



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Communication entre sages-femmes et médecins généralistes dans le suivi post-partum de leur patiente : étude qualitative par entretiens semi-directifs dans le territoire d'une CPTS du Nord.

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 28 Novembre à 14h00
au Pôle Formation
par **Lucie VICENTE**

JURY

Président :

Madame le Professeur Véronique DEBARGE

Assesseur :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

AVERTISSEMENT

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

Communication between midwives and general practitioners for the post-partum medical follow-up of their patient : a qualitative study by semi-structured interviews in a CPTS in the north of the France.

SUMMARY (résumé) :

Context : The Hauts-de-France region had the highest maternal mortality rate according to the 7th ENCMM. Suicide was the first cause of mortality (17%). The majority of the factors were avoidable. The lack of interprofessional communication and the lack of access to medical support by the patient were the principal factors in studied cases, with the lack of identification of their vulnerabilities.

Objectives: Studying the communication between midwives (MW) and general practitioners (GP) in primary care during the post partum period in a chosen area.

Method : A qualitative study with semi-directive interview were done for July 2023 to May 2024. We interviewed six MWs and six GPs who worked in a CPTS area in Hauts-de-France. A triangulated analysis was inspired from grounded theory. The transcription was verbatim.

Results : MWs and GPs centralized medical information to the mother who was the main link of their communication. The caregivers felt competent and attentive during the post-partum period, but they wanted to empower the mother for her medical follow-up. The GPs met the patient during the paediatric follow-up or the gynecological one if it was done. MWs, GPs and mothers seemed to prioritize the baby medical follow-up. The post-partum follow-up was annexed to the baby's.

Conclusion : The patient is an essential partner for the communication between MWs and GPs. Her empowerment by the caregivers is preferable. However, caregivers should remain attentive during the post-partum follow up known as a period of vulnerability.

Table des matières

Année : 2024.....	1
THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT.....	1
DE DOCTEUR EN MÉDECINE	1
SUMMARY (résumé) :.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS :.....	7
I. Introduction :.....	8
II. Matériel et méthodes :.....	10
1. Type d'étude :.....	10
2. Population :.....	10
3. Recueil des données :.....	10
4. Analyse des données :.....	11
5. Aspects éthique et réglementaire :.....	11
III. Résultats :.....	12
1. Des soignants compétents en santé de la femme (cure):.....	13
a. Être le soignant légitime du post-partum :.....	13
b. Être à l'aise dans le post-partum :.....	13
c. Enquêter sur les complications :.....	13
d. Sécuriser la patiente :	14
e. Initier ou non le suivi gynécologique :	14
2. Des soignants de confiance (care) :	14
a. Guider la maternité :.....	14
b. Avoir une implication maternelle :.....	15
c. Devenir le confident :.....	15
d. Inclure la famille :.....	15
e. Rester vigilant :.....	16
3. Appartenir à une communauté de soignants :.....	16
a. Être une équipe traitante :	16
b. Bénéficier de l'interdisciplinarité :.....	17
c. Connaître les soins proposés sur son territoire :.....	17
d. Être plusieurs soignants pour le suivi gynécologique :.....	18
4. Désappropriation du suivi de santé des femmes :.....	18
a. Des soins opacifiés :.....	18
b. Un dossier préempté :.....	19
c. Un suivi décentralisé :	19
d. Se sentir menacée par les soignants :.....	20
e. Précipiter la sortie de maternité :.....	20
5. Marginaliser le suivi de santé des femmes :.....	20
a. Invisibiliser le post-partum :.....	20
b. Être en marge du réseau de soins :	21
c. Se sentir déconsidéré :	21
d. Perdre son statut :.....	21
e. Séparer le suivi gynécologique du suivi général :.....	22
f. Déconsidérer la formation d'autres soignants :.....	22
g. Ne pas individualiser le suivi des femmes :	23
6. Transiter l'information médicale par écrit :.....	23
a. Être un médiateur :.....	23
b. Organiser le dossier médical :	24
c. Centraliser les informations médicales vers le médecin traitant :.....	24

d. Alimenter le logiciel métier commun :.....	25
e. Utiliser le support existant :.....	25
7. Régir son suivi de santé :.....	25
a. Autonomiser la patiente :.....	25
b. Se tourner vers la médecine :.....	26
c. Se tourner vers la patiente :	26
d. Ne pas normaliser le suivi post-partum :.....	27
e. Coordonner son suivi :.....	27
f. Prioriser le suivi de l'enfant :.....	27
8. Réaliser les transmissions avec la patiente (nouveau sachant) :	28
a. Détenir les informations médicales :.....	28
b. S'enquérir des transmissions médicales :.....	29
c. Devenir une sentinelle médicale :.....	29
IV. Discussion :	29
1. Résultats principaux :	29
a. Modèle explicatif : une nouvelle dyade en post-partum.....	30
b. Une communication centralisée vers la patiente :.....	30
c. Des exercices variés sur un même territoire :.....	31
d. Des patientes libres mais vulnérables :	31
e. Une période délaissée ou écartée par des soignants ?.....	32
2. Limites de l'étude :.....	33
3. Forces de l'étude :.....	33
4. Comparaison avec la littérature :	34
a. Une période de soutien pour les nouvelles mères :	34
b. Des vulnérabilités psycho-sociales en arrière-plan :	35
c. Des soignants incontournables en post-partum :.....	36
V. Perspectives:.....	37
VI. Bibliographie :.....	39
.....	40
VII. Annexes :.....	41
Annexe 1 : Traduction française de la liste de contrôle COREQ.....	42
Annexe 2 : Fiche d'information pour la participation aux entretiens semi-directifs.....	43
Annexe 3 : Questionnaire pour les caractéristiques des participants.....	44
Annexe 4 : Formulaire de consentement écrit proposé aux participants de l'étude.....	45
Annexe 5 : Première version du guide d'entretien.....	46
Annexe 6 : Dernière version du guide d'entretien.....	47
Annexe 7 : Extrait du journal de bord.....	48

LISTE DES ABREVIATIONS :

AME : Aide Médicale D'État

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : *C*onsolidated criteria for *RE*porting *Q*ualitative research

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DPO : Délégué à la Protection des données

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

EPDS : *Edinburgh Post partum Depression Scale*

HAD : Hospitalisation à Domicile

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

P(numéro) : Participant(*numéro*)

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour au DOmicile des patients hospitalisés

RMM : Ratio de Mortalité Maternelle

SF : Sage-Femme

I. Introduction :

La France comptait 678 000 naissances vivantes en 2023. (1) Le ratio de mortalité maternelle (RMM) y est de 11,8 décès pour 100 000 naissances vivantes jusqu'à un an post-partum d'après le 7ème rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) réalisé entre 2016 et 2018. La région Hauts-de-France avait le plus haut RMM métropolitain avec 14,7 décès sur 100 000 naissances vivantes dans l'année du post-partum. (2)

En France, le suicide (17%) et les maladies cardio-vasculaires (14%) ont été les principales causes de décès au cours de la grossesse et jusqu'à 1 an post-partum entre 2016 et 2018. Le suicide est devenu la première cause de décès, alors qu'il était encore la deuxième cause derrière les maladies cardio-vasculaires lors du 6ème rapport de l'ENCMM entre 2013 et 2015. (3) La santé de la femme n'est pas donc limitée à la sphère obstétricale, y compris pendant la grossesse et après l'accouchement. Le dernier rapport de l'ENCMM met en exergue que ces morts sont en majorité évitables avec des soins décrits comme sous-optimaux dont un défaut de prise en charge multi-disciplinaire, mais aussi un défaut d'interaction entre la patiente et le système de santé. L'étiologie la plus fréquente amenant au suicide était la dépression post-partum, qui touche 16,7 % des femmes à deux mois post-partum en France avec un délais médian allant de quatre à cinq mois dans certaines études. (2)(4)

Il existe plusieurs études explorant la communication entre les médecins généralistes et les sages-femmes, mais elles ne concernent que le temps de la grossesse et non celle du post-partum. On retrouve également des études qui décrivent les relations entre soignants et patientes en milieu hospitalier.

Depuis 2016, des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont organisées par des soignants de soins premiers sur une zone géographique choisie. Le rôle de la CPTS est d'améliorer la continuité des soins des patients sur le territoire et la coordination entre les soignants avec les acteurs sociaux de proximité. Il s'agit d'une nouvelle forme d'exercice coordonné, mais adaptée à une population et non plus à une patientèle comme le font les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

L'état des lieux de la bibliographie révèle un défaut de communication préjudiciable pour la santé des femmes en post-partum, que ce soit concernant les morbidités fréquemment rencontrées et les pathologies à risque vital propres à cette période. Les études sur le post-partum se réfèrent davantage au dépistage et à la prise en charge de la dépression post-partum ou au soutien de l'allaitement maternel, mais en n'étudiant qu'une profession de santé à la fois. Plusieurs études concernent également la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge, leur qualité de vie et leur confiance pour leur autonomisation (*empowerment* dans les textes anglophones).

Comment les sages-femmes et les médecins généralistes communiquent dans le post-partum de leur patiente au sein d'une CPTS du Nord?

II. Matériel et méthodes :

Nous avons interrogé des sages-femmes et médecins généralistes travaillant sur le territoire d'une CPTS du Nord. Notre étude est qualitative avec analyse inspirée de la théorisation ancrée. Un journal de bord a été tenu tout le long de l'étude.

1. Type d'étude :

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs jusqu'à suffisance théorique des données et retranscrits *verbatim*.

2. Population :

L'échantillonnage était théorique. Les critères d'inclusion étaient : être sage-femme ou médecin généraliste, exercer en dehors d'une structure hospitalière dans les limites du territoire d'une CPTS du Nord, et rencontrer les patientes dans leur post-partum. Après cinq entretiens préliminaires ayant testé le guide d'entretien initial, nous avons interrogé six sages-femmes et six médecins généralistes de Juillet 2023 à Mai 2024.

3. Recueil des données :

Le premier contact se faisait par mail ou téléphone. Aucun participant n'était connu de l'investigateur, ni ne travaillait avec lui. Chaque participant était informé au préalable du sujet de recherche et des modalités de l'entretien. Les consentements étaient oraux et écrits après une information concernant la protection des données et l'anonymisation. Aucune rétribution financière n'était accordée pour leur participation. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone et détruits après chaque retranscription. Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet des participants, sans tiers présent.

4. Analyse des données :

Cinq premiers entretiens ont été réalisés à l'échelle départementale afin de tester un guide d'entretien initial : leur analyse a permis l'émergence d'un nouveau guide d'entretien destiné au territoire d'une CPTS du Nord. Nous n'avons recensé ni refus, ni retrait de consentement lors de l'analyse. Les analyses des catégories conceptuelles retrouvées ont permis d'élaborer le modèle explicatif. L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une confrontation entre les résultats de plusieurs chercheurs et le guide d'entretien a été actualisé régulièrement.

5. Aspects éthique et réglementaire :

L'étude était hors du champ de la Loi Jardé. Elle ne relevait pas de l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP). Le comité d'éthique a été sollicité en vue d'une publication. L'étude a suivi les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et a reçu l'accord du Délégué à la Protection des données (DPO) (numéro 2022-238).

III. Résultats :

Les entretiens ont duré en moyenne quarante minutes. Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1. Tous, hormis un médecin généraliste (Participant 8 - P08), suivaient les grossesses de leurs patientes.

N°	Métier	Âge	Sexe	Exercice	Lieu	Durée entretien en min
1	MG	>60 ans	H	>30 ans	Rural	28
2	SF	<40 ans	F	<10 ans	Urbain	25
3	SF	40-60 ans	F	<10 ans	Urbain	53
4	SF	40-60 ans	F	>10 <30ans	Urbain	55
5	SF	<40 ans	F	<10 ans	Urbain	54
6	SF	<40 ans	F	<10 ans	Urbain	47
7	MG	<40 ans	F	<10 ans	Urbain	35
8	MG	>60 ans	H	>30 ans	Urbain	26
9	MG	<40 ans	H	<10 ans	Urbain	35
10	MG	<40 ans	H	<10 ans	Semi-rural	34
11	SF	<40 ans	F	<10 ans	Urbain	51
12	MG	>60 ans	H	> 30 ans	Semi-rural	36

Tableau1 : Caractéristiques des participants

1. Des soignants compétents en santé de la femme (cure):

a. Être le soignant légitime du post-partum :

Les sages-femmes (SF) et médecins généralistes (MG) se sentaient légitimes d'intervenir dans le post-partum en raison de leurs compétences et de leur disponibilité.

SF P05 : *C'était le médecin traitant quand elles sortaient, et en général, 'fin je veux pas faire de généralités mais ils sont pas du tout au fait de l'allaitement, au fait de...c'est pas leur domaine le post-partum, ils ont pas forcément le temps !*

MG P09 - *[...] quand ils vont chez le pédiatre, j'pense pas que le pédiatre s'intéresse beaucoup à la maman...*

b. Être à l'aise dans le post-partum :

Ils se sentaient confiants dans leur prise en charge.

SF P05 – *Et bah celle d'hier du coup, j'ai eu une dame qui a eu une césarienne [...] que j'ai renvoyé à l'hôpital justement parce qu'elle avait un bel hématome au-dessus de sa cicatrice.*

MG P12 - *[...] là j'en ai une qui est enceinte, qui était migraineuse [...] on a organisé la décroissance de son LAROXYL pendant la grossesse, et en lui disant ce qu'on allait faire en suite de couches. [...]*

c. Enquêter sur les complications :

Ils recherchaient des complications possibles.

SF P04 – [...] souvent je commence par leur faire faire un petit questionnaire, c'est l'EPDS. [Edinburgh Post-partum Depression Scale]

d. Sécuriser la patiente :

Ils œuvraient pour assurer une prise en charge holistique.

MG P08 - [...] elles consultent pas parce qu'elles ont fait de la tension ou parce qu'elles ont un diabète gestationnel, elles consultent pas pour ça, c'est NOUS qui les interpellons, parce qu'en général, elles oublient un p'tit peu ça.

e. Initier ou non le suivi gynécologique :

La reprise d'un suivi gynécologique n'était pas systématique.

MG P07 – Non c'est vrai, et c'est vrai que ça j'le fais pas en consultation de nourrisson, je dis pas aux patientes « pour votre suivi gynécologique ou peut se revoir à six, huit semaines », non c'est vrai que j'le fais pas ça.

2. Des soignants de confiance (care) :

a. Guider la maternité :

Les SF renforçaient positivement les nouvelles mères.

SF P03 - *Du coup on essaie de les amener au mieux pour qu'elles vivent au mieux leur maternité. Y a plein d'enjeux après ! Le lien mère-enfant, qui se construit. [...]*

b. Avoir une implication maternelle :

Elles accompagnaient la nouvelle mère vers son autonomie.

SF P04 – *Oui c'est ça, et du coup et de voir quelles ressources elle a, qu'est-ce qu'elle met en place, est-ce qu'elle appelle quelqu'un...*

c. Devenir le confident :

La SF devenait parfois la nouvelle personne de confiance au détriment du MG.

SF P03- *[...] je sais pas pourquoi, elle s'est livrée alors que je la connaissais pas, [...] Il était pas au courant, et en fait elle avait peur que le médecin....la réprimande, 'fin voilà ou la culpabilise. [...]*

D'autres fois la patiente semblait privilégier le médecin pour se confier.

MG P07 - *[...] elles...euh, la relation de confiance elle est déjà établie et elle s'établit encore plus quand je leur dis euh « j'vous trouve fatiguée par rapport à d'habitude, vous êtes pas comme d'habitude », ça leur permet de s'exprimer [...]*

d. Inclure la famille :

Les SF se préoccupaient également de l'entourage de la patiente.

SF P06 - [...] ensuite je lui demande son vécu par rapport à l'accouchement, si y a monsieur je me tourne aussi vers monsieur pour voir lui, comment ça va, comment lui il a vécu les choses, [...]

e. Rester vigilant :

Ils dépistaient des situations de violences subies.

SF P03 - Y avait pas de violences physiques, mais il était en train d'installer la dépendance. « tu travailles pas, tu vas pas à la salle de sport, tu vas te pavaner, qu'est-ce tu vas faire là-bas », il la rabaissait, [...] il la critiquait beaucoup donc elle n'avait plus confiance en elle, et donc du coup je lui ai expliqué que c'était pas normal.

3. Appartenir à une communauté de soignants :

a. Être une équipe traitante :

Les SF et MG travaillaient souvent en équipe.

SF P06 - *Après sachant que euh...on travaille au même cabinet, on communique quand même très régulièrement, si y a vraiment quelque chose de très important, une transmission orale.*

MG P07 – *Comme on se connaît facilement, on a nos numéros de portables les uns, les autres euh... on s'adresse facilement les patients, le parcours de soin se fait comme ça, y a pas forcément besoin d'un fléchage.*

b. Bénéficiaire de l'interdisciplinarité :

Ils avaient un accès facilité aux informations sur les conduites à tenir .

MG P07 – *Euh pour le post-partum, y a une carence de communication. Il faudrait qu'on organise le parcours de soin, qu'on arrive à se parler plus facilement, mais euh pour le reste, oui, j'trouve que c'est très très utile, c'est fluide, [...] les kinés on a aussi beaucoup de contacts facilement, ils nous appellent facilement quand ils sont en difficulté, les infirmiers ils ont tous notre numéro de portable quasiment.*

Mais ce bénéfice interdisciplinaire ne profitait pas directement à la patiente.

SF P04 – *[...] Alors moi ça m'est déjà arrivée de dire à une patiente qui me dit « oui j'ai pas de médecin traitant » de dire bah voilà « y a Doctolib, les pages jaunes et puis vous appelez pour essayer de trouver un médecin ».*

c. Connaître les soins proposés sur son territoire :

Ils connaissaient bien l'offre de soins disponible à proximité.

MG P09 - [...] j'ai tapé « colposcopie » sur Doctolib et j'ai réussi à adresser ma patiente, elle a eu sa colposcopie trois jours après. On a des outils performants, qui permettent de le faire, faut les utiliser.

d. Être plusieurs soignants pour le suivi gynécologique :

Enfin, ils devaient composer avec plusieurs soignants.

SF P04 - J'ai fait le lien avec euh le collègue sage femme [...] qui devait la revoir en rééducation et tout ça, pour qu'il soit vigilant aussi. [...], moi j'fais quoi en fait ? Est-ce que je me rajoute et ça fait encore des rendez-vous en sachant que, ce collègue-là, il la connaissait depuis avant la grossesse en plus, j'me dis autant lui repasser sa patiente en fait, la lui réorienter.

4. Désappropriation du suivi de santé des femmes :

a. Des soins opacifiés :

Les SF et les MG trouvaient les interventions et les soins prodigués flous.

MG P10 – *Qu'on sache aussi...parfois on sait même pas qui est la sage-femme référente ! [...] si tu demandes pas explicitement aux gens ou si tu vas pas chercher l'info, tu l'auras pas. Aucun document ne l'atteste.*

b. Un dossier préempté :

Le dossier de grossesse était retenu par la maternité.

SF P02 - *Je pense que le dossier de grossesse fonctionne bien, et du coup pourquoi pas euh...avoir la continuité, parce qu'elles l'ont plus !...*

c. Un suivi décentralisé :

Ils décrivaient des consultations non transmises au médecin traitant...

SF P06 - *Si situation particulière qui doit être transmise au médecin traitant, là on va écrire quelque chose. Par contre avec les médecins externes à la maison de santé, non. Y a pas de communication particulière.*

...et des situations où le suivi post-partum était exclu de l'hôpital.

SF P05 - [...] ou alors un suivi à l'hôpital, qui est différent, c'est pas qu'elles ont pas de suivi, mais ils font pas le post-partum. Et du coup, les femmes qui n'ont pas eu un contact avant, en anténatal avec des sages femmes libérales, elles savent pas forcément, ou elles connaissent pas le réseau à appeler, elles se retrouvent du coup un peu seules.

d. Se sentir menacée par les soignants :

D'après les soignants, les patientes étaient méfiantes vis-à-vis du corps médical.

MG P07 – Bah parce que quand les enfants sont placés, y a une obligation de soins en PMI (Protection Maternelle et Infantile) ! Y a une obligation de suivi en PMI, les patientes sont tenues d'effectuer un suivi régulier de leur enfant en PMI.

e. Précipiter la sortie de maternité :

Les SF rencontraient moins de patientes dans leur post-partum précoce. Elles y voyaient une conséquence de l'arrêt du PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour au DOmicile) dans les maternités.

SF P03 - En fait, sans les PRADO, c'est moins carré, [...] c'est dommage un peu pour les allaitements, pour renforcer les primi(pares) qui sortent et qui ont plein de questions mais qui n'ont pas confiance en elles, dans notre société qui dicte tout.

5. Marginaliser le suivi de santé des femmes :

a. Invisibiliser le post-partum :

Des MG léguaient le suivi post-partum à la patiente ou l'occultaient pendant la consultation, car celle-ci était dédiée au nourrisson. La prise en charge était parfois renvoyée aux autres professionnels de santé. Ce désinvestissement n'a pas été retrouvé parmi les sages-femmes.

MG P09 - *Y a rien de systématisé pour revoir les patientes, même un gynécologue qui va les voir pendant toute leur grossesse et qui va faire un suivi, elles vont pas être reconvoquées finalement.*

b. Être en marge du réseau de soins :

Des SF se sont senties marginalisées.

SF P03 - *J'ai contacté son médecin traitant le soir ou le lendemain, [...] et en fait il m'a incendiée...J'ai pas été bien reçue, il m'a dit « oui on peut faire ça » 'fin bref. Là j'ai pas eu l'impression d'avoir un lien, d'écoute de sa part [...]*

c. Se sentir déconsidéré :

Les SF et MG rapportaient leur manque d'investissement à l'absence de cotation dédiée au post-partum.

MG P10 - *Y a pas de cotation, y a pas de cotation particulière, y a pas d'acte côté, euh au terme de la consultation.*

d. Perdre son statut :

Les MG installés depuis longtemps pensaient perdre le suivi médical des femmes.

MG P08 – *Ce qui a changé c'est qu'on suit plus les femmes. Au début de mon installation on suivait les grossesses, on faisait les examens tous les mois, on faisait les frottis, on fait plus tout ça c'est fini !*

e. Séparer le suivi gynécologique du suivi général :

Des MG allouaient la dichotomie des suivis médicaux à la démographie médicale...

MG P01 - *Mais euh, j'imagine que si y avait pas aussi la présence des sages-femmes en libéral, euh...y a beaucoup de médecins, euh y a beaucoup de femmes qui seraient pas suivies, ou pas bien suivies.*

...pourtant le choix d'exercer la gynécologie leur incombait.

MG P09 – *Nan, j'fais pas de gynéco.*

Des MG se méfiaient des soins gynécologiques.

MG P12 - *[...] j'ai plus de filles comme internes, elles sont beaucoup plus à l'aise pour examiner une femme ! Nous, on fait très attention, [...] moi j'ai deux confrères qui sont attaqués pour agression sexuelle. [...] moi je fais plus d'examen gynéco. (blanc) J'explique à mes patientes, que je les soigne, que si y a un problème gynéco, qui peut être programmé [...] elles vont voir mon associée ou à la maternité [...] j'leur laisse le choix (blanc). [...] Bah vous voyez comment ça se passe aujourd'hui avec metoo quoi ! Euh aujourd'hui en tant qu'homme, [...] j'ai pris des réflexes qui sont très simples.*

f. Déconsidérer la formation d'autres soignants :

Certains MG se méfiaient de la formation des SF.

MG P12 - *Après euh, comment dire, la santé de la femme n'est pas uniquement sur la sphère obstétrique et gynécologique hein, ce qui d'ailleurs nous pose des problèmes avec les sages-femmes, qui ont une formation très gynéco, et donc qui font très bien le suivi des grossesses, et qui ont un data très orienté gynéco, et qui du fait une douleur abdominale, hop elles font une écho et elles le rapportent sur un problème gynéco.*

Parfois cette méfiance régnait entre professionnels du même métier.

MG P01 - *[...] Et pourquoi une jeune fille de dix sept, dix huit ans se retrouve en position gynécologique chez le gynéco...y a aucun intérêt.*

g. Ne pas individualiser le suivi des femmes :

Le suivi de santé de la patiente se confondait avec le suivi de son enfant.

MG P09 – *Globalement, elles sont très centrées sur l'enfant ! Quand elles viennent, elles viennent assez rarement pour elles toute seules. [...] c'est jamais arrivé que la maman soit pas là ! (rires)*

6. Transiter l'information médicale par écrit :

a. Être un médiateur :

Les SF et MG assuraient leurs transmissions médicales.

SF P04 – *Alors en post-partum...y a le carnet de santé. Du bébé. Et la maman....euh...Là c'est plus compliqué, si vraiment on trouve que ça va pas, oui j'prends mon téléphone et j'appelle le médecin traitant. Ou mail. Maintenant on à la messagerie qui reprend Apicrypt...MS Santé là ? On peut trouver l'adresse mail du médecin [...]*

MG P08 – *Moi j'fais toujours un courrier !*

b. Organiser le dossier médical :

Ils se reconnaissent le devoir de mettre à jour le dossier médical.

MG P07 – *[...] la principale source de perte de temps en médecine général c'est le manque d'informations, euh et nous c'est notre rôle en premier recours, enfin en professionnel de santé en premier accès de...d'essayer d'avoir un dossier médical bien tenu [...]*

c. Centraliser les informations médicales vers le médecin traitant :

Les SF souhaitaient transmettre les informations au médecin traitant.

SF P04 – *Ouais, et je leur laisse la lettre pour le médecin traitant en fait. Parfois y en a deux, c'est exceptionnel, et sinon y en a qu'une du coup j'la laisse pour le médecin traitant.*

Les MG souhaitaient bénéficier de conduite à tenir écrites et avaient l'habitude d'avoir les transmissions médicales centralisées vers eux.

MG P09 – *Comme je suis le médecin traitant, ça m'est adressé, donc je m'assure qu'elle a été soignée.*

d. Alimenter le logiciel métier commun :

Ils écrivaient leurs transmissions sur leur logiciel métier commun.

MG P08 – *Oui nous on a un dossier médical euh...un logiciel commun à tout le monde, avec un accès à tout le monde, [...] si un patient va voir un autre médecin, il a accès au dossier et a toutes les infos.*

e. Utiliser le support existant :

Ils utilisaient aussi les supports physiques disponibles.

MG P01 - *Et sans échange, le seul échange qu'on a c'est...c'est le carnet de santé quoi.*

SF P02 - *Je pense que le dossier de grossesse fonctionne bien, et du coup pourquoi pas euh...avoir la continuité, parce qu'elles l'ont plus !...*

7. Régir son suivi de santé :

a. Autonomiser la patiente :

Les SF et MG prenaient le temps d'informer la patiente sur les comportements à adopter en cas de problèmes.

MG P01 - *L'allaitement ? Ah bah ça c'est un conseil que je leur donne dès le départ. C'est à dire que pendant la consultation, si elles allaitent, je leur demande de consulter le jour même si y a une douleur dans les seins, si y a...si y a un problème.*

Mais parfois, la patiente ne s'orientait pas efficacement.

SF P11- *[...] y en a dans leur tête c'est que le gynéco, même leur médecin traitant n'est pas apte à faire de la gynécologie, c'est que le gynécologue, des fois c'est juste pour des infections urinaires, elles prennent rendez-vous chez leur gynécologue dans six mois ! Pour une infection urinaire, alors que le médecin traitant peut tout à fait gérer ça, et la sage-femme aussi.*

b. Se tourner vers la médecine :

Des MG déploraient un accroissement du besoin de réassurance des patientes.

MG P09 – *[...] Savoir pour un enfant au-delà d'un an quoi lui donner pour une gastro tout ça, c'est pas très compliqué, des choses qui doivent être vues en amont, j'sais pas qui pourrait le faire mais... [...] y a des gens qui sont inquiets quand même, y a énormément besoin de réassurance [...]*

c. Se tourner vers la patiente :

Les SF et MG s'intéressaient aux besoins de la patiente.

SF P05 – *Oui, [...] l'accompagner dans ce qu'elle a besoin qu'on l'accompagne et pas dans ce que nous on pense qu'il lui faut.*

MG P12 - *[...] comme je les vois avec la présentation du bébé, j leur demande d'emblée si elle va bien, si tout s'est bien passé comme elle le pensait.*

d. Ne pas normaliser le suivi post-partum :

Les patientes ne normalisaient pas leur suivi post-partum comme leur suivi de grossesse ou le suivi de leur enfant.

SF P06 – *[...] Parfois elles sont vraiment contentes d'avoir ce suivi, et parfois elles en ont pas forcément besoin.*

Les soignants ne semblaient pas davantage normaliser ce suivi.

MG P10 - *Par manque de temps j pense. La consultation est prise pour l'enfant, après avoir recueilli les données sur l'accouchement si y a pas de problème ou que la maman n'en relève pas, on n'a pas le réflexe d'en parler, c'est vrai.*

e. Coordonner son suivi :

La patiente gérait son suivi.

SF P11 - *Après j'ai aussi des patientes qui appellent qui n'ont pas vu de sage-femme, qui me dise « je compte accoucher à telle date, est-ce que vous seriez dispo pour une visite à domicile ? » du coup j les vois quand même en entretien pré-natal avant.*

f. Prioriser le suivi de l'enfant :

Toutes les patientes organisaient le suivi pédiatrique d'après les MG. C'est lors de ce suivi qu'ils les rencontraient.

MG P09 - *Après elles sont tellement centrées sur le bébé que...elles s'oublient. [...] C'est vrai que le suivi du post-partum, il passe quand même beaucoup par le bébé. Si on voit qu'elle prend un rendez-vous, c'est pour un allaitement, un truc, y a quand même un risque qu'elle vienne pas toute seule, ce suivi-là pendant un ou deux mois, les mamans s'en occupent pas mal.*

Le suivi post-partum était parfois indistinct du suivi pédiatrique.

SF P05 – *Bah souvent elles pensent que c'est pour qu'on repèse leur bébé ! (sourit)*

MG P09 - *[...] globalement soit elle, on la reconvoque, soit on revoit l'enfant et on sait qu'elle sera là aussi.*

8. Réaliser les transmissions avec la patiente (nouveau sachant) :

a. Détenir les informations médicales :

La SF ou le MG savaient que la patiente recevait beaucoup d'informations.

MG P09 – *Les infos qu'elle a, ce qu'elle a compris, ce qu'elle en a retenu aussi !*

Ils la considéraient comme une médiatrice pour les transmissions médicales.

MG P10 – *Bah oui, j'appelle la patiente, on lui demande pourquoi l'examen a été prescrit, si ça a été géré, par qui...*

b. S'enquérir des transmissions médicales :

Ils recherchaient les transmissions médicales de leurs collègues.

SF P06 - *[...] alors qu'avec une transmission médicale, là on sait exactement ce qu'il s'est passé, ce qui a été fait et où on en est.*

c. Devenir une sentinelle médicale :

Ils se limitaient parfois aux demandes de la patiente.

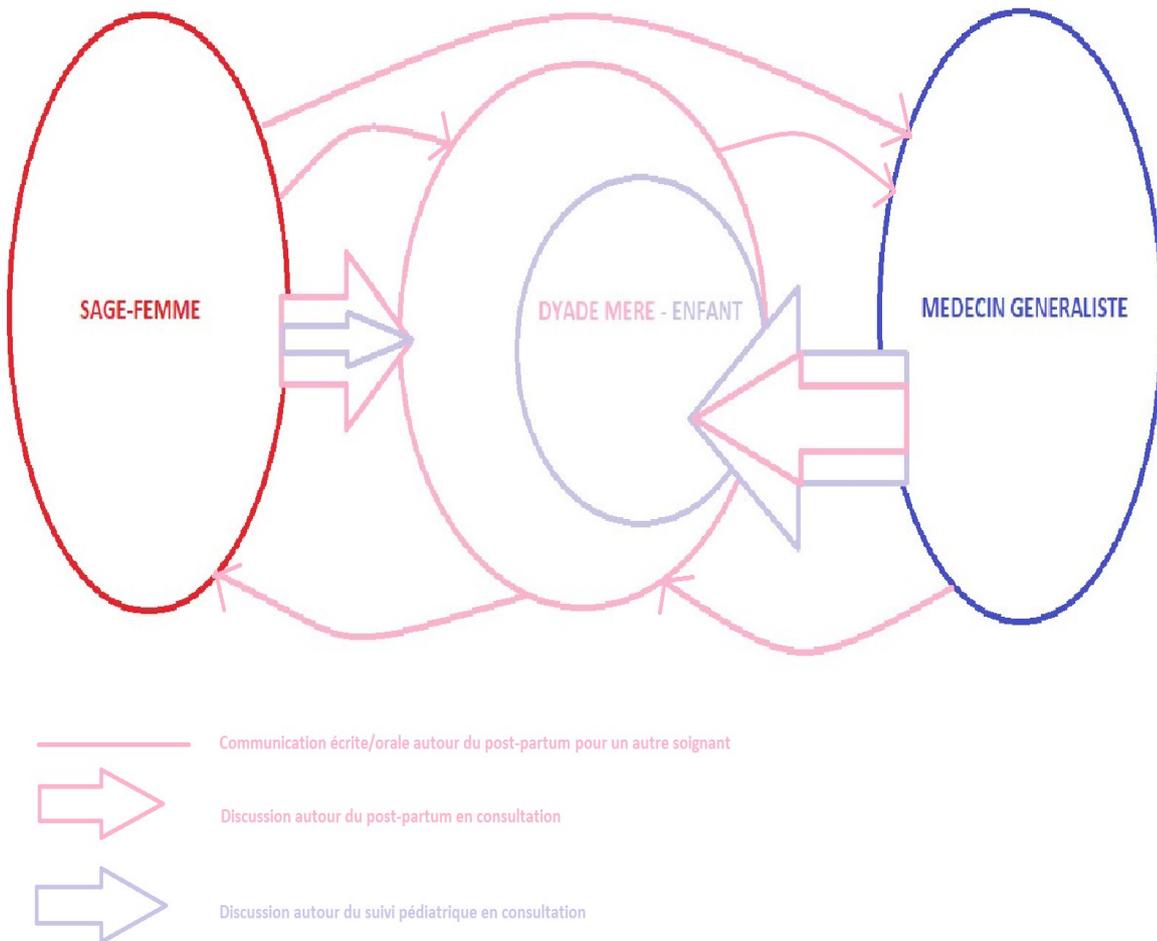
MG P08 – *« J'ai pas eu d'ordonnance pour la rééducation, il faut que j'la fasse », j'fais pas d'consultation pour ça ! C'est une ordonnance pour un kiné globalement, le plus souvent j'fais pas d'consultation pour une ordonnance !*

IV. Discussion :

1. Résultats principaux :

a. Modèle explicatif : une nouvelle dyade en post-partum

Communication entre sage-femme et médecin généraliste lors du post-partum de leur patiente



b. Une communication centralisée vers la patiente :

Les participants ont évoqué deux principaux moyens de communication :

- Écrit, avec transmissions médicales rédigées sur un support, dématérialisé ou physique et légué à la patiente ;
- Oral, avec transmissions médicales expliquées à la patiente qui devient à son tour la médiatrice entre les différents soignants.

La transmission médicale écrite permettait au soignant receveur une mise à jour du dossier médical. Ce moyen de communication impliquait le transport des transmissions par la patiente avec sa participation.

La transmission médicale orale élevait la patiente en partenaire de soins. Il lui fallait une bonne compréhension de son état de santé et une remémoration des informations nécessaires à son suivi.

La communication entre les SF et les MG nécessitaient donc un intermédiaire : la patiente. Le suivi post-partum est, en ce sens, centralisé vers elle. Pourtant, les soignants souhaitaient des transmissions centralisée vers le médecin traitant, reconnu comme l'organisateur principal du dossier médical et du suivi de santé. Ils déploraient l'absence de support dédié au post-partum. La perte du dossier de grossesse après l'accouchement rompait la continuité du suivi maternel.

c. Des exercices variés sur un même territoire :

Les SF et MG travaillant en maison de santé pluriprofessionnelle rapportaient une meilleure communication entre eux. Il existait souvent un logiciel métier partagé, et des échanges en présentiel. Au contraire, l'exercice en PMI ou au cabinet individuel semblait renforcer des sentiments d'isolement et de doute concernant les compétences des autres soignants.

d. Des patientes libres mais vulnérables :

Ils décrivaient les nouvelles mères comme des patientes autonomes : elle régissaient le suivi de santé de leur enfant, auquel leur propre suivi se greffait et parfois se confondait. Les femmes étaient déjà reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme dispensatrices principales des soins au sein de leur ménage (4) : ce statut contribuait à la normalisation du suivi médical de l'enfant, qui était le continuum du suivi de grossesse. Le post-partum était omis car le suivi pédiatrique intégrait systématiquement la dyade mère-enfant pour le soignant, notamment en médecine générale. L'arbitraire du suivi ne relevait ici pas du soignant, mais de la patiente.

La période du post-partum était pourtant décrite par les SF et les MG comme une période de vulnérabilité. La particularité des sages-femmes était d'être un soignant à part, un confident exclusif, isolé du suivi général. Cette relation de confiance permettait de dépister notamment des violences. Les patientes semblaient concevoir le post-partum comme une mise à l'épreuve de leur compétences maternelles, avec besoin de réassurance et de renforcement positif que la sollicitude des sages-femmes leur permettait d'obtenir. Mais il s'agissait aussi d'une période de méfiance vis à vis du corps médical, pouvant favoriser leur défaut d'interaction avec le système de santé.

e. Une période délaissée ou écartée par des soignants ?

Les SF et MG avaient conscience que la grossesse et le post-partum faisaient intervenir plusieurs types de soignants. Ils se sentaient compétents et disponibles. Cependant, certains MG s'écartaient des suivis médicaux spécifiques aux femmes de manière consciente ou non. Leur désinvestissement était une conséquence de leur perte de statut selon certains, mais parfois d'une véritable méfiance envers leurs patientes. Cette gynécophobie participait à la marginalisation du suivi spécifique des femmes, qui

plus est lors d'une période où elles sont reconnues par eux mêmes comme vulnérables. Il s'agissait notamment de MG hommes en raison de la peur d'une plainte pour agression sexuelle. Cette défiance n'a pas été retrouvée chez les MG femmes de l'échantillon interrogé.

2. Limites de l'étude :

Une des limites de notre étude a été de ne pas définir la période du post-partum dans notre guide d'entretien. En effet, la majorité des études relevant des données de morbi-mortalité du post-partum se limitaient aux quarante-deux premiers jours, alors que l'ENCMM court jusqu'à la première année post-partum (délais pour les certificats de décès sur les causes liées à une grossesse). Cette absence de définition a cependant permis aux participants de ne pas être limités pour les situations qu'ils voulaient nous partager.

De plus, le statut de l'investigateur a pu entraver la liberté de réponse des participants car ils énonçaient à plusieurs reprises des conduites à tenir ou des prises en charge, possiblement dû à un biais de désirabilité. Ces entretiens démontraient que les soignants se sentaient compétents et confiants pour améliorer leur prise en charge dans le post-partum.

Enfin, le travail aurait pu bénéficier d'une triangulation des méthodes de recueil avec la réalisation de focus group. Cette méthode n'a pas été utilisée en raison de la difficulté pour réunir les professionnels de santé de la CPTS.

3. Forces de l'étude :

Le caractère qualitatif de notre étude avec analyse inspirée de la théorisation ancrée a permis d'obtenir des concepts divers pour l'émergence de notre modèle explicatif, ce qui n'aurait pas été possible par questionnaire. Le guide d'entretien s'est construit sur la base de cinq entretiens préliminaires. L'actualisation du guide d'entretien

s'est faite suite aux divers concepts retrouvés, laissant au participant la possibilité d'évoquer ce qui lui semblait important.

Notre étude était originale par sa thématique. La littérature ne retrouvait pas de recherche sur la communication entre sages-femmes et médecins généralistes dans la période du post-partum, les recherches étant en majorité concentrées sur la période de la grossesse des patientes ou sur des prises en charges hospitalières.

Concernant la grille *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ), trente critères sur trente-deux ont été respectés (voir Annexe 1).

4. Comparaison avec la littérature :

a. Une période de soutien pour les nouvelles mères :

Les sages-femmes dans notre étude décrivaient un rôle de soutien à la maternité important, ce qui était attendu par les patientes et leur assurait un sentiment de sécurité. Ce besoin de renforcement positif était surtout retrouvé en post-partum précoce dans notre étude comme dans la littérature. (5)

De plus, le soutien de la part des proches ou des professionnels de santé semblait important à reconnaître chez les nouvelles mères. L'entourage était souvent questionné par les sages-femmes et les médecins généralistes, probablement parce qu'ils savaient que les cultures avec un système de soutien important autour de la parentalité renforçaient le lien mère-enfant et limitaient l'apparition de dépression post-partum. (6)(7)

Dans la littérature, les informations délivrées lors de la grossesse ne semblaient pas adéquates pour les patientes qui préféraient être guidées quand les problèmes se présentaient. Dans notre étude, les problématiques identifiées étaient abordées lors des consultations pédiatriques ou permettaient de les faire consulter seules. (8)

b. Des vulnérabilités psycho-sociales en arrière-plan :

Cependant, la dépression du post-partum n'était pas toujours identifiée ou la patiente ne consultait pas. Le raccourcissement des séjours en maternité ne permettait pas de prendre suffisamment en compte le contexte social des patientes et d'organiser leur retour au domicile avec l'accompagnement nécessaire. Le dépistage de la dépression post-partum comprend l'utilisation de l'EPDS. Contrairement au dépistage de routine, il permet de diagnostiquer plus facilement les patientes à risque de dépression post-partum. (9)(10)

Le défaut de support commun dénoncé par notre étude complique la prise en charge des patientes en périnatalité et dans leur post-partum : dans l'ENCMM, un tiers des patientes avaient des antécédents psychiatriques ou des traces de souffrance psychique notifiés dans leur dossier. Ces informations étaient parfois inconnues des professionnels de la périnatalité ; un tiers parmi elles avait également des facteurs de vulnérabilité sociale (Complémentaire Santé Solidaire [CSS], Aide Médical d'État [AME], absence de couverture sociale, chômage, logement précaire ou isolement). Ces facteurs de vulnérabilité auraient pu être identifiés au préalable lors d'un entretien pré-natal, mais il s'avère réalisé en pratique dans seulement 35 % des cas. (11) Parmi ces femmes vulnérables, un tiers présentait un défaut d'interaction avec les soignants (observance, accord pour hospitalisation, suivi en consultation). Pourtant, les périodes entourant le suicide sont marquées par une plus forte fréquentation des professionnels de santé. Plusieurs cas illustrés dans l'ENCMM dénoncent une absence de sollicitation du médecin traitant par les professionnels de périnatalité avec manque de partage des informations médicales entre les différents soignants. (2)(3),

Le dépistage des violences subies pourrait aussi être l'occasion de dépister des violences actées : une étude retrouvait des idées d'infanticides très culpabilisantes chez

les femmes souffrant de dépression post-partum, qui révélaient plutôt des idées suicidaires afin d'être aidées. (12)

c. Des soignants incontournables en post-partum :

La littérature parcourue montrait avant tout des études en milieu hospitalier pour la communication entre médecins et sages-femmes. Les sorties précoces impliquent une rencontre plus rapide avec les sages-femmes libérales, et le suivi pédiatrique obligatoire est davantage réalisé par le médecin généraliste que le pédiatre en soins premiers, d'où notre intérêt pour étudier leur communication. (13)

Des thèses ont déjà étudié la communication entre SF et MG lors de la grossesse des patientes : elles retrouvaient une communication passant par la patiente, avec des soignants qui souhaitaient fluidifier les transmissions médicales avec le dossier de grossesse. Les thèses de médecine et études rapportent un désir des deux professions de collaborer davantage, mais les freins identifiés étaient le manque de temps et la méconnaissance des compétences de l'autre soignant. (14)(15)

Le métier de sage-femme s'est métamorphosé ces dernières décennies en France. Leur formation leur permet de suivre la grossesse de nombreuses femmes estimées « à bas risques ». Aux États-Unis, la collaboration des sages-femmes avec les obstétriciens et les médecins généralistes pour le suivi des femmes était promu, en raison d'un suivi aussi sûr et moins coûteux pour la société. (16) Depuis 2023 le nouveau statut de sage-femme référente valorise leur exercice lors des suivis de grossesses et jusqu'à la quatorzième semaine du post-partum. (17) Ce statut tend à favoriser l'existence d'un binôme sage-femme référente-médecin traitant pour le suivi des femmes en périnatalité.

V. Perspectives:

Notre étude a été réalisée jusqu'à suffisance de données auprès de soignants jeunes, ayant en majorité un exercice urbain en maison de santé pluriprofessionnelle. Il serait intéressant de déployer la recherche sur un plus vaste territoire, avec des participants de tout âge ayant des modes d'exercice variés.

La sortie de maternité en cas de suspicion de syndromes anxieux ou dépressif doit être sécurisée en évitant les sorties précoces et en mettant en relation plusieurs professionnels de santé (médecin traitant, sage-femme, PMI, professionnel de santé mentale...) (18) Des Hospitalisation à Domicile (HAD) « obstétricales » sont également possibles. (Sachant que le directeur d'établissement ne peut refuser la place en maternité à une patiente ayant accouché dans le mois précédent si des lits sont vacants). (19) Elles sont prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale dans les 12 jours post-partum, voire 3 mois en cas de complications chirurgicales suite à une césarienne ou à des plaies périnéales. La dépression post-partum pouvait également être une indication dans certains cas, ainsi que les femmes en situation de vulnérabilité sociale. (20) Nous n'avons pas retrouvé à quel point ces HAD étaient utilisées actuellement en France ni dans les Hauts-de-France de nos jours, elles pourraient être développées et proposées davantage aux patientes.

En conclusion, les informations médicales du post-partum sont centralisées vers la patiente. Cette dernière est estimée autonome d'après les soignants. Il leur faut cependant rester vigilants à ce qu'elle soit toujours sécurisée et interrogée, même en satellite du suivi de son enfant. Les MG s'écartant du suivi post-partum par méfiance envers les patientes doivent également veiller à ne pas se désolidariser du suivi médical pendant cette période.

Un dossier post-partum élaboré par les soignants et les patientes pourrait être testé sur le territoire de la CPTS. Son utilisation par les SF, les MG et les patientes en post-partum serait évaluée lors d'un nouveau travail de thèse.

VI. Bibliographie :

1. Naissances – Fécondité - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 24 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI
2. SPF. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
3. SPF. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. [Internet]. [cité 7 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
4. Santé des femmes [Internet]. [cité 10 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
5. Razurel C, Desmet H, Sellenet C. Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? Recherche en soins infirmiers [Internet]. 2011 [cité 16 août 2024];106(3):47-58.
6. Blenning CE, Paladine H. An Approach to the Postpartum Office Visit. *afp* [Internet]. 15 déc 2005 [cité 3 mars 2023];72(12):2491-6.
7. Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health*. 2015;55(2):167-86.
8. Razurel C, Benchouk M, Bonnet J, El Alama S, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. *La Revue Sage-Femme* [Internet]. 1 nov 2010 [cité 16 août 2024];9(5):240-9.
9. Fergerson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? *Am J Obstet Gynecol*. mai 2002;186(5):899-902.
10. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf)*. juin 2011;33(2):292-301.
11. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 avr 2023]. Dépression postnatale : prévalence et facteurs de risque associés de dépression à 2 mois du postpartum chez les mères de la cohorte ELFE. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1367835/depression-postnatale-prevalence-et-facteurs-de-ri>
12. Barr JA, Beck CT. Infanticide secrets: Qualitative study on postpartum depression. *Canadian Family Physician* [Internet]. 1 déc 2008 [cité 4 mai 2023];54(12):1716-1717.e5. Disponible sur: <https://www.cfp.ca/content/54/12/1716>

13. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant - MG France [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
14. Memoire Online [Internet]. [cité 2 févr 2022]. Memoire Online - Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes - Lorène BERTRAND. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/06/08/1149/collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes.html>
15. Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie. 23 oct 2018 [cité 19 oct 2024];66.
16. Baldwin KA. The Midwifery Solution to Contemporary Problems in American Obstetrics. Journal of Nurse-Midwifery [Internet]. 1999 [cité 4 mai 2023];44(1):75-9. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0091-2182%2898%2900073-1>
17. Arrêté du 24 mars 2023 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007.
18. situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-_4_pages.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-_4_pages.pdf
19. Paragraphe 2 : Dispositions particulières (Articles R1112-24 à R1112-39) - Légifrance [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006198713/2017-03-02/
20. situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_argumentaire_-_90_pages.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_argumentaire_-_90_pages.pdf

VII. Annexes :

Numéro	Item	Description	
1	Enquêteur/ animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?	Lucie VICENTE
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>	DES de Médecine Générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	DES de Médecine générale
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Non
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Biais Hypothèses de travaux futurs Journal de bord
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Inspirée de la théorisation ancrée
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné puis théorique
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Téléphone, SMS, courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	Douze
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun(e)
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des participants
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	6 médecins, 6 sages-femmes, sur le territoire d'une CPTS
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Oui
18	Entretiens	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui,	Oui

	répétés	combien de fois ?	
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, audio sur dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Pendant et après
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Quarante minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Deux
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 1 : Traduction française de la liste de contrôle COREQ

Communication entre sages-femmes et médecins généralistes dans le suivi post-partum de leur patiente : étude qualitative par entretiens semi-directifs dans le territoire d'une CPTS du Nord.

♀ Sur quel sujet ?

J'aimerais connaître vos propositions concernant la prise en charge des femmes dans le post-partum, afin de faire émerger des pistes de recherche pour améliorer la communication interprofessionnelle .

♀ Pourquoi ?

De nombreuses études portent sur la communication entre les soignants dans le cadre de suivi de grossesse, mais la période du post-partum a été beaucoup moins étudiée. Votre vécu m'intéresse, j'aimerais en savoir davantage sur les patientes que vous avez rencontré durant cette période, avec lesquelles vous avez pu rencontrer des difficultés mais aussi celles où la prise en charge a été facilitée.

♀ Pour quoi des entretiens individuels ?

Afin d'étudier dans un premier temps de quelle manière s'organise la prise en charge des soignants ainsi que leur mode de communication.

♀ Comment ça se passe ?

L'entretien est individuel , il dure une à quelques dizaines de minutes dans le lieu et l'heure de choix convenus entre l'investigateur et le participant. L'entretien est enregistré pour permettre à l'investigateur d'analyser les données ultérieurement. Lesdites données seront bien sûr anonymisées. La participation est volontaire, gratuite et non rémunérée.

♀ Pour qui ?

Médecins généralistes et sages-femmes installés dans le Nord, qui sont/ont été concernés par le suivi de patientes en post-partum (même s'ils ne réalisent pas de suivi de grossesse).

♀ Comment participer ?

En me joignant sur ma boîte mail *****@*****.*** ou *****@*****.** ou à ce numéro XX XX XX XX XX afin de convenir d'une date et d'un lieu de rencontre. Toutes les informations concernant ce travail seront expliquées à nouveau avant l'entretien, je pourrai également répondre à vos questions. Un consentement écrit sera signé auprès de l'investigateur avant l'enregistrement.

Lucie VICENTE Médecin généraliste remplaçant



Annexe 2 : Fiche d'information pour la participation aux entretiens semi-directifs

Caractéristiques des participants aux entretiens semi-dirigés

Numéro d'entretien :

Date de l'entretien :

- Métier :

- Sage femme libérale
- Sage femme PMI
- Médecin généraliste

- Âge :

- <40 ans
- 40-60 ans
- >60 ans

- Sexe :

- Homme
- Femme

- Durée d'installation :

- <10 ans
- 10 à <30 ans
- >30 ans.

- Lieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

- Mode d'installation :

- Cabinet pluri-professionnel avec médecin généraliste sans sage femme
- Cabinet pluri-professionnel avec médecin généraliste et sage femme
- Cabinet pluri-professionnel sans médecin généraliste avec sage femme
- En groupe
- Seul

- Réalisez-vous le suivi de grossesse de vos patientes ? :

- Oui
- Non

- Connaissez-vous les sages-femmes/médecins généralistes à proximité ?

- Oui
- Non

Annexe 3 : Questionnaire pour les caractéristiques des participants

CONSENTEMENT ECRIT PARTICIPANT ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Je soussigné(e), accepte de participer à la recherche qualitative par entretien individuel du médecin généraliste Lucie VICENTE, dans le cadre de sa thèse concernant la communication inter professionnelle entre sage-femme et médecin généraliste pour leur patiente dans le post-partum.

J'ai été informé(e) de l'enregistrement de l'entretien, de leur retranscription future, de l'utilisation de certaines citations qui pourraient apparaître dans le travail de thèse ou dans une publication scientifique et que tout, enfin, sera anonymisé.

J'ai reçu l'information que le traitement des données impliquera également l'analyse par une sage-femme.

J'ai également été informé(e) que mon consentement peut-être retiré à tout moment, sans besoin de justification.

Je déclare enfin ne pas avoir été financé(e) pour ma participation à cette étude, qui est basée sur le volontariat.

Date et signature du participant :

Fait à :

Le / /

.....

Date et signature de l'investigateur :

Fait à :

Le / /

.....

CONSENTEMENT ECRIT PARTICIPANT ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Je soussigné(e), accepte de participer à la recherche qualitative par entretien individuel du médecin généraliste Lucie VICENTE, dans le cadre de sa thèse concernant la communication inter professionnelle entre sage-femme et médecin généraliste pour leur patiente dans le post-partum.

J'ai été informé(e) de l'enregistrement de l'entretien, de leur retranscription future, de l'utilisation de certaines citations qui pourraient apparaître dans le travail de thèse ou dans une publication scientifique et que tout, enfin, sera anonymisé.

J'ai reçu l'information que le traitement des données impliquera également l'analyse par une sage-femme.

J'ai également été informé(e) que mon consentement peut-être retiré à tout moment, sans besoin de justification.

Je déclare enfin ne pas avoir été financé(e) pour ma participation à cette étude, qui est basée sur le volontariat.

Date et signature du participant :

Fait à :

Le / /

.....

Date et signature de l'investigateur :

Fait à :

Le / /

.....

Annexe 4 : Formulaire de consentement écrit proposé aux participants de l'étude

Comment communiquent les sages-femmes et médecins généralistes dans le post-partum de leur patiente ?

Qui ? : sages-femmes et médecins généralistes

Quoi ? : patientes

Quand ? : dans le post-partum (Moment privilégié? Consultation avec l'enfant ; à part ; dédiée ?)

Comment ? ? (question de recherche)

Pour quoi ?: afin de mieux diagnostiquer les pathologies pour améliorer leur qualité de vie et réduire la mortalité maternelle en prise en charge pluri disciplinaire.

Pourquoi ?: la période du post-partum est à risque de morbidimortalité en santé de la femme, et ces causes se rencontrent désormais en soins premiers.

Catégories post codage entretiens préliminaires :

- Diagnostiquer/être professionnel de santé/traiter, soigner
- Cibler les patientes avec pathologies/être synthétique/être holistique/être confiant
- Travailler en équipe/avoir un réseau/responsabiliser/travailler en trio/être valorisé/être compétent

THEMES A ABORDER LORS DE L'ENTRETIEN :

État des lieux sur la communication inter-professionnelle actuelle :

- ce que contient l'échange
- comment échanger
- de quoi échanger
- quand échanger
- où échanger

Décision de communiquer avec un autre soignant sur une patiente en post-partum

- Quelles situations l'exigent ?
- Quel avantage pour la patiente ? Interférence du suivi du bébé ?
- Comment ?
- Quand ?

Représentations :

- Crainte vis à vis de l'autre soignant/de la patiente
- Coordonner le suivi ou agir seul
- Trace dans le dossier : place du médico-légal

Pour l'avenir :

- Travailler ensemble
- Place de la patiente dans son suivi, ses demandes, représentations

Relance lors des entretiens et question brise-glace :

- **Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec une jeune maman ?**
- Racontez moi votre dernier échange avec un médecin généraliste/une sage-femme dans le cadre du post-partum.
- Quand estimez-vous le besoin de communiquer avec le médecin généraliste ? La sage-femme ?
- Pour vous, quel est le moment adéquat pour discuter des problématiques de post-partum ?
- Comment les patientes présentent-elles leur problèmes ? De quels problèmes s'agit-il ?
- Comment faites vous quand vous suspectez un problème ?
- Comment vous sentez vous quand vous êtes sollicité par la sage-femme ? La patiente ?
- Comment trouvez vous la communication avec la sage-femme ? Le médecin généraliste ? Comment l'expliquez vous ?
- Que faudrait il pour améliorer la prise en charge des patientes dans le post-partum ?

Annexe 5 : Première version du guide d'entretien

Comment communiquent les sages-femmes et médecins généralistes au sein d'une CPTS dans le post-partum de leur patiente ?

Racontez-moi votre dernière consultation avec une jeune maman ? (brise glace)

Soignants : échanges avec les soignants

- *Comment communiquez-vous avec la sage-femme/le médecin généraliste ? Par quel moyens ? Pourquoi ?*
- *Quelles sont vos attentes quand vous communiquez ? (Pour quoi ?)*
- *Comment obtenez-vous les informations médicales autour de l'accouchement/de la grossesse/du post-partum ?*
- *Quand et jusqu'à quand rencontrez-vous ces patientes ?*
- *Vous savez identifier quand ça ne va pas, comment faites-vous pour vous assurer que tout va bien ?*
- *Pour vous, qui organise principalement le suivi post-partum de la patiente ? Pourquoi ?*
- *Quels sont vos rapports avec les autres soignants présents sur le territoire pour ces patientes ?*
- *Comment a évolué votre métier de sage-femme/de médecin généraliste depuis votre installation ?*
- *Comment pensez-vous que le soin en ville va évoluer pour ces patientes ?*

Soignants : échanges avec les patientes

- *Vos attentes différent-elles de celles de la patiente en consultation ? Pourquoi ? (les vôtres, les leurs)*

Échanges avec l'environnement dans le post-partum :

- *Communiquez vous avec les autres personnes qui ne sont pas des soignants lors de cette période ? Pour quelle raison ? Pour quoi ?*

Transition des informations médicales :

- *Comment communiquez-vous avec la maternité ?*
- *Comment améliorer la transmissions des informations entre l'hôpital et la ville ? Et en ville ?*
- *Jusqu'où intervient l'hôpital dans le suivi et le soin de vos patientes ?*

Annexe 6 : Dernière version du guide d'entretien

[...]

Juin 2023 :

Mon guide d'entretien est actualisé suite aux entretiens préliminaires. Je suis plutôt embêtée, pour le moment, j'ai l'impression que personne ne communique, et même pire que ça : on me dit que ça ne sert à rien, les patientes se débrouillent seules. Bon. Même si c'est ce que je trouve, il faut l'explorer, et comprendre pourquoi les médecins interrogés pensent que ça ne les concerne pas et pourquoi ils pensent que la patiente peut gérer seule... J'avais plutôt l'impression que les jeunes mères avaient besoin de réassurance et se sentaient dépassées, mais c'est peut-être une opinion toute faite, ma propre projection. Les patientes ont-elles besoin que les soignants communiquent ? Dans la littérature, elles consultent davantage autour des périodes de suicides pourtant. Mais la communication avec la patiente passe-t-elle ? De quoi parlent-elles ? Est-ce qu'elles ont les bonnes informations ??

Août 2023 :

Mon premier entretien est codé ! Je retrouve des idées intéressantes, comme la perte de statut du médecin généraliste et la décentralisation du soin autour du médecin traitant pour faire équipe pluri-professionnelle centrée autour du patient. En fait, nous sommes devenue une équipe traitante, mais plus personne ne coordonne vraiment. Après codage, c'est plus intéressant que de manière brute...mais est-ce que je dénature ce qu'il a voulu dire en faisant ça ou est-ce que c'est la décomposition en catégories qui rend le verbatim plus facile à lire de manière signifiante ? Je ne sais pas. C'est tout nouveau pour moi ! Je refais mon guide d'entretien avec les nouvelles questions émergentes, notamment sur les inquiétudes portées autour de l'avenir du soin et la place de chaque soignant.

J'ai réalisé mon deuxième entretien ! C'est surtout ma première sage femme ! Je suis ravie de voir la version des sages-femmes sur l'état actuel de la communication dans le post-partum. Le contenu est très différent du premier, l'équipe traitante est plus facilement mise en avant, la centralisation du soin se fait autour de la patiente, et la patiente transmet ses informations... Le côté « travail d'équipe » avec « coéquipiers » connus rend le travail en libéral bien différent. D'un côté, ça ressemble plus à ma vision, d'une autre je suis un peu triste de ne pas trouver d'« inconnue » dans son verbatim... Mais après tout, le fond se fera après le codage de l'entretien. Je suis interpellée par une chose tout de même : la place du partenaire dans le couple. A vrai dire...je l'avais omis ! Chose curieuse, mais vraie, le post-partum inclurait des tiers, des proches ? A explorer prochainement. Vite, j'actualise l'entretien avec des questions appropriées qui ressortent de celui-ci. Quid de l'autre partenaire ?

Octobre 2023 :

Troisième entretien très riche. La sage femme interrogée a beaucoup de choses à dire, le codage va être intense.

Je suis étonnée de constater que malgré ses compétences, cette sage-femme se sent plutôt isolée dans le maillage du soin. Le suivi des femmes se fait à part du suivi général, c'est assez fractionné, et ça ne passe pas par le médecin traitant contrairement aux autres spécialités d'organe. Les femmes ont l'air plus autonomes, elles choisissent leur sage-femme, elles séparent leur suivi, mais elles semblent aussi avoir peur du jugement ou du regard du médecin traitant d'après cette sage-femme. La sage-femme devient une confidente, qui accompagne la nouvelle mère comme sa propre fille.
[...]

Annexe 7 : Extrait du journal de bord



SERMENT D'HIPPOCRATE



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

*Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.*

*Admis(e) dans l'intérieur des maisons
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.*

*Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.*

*Que les Hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e)
de mes Confrères si j'y manque.*

AUTEUR : Nom : VICENTE

Prénom : Lucie

Date de soutenance : Jeudi 28 Novembre 2024

Titre de la thèse : Communication entre sages-femmes et médecins généralistes dans le suivi post-partum de leur patiente : étude qualitative par entretiens semi-directifs sur le territoire d'une CPTS du Nord.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale – Gynécologie

DES : Médecine générale

Mots-clés : Post-partum; communication ; sage-femme ; médecin généraliste

Résumé :

Contexte : La région Hauts-de-France avait le plus haut ratio de mortalité maternelle d'après le 7ème rapport de l'ENCMM. Le suicide était la première cause de mortalité (17%). Les causes étaient en majorité évitables. Les principales causes retrouvées dans les dossiers étaient le défaut de communication interprofessionnelle, l'absence de recours aux structures de soins par les patientes et l'absence d'identification des vulnérabilités maternelles.

Objectif de l'étude : Étudier les moyens de communication utilisés par les sages-femmes et médecins généralistes lors du post-partum de leur patiente en soins primaires.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée de Juillet 2023 à Mai 2024, avec six sages-femmes (SF) et six médecins généralistes (MG) exerçant au sein d'une CPTS du Nord. Une analyse triangulée inspirée de la théorisation ancrée a été effectuée après retranscription verbatim.

Résultats : Les SF et MG centralisaient les transmissions vers la patiente, qui était un partenaire essentiel pour leur communication. Les soignants se décrivaient comme compétents et vigilants dans la période du post-partum mais l'arbitre de la patiente était priorisé. Les MG rencontraient les patientes lors des suivis pédiatrique ou gynécologique si ce dernier était réalisé. Les SF, MG et les patientes semblaient prioriser le suivi de l'enfant et y greffer le suivi maternel.

Conclusion : La patiente est un partenaire essentiel pour que les MG et SF communiquent. Son autonomie en post-partum est souhaitée par les soignants mais ne doit pas les exempter de vigilance, car il s'agit d'une période à risque de vulnérabilité.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Véronique DEBARGE

Assesseur : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jan BARAN