour l'améliorer.

Le chef de service et un autre praticien hospitalier ont souvent été cités comme des piliers de la communication. Ce constant était aussi fait dans l'article de BERTRAND D. (13) dans lequel les médecins généralistes plaçaient le « *chef de service au centre de la relation avec ses confrères libéraux* ».

Au vu du nombre important de médecins généralistes installés sur la métropole lilloise, il paraît difficile d'établir une relation singulière avec chacun. A long terme, avec des efforts fait en matière de coordination, les relations entre le CHRU et les médecins ambulatoires ne devraient que s'améliorer.

L'enseignement aux médecins généralistes par des spécialistes d'organe lors d'une formation médicale continue permet un contact. Néanmoins, si ce type de contact est utile à la transmission de savoirs spécifiques, son impact sur la coordination des soins est moins assuré.

En dehors du manque de coordination lorsqu'un enfant est hospitalisé, les participants ne parlaient pas des relations qu'ils entretenaient avec les pédiatres de la maternité. Les praticiens hospitaliers cités étaient des gynéco-obstétriciens. On peut se demander si cela est dû au fait qu'ils ne ressentent pas de besoin de contact avec les pédiatres ou si les relations sont bonnes.

3.5.2 Entre les médecins généralistes et les patientes

L'INPES a créé un guide de l'accompagnement à la parentalité destiné aux professionnels de santé (44). Que le médecin généraliste ait ou non suivi la grossesse, il a un rôle dans l'accompagnement de la parentalité et les actions d'éducation de la santé.

Selon la loi HPST (1), le médecin généraliste doit faire « *une synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.* » Les informations de sortie relèvent de l'éducation des patients. La continuité des soins est quant à elle une compétence et une mission du médecin généraliste (45) (46).

3.5.3 Entre les gynéco-obstétriciens et les patientes

Les patientes évoquaient que la relation avec les gynéco-obstétriciens était basée sur le côté technique de l'accouchement. Les gynéco-obstétriciens étaient conscients que la maternité était perçue comme un plateau technique.

Dans l'article de PITERMAN (46), le spécialiste est défini comme « *un expert sur une partie du corps [...] sur des maladies [...] ou pour des interventions.* » En faisant appel à un confrère spécialiste en gynéco-obstétrique, il est donc attendu un expert en périnatalité et en accouchement. (32)

Le médecin généraliste se place ainsi comme le coordinateur principal. La technicité peut concourir à une déshumanisation de la relation entre les spécialistes hospitaliers et les patients. L'essor du plateau technique ne va pas dans le sens d'une partie du plan périnatalité 2005-2007 (3) qui souhaitait plus d'« *humanité* ». Cependant, elle permet aux maternités de France de réduire leurs durées de séjours et de se rapprocher ainsi des chiffres des maternités Européennes.

En assurant aux patientes une bonne continuité des soins, celles-ci se sentiront moins délestées par la maternité.

3.6 Les aspects économiques de la sortie de maternité

L'aspect économique a été abordé dans les recommandations de sortie précoce de 2004 (7). Aucune étude n'a réellement comparé les coûts d'une prise en charge exclusivement hospitalière par rapport à une prise en charge extrahospitalière. Il ressortait que les patientes sorties précocement ont eu moins recours à des consultations que celles en sortie classique. Quelle que soit la durée de séjour, le coût des actes médicaux restait identique, les coûts hôteliers étaient quant à eux diminués pour les sorties précoces.

A l'étranger, deux études, celles de KEPLER (28) et de BROWN (29) ont étudié l'impact économique d'un suivi organisé dans un centre de suivi du post-partum. Globalement, les dépenses

étaient nettement plus importantes dans le groupe RPDA sans suivi organisé comparativement au groupe RPDA avec un suivi du post-partum planifié.

Dans la note de cadrage des sorties précoces publiée en mai 2012 (27), l'aspect économique était à nouveau abordé mais aucune conclusion n'avait pu être tirée car les avis différaient.

Les médecins généralistes n'ont pas abordé spontanément ou même après relance l'aspect économique à l'échelle de la population. Le paiement à l'acte pourrait conduire à focaliser les perspectives sur l'intérêt du patient client, en omettant l'aspect macro économique de santé publique.

4. CONCLUSION

Les médecins généralistes ont partagé leurs perceptions sur la coordination des soins mais aussi leurs attentes.

Des rencontres entre les professionnels libéraux et les praticiens hospitaliers, notamment des praticiens référents, permettraient de personnaliser la prise de contact. La hop'line a déjà contribué à ce changement.

L'utilisation d'une voie dématérialisée, comme le mail crypté, fluidifierait les échanges de données. Cette solution intermédiaire permettrait d'améliorer la coordination et la continuité des soins en attendant le développement du dossier médical partagé.

Les échanges d'informations sont principalement d'ordre biomédical. Cependant, certaines données psycho-sociales, que les médecins traitants possèdent, n'ont peu ou pas l'occasion d'être partagées aussi bien par écrit que par oral.

Par sa composition, le comité ville-hôpital est l'interlocuteur de choix dans le but de trouver des solutions aux problèmes de coordination des soins entre le CHRU de Lille et les praticiens ambulatoires.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. BACHELOT. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires - Loi HPST. juin, 2009.
2. Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français. Conclusions des États Généraux de la Naissance. nov 2003;32(7):599-605.
3. Ministère des affaires sociales et de la santé - Périnatalité. Plan périnatalité 2005-2007 Humanité proximité sécurité qualité. 2004 nov.
4. Ministère de la santé et des sports, Direction générale de la santé. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 rapport final (version longue). 2010 mai p. 140.
5. KRAWCZAK M, PUECH F. Commission Nationale de la Naissance - rapport juin 2008. 2008 juin.
6. INSERM U369. La santé périnatale en 2003-2003 Evaluation des pratiques médicales. 2004 avr p. 54.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES. Sortie précoce après l'accouchement - Recommandation pour la pratique. 2004 mai.
8. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DRESS. Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008 sept p. 6. Report No.: 660.
9. Assurance Maladie. Sortie PRADO - Champ de la Maternité - L'Assurance Maladie.
10. SAUCEDO M, DENEUX-THARAUX C, BOUVIER-COLLE M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2013;42(7):613-627.
11. AKRICH M, Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé INPES. Accoucher à domicile? Comparaison France/Pays-Bas. Report No.: 391.
12. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés - Recommandations pour la pratique clinique. 2014 mars.
13. BERTRAND D, FRANCOIS P, ROMANET P. Le point de vue des médecins généralistes sur l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. avr 1999;11(4):453-463.
14. CASALS C. Le carnet de maternité: un outil indispensable pour le suivi des grossesses. 2006.
15. PITERMAN L, KORITSAS S. Part II. General practitioner–specialist referral process. Intern Med J. 1 août 2005;35(8):491-496.
16. Service évaluation en établissement de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. 2001 nov.

17. Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.
18. INSERM U953 BB, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DRESS, Direction générale de la santé. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai.
19. GAYRARD P, HARZO Christian. Médecine ambulatoire, Médecine hospitalière, Quels liens construire? Rhône Alpes: Union Régionale des Médecins Libéraux; 2008 sept.
20. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005 nov.
21. Section généraliste de l'union URML Auvergne. La visite à domicile en médecine générale. 2002.
22. CORTEY A. Ictère du nouveau-né: le retour de l'ictère nucléaire. Arch Pédiatrie. sept 2012;19(9):897-899.
23. GRONDIN C. Evaluation des besoins de formation du médecin généraliste pour prendre en charge les nouveau-nés en sortie précoce de maternité, au sens de la HAS. [Lille]; 2013.
24. STRACZEK H, VIEUX R, HUBERT C, MITON A, HASCOET J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Arch Pédiatrie. juin 2008;15(6):1076-1082.
25. Haute Autorité de Santé. Suivi des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007 mai.
26. Académie nationale de médecine, Ambroise-Thomas P. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes. 2002 juin p. 1103-1109. Report No.: 6.
27. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage - Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile. 2012 mai.
28. KEPPLER A, ROUDEBUSH J. Postpartum follow-up care in hospital-based clinic : an up date on an expanded program. 1999;13:1-14.
29. BROWN S, JOHNSON B. Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot project. 1998;(27):33-38.
30. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé INPES, COSTA-PRADES Bernadette. Le guide de l'allaitement maternel - Brochure. 2009.
31. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002 mai.
32. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé INPES. L'allaitement maternel. 2010.
33. SALANAVE B. Taux allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France 2012.
34. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement en Rhône-Alpes en 2004-2006. 2008.

35. DUSSERRE L. La sécurité des échanges électroniques d'informations médicales nominatives entre médecins. Conseil national de l'Ordre des Médecins; 2001 avr.
36. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle - Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2008 oct.
37. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DRESS. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. 2007 nov p. 1-8. Report No.: 610.
38. FAYOLLE E. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. juin 2013;24(107):114-120.
39. GAMBIEZ-JOUMARD A, VALLEE J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Exercer. 2011;(98):122-128.
40. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DRESS. La durée des séances des médecins généralistes. 2006 avr p. 1-8. Report No.: 481.
41. PARETS S. Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie étude prospective à partir d'une maternité du type III. [Université Paris XI Paris Sud]; 2010.
42. VERT P, ARTHUIS Michel. La première semaine de vie Rapport 05-07. Académie Nationale de médecine; 2005 mai p. 1031-1039. Report No.: 5.
43. DEBARGE V, SUBTIL D. Projet de consultation d'orientation à Jeanne de Flandres. 2013.
44. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé INPES. Grossesse et accueil de l'enfant - Guide pour le professionnel de santé - Comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité? 2010.
45. COMPAGNON L, BAIL P. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2013;(108):148-155.
46. PITERMAN L, KORITSAS S. Part I. General practitioner–specialist relationship. Intern Med J. 1 juill 2005;35(7):430-434.

6. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien des médecins généralistes

Pouvez-vous me raconter comment s'est passé votre dernière consultation avec une patiente qui sortait de la maternité Jeanne de Flandres.

Il existe différents types de sortie de maternité, qu'en pensez-vous ? Quel est votre ressenti ?

- La sortie classique
- Le PRADO Bénéfices attendus
- Le cas du RPDA Bénéfice attendus (patiente – société)
- Place de l'HAD
- La place des maisons de naissances

Que pensez-vous de l'organisation du séjour ?

- Durée
- Encadrement
- Allaitement

*Quel est votre ressenti sur l'organisation de la planification de soins en anténatal et en postnatal?
Quelle est votre place ?*

- Planification prénatale (consultations-RDV-imprévu)
- Discussion type de sortie de maternité
- Planification postnatale

Que pensez-vous du Carnet de maternité ?

- Accès pour MG et GO – Contenu - Intérêt pour la patiente d'y avoir accès

Quelle place avez-vous en tant que MG dans la continuité des soins ?

- Investi dans le post-partum et suivi NN
- Modifications des pratiques avec expérience
- Adaptée et suffisant ?
- Percevez-vous un manque de formation pour assurer la continuité des soins ?
- Que pensez vous que les GO-PED attendent de vous à la sortie de maternité ?

Pour vous, quelle place occupe les gynéco-obstétricien et pédiatre dans la continuité des soins en sortie de maternité ?

Pour vous, quelle place prend les SF libérales dans les soins en sortie de maternité ? Notamment avec la RPDA ?

Quelle est la place de la PMI dans le suivi de l'enfant ?

Que pensez-vous du Carnet de santé enfant ?

- Contenu - Info des parents sur son importance dans le suivi

Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec la maternité ?

- Courrier de sortie
- Carnet d'adresse avec la maternité
- Offre formation continue, réunions, journées porte ouverte
- Moyen de communication en cas de soucis – difficultés
- Recours à la PASS (permanence d'accès aux soins de santé)
- Place du réseau OMBREL (Pour les patientes - Pour carnet d'adresse – Pour la formation)

Que pensez-vous du Courrier de sortie ?

- Contenu - Délai de réception - Mise en page format - Utilisation FAX, APICRYPT

Que pensez-vous des ordonnances fournies à la patiente à la sortie de maternité ? Des infos de sortie ?

- Quel type (contraception, kiné, vaccin) ?
- Rôle du médecin traitant si ordonnance faite ; Impact sur le suivi ultérieur des patientes

Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec les patientes ? Confiance sur le suivi de l'enfant, suivi du post-partum ?

Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec les SF libérales ? Les connaissez-vous ?

Est-ce que le coût des soins intervient dans la décision de sortie ?

- D'un point de vu économique, quel est le bénéfice d'une sortie précoce pour la société ?

Quelles sont vos attentes, vos perspectives d'amélioration de la planification et de la communication ?

Annexe 2 : Charte de la Communauté Périnatale

POLE FEMME MERE NOUVEAU NE

Clinique d'Obstétrique

Hôpital Jeanne de Flandre

Charte de la communauté périnatale Jeanne de Flandre

La Communauté Périnatale Jeanne de Flandre a pour objectif d'aboutir à une prise en charge des femmes enceintes globale et continue entre la maternité Jeanne de Flandre et les professionnels de santé de ville

Elle a pour objectif :

- 1. D'offrir le suivi de grossesse le mieux adapté au niveau de risque de chaque patiente*
- 2. après l'accouchement, d'assurer le plus souvent possible un retour précoce à domicile, en lien avec les mêmes acteurs*

Les membres de la Communauté Périnatale s'engagent à :

- 3. organiser et maintenir une meilleure coordination entre les différents partenaires : médecins généralistes, sages femmes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou de PMI*
- 4. élaborer et respecter des protocoles de soins pour les grossesses normales et pathologiques*
- 5. développer l'échange d'informations grâce à l'utilisation du dossier obstétrical partagé*
- 6. développer des formations relatives au suivi des grossesses*
- 7. avoir une base commune de documentation à destination des femmes enceintes*
- 8. évaluer le respect de nos engagements respectifs de manière régulière*

DAUSSY Anne-Sophie

Jeudi 26 juin 2014 à 18H

**Identifier chez les médecins généralistes
les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins
à la sortie de la maternité Jeanne de Flandres.**

Thèse - Médecine - Lille 2014

Spécialité : Médecine Générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Coordination des soins, continuité des soins, relations, communication, sortie de maternité, perception, représentation, médecine générale

Contexte : La coopération ville-hôpital est abordée dans la loi HPST. Elle renforce la place centrale du médecin généraliste en tant que coordinateur des soins. Le comité ville-hôpital du CHRU de Lille a constaté des manques de transferts d'informations et de suivis conjoints des patients dans différents services, notamment celui de la maternité Jeanne de Flandres.

Méthode : Cette étude phénoménologique a permis l'identification, chez les médecins généralistes, des représentations et des perspectives d'amélioration de la prise en charge du post-partum après la sortie de la maternité Jeanne de Flandres. Un recrutement raisonné puis par effet boule de neige a permis de sélectionner les participants. Une analyse en théorisation ancrée a été menée sur les verbatim, avec le logiciel NVIVO.

Résultats : Les médecins généralistes étaient satisfaits de la prise en charge de leurs patientes par la maternité. Cependant, ils percevaient que la médicalisation de l'accouchement influait sur les relations entre les parturientes et les gynéco-obstétriciens. Leur place dans le suivi du post-partum était pour eux légitime. La mère consultait presque exclusivement pour son enfant et négligeait son propre suivi. D'autant plus que le délai préconisé pour la consultation du post-partum était jugé tardif. Le suivi conjoint du couple mère-enfant dans une même consultation était difficile. Le programme de retour précoce à domicile après l'accouchement était peu connu des médecins généralistes, les sages-femmes étant les professionnels ambulatoires relais. Concernant le contact avec les praticiens, il était plus facile une fois qu'ils s'étaient rencontrés. Cependant, ils regrettaient le manque de considération porté sur le travail fait en ville. La prise de contact avec les praticiens était compliquée, entraînant de ce fait peu d'échanges d'informations en direct. Le partage des données via le carnet de maternité ou le courrier de sortie n'était pas efficace. Enfin, les participants connaissaient peu les aspects économiques de la sortie de maternité.

Conclusion : Globalement les médecins généralistes percevaient de façon positive les échanges avec Jeanne de Flandres. Les pistes d'amélioration sont d'ordre organisationnel sur la place du médecin généraliste en périnatalité. Elles portent aussi sur l'image de la médecine générale qu'ils trouvaient dévalorisée.

Composition du Jury :

Président : Professeur GLANTENET Raymond

Assesseurs : Professeur MARTINOT Alain, Professeur SUBTIL Damien

Directeur de Thèse : Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand