



**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 gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la  
maternité Jeanne de Flandre  
les représentations et les perspectives d'amélioration  
de la coordination des soins en périnatalité

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2014 à 18H  
au Pôle Formation Henri WAREMBOURG  
**Par Camille GONCE**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur SUBTIL Damien**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur STORME Laurent**

**Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand**

---



**TABLE DES MATIERES**

<b>1. CONTEXTE</b> .....	6
<b>2. ARTICLE</b> .....	12
<b>2.1 INTRODUCTION</b> .....	12
<b>2.2 MATERIEL ET METHODE</b> .....	13
2.2.1 Population .....	13
2.2.2 Recueil des données .....	13
2.2.3 Analyse des données .....	13
<b>2.3 RESULTATS</b> .....	14
2.3.1 Les perceptions sur le séjour à la maternité Jeanne de Flandres .....	14
2.3.1.1 L'organisation de séjour .....	14
2.3.1.2 La politique du CHR .....	15
2.3.1.3 Les types de sorties de maternité.....	15
2.3.1.3.1 La sortie classique.....	15
2.3.1.3.2 La sortie précoce .....	15
2.3.1.3.3 La sortie PRADO .....	17
2.3.2 Les perceptions sur la continuité des soins.....	18
2.3.2.1 Les moyens de communication .....	18
2.3.2.1.1 Le courrier de sortie.....	18
2.3.2.1.2 Les ordonnances de sortie .....	18
2.3.2.1.3 L'appel du médecin traitant.....	18
2.3.2.1.4 Le carnet de maternité.....	19
2.3.2.2 La continuité des soins en périnatalité .....	19
2.3.2.2.1 Les soins délivrés par les médecins généralistes .....	20
2.3.2.2.2 Les soins délivrés par les sages-femmes libérales .....	20
2.3.2.2.3 Place du réseau OMBREL.....	20
2.3.3 La planification des soins.....	21
2.3.3.1 En anténatal.....	21
2.3.3.2 En postnatal.....	21
2.3.4 Les relations entre les différents acteurs .....	22
2.3.4.1 Entre les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres de la maternité.....	22
2.3.4.2 Entre Jeanne de Flandre et les médecins généralistes .....	22
2.3.4.3 Entre Jeanne de Flandre et les patientes.....	23
2.3.4.4 Entre Jeanne de Flandre et les sages-femmes libérales .....	23

2.3.4.5	Entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales .....	23
2.3.5	Les aspects économiques de la sortie de maternité .....	23
2.3.6	Les perspectives d'amélioration proposées .....	24
2.4	<b>DISCUSSION</b> .....	26
2.4.1	METHODE .....	26
2.4.2	RESULTATS .....	26
2.4.2.1	Le ressenti sur l'organisation de séjour .....	26
2.4.2.2	Le ressenti de la politique du CHR .....	28
2.4.2.3	Le ressenti sur les différents types de sorties.....	28
2.4.2.3.1	Le ressenti des sorties classiques .....	28
2.4.2.3.2	Le ressenti des Retours Précoces A Domicile .....	29
2.4.2.3.3	Le ressenti sur les sorties PRADO.....	31
2.4.2.3.4	Le ressenti sur la protection maternelle et infantile .....	33
2.4.2.4	Les moyens de communication .....	34
2.4.2.4.1	Le courrier de sortie.....	34
2.4.2.4.2	Les ordonnances de sortie .....	34
2.4.2.4.3	L'appel du médecin traitant.....	35
2.4.2.5	La continuité des soins dans le post-partum selon les gynécologues- obstétriciens et les pédiatres.....	36
2.4.2.5.1	La continuité des soins assurée par la maternité .....	36
2.4.2.5.2	La continuité des soins assurée par les médecins généralistes.....	37
2.4.2.5.3	La continuité des soins assurée par les sages-femmes libérales.....	37
2.4.2.6	La planification des soins .....	38
2.4.2.6.1	En anténatal .....	38
2.4.2.6.2	En postnatal .....	38
2.4.2.7	Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs .....	39
2.4.2.7.1	Entre les gynéco-obstétriciens et les pédiatres.....	39
2.4.2.7.2	Entre Jeanne de Flandre et les patientes .....	39
2.4.2.7.3	Entre les médecins généralistes et sages-femmes libérales.....	40
2.4.2.8	Les aspects économiques de la sortie de maternité .....	41
3.	<b>CONCLUSION</b> .....	42
4.	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	43
5.	<b>ANNEXE</b> .....	46

## **1. CONTEXTE**

En 2005, le lancement du plan périnatalité nommé « Humanité, proximité, sécurité, qualité » avait pour objectifs de mieux répondre aux attentes des usagers de maternités et de permettre à chacun un égal accès à des soins adaptés (1).

Ce plan a entre autres, comme buts de réduire la mortalité périnatale et maternelle et de développer l'offre de proximité par la création de réseaux de santé (ville/PMI/hôpital) en périnatalité, afin d'améliorer la coordination inter-hospitalière, entre les différents professionnels de santé (2). La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), votée en 2009, comprend quatre chapitres et propose une modernisation globale du système de santé français.

Le premier concerne la modernisation des établissements de santé. Elle réforme la gouvernance hospitalière avec un renforcement des actions de coopération entre établissements de santé grâce à la création de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et de Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens (GCSM) (3). Le second entend améliorer l'accès aux soins de ville, avec une amélioration de la coordination ville-hôpital. Le troisième vise à renforcer la politique de prévention et de santé publique. Enfin, le dernier point modifie l'organisation territoriale du système de soins avec la création des agences régionales de santé (ARS).

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, il existe une meilleure organisation de la périnatalité. En effet, 98% des maternités sont membres d'un réseau de santé contre 92% en 2003 (4). Une étude sur la satisfaction des femmes par rapport à leur suivi ante et postnatal a été réalisée en 2008. 95% des femmes

sont satisfaites du suivi de la grossesse et du déroulement de l'accouchement. Néanmoins, 15 à 35% des femmes regrettent un manque de conseil et d'information sur la préparation à la sortie de maternité (1).

De plus en 2011, la cour des comptes (4) met en évidence, des résultats décevants en matière de morbi-mortalité infantile. Elle stagne en France, alors qu'elle poursuit sa baisse dans d'autres pays européens. La France est passée du 7<sup>ème</sup> rang européen en 1999, au 20<sup>ème</sup> sur 30 pays en 2009 sans cause clairement identifiée. Dès les années 2000, la fréquence de la mortalité maternelle reste globalement stable avec 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes (5) (6).

Ce rapport met en évidence le fait que, « *dans le contexte d'une diminution des durées de séjour, un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est crucial. Or, l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante, notamment en raison du manque d'articulation entre les différentes modalités de prise en charge du post-partum* » (7).

La contribution des différents professionnels dans le suivi de grossesse s'est diversifiée avec un rôle plus grand des généralistes et surtout des sages-femmes salariées ou libérales (2). L'efficacité des soins dépend entre autres de la bonne coordination ville-hôpital et son amélioration apparaît indispensable, d'autant plus qu'une tendance à la diminution du durée de séjour est observée en France (8). Face à ces constats, l'Assurance Maladie a développé en 2013 au niveau national, le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO). Il a été créé pour mieux accompagner le retour à domicile en sortie de maternité des mères. L'Assurance Maladie s'engage à développer une gamme de services de santé

favorisant la qualité et la coordination des soins. Elle répond ainsi à un besoin de personnalisation des services exprimé par ses usagers (9).

Le PRADO consiste en une rencontre à la maternité de la mère et d'une conseillère de l'Assurance Maladie afin de lui proposer la visite à deux reprises d'une sage-femme libérale dès son retour à domicile. La patiente est informée lors de son 8<sup>ème</sup> mois de grossesse. La décision de sortie reste médicale (9).

Les sorties physiologiques au-delà de J3 sont concernées. Les patientes ciblées sont les femmes de plus de 18 ans, sans comorbidités associées avec un accouchement réalisé par voie basse sans complications. L'enfant de naissance unique doit avoir un poids en rapport avec l'âge gestationnel et ne doit pas nécessiter d'hospitalisation ni de régime alimentaire particulier (7).

Les objectifs à long terme sont d'améliorer le taux de satisfaction des femmes (7), d'uniformiser les prises en charge sur les territoires et de raccourcir les séjours à la maternité. Il a aussi pour but d'éviter l'hospitalisation à domicile, dispositif coûteux pour l'assurance maladie et normalement réservé aux cas pathologiques.

Un programme de retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) s'est développé. Il est majoritairement pratiqué dans les maternités de niveau élevé ou de grande taille (10). Avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 4,3 jours, la France se situe en 23<sup>ème</sup> position sur les 25 pays de l'OCDE avec une DMS à 3,2 jours (11).

Cette tendance peut s'expliquer comme étant le résultat de différents facteurs (12) :

- démographique par la fermeture et la fusion de maternités, entraînant une concentration des accouchements dans les établissements publics de très grande taille de type 2 ou 3 (8), par l'augmentation des naissances et par la pénurie des professionnels de la périnatalité,
- économique par la rotation des lits en maternité, en augmentant sa capacité et sa rentabilité par l'influence de la tarification à l'activité (T2A) (7),
- sociétal par le souhait des patientes trouvant leur séjour en maternité trop long (1).

Les durées de séjour standard ont été définies par accord d'experts comme étant des durées d'hospitalisation en maternité de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne (13).

L'ANAES a publié en 2004 une synthèse des recommandations pour la pratique du RPDA. Elle définit la sortie précoce comme étant une sortie entre J0 et J2 inclus pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 pour une césarienne, J0 étant le jour de l'accouchement (12).

Le RPDA s'intègre dans un protocole de suivi à domicile, et peut être remis en cause à tout instant pour des motifs médicaux ou psychosociaux (12). Il doit être anticipé et les parents doivent recevoir des informations adaptées pendant la période anténatale, en complément des séances de préparation à la naissance et à la

parentalité. Le consentement éclairé des parents doit être recueilli, nécessitant une information orale et à l'aide d'un support écrit (14).

Ce programme s'adresse exclusivement aux femmes multipares, avec une grossesse physiologique sans pathologie associée, un accouchement par voie basse à terme, d'un enfant unique pesant plus de 2 500 grammes, sans risque infectieux ni hémorragique et souhaitant rentrer rapidement chez elle (15).

Trois conditions de base doivent être respectées (12):

- L'état de santé de la mère et de l'enfant doivent être satisfaisants, tant sur le plan physique que psycho-social. Les critères sont définis par l'ANAES.
- La mère doit posséder une compétence et une autonomie suffisante pour l'allaitement, le soin du nouveau-né et le repérage des signes d'alerte pour elle ou le bébé.
- Le suivi doit être assuré à domicile, par des professionnels de santé compétents afin de garantir la sécurité du couple mère-enfant. La qualité du relais hôpital-ville est fondamentale pour une sortie précoce réussie. Des conventions entre l'hôpital et l'équipe de suivi à domicile sont mises en place. Deux visites sont systématiques, la 1<sup>ère</sup> réalisée dans les 24 heures après la sortie de maternité doit être fixée avant la sortie (13).

La maternité Jeanne de Flandre de niveau 3 a été construite en 1996, pour permettre 4 200 naissances par an. En 2013, 5 598 enfants y sont nés.

Débutée en octobre 2012, les sorties précoces RPDA représentent 11 % des sorties totales sur l'année 2013.

Des manques de transfert d'informations et de suivi conjoint du patient ont été constatés. Afin d'améliorer la coordination des soins entre le CHR-U de Lille et les professionnels de santé en ambulatoire, un projet de recherche nommé Vill-Hop&Co a été créé, lors d'une table ronde entre médecins généralistes et médecins hospitaliers.

Cette étude s'intégrant au projet Vill-Hop&Co a pour buts d'identifier les perceptions et les perspectives d'amélioration en termes de coordination de soins chez les différents professionnels de santé concernés (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes libérales) et les patientes.

L'objectif de la recherche était de recueillir les perceptions et des perspectives d'amélioration sur la coordination des soins en périnatalité des praticiens de la maternité Jeanne de Flandre.

La saturation des données témoignait de l'exhaustivité attendue et était obtenue par interview de l'ensemble de la population. Une analyse inductive des données a été menée selon les trois étapes de la théorisation ancrée :

- L'analyse interprétative conduisant au codage des verbatim. La validité interne est garantie par un double codage de deux chercheurs et dont la concordance était de 94 %.
- L'organisation des codes en catégories permettant de faire émerger des thèmes.
- La modélisation qui permet l'élaboration d'une théorie.

## **2. ARTICLE**

### **2.1 INTRODUCTION**

La coordination des soins est proposée dans le plan périnatalité afin d'améliorer l'offre de soins de proximité. Cette amélioration de l'offre de proximité est l'un des axes de la loi Hôpital Patients Santé Territoires qui précise entre autres les missions du médecin généraliste en particulier dans la coordination des soins et l'organisation de l'offre de soins de premier recours. La gestation est une situation exemplaire de la coordination des soins et les évolutions vers un raccourcissement de la durée d'hospitalisation soulignent l'importance de cette coordination. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille s'est engagé dans une démarche d'amélioration et de développement de la coordination des soins en créant en 2012 un comité ville hôpital réunissant des représentants de médecins généralistes et de praticiens hospitaliers. Dans le cadre de ce comité un travail autour de la maternité a été mené afin de déterminer les axes d'amélioration de la coordination des soins dont la perception chez les obstétriciens et les pédiatres de néonatalogie est mal connue.

## **2.2 MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **2.2.1 Population**

La population cible était celle des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres spécifiquement impliqués dans la prise en charge des accouchements, du suivi anténatal et du post-partum au sein du CHRU de Lille.

Une étude inductive a été menée avec recueil du discours par entretiens et analyse herméneutique du contenu.

### **2.2.2 Recueil des données**

Le recueil s'est fait par un focus group complété d'un entretien individuel afin d'interroger l'ensemble des professionnels concernés. Le focus group a été animé par le coordinateur du projet, l'investigateur étant en observation des échanges non verbaux et des interactions. L'entretien individuel semi-dirigé a été réalisé par l'investigateur du projet de recherche. Un guide d'entretien a été utilisé pour le focus group et l'entretien individuel (*cf.* Annexe 1). Les discours de chaque participant ont été rendus anonymes et retranscrits intégralement selon les modalités habituelles.

### **2.2.3 Analyse des données**

L'analyse inductive a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo 10 en triangulation par codage croisé de deux chercheurs selon la méthode de la théorisation ancrée en 3 étapes, codage ouvert, catégorisation et modélisation. La concordance des codages a été systématiquement recherchée. Le taux de concordance s'élevait à 94%.

## **2.3 RESULTATS**

Les données ont été recueillies de mai à septembre 2013, par un focus group de dix participants, qui a complété d'un entretien semi-dirigé.

### **2.3.1 Les perceptions sur le séjour à la maternité Jeanne de Flandre**

#### **2.3.1.1 L'organisation de séjour**

Les participants évoquaient une disparité des avis sur le séjour par les patientes. Ils ressentaient la maternité Jeanne de Flandre comme un plateau technique sécurisant pour les patientes, mais qui déshumanisait leur métier.

Ils constataient une diminution de la durée de séjour et une augmentation de l'activité « *Ca ne va pas en s'arrangeant, on est passé de 4200 naissances, il y a 15 ans ... à 5300 ou 5500* ». Les praticiens hospitaliers ressentaient une diminution des soins et de l'encadrement donnés aux patientes. Ils trouvaient que les patientes le ressentaient.

Des difficultés de coordination intra-hospitalière étaient regrettées « *on a des gros problèmes de perte d'information qui amènent régulièrement à des malentendus* ».

La maternité voulait obtenir le label Hôpital Ami des Bébés et le personnel avait suivi des formations spécifiques. Les participants estimaient encourager l'allaitement maternel. Ils pensaient que cela pouvait culpabiliser les patientes et être ressentie comme une pression de leur part.

### 2.3.1.2 La politique du CHR

La politique d'économie du CHR et l'absence de secrétariat étaient regrettés « *Je ne suis pas bien dans la politique, je ne me reconnais pas, je ne reconnais pas mes principes ni mes convictions dans les politiques que l'on nous demande de mener* ».

### 2.3.1.3 Les types de sorties de maternité

#### 2.3.1.3.1 La sortie classique

Les participants pensaient que la sortie classique de maternité (entre J3 et J5) était une habitude ancrée chez les patientes. Les inconvénients ressentis étaient l'absence de relai lors du retour à la maison et une prise en charge non personnalisée.

#### 2.3.1.3.2 La sortie précoce RPDA

Sa création était ressentie comme une obligation, par l'augmentation de l'activité, la pression économique, la diminution de la cotation des actes par la sécurité sociale et par l'alternative qu'elle représentait face au PRADO « *c'est pour minimiser les pressions économiques et pour ne pas accepter le PRADO qu'on a mis en place notre système* ».

Pour sa mise en place, un relatif isolement était regretté « *le réseau des sages-femmes, c'est nous qui l'avons mis en place, les conventions, les cahiers des charges* ». Des réunions de présentation du projet ont été effectuées auprès des acteurs libéraux. Le faible nombre de médecins généralistes présents était regretté, mais une adhésion des professionnels présents était ressentie.

Un réseau de professionnels a été créé. Il était composé en totalité par des sages-femmes libérales. Les participants regrettaient l'absence d'intégration des

médecins généralistes. Des réunions régulières avaient eues lieu afin de formaliser la prise en charge à domicile.

Les participants ne géraient pas ces sorties. Les sages-femmes du service organisaient le retour à domicile avec leur collègue libérale adhérente au réseau « *Y'a le contact téléphonique entre la sage-femme libérale et la sage-femme des étages* ».

Les avantages perçus étaient le rapprochement familial, la diminution du nombre de sortie contre avis-médical et l'augmentation du nombre de places disponibles qui permettait de gérer les pics d'activité. Cela permettait d'avoir un séjour plus personnalisé pour les patientes demandeuses. La sécurité était assurée par un suivi à domicile à J3 et J5. La garantie du respect du choix de la patiente était importante.

Les participants déploraient la majoration de la quantité de travail sans augmentation du personnel, le manque de coordination intra-hospitalière et la multiplicité des intervenants extérieurs.

Pour les gynécologues-obstétriciens, une moindre implication dans le suivi de la patiente était regrettée: « *du coup, notre travail est un peu moins intéressant quand même* », « *Une dame qui accouche le vendredi, elle sort le dimanche, on ne la voit pas quasiment* ».

Pour les pédiatres, l'absence de surveillance hospitalière de l'ictère, d'examen à J3 et de test de Guthrie étaient des sources d'inquiétude.

L'organisation actuelle était ressentie comme adaptée, avec une évaluation clinique codifiée à l'extérieur « *et puis maintenant, on a l'impression que la chose est*

*lancée. Donc que c'est mieux huilé, donc on est au cœur du sujet quoi ». Quelques difficultés étaient perçues « C'est-à-dire ce n'est pas pour la sortie de la mère ou la sortie de l'enfant mais c'est pour la sortie des deux. C'est-à-dire qu'il faut que les deux soient prêts à sortir ».*

Les participants exprimaient une profonde modification des habitudes du service « *Moi je me permets d'insister sur la révolution culturelle du personnel de maternité* ». Ils évoquaient une modification du travail des auxiliaires de puéricultures liée à l'autonomisation des patientes. Une plus grande flexibilité du service ressortait « *déjà faire les sorties l'après-midi, ça a été une révolution, il a fallu d'ailleurs modifier les horaires de personnels* ».

Une information anténatale était perçue comme utile avec un choix plus fréquent de ce type de sortie par les patientes. Ils exprimaient l'importance d'une décision médicale de sortie adaptée à chaque couple mère-enfant.

#### 2.3.1.3.3 La sortie PRADO

Le PRADO était perçu comme organisé et décidé par la sécurité sociale sans concertation avec l'équipe de soin hospitalière. Les participants refusaient dans son ensemble cette proposition. Ils évoquaient leurs préoccupations quant à l'absence d'évaluation médicale à la sortie et l'absence de cahier des charges pour les sages-femmes libérales lors du retour à domicile.

*« C'est un type de la sécu qui est installé en maternité dans un bureau qui va voir les femmes directement. Il ne souhaite pas que ça passe par nous. Donc ça passe par un mec qui va aller dans la chambre et qui va dire à la femme vous habitez où ? Je vous envoie quelqu'un ».*

## **2.3.2 Les perceptions sur la continuité des soins**

### 2.3.2.1 Les moyens de communication

#### 2.3.2.1.1 Le courrier de sortie

En sortie classique, les participants regrettaient son délai de réception tardif. Un courrier manuscrit était alors donné à la mère mais ils déploraient son contenu jugé trop standardisé et non personnalisé.

En sortie précoce, il était destiné à la sage-femme libérale, à la patiente et au médecin traitant. Son contenu était jugé adapté avec les modalités de l'accouchement et la nécessité d'un examen médical au 8ème jour.

Pour l'enfant, les informations étaient inscrites dans le carnet de santé. En cas de problème, une notification dans le courrier de sortie de la mère était ajoutée, afin d'informer le médecin traitant.

#### 2.3.2.1.2 Les ordonnances de sortie

Les prescriptions étaient réalisées à la maternité pour limiter tout retard thérapeutique mais aussi dans une optique d'économie afin d'éviter une consultation médicale supplémentaire jugée inutile. Ils regrettaient qu'elles soient préparées à l'avance et non personnalisées.

En cas de sortie précoce, les ordonnances de contraception n'étaient pas réalisées « *pour les sorties RPDA, on ne fait pas la contraception* ».

#### 2.3.2.1.3 L'appel du médecin traitant

Les participants exprimaient un manque de temps pour appeler chaque médecin traitant. Cet outil de communication était utilisé en cas de problèmes

spécifiques, d'ordres médical ou psycho-social particulier, en cas de difficulté évidente par la patiente.

#### 2.3.2.1.4 Le carnet de maternité

Les participants le trouvaient satisfaisant sur le fond, mais non utilisé en postnatal.

#### 2.3.2.2 La continuité des soins en périnatalité

En anténatal, les gynécologues-obstétriciens déploraient la sectorisation des soins qui retentissait sur le suivi des patientes « *alors après je mendie un coup à X, un coup à Y, ..., un coup je vais pleurer à la sage-femme, j'arrive bon en mallant à en filer une ou deux* ».

Le suivi était alors géré par les médecins généralistes « *Je travaille beaucoup en coordination avec le médecin traitant. C'est quand même important* ». La connaissance des patientes par leurs confrères libéraux permettait une bonne continuité des soins « *J'appelais souvent le médecin traitant [...] parce qu'ils connaissent bien la personne quand même, on se mettait d'accord* ».

Lors des sorties classiques avec un accouchement sans problème, il n'y avait pas de suivi particulier par Jeanne de Flandre.

En cas de sortie précoce, les praticiens hospitaliers se plaçaient comme le premier recours avec un numéro d'urgence, assurant une continuité des soins 24h/24 par une équipe de garde.

Les participants se trouvaient disponibles « *Je pense que les médecins généralistes n'hésitent pas à nous les renvoyer quand ils sont en difficultés. Ça c'est bien* ».

#### 2.3.2.2.1 Les soins délivrés par les médecins généralistes

Pour le post-partum, le médecin traitant apparaissait comme « le garant de la continuité des soins » et l'interlocuteur rassurant et encourageant vis-à-vis des patientes « *moi je pense que le médecin, il garde son rôle rassurant pour dire, c'est difficile mais le bébé par ailleurs va bien* ».

Pour l'allaitement maternel, les participants ressentaient un désintérêt et un manque de formation de leurs parts. Des consultations lactation ont ainsi été créées afin de les aider. En cas de complications, ils étaient satisfaits de leurs prises en charge.

#### 2.3.2.2.2 Les soins délivrés par les sages-femmes libérales

En cas de sortie précoce, les participants étaient satisfaits de la coordination. Des changements dans la pratique de travail des sages-femmes libérales étaient jugés indispensables. Ils attachaient une importance à la permanence des soins (création d'un planning de garde) et à la surveillance de l'ictère nécessitant l'achat d'un bilirubinomètre. Elles devaient également réaliser le test de Guthrie et prescrire la contraception. Tous les actes réalisés devaient être retranscrits et renvoyer à la maternité « *les dames sortent avec une feuille que la sage-femme libérale va remplir et va nous renvoyer* ».

Les participants reconnaissaient le bénéfice d'une relation privilégiée entre les sages-femmes et la maternité.

#### 2.3.2.2.3 Place du réseau OMBREL

Le réseau OMBREL était développé pour les professionnels de santé. Il permettait d'avoir un carnet d'adresse et de participer à des réunions. Les

participants regrettaient un manque pour la prise en charge coordonnée des patientes « *Vous parlez un peu des réseaux avec vos patientes ? Non pas du tout, OMBREL n'est pas le réseau le plus développé, ça sert surtout de carnet d'adresse* ».

### **2.3.3 La planification des soins**

#### **2.3.3.1 En anténatal**

Les participants pensaient que les patientes étaient principalement suivies par leur médecin traitant.

Pour la gestion des imprévus, ils reconnaissaient être difficiles à joindre.

#### **2.3.3.2 En postnatal**

Pour les gynécologues-obstétriciens, la planification des soins postnatale semblait plutôt facile. Les compétences du médecin généraliste leur semblaient adaptées.

Leurs avis étaient partagés sur l'intérêt d'une consultation systématique en sortie d'hospitalisation.

Pour les pédiatres, l'examen médical du 8<sup>ème</sup> jour de vie de l'enfant restait une priorité. Ils regrettaient la méconnaissance par les parents de consultations spécifiques « sorties précoces » chez les pédiatres libéraux.

### **2.3.4 Les relations entre les différents acteurs**

#### **2.3.4.1 Entre les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres de la maternité**

Les participants déclaraient avoir des difficultés de coordination intra-hospitalière « *On a toujours depuis le début eu comme difficulté la coordination entre pédiatres et obstétriciens* ».

Ils l'expliquaient par le manque de temps du à la surcharge de travail. Ils essayaient de s'améliorer par une meilleure communication.

#### **2.3.4.2 Entre Jeanne de Flandre et les médecins généralistes**

Les praticiens hospitaliers jugeaient leur coordination satisfaisante mais regrettaient un manque de communication « de toute façon, on ne peut que s'améliorer dans la transmission, dans la collaboration, la connaissance des uns et des autres ». En cas d'appel téléphonique, ils ressentaient une difficulté à les joindre avec l'appréhension de les déranger lors d'une consultation.

Les participants regrettaient le manque de connaissance et de relation avec les médecins généralistes « *Le médecin, c'est vrai, faudrait qu'on s'améliore* ». Ce manque de contact entraînait des réticences « *J'ai un peu de mal à lâcher sur la ville* ».

Ils souhaitaient les rencontrer davantage, même si l'organisation semblait difficile au vu du nombre de médecins généralistes. Ils attendaient leurs sollicitations pour organiser ces réunions.

Les participants regrettaient la faible participation des médecins généralistes aux différentes formations mises en place (réunions d'information, diplômes inter universitaires et journées pratiques à la maternité).

### 2.3.4.3 Entre Jeanne de Flandre et les patientes

Les participants jugeaient leur relation comme non paternaliste, avec une place centrale de la patiente dans sa prise en charge.

Ils avaient l'impression que les informations de sorties délivrées étaient comprises par les patientes. Même si le temps auprès de la patiente diminuait, ils insistaient sur la consultation chez le médecin généraliste dans la semaine mais également en cas de problème intercurrent. Ils les informaient sur les différents suivis possibles en ville.

### 2.3.4.4 Entre Jeanne de Flandre et les sages-femmes libérales

Leur relation apparaissait privilégiée, par leur connaissance au cours de leur cursus et par leur nombre restreint. Ceci permettait une bonne collaboration ville-hôpital.

Pour l'organisation de réunions, la logistique était jugée plus simple qu'avec les médecins généralistes. Elles apparaissent aussi plus investies et demandeuses de contacts avec la maternité « *les sages-femmes, elles sont en demande* ».

### 2.3.4.5 Entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales

Les participants pensaient que les sages-femmes travaillaient en étroite collaboration avec les médecins généralistes.

## **2.3.5 Les aspects économiques de la sortie de maternité**

L'économie a été évoquée de façon spontanée par les participants. Pour eux les sorties précoces ont été créées en grande partie par la pression économique et cet aspect ne leur apparaissait pas prioritaire.

La réalisation des ordonnances de sortie apparaissaient comme bénéfique pour la sécurité sociale.

### **2.3.6 Les perspectives d'amélioration proposées**

Les participants craignaient la généralisation des sorties précoces. Ils souhaitaient une surveillance d'au moins 48h et rejetaient le développement d'un système de plateau technique avec la création de maison de naissance.

Afin de faciliter le retour à domicile, ils souhaitaient l'amélioration des relais non médicaux tel que des aides ménagères ou un soutien psychologique *« on a structuré l'aspect médical des choses à l'extérieur mais il y a des femmes qui auraient besoin d'une aide à domicile, qui ne soit pas médical », « quelques heures de femme de ménage, du soutien psychologique, toutes ces choses là »*.

Les praticiens hospitaliers étaient attachés au partage des compétences avec le médecin généraliste, pour l'aider dans ses nouveaux rôles. Ainsi, ils envisageaient de mettre en place des journées portes ouvertes avec des rappels sur les dernières recommandations. Une adaptation du programme des étudiants en médecine sur la sortie précoce leur semblait nécessaire.

Pour améliorer la coordination des soins, le développement d'outils informatiques tels qu'APICRYPT®, de mails sécurisés ou d'un forum dédié ont été évoqués. Les participants souhaitaient mieux connaître les médecins généralistes. Les journées portes ouvertes ou les formations médicales continues apparaissaient comme un moyen intéressant de prendre contact avec eux.

Les participants évoquaient la création de consultation d'orientation avec un suivi proposé en fonction du risque : par un gynécologue-obstétricien en cas de

risque élevé, par une sage-femme libérale ou par le médecin généraliste en cas de risque faible. Cela permettrait une diminution de la surcharge de travail et une continuité du suivi lors du retour précoce à domicile.

## **2.4 DISCUSSION**

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 médecins généralistes, des patientes et des sages-femmes libérales.

### **2.4.1 METHODE**

Le recueil des données par focus groupe a favorisé la richesse des expressions dans le groupe. Il a pu par contre limiter les expressions individuelles hors de la norme créée par les échanges du groupe. Il a été mené par un animateur expérimenté. Un entretien individuel a permis de le compléter et d'interviewer toute la population concernée, obtenant de fait une saturation des données par l'exhaustivité du recueil.

Le codage a été réalisé selon les trois étapes de la théorisation ancrée, codage ouvert, catégorisation et modélisation, en triangulation par les deux chercheurs. La concordance des codages entre les deux chercheurs était de 94%.

### **2.4.2 RESULTATS**

#### **2.4.2.1 Le ressenti sur l'organisation de séjour**

On assiste ces dernières années, en France, à une diminution de la durée moyenne des séjours en maternité. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010 (16), la durée moyenne de séjour est de 4,4 jours pour l'ensemble des accouchements, et de 4 jours pour les accouchements par voie basse. La maternité

Jeanne de Flandre suit cette tendance, avec une durée moyenne de séjour de 4,06 jours en 2013 pour tous types d'accouchements après 22 semaines d'aménorrhée.

Dans un document de 2013 de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE) sur l'organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité (17), ces durées moyennes de séjour en maternité pour un accouchement par voie basse dépendent davantage des caractéristiques de l'établissement et de la région que celles des mères et de son enfant. Toutefois les couples mère/enfants qui nécessitent une surveillance sont hospitalisés plus longtemps.

Une enquête de satisfaction des usagères de maternité en 2006 a été menée par la DREES (1). 75% d'entre elles étaient satisfaites de la durée de séjour, 7% la trouvait trop rapide et 20% trop longue. 95% des femmes se déclaraient très ou plutôt satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement. Elles apprécient tout particulièrement les qualités humaines des professionnels de santé. C'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes expriment leur insatisfaction. 15 à 35 % des femmes portent un jugement négatif sur les informations et conseils médicaux donnés pour assurer les soins de suites de couches.

Une analyse réalisée en 2012 par le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) (18), constate qu'une femme primipare sur six et une femme césarisée sur quatre se disent « *désemparées* » ou « *angoissées* » lors du retour à domicile. L'allongement de la durée du séjour ne semble pas apporter une réponse adéquate à ces difficultés (40% des femmes ont trouvé le séjour en maternité trop long).

L'amélioration du suivi après l'accouchement pourrait passer par la personnalisation des suites de couches. Un entretien avec la patiente au cours de son séjour permettrait de trouver des solutions pour le retour à domicile, comme par exemple un accompagnement dont le contenu, la durée et l'intensité seraient adaptés aux besoins de chacune pour « passer le cap ».

#### 2.4.2.2 Le ressenti de la politique du CHR

L'absence de secrétaire dans le service des suites de couches, imposait aux médecins la réalisation entre autre des courriers de sorties. Ce temps administratif était au dépend du temps consacré aux patientes.

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (19), les facteurs influençant la qualité du courrier sont liés au service et au séjour. Il s'agit des indices d'activité et des indicateurs de moyens (nombre d'ordinateur, de secrétaire et de médecins rapportés au nombre d'entrées).

#### 2.4.2.3 Le ressenti sur les différents types de sorties

##### 2.4.2.3.1 Le ressenti des sorties classiques

En cas de sortie classique, les patientes ne bénéficiaient pas d'un accompagnement du post-partum.

L'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 a souligné l'importance de renforcer l'accompagnement postnatal. D'après l'enquête de l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) menée en 2010 (20), seulement 16% des femmes interrogées ont pu obtenir de l'aide de la part d'une sage-femme libérale lors du retour à domicile.

Selon le rapport de la cour des compte de 2011 (21), le suivi postnatal représente une part minime de l'activité des sages-femmes libérales, soit 5% de leurs honoraires remboursés par la sécurité sociale. Leur exercice est essentiellement basé sur la préparation à la naissance et la rééducation périnéale.

Un accompagnement systématique par une sage-femme lors du retour à domicile quelle que soit la durée de l'hospitalisation revaloriserait les compétences de la sage-femme et permettrait d'améliorer la coordination des soins.

#### 2.4.2.3.2 Le ressenti des Retours Précoces A Domicile

Les sorties précoces RPDA sont en augmentation constantes, elles représentaient 1,7% des sorties en 1994, 3% en 1997 et 7% en 2002 (22).

La diminution de durée du séjour engendre une crainte de ne plus dépister à l'hôpital certaines situations préoccupantes.

Selon la HAS (23), ce n'est pas la durée de séjour qui garantit la sécurité de la mère et de l'enfant mais c'est bien l'accompagnement postnatal qui permet la prévention des complications.

Aux Etats-Unis dans les années 1980 (24), les sorties très précoces se sont développées avec une prise en charge hospitalière de 12 à 24 heures et une démedicalisation du post-partum. Cela a conduit à la réapparition d'ictère nucléaire.

En 2010, l'Académie de médecine (22) a tiré le signal d'alarme quant à la résurgence d'ictère nucléaire.

La surveillance de l'ictère à domicile était la préoccupation principale des pédiatres interrogés. L'ictère apparait de façon physiologique entre le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> jour de vie et touche environ 60% des nouveau-nés à terme et 90% des prématurés.

Selon les recommandations de mars 2014 publiées par la HAS (23), l'ictère est le premier paramètre à surveiller chez un nouveau-né, puisqu'il s'agit du premier motif de consultation à l'hôpital et qui entraîne le plus de ré-hospitalisations.

Dans la thèse du Docteur DAUSSY (25), parmi les médecins généralistes interrogés, la surveillance de l'ictère n'a pas été citée dans les pathologies à rechercher lors de l'examen d'un nouveau-né de moins de 8 jours et dans la thèse du Docteur Grondin (14) moins de 50% des médecins généralistes le recherchait.

A Jeanne de Flandre, un faible de taux de réadmission avait été constaté depuis la mise en place du RPDA. Pour les participants la sécurité était assurée par un suivi à domicile à J3 et J5.

Selon la thèse du Docteur PARETS (26), cette tendance est nationale avec un taux de ré-hospitalisations des nouveau-nés de 1 à 6%. Il dépend surtout de l'indication de sortie et de la qualité du suivi extrahospitalier. Dans plus de 50% des cas ces nouveau-nés ont entre 4 et 7 jours, c'est pourquoi il est conseillé de suivre ceux sortis avant 72h dans les 3 jours suivant la sortie.

Les participants souhaitaient un développement des aides non médicales lors du retour à domicile. Ce point fait parti du cahier des charges recommandé par l'ANAES concernant les sorties précoces après un accouchement (12). Des conventions devraient exister entre la structure de suivi à domicile, les caisses d'allocations familiales et les caisses primaires d'assurance maladie, pour que les aides domestiques ne soient pas à la charge des familles. En effet, dans les pays où le RPDA fonctionne, un suivi à domicile actif est organisé.

- Aux Pays Bas, 31 % des accouchements ont lieu à domicile et la mère bénéficie d'une aide de huit heures par jour pendant les huit premiers jours qui suivent la naissance (24).

- Au Royaume Uni, un « birth plan » est établi en anténatal avec le médecin traitant. Le programme DOMINO (domicile in and out), prévoit l'accouchement à l'hôpital puis le retour à la maison à H6. Un suivi postnatal de dix jours est organisé (27).

*« Selon l'expérience des pays qui pratiquent les sorties précoces depuis de nombreuses années, le RPDA est sûr et potentiellement bénéfique s'il est soigneusement organisé, et choisi ou entièrement accepté ; mal vécu s'il est contraint voire imposé ; potentiellement néfaste s'il n'est ni préparé, ni correctement organisé » (12).*

#### 2.4.2.3.3 Le ressenti sur les sorties PRADO

Les participants percevaient le PRADO comme imposé et administrativement géré par la Sécurité Sociale. Ils rejetaient cette proposition dans son ensemble.

Dans un communiqué commun en 2012 (28), la Société Française de Médecine Périnatale, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens, la Société Française de Néonatalogie et la Société Française de Pédiatrie dénoncent le PRADO qui se multiplie dans les hôpitaux Français.

Ils reprochent :

- La mise en place de ce programme sans tenir compte des mesures existantes dans la plupart des établissements et sans concertation avec les principaux acteurs concernés.

- Une organisation administrative de cette sortie, gérée par un agent de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, sans transmissions médicales à la sage-femme libérale.
- Un défaut d'organisation en cas de ré-hospitalisation et un manque de coordination le week-end.
- La disparité géographique des sages-femmes libérales qui ne pourra pas permettre un suivi correct sur tout le territoire.
- Un manque de prise en compte du réel besoin des femmes en excluant de ce programme les patientes qui en nécessitent réellement (césariennes, complications du post-partum, comorbidités, gémellarité et grossesses multiples, précarité etc...). Pour toutes ces raisons, les professionnels refusent le PRADO. Cependant, ils partagent le bénéfice pour les patientes d'un meilleur accompagnement du postpartum à domicile.

La maternité Jeanne de Flandre a refusé de réaliser ces sorties PRADO et à créer sa propre organisation de sortie précoce, le RPDA. Celles-ci sont organisées par les sages-femmes du service en coordination avec leurs collègues libérales appartenant au réseau.

Selon la CPAM, 83% des femmes ayant intégrées ce dispositifs se disent être « tout à fait satisfaites ».

#### 2.4.2.3.4 Le ressenti sur la protection maternelle et infantile

Les participants n'ont pas discuté l'implication de la P.M.I dans le suivi à domicile.

Selon une étude de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (29), la P.M.I est un acteur qui contribue à améliorer les indicateurs de santé. La plus-value de la PMI réside dans son accessibilité géographique, financière et culturelle.

D'après ce rapport, 140 000 femmes y sont suivies (soit 18% des femmes enceintes) et 20 % des enfants de moins de 6 ans (50 à 60% ont moins d'un an). Le public de la P.M.I est principalement une population en situation de précarité.

D'après le rapport de la cour des comptes de 2012 (4), les indicateurs de périnatalité ne se sont pas améliorés depuis 2006. La France occupe une place moyenne par rapport aux Etats de l'Union européenne. La précarité est un facteur de risque périnatal. La cour regrette « *un effort de prévention très insuffisant en direction des femmes en situation de vulnérabilité, [...], une implication inégale des services de PMI des départements* ».

Ainsi, la cour réitère ses recommandations qui sont entre autre de renforcer la prévention en direction des femmes en situation de précarité et d'améliorer la coordination entre les acteurs.

En conséquence, une meilleure coordination avec la PMI serait bénéfique et une attention particulière devrait être accordée à ces patientes.

#### 2.4.2.4 Les moyens de communication

Une communication efficace entre spécialiste en médecine générale et spécialiste d'organe est nécessaire pour des soins de qualité.

##### 2.4.2.4.1 Le courrier de sortie

Le courrier de sortie est un outil indispensable pour assurer la coordination des soins ville-hôpital.

En sortie classique, son délai de réception est jugé trop tardif par les participants. Cet avis est partagé par les médecins généralistes, qui prenaient alors connaissance du courrier manuscrit donné à la patiente.

D'après le rapport du Programme National de sécurité du Patient (PNSP 2013/2017) (30), le délai réglementaire de huit jours après la sortie du patient pour la réception du courrier est dépassé pour trois établissements de médecine/chirurgie/obstétrique sur cinq.

Son amélioration apparaît bénéfique pour la prise en charge libérale.

##### 2.4.2.4.2 Les ordonnances de sortie

Les médecins généralistes étaient satisfaits des ordonnances de sortie réalisées à Jeanne de Flandre (25).

Selon un rapport de l'ANAES sur la préparation de la sortie d'hospitalisation (19), la prescription du traitement de sortie joue un rôle capital dans la continuité des soins. Elle doit néanmoins être prescrite pour une durée limitée, afin que le patient consulte rapidement son médecin traitant.

Les participants déclaraient prescrire les médicaments en sortie de maternité afin d'éviter une consultation rapide chez le médecin généraliste jugée inutile. Certains médecins généralistes interrogés (25) souhaitaient voir leur patientes dans les 48h quelque soit le type de sortie.

#### 2.4.2.4.3 L'appel du médecin traitant

Les échanges téléphoniques avec les médecins généralistes étaient rares. Ils n'étaient pas souvent initiés par les participants, qui trouvaient les omnipraticiens difficilement joignables.

L'article de BERENDSEN (31) analysait comment les généralistes et les spécialistes néerlandais évaluaient leur communication. Pour les contacts téléphoniques, les médecins généralistes contactaient plus facilement les spécialistes d'organe que l'inverse. En effet, 67,2% des spécialistes d'organe considéraient l'accessibilité des médecins généralistes comme « médiocre », ce que réfutaient 85,3% des médecins généralistes.

Un des axes pour améliorer la continuité des soins serait d'améliorer la rapidité de l'information. Le développement des nouveaux moyens de communication par voie dématérialisée pourrait être la solution et étaient souhaités par les médecins généralistes interrogés (25).

Le Docteur LUCAS (32) publiait un article sur le secret médical et l'E-santé « *l'informatisation ne représente pas un danger supplémentaire ? Ce peut être tout le contraire : bien conduite, l'informatisation est un puissant moyen pour protéger les informations à caractère secret* ». Le développement de l'utilisation de boîtes mails cryptées en milieu hospitalier tels qu'il existe déjà en libéral permettrait d'échanger des informations sécurisées afin de maintenir le secret médical.

Selon Michel GAGNEUX, président de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (33), le développement du Dossier Médical Partagé (DMP) est une des priorités de la stratégie nationale de santé. Débuté en 2011, le DMP a fait la preuve de son bon fonctionnement dans les bassins de santé où il a été testé. Il permet d'améliorer la coordination des soins et les relations entre la médecine de ville et l'hôpital. Le développement du DMP à l'ensemble du territoire pourrait être la solution. Son utilisation par l'ensemble des médecins libéraux apparaît complexe car tous ne possèdent pas les outils informatiques nécessaires.

Le rapport final du Ministère de la santé et des sports sur l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 (34) souhaite confier aux Agences Régionales de Santé la mise en place du dossier périnatal partagé dans leur région de façon prioritaire.

En cas d'urgences, la création d'une ligne téléphonique spécifique, de forum ou des tranches horaires dédiées à la communication interprofessionnelle seraient intéressants (31).

#### 2.4.2.5 La continuité des soins dans le post-partum selon les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres

##### 2.4.2.5.1 La continuité des soins assurée par la maternité

La maternité Jeanne de Flandre a enregistré 5598 accouchements en 2013. Pour les sorties précoces, qui représentent 11,93 % des sorties totales, les participants se disaient disponibles à 100%.

Pour les autres sorties sans problèmes à priori, il n'y avait pas de suivi particulier.

#### 2.4.2.5.2 La continuité des soins assurée par les médecins généralistes

L'article L.4130-1 du code de santé publique place le médecin généraliste au centre de la coordination des soins.

Dans la thèse du Docteur DAUSSY (25), les médecins généralistes interrogés ne sont pas inclus dans le réseau des sorties précoces de Jeanne de Flandre, d'ailleurs ils méconnaissent ce type de sortie. Ils disent ne pas être informés du retour à domicile de leur patiente, ce qui est pourtant un point essentiel du cahier des charges pour le suivi à domicile.

Dans la thèse du Docteur GRONDIN (14), les médecins généralistes déplorent un manque dans leur formation concernant les pathologies graves du nourrisson.

Dans la thèse du Docteur VUYLSTEKER (35), les prises en charges des complications de l'allaitement maternel par les médecins généralistes sont souvent partielles. Les médecins généralistes ressentaient un manque de formation concernant l'allaitement maternel (25). Ce manque était ressenti par les participants, qui avaient mis en place des consultations lactation. Ils regrettaient qu'elles soient peu utilisées.

#### 2.4.2.5.3 La continuité des soins assurée par les sages-femmes libérales

Lors d'une sortie RPDA, les patientes bénéficient d'une visite d'une sage-femme libérale le lendemain.

Selon l'étude de M.DOLBEAU, sage-femme, (22), les principaux sujets abordés du côté maternel sont les soins de cicatrice et la contraception. Pour l'enfant, les conseils concernant l'alimentation et le poids sont prioritaires. En effet,

lors d'une sortie précoce, la mise en place de la lactation est en cours, l'accompagnement et le soutien sont alors nécessaires.

La plupart des patientes souhaitent bénéficier à nouveau de ce suivi pour un prochain accouchement. Ces visites à domicile apparaissent être un soutien nécessaire pour la mère, aidant à créer le lien mère-enfant. Elles permettent également de repérer d'éventuelles difficultés psychologiques (anxiété, manque de confiance en soi) et de prévenir la survenue d'une dépression du post-partum qui concernerait 10 à 15% des femmes (17).

#### 2.4.2.6 La planification des soins

##### 2.4.2.6.1 En anténatal

Les participants rapportaient une difficulté à répondre aux multiples demandes des patientes pour les suivis de grossesse. Lors du focus group, il était en projet de créer des consultations d'orientation prénatale. En novembre 2013, une réunion avec les acteurs libéraux concernant ce projet a eu lieu. Il s'agit ainsi d'adapter le parcours de soins à la situation de chaque patiente selon le niveau de risque repéré et d'utiliser les compétences de chacun des professionnels de santé à leur juste niveau. En créant cette « communauté périnatale de l'Hôpital Jeanne de Flandre » avec un dossier obstétrical partagé et un numéro de téléphone d'urgence, cela permet d'accroître la collaboration ville-hôpital pour chaque professionnel.

##### 2.4.2.6.2 En postnatal

De la même façon qu'en anténatal, la communauté périnatale de l'Hôpital Jeanne de Flandre permettrait de réintroduire la consultation du post-partum pour les patientes qui le nécessitent.

Un deuxième objectif serait d'assurer le plus souvent possible après l'accouchement un retour précoce à domicile en lien avec les mêmes acteurs qu'en anténatal.

Dans l'étude de M.DOLBEAU (22), 56% des patientes connaissent la sage-femme avant l'accouchement. Il semblerait que ces patientes aient connu moins de difficultés persistantes à la fin du suivi. Ainsi, la connaissance de la sage-femme avant l'accouchement pourrait limiter la survenue de difficulté en postnatal et diminuer la durée du suivi. Le suivi du post-partum des femmes en sortie précoce par une sage-femme connue est un axe à envisager.

#### 2.4.2.7 Le ressenti sur les relations entre les différents acteurs

##### 2.4.2.7.1 Entre les gynéco-obstétriciens et les pédiatres

Les participants regrettaient un manque de coordination intra-hospitalière. Selon le programme national pour la sécurité des patients (30), « *soigner peut être dangereux et le dysfonctionnement ou l'erreur ne peuvent être exclus de l'activité humaine. [...] La complexité est la menace omniprésente et le risque organisationnel le plus fréquent. La complexité tient à la multiplication des compétences et des sur-spécialisations qui segmente les prises en charge et requièrent de nombreux intervenants [...]* ». L'équipe est un axe de travail à fort potentiel pour la sécurité des soins.

##### 2.4.2.7.2 Entre Jeanne de Flandre et les patientes

Pour les participants, la maternité Jeanne de Flandre de niveau 3 était perçue par les patientes comme un plateau technique, qui pouvait parfois déshumaniser leur relation.

Avec la création de la communauté périnatale, les patientes auront le sentiment d'être « inscrite » à la maternité avec un dossier ouvert, et des consultations en urgence possibles.

#### 2.4.2.7.3 Entre les médecins généralistes et sages-femmes libérales

Les participants pensaient qu'il existait une bonne coordination entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes quel que soit le type de sortie. Ce ressenti n'a pas été retrouvé dans la thèse du Docteur Daussy (25) et la collaboration était jugée plutôt mauvaise et rare par les professionnels concernés.

Cette vision est retrouvée dans le mémoire de L.BERTRAND, sage-femme. Dans son étude sur la collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes (36), il en ressort que leur collaboration est considérée « plutôt mauvaise » par les professionnels concernés. Ceci peut s'expliquer par une méconnaissance des individus, de leurs compétences mutuelles et d'un manque de communication.

Cependant, plus de 80% d'entre eux pensent qu'il est nécessaire de collaborer davantage. L'union des compétences respectives de chaque professionnel permettrait une prise en charge optimale des patientes en ville.

En conclusion, il paraît essentiel que les professionnels de santé (gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes et médecins généralistes) se rencontrent, connaissent leurs rôles et leurs compétences réciproques afin de travailler en collaboration et en coopération pour le bien des patientes.

#### 2.4.2.8 Les aspects économiques de la sortie de maternité

De façon générale, la ministre des Affaires sociales et de la Santé veut développer les sorties rapides « *L'ambulatoire n'est pas une baguette magique, mais il faut la développer. Cela permet de faire des économies* » (37).

Sortir plus vite de l'hôpital est devenu une priorité nationale, stratégique en termes de coût pour la santé publique (38).

La mise en place de la tarification à l'activité n'incite pas les maternités à garder les patientes plus longtemps, les établissements perçoivent le même forfait 2 200 euros par accouchements (39).

Par le développement du PRADO avec une diminution de la durée de séjour et la visite d'une sage-femme à 42,40 euros, l'impact économique apparaît évident.

Peu d'études françaises ont axés leurs réflexions sur les conséquences économiques du RPDA. Au niveau international, plusieurs études ont évalué les coûts réels des deux stratégies mais sont insuffisantes pour avoir une réponse précise (12). Néanmoins, il en ressort que dans le groupe RPDA, le coût sociétal et le coût hospitalier net par naissance est inférieur par rapport au groupe hospitalisation traditionnelle.

Cependant la diminution du coût direct hospitalier est-elle supérieure au coût d'une prise en charge extrahospitalière ? Quand est-il du coût des ré-hospitalisations ? Il serait intéressant d'avoir des études à niveau de preuve élevée.

### **3. CONCLUSION**

Les gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre insistaient sur l'importance du rôle du médecin généraliste dans la continuité des soins.

Dans le cadre des sorties précoces, la coordination avec les sages-femmes libérales était jugée satisfaisante. Le bénéfice d'une relation privilégiée était reconnu. La sécurité était assurée par deux visites à domicile. Des aides d'ordre non médicales étaient souhaitées par les praticiens hospitaliers, afin d'aider les patientes dans le post-partum.

Une meilleure connaissance des médecins généralistes par les médecins hospitaliers leur paraissait nécessaire. Des réunions communes permettraient cette rencontre.

L'amélioration de la communication avec le secteur ambulatoire leur paraissait indispensable. Le développement de boîtes mails cryptées ou la création d'une ligne téléphonique directe sont des axes envisagés pour améliorer la coordination et la continuité des soins.

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.

## **4. BIBLIOGRAPHIE**

1. COLLET M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES; 2008 sept.
2. DREES. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2011 oct.
3. Loi Bachelot Hôpital , Patients, Santé et Territoires - LoiHPST.pdf [Internet]. déc, 2012. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>
4. Cour des comptes. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. 2012.
5. INSERM. Les morts maternelles en France - Mieux comprendre pour mieux prévenir. Unité 953; 2013 nov p. 118.
6. SAUCEDO M, DENEUX-THARAUX C. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009 - EM|consulte [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/846043/alertePM>
7. PETITPREZ K, POUILLE A-I. Note de cadrage. « Sortie de maternité après un accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile ». HAS; 2012 mai.
8. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM - U.953; 2011 mai.
9. Sortie PRADO - Le champ de la maternité [Internet]. Disponible sur: [http://www.cpm40.com/infoslettre/documents/iL40\\_PRADO\\_SF\\_DIAPORAMA\\_02\\_2012-2.pdf](http://www.cpm40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf)
10. BLONDEL B, SUPERNANT K. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. INSERM - U. 149; 2005 févr.
11. Ordre des médecins. Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) après hospitalisation | Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2012.
12. ANAES. Sortie précoce après accouchement - Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. ANAES; 2004 mai.
13. HAS. Sortie de maternité après accouchement - conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés. 2014 mars.
14. GRONDIN C. Evaluation des besoins de formation du médecin généraliste pour prendre en charge les nouveaux-nés en sortie précoce de maternité, au sens de la HAS. 2013.
15. OLIVIE L. Le médecin généraliste en relais des sorties précoces de maternité. Etude selon une expérience menée en Ariège de 2007 à 2009. 2011.
16. VILLAIN A. Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES; 2011 oct.

17. CNNSE. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. 2013.
18. CIANE. Enquête sur les accouchements, Sortie de maternité, Dossier N°4. 2012.
19. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. 2001 nov.
20. UNAF. Enquête Périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». 2010.
21. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. 2011.
22. DOLBEAU M. L'accompagnement à domicile après une première naissance : les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ? [Internet]. [Nancy]; 2012. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_MESF\\_2012\\_DOLBEAU\\_MARINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_DOLBEAU_MARINE.pdf)
23. HAS. Sortie de maternité après accouchement - Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés. 2014 mars.
24. GOLD F. Recommandations en pédiatrie : bien gérer les sorties précoces de maternité [Internet]. 2008. Disponible sur: [http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=1232](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1232)
25. DAUSSY A-S. 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. [Lille]; 2014.
26. PARETS S. Parcours médical des nouveau-nés dans leur premier mois de vie : Etude prospective à partir d'une maternité de type III. 2010.
27. LOPEZ H. Les sorties précoces et rapides : versant pédiatrique [Internet]. 2013. Disponible sur: [http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531\\_03\\_les\\_sorties\\_rapides\\_ou\\_prccoces\\_-\\_hlopez.pdf](http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20130531_03_les_sorties_rapides_ou_prccoces_-_hlopez.pdf)
28. CNGOF. Communiqué de presse à propos du programme PRADO de la CNAM. 31 oct 2012;
29. Inspection générale des affaires sociales. Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse. 2006.
30. Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017 [Internet]. 2013 févr. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_national\\_pour\\_la\\_securite\\_des\\_patients\\_2013-2017-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf)
31. BERENDSEN A. Comment généralistes et spécialistes évaluent-ils leur communication ? Exercer. 2010;21(90):2.
32. Ordre des médecins. Le secret médical entre droit des patients et obligation déontologique. 2012;32.

33. GAGNEUX M. 2014 : le DMP plus que jamais d'actualité [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/newsletter/dmp-actu-18/newsletter/index.html?source=newsletter&support=site&rubrique=edito#edito>
34. Ministère de santé et des sports. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final. 2010.
35. VUYLSTEKER L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les émdecins généralistes de la région Nord-Pas de -Calais en 2009. [Lille]; 2010.
36. BERTRAND L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes [Internet]. [cité 29 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.memoireonline.com/06/08/1149/collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes.html>
37. Touraine veut développer la chirurgie ambulatoire | Egora.fr [Internet]. Europe 1. 2014. Disponible sur: <http://www.egora.fr/sante-societe/politique-de-sante/180393-touraine-veut-developper-la-chirurgie-ambulatoire>
38. Amalberti R. Sortie rapide en péri-opératoire : quelles suites pour la médecine générale? Concours Méd. avr 2014;(4):3.
39. Les mères incitées à quitter plus vite la maternité. Le monde [Internet]. mars 2012; Disponible sur: [http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/26/les-meres-incitees-a-quitter-plus-vite-la-maternite\\_1622732\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2011/12/26/les-meres-incitees-a-quitter-plus-vite-la-maternite_1622732_3224.html)

## **5. ANNEXE**

Annexe 1 : Guide d'entretien des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres

***Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulée votre dernière sortie de maternité ?***

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

- La sortie classique
- Le PRADO (bénéfices attendus)
- Le RPDA (bénéfices attendus, patientes, société)
- Place de l'HAD
- La place des maisons de naissance

***Que pensez-vous de l'organisation de séjour ?***

- Durée
- Encadrement
- Allaitement

***Comment percevez-vous la continuité des soins que vous offrez aux patientes ?***

- Adapté
- Suffisant

***Comment percevez-vous la continuité des soins que les médecins généralistes offrent aux patientes ?***

- Consultation du post-partum et suivi du nouveau-né
- Délai de consultation
- Contraception
- Allaitement

***Comment percevez-vous la continuité des soins que les sages-femmes libérales offrent aux patientes ? Notamment avec la RPDA ?***

***Comment percevez-vous la continuité des soins avec le réseau de périnatalité OMBREL ?***

- Information pour les patientes
- Utilité pour les professionnels de santé

***Comment percevez-vous la continuité des soins avec la PMI ? En particulier pour le suivi de l'enfant ?***

***Que pensez-vous de la planification des soins en anténatal et en postnatal ? Comment s'organise-t-elle ? Qu'elle est votre place ?***

- Planification prénatale (consultations, imprévu, rendez-vous)
- Discussion type de sortie de maternité
- Planification postnatale

***Que pensez-vous du carnet de maternité ?***

- Contenu
- Accès GO/MG
- Patiente, intérêt d'y avoir accès

***Que pensez-vous du carnet de santé de l'enfant ?***

***Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec les médecins généralistes ?***

- Pour les suivi de grossesse, les sorties, lors de situations compliquées
- Sentiment sur leur accessibilité
- Courrier de sortie
- Appel/fax/APICRYPT
- Formation pour le médecin généraliste

***Que pensez-vous du courrier de sortie ?***

- Contenu
- Délai émission / réception
- Traitements entrepris
- Conseils à la patiente

***Que pensez-vous des informations que vous donnez aux patientes à la sortie de maternité ?***

- Informations comprises
- Suffisante pour le retour à domicile
- Consultation du médecin généraliste

***Que pensez-vous des ordonnances de sortie fournies aux patientes ?***

- Quel type ? contraception, kiné etc..
- Intérêt de consulter le MG si ordonnance faite, impact sur le suivi ultérieur

***Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec les sages-femmes libérales ?***

***Que pensez-vous des contacts que vous entretenez avec vos patientes ?***

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

***Quel bénéfice d'une sortie précoce pour la société ?***

***Quelles sont vos attentes, vos perspectives d'amélioration de la coordination des soins ?***

**GONCE Camille**

**Jeudi 20 novembre 2014 à 18H**

**Identifier chez les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre, les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité.**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Spécialité : Médecine Générale**

**DES de Médecine Générale**

**Mots-clés :** Coordination des soins, continuité des soins, relations, communication, sortie de maternité, sortie précoce, perception, représentation, médecine générale, gynéco-obstétriciens.

**Contexte :** Améliorer l'offre de soin de proximité par la coordination ville-hôpital est un des axes de la loi HPST. La place centrale du médecin généraliste en tant que coordinateur des soins est renforcée. Avec la réduction des durées de séjour, 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 Flandre.

**Méthode :** Cette étude inductive a permis d'identifier, chez gynécologues-obstétriciens et pédiatres du CHR-U de Lille, les représentations et les perspectives d'amélioration de la prise en charge du post-partum après la sortie de la maternité Jeanne de Flandre. Un focus group et un entretien individuel ont été réalisés. Une analyse en théorisation ancrée a été menée sur les verbatim avec le logiciel NVIVO.

**Résultats :** Les gynécologues-obstétriciens et pédiatres étaient satisfaits de la prise en charge des patientes par le secteur ambulatoire. La maternité Jeanne de Flandre refusait les sorties PRADO et avait alors créé son propre système de retour précoce à domicile, les sorties RPDA. Ces sorties étaient gérées par les sages-femmes hospitalières avec leurs collègues libérales. Leur coordination était jugée satisfaisante par les praticiens qui percevaient les bénéfices d'une relation privilégiée. Le suivi médical à domicile apparaissait comme un gage de sécurité. Le développement d'un relai non médical lors du retour à domicile était souhaité. Concernant le médecin généraliste, les praticiens percevaient leur coordination comme satisfaisante. Le médecin traitant apparaissait comme le garant de la continuité des soins. Cependant les praticiens regrettaient un manque de communication et de relation avec eux qui pouvait entraîner des réticences. Ils souhaitaient mieux les connaître, notamment lors des journées de formations médicales continues. Quant au courrier de sortie, moyen de communication le plus utilisé, son délai de réception trop important était regretté, un transfert d'information par voie dématérialisée était souhaité. Enfin, l'aspect économique des sorties ne leur apparaissait pas prioritaire et refusaient la généralisation des sorties précoces.

**Conclusion :** L'amélioration de leur communication et de leur connaissance mutuelle avec le médecin généraliste lui permettrait de reprendre sa place centrale de coordinateur comme définie dans la loi HPST et d'améliorer la coordination ville-hôpital.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur SUBTIL Damien**

**Asseseurs : Professeur STORME Laurent, Professeur GLANTENET Raymond**

**Directeur de Thèse : Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand**