

UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2012

N° 067

THESE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Médecine Générale

par

**Caroline Bergeron**

Née le 04/04/1984 à Rennes (35)

Présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2012

**Échange de regards entre les médecins généralistes  
et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque :  
comment ces intervenants se représentent-ils le rôle,  
les limites, et la place de chacun ?**

**Président de jury :**

Monsieur Le Professeur PHILIPPE Henri-Jean

**Membres du jury :**

Monsieur Le Professeur ROZE Jean-Christophe

Monsieur Le Professeur SENAND Rémy

**Directrice de thèse :**

Madame Le Docteur VANWASSENHOVE Laure

## TABLES DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>METHODOLOGIE</b>	<b>11</b>
I. LA METHODE DE RECHERCHE PAR « FOCUS GROUP »	11
A. Définition	11
B. Déroulement d'une étude par focus group	11
1. Préparation de l'étude	11
2. La séance	12
3. Retranscription des données	13
II. L'ANALYSE DE CONTENU	13
A. La pré-analyse, deux phases	14
B. Le codage des données	14
1. Découpage du texte en unités minimales de sens	14
2. Regroupement des UMS en catégories d'analyse (indicateurs)	14
3. Prise en compte du non verbal	14
4. Interprétation des données	15
5. Recommandations éventuelles	15
III. NOTRE METHODE D'ENQUETE	15
A. Le guide d'entretien	15
B. Le groupe	16
1. Pour le focus group des sages-femmes	16
2. Pour le focus group des médecins généralistes	16
C. Le déroulement des focus group	16
D. La méthode d'analyse	17
<b>LES RESULTATS</b>	<b>18</b>
I. LA SOUFFRANCE DES SAGES-FEMMES	18
A. La méconnaissance de la profession de sage-femme	19
1. Méconnaissance par les médecins généralistes	19
2. Méconnaissance par les gynécologues-obstétriciens	19
3. Méconnaissance par les femmes	19
4. Méconnaissance par les pouvoirs publics	20
B. La non-reconnaissance financière	21
C. Mauvaise définition du rôle des sages-femmes	22
II. LE MEDECIN TRAITANT RESTE LE « REFERENT »	23
A. Médecin « aiguilleur » du début de grossesse	23
B. Le médecin généraliste est le « médecin de famille »	23
C. Les médecins généralistes aiment suivre les grossesses	24
D. Les médecins généralistes se sentent compétents pour suivre des grossesses à bas risques	25
III. LES REGARDS RECIPROQUES	26
A. La méconnaissance	26
B. Le respect	27
C. Les regards négatifs	28
D. Les regards positifs	29
E. Regards sur les autres professionnels	30
IV. VISION COMMUNE SUR LE SUIVI D'UNE GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE	31
A. Une « surmédicalisation » de la grossesse normale	31
B. Stress induit	31
C. Notre rôle : l'accompagnement	32

V.	RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES	33
A.	<i>Une communication difficile</i>	33
1.	<i>Médecins généralistes difficiles à joindre</i>	33
2.	<i>Absence de présentation officielle lors des installations en libéral</i>	33
3.	<i>Un consensus sur ce manque de communication</i>	34
B.	<i>Nos études respectives en cause ?</i>	35
C.	<i>Et en formation continue ?</i>	36
D.	<i>La communication « informelle »</i>	37
E.	<i>Les propositions qui ont été faites</i>	40
	<b>DISCUSSION</b>	<b>41</b>
I.	CRITIQUE DE LA METHODE	41
A.	<i>Le choix de la méthode du focus group</i>	41
B.	<i>Déroulement des focus group</i>	41
1.	<i>Le recrutement des sages-femmes</i>	41
2.	<i>Le recrutement des médecins généralistes</i>	41
3.	<i>Le déroulement des focus group</i>	42
C.	<i>Les limites de notre méthode</i>	42
II.	LE SUIVI DE LA GROSSESSE A BAS RISQUE EN FRANCE	44
A.	<i>Les professionnels du suivi des grossesses</i>	44
1.	<i>Qui sont ces professionnels ?</i>	44
2.	<i>Quel(s) professionnel(s) choisissent les femmes ?</i>	44
3.	<i>Densité professionnelle</i>	46
4.	<i>Formations professionnelles</i>	51
5.	<i>Évolution des rôles de la sage-femme et du médecin généraliste</i>	55
B.	<i>Grossesses physiologiques et dépistage des risques</i>	63
1.	<i>Qu'est-ce qu'une grossesse physiologique ?</i>	63
2.	<i>Dépistage des risques</i>	64
3.	<i>Vers une surmédicalisation de la grossesse ?</i>	66
4.	<i>Notre rôle : l'accompagnement ?</i>	67
III.	COMMUNICATION ET COLLABORATION	71
A.	<i>État des lieux de la communication</i>	71
1.	<i>Une communication informelle</i>	71
2.	<i>Le carnet de maternité</i>	73
B.	<i>État des lieux de la collaboration</i>	74
C.	<i>Les réseaux de périnatalité : l'avenir ?</i>	77
1.	<i>Le réseau de périnatalité des Pays de la Loire</i>	77
2.	<i>Les enjeux de ces réseaux</i>	79
	<b>CONCLUSION</b>	<b>81</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>83</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>85</b>
I.	LE VERBATIM DU FOCUS GROUP DES MEDECINS GENERALISTES	86
II.	LE VERBATIM DU FOCUS GROUP DES SAGES-FEMMES	107
III.	LE TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS CLASSES PAR UMS ET CATEGORISATIONS	142

## INTRODUCTION

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les pouvoirs publics assurent les fonctions régaliennes de l'État français, comme la justice, la police, la défense nationale ou encore les finances publiques. Le système de santé est alors basé sur la démarche privée, ou pour les plus démunis sur l'assistanat, le plus souvent dépendant lui-même de la charité.

En 1945, le nouveau contrat social est né, basé sur la solidarité collective, à partir de cotisations prélevées sur les revenus du travail. C'est l'émergence de la Sécurité Sociale. C'est une étape majeure dans le développement de notre vie collective : l'État s'immisce dans la vie des individus, jusqu'à les protéger dans leur vie privée.

Jusqu'à cette période, les femmes devenaient mères grâce à l'accompagnement et l'expérience de leur groupe familial ; les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou après la naissance, étaient malgré tout fréquents.

Trente ans plus tard, l'impact des premières politiques de santé se fait ressentir et on observe en France des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile.

Toutefois, ils ne sont pas ceux que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement du pays : en effet la France est en 1970 la neuvième puissance mondiale par son Produit Intérieur Brut, et pourtant la mortalité périnatale est proche de 26 pour 1 000 naissances alors qu'elle est en Suède de 14 pour 1 000 naissances sur la même période, et que les dépenses consacrées au système de santé sont chaque année toujours plus importantes.

L'État français prend alors conscience de ses résultats insuffisants, et décide de donner la priorité à la sécurité de la naissance. Le premier plan périnatal voit le jour en 1971 et régule les budgets de l'État consacrés à la naissance en fonction des besoins, pour diminuer les risques, en s'appuyant sur les chiffres de mortalité maternelle, périnatale et infantile.

Depuis les années 1970, les différents plans périnataux ont effectivement permis aux professionnels de la périnatalité de s'organiser autour de la grossesse et de la naissance, et de réaliser des progrès considérables en matière de prévention et de sécurité.

Pourtant nous sommes toujours au 11<sup>e</sup> rang européen en terme de mortalité maternelle et au 8<sup>e</sup> rang européen en terme de mortalité périnatale.

Parallèlement, les différentes crises économiques que nous connaissons s'accompagnent de changements sociaux. Les enquêtes de l'Insee montrent que les emplois se modifient au fur et à mesure de la tertiarisation, que le chômage progresse, et que la mobilité professionnelle et géographique s'intensifie. Les mouvements qui en découlent provoquent de plus en plus d'éloignements voire d'éclatements des réseaux familiaux et de proximité. Les familles perdent leurs repères traditionnels. Les familles et les couples ayant immigré de l'étranger pour des raisons ethniques, raciales, religieuses, politiques ou de santé sont sans cesse plus nombreuses, et sont encore plus vulnérables face à l'éclatement de leur réseau familial et à la perte de leurs repères. Les mères travaillent davantage, et font de plus en plus souvent face à la solitude. Elles se tournent alors vers la collectivité pour trouver un soutien moral, social et psychologique. Les professionnels de périnatalité sont amenés à élargir leur rôle en matière de prévention, d'éducation et d'accompagnement social.

Enfin, les statistiques montrent que l'offre médicale évolue elle aussi, avec notamment une diminution du nombre des gynécologues-obstétriciens, et une augmentation du nombre des sages-femmes libérales. Les inégalités de densité régionale des professionnels de la périnatalité, et surtout des médecins généralistes et des sages-femmes, ont pour conséquence une réponse et une organisation aléatoires aux besoins des femmes enceintes et aux situations particulières.

En 2012, les professionnels de la périnatalité que sont les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les médecins généralistes doivent assurer la transition sur le terrain, prendre en compte toutes ces nouvelles données, alors qu'ils sont pourtant issus de formations très différentes.

Amenés à travailler ensemble à l'occasion d'un stage au Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse du CHU de Nantes, Jérémy Marty, élève sage-femme en dernière année, et moi-même, avons décidé de nous poser la question du regard que

nos deux professions pouvaient poser l'une sur l'autre, de la perception qu'elles pouvaient avoir du rôle, de la place, et des limites de l'autre, dans ce contexte de fortification du maillage médico-social autour de la femme enceinte.

Autour du constat commun de la méconnaissance de l'autre profession, et de notre envie de suivre des grossesses physiologiques chacun dans notre futur exercice, nous avons émis l'hypothèse que nos professions ne se connaissaient pas ou très peu, alors que les besoins actuels en matière de sécurité, d'accompagnement, et de disponibilité nécessitent un travail en collaboration, et que cette collaboration ne peut se faire qu'en apprenant à se connaître et à travailler ensemble.

Nous présenterons d'abord notre enquête qualitative, réalisée avec la méthode du focus group, puis une analyse de ce matériau d'enquête, et enfin nous reprendrons les faits marquants des évolutions de la périnatalité française en croisant les regards des médecins généralistes et des sages-femmes sur ces changements, et sur ce que ça a changé dans leur façon de communiquer et de collaborer éventuellement.

# MÉTHODOLOGIE

## I. La méthode de recherche par « focus group »

L'approche qualitative recherche et tente de mettre en évidence, d'analyser et d'explicitier des phénomènes visibles ou cachés. Ces phénomènes ont comme point commun de ne pas être mesurables de façon objective (exemple : une croyance, une représentation) car ils ont les caractéristiques spécifiques des « faits humains ». L'objet d'une recherche qualitative est donc un phénomène humain.

### A. Définition

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un groupe d'expression, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.

Cette méthode est utile pour les travaux de recherche en soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions. Elle permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur.

### B. Déroulement d'une étude par focus group

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment ? », que les « pourquoi ? ».

#### *1. Préparation de l'étude*

Réaliser une étude par « focus group » nécessite des étapes préparatoires fondamentales pour sa réussite :

- Choisir le thème, les objectifs :

Il est nécessaire au départ de cibler le thème et les objectifs. Le protocole est préétabli par les chercheurs et l'objectif doit être décrit de manière explicite.

- Déterminer les questions posées au groupe (guide d'entretien) :

Une demi-douzaine de questions courtes et claires est à élaborer. Ces dernières doivent être ouvertes et stimuler le travail de groupe. Les questions progressent du domaine le plus général au plus spécifique. Parfois la durée des réponses est déterminée à l'avance.

- Choisir les participants

Ils doivent avoir des caractéristiques homogènes liées au thème traité. Il est possible de sélectionner également des participants pour leurs avis différents et complémentaires sur le sujet de manière à avoir de bons échanges au sein du groupe. On peut par ailleurs également travailler avec un échantillon représentatif de la population.

Le nombre de participants est de 6 à 8 en moyenne, tous volontaires.

- Le modérateur

Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique du groupe agir de manière non directive puis recentrer en fin de séance.

Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation et faire preuve d'esprit de synthèse.

- L'observateur

Le modérateur est aidé par un ou des observateurs du groupe qui connaît la thématique et s'occupe des enregistrements des séances. Ils sont chargés de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions.

## *2. La séance*

La séance doit être réalisée dans un lieu agréable, neutre, convivial dans une ambiance détendue. Un agencement des participants permet d'établir une atmosphère propice à la discussion et aux échanges. L'entretien est enregistré avec l'accord des participants afin de faciliter l'analyse ultérieure. Le respect de l'anonymat et des opinions est obligatoire et annoncé dès le début de la séance. Une question est abordée en moyenne 15 minutes et la séance dure entre 1 et 2 heures. Une synthèse peut être réalisée en fin de groupe pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu.

### 3. Retranscription des données

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Avant d'en faire l'analyse, chaque focus group a été intégralement retranscrit manuellement sur support informatique. En effet, plutôt que de traiter directement des enregistrements audio, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle. Ce texte, que l'on appelle *verbatim*, représente les données brutes de l'enquête. On note mot à mot tout ce que dit le groupe, sans changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation. L'ensemble des textes retranscrits nous a permis de passer d'un corpus oral à un corpus écrit, support de notre analyse.

## II. L'analyse de contenu

L'entretien inexploitable à l'état brut a nécessité, pour répondre aux objectifs de notre recherche, une étape essentielle : l'analyse de contenu.

La principale difficulté de l'analyse de contenu de focus group est de pouvoir préserver l'unicité des individus, tout en faisant la synthèse de la totalité de leurs données verbales.

Pour se faire, l'analyse de contenu est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives.

Elle décrit le matériel d'enquête et en étudie la signification. C'est la méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible.

Pour analyser les données qualitatives recueillies, nous avons utilisé la procédure décrite par Laurence Bardin (1), qui propose deux niveaux d'analyse en deux phases successives ou imbriquées, l'une enrichissant l'autre. En effet, la technique thématique fréquentielle (thème revenant fréquemment), décrite par Berelson (2) en 1952 (analyse dite horizontale/transversale), quoique indispensable, s'avère, si elle est utilisée seule sur ce type de matériel, trop limitée, détruisant l'architecture réflexive et affective des individus.

Ainsi, nous avons procédé à une analyse à deux niveaux :

- le déchiffrement structurel centré sur chaque focus group ;
- la recherche de la transversalité thématique (regard croisé, thème) que nous présentons dans les résultats.

Pour réaliser l'analyse, nous avons suivi les étapes décrites par L. Bardin :

- la pré-analyse,
- l'exploitation du matériel, c'est-à-dire le codage (étape détaillée ci-dessous),
- le traitement des résultats, l'inférence, et l'interprétation.

### A. La pré-analyse, deux phases

- la phase de lecture flottante,
- la phase de lecture intuitive pour l'appropriation du matériel d'étude, qui permet la formulation d'hypothèses, d'objectifs, et l'élaboration d'indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation finale.

### B. Le codage des données

Les focus group retranscrits contiennent des informations qu'il faut repérer, classifier, analyser et interpréter pour en extraire la ou les significations.

Le codage comprend plusieurs étapes :

#### 1. Découpage du texte en unités minimales de sens

Le *verbatim* est divisé en unités de texte autonomes les plus réduites possibles : ce sont les unités minimales de sens (UMS).

#### 2. Regroupement des UMS en catégories d'analyse (indicateurs)

L'analyse de contenu repose ensuite sur l'élaboration de catégories d'analyse (catégorisation sémantique) dans lesquelles seront classés les énoncés significatifs (UMS).

Dans notre travail, le découpage s'est fait sur une logique de propos marquants et en prenant en compte des thèmes communs.

Un thème ou un énoncé qui n'apparaît que de façon minimale dans les communications, voire l'absence d'énoncé (alors qu'on s'y attendait) peuvent aussi constituer des catégories qui méritent d'être analysées.

#### 3. Prise en compte du non verbal

Les étapes précédentes de classement et d'analyse laissent de côté du matériel informatif (communication non verbale, silences, murmures, rires...) qu'il convient de réintégrer car ce matériau a du sens.

#### *4. Interprétation des données*

L'interprétation consiste à tenter de répondre de façon cette fois argumentée aux questions posées en début d'étude.

#### *5. Recommandations éventuelles*

L'analyse peut éventuellement ouvrir sur des recommandations.

### III. Notre méthode d'enquête

#### A. Le guide d'entretien

Il a été élaboré selon les critères décrits dans la présentation de la méthode du focus group, sous formes de questions :

- 1- Comment vous voyez, vous, le rôle de chacun des intervenants (que ce soit sage-femme, généraliste, gynécologue ou obstétricien), dans le suivi de la grossesse à bas risque ?
- 2- Est-ce que vous voyez des limites au rôle de chacun des intervenants dans la grossesse ?
- 3- Est-ce que vous connaissez le métier des médecins généralistes dans le suivi des grossesses ? (ou : « Est ce que vous connaissez le métier des sages-femmes dans le suivi des grossesses ? » lors du focus group des médecins généralistes).
- 4- Qu'évoque pour vous la notion de collaboration-communication entre les médecins généralistes et les sages-femmes ?
- 5- Comment vous voyez-vous concrètement passer cette barrière de la non-connaissance des uns et des autres ?

Des relances ont été réalisées au cours des entretiens par le modérateur visant à vérifier la compréhension du discours ou à demander des précisions aux participants.

## B. Le groupe

Le recrutement des participants s'est déroulé de cette manière :

### *1. Pour le focus group des sages-femmes*

Nous avons contacté environ vingt sages-femmes, au moyen d'appels téléphoniques. Neuf sages-femmes de sexe féminin exerçant dans le département de Loire-Atlantique ont accepté de participer. Trois des neuf sages-femmes travaillent en maternité, cinq en libéral et une en PMI (Protection Maternelle et Infantile).

### *2. Pour le focus group des médecins généralistes*

Plus d'une centaine de médecins généralistes ont été contactés par e-mail et huit ont accepté de prendre part à la réunion. Il y avait trois médecins généralistes hommes, cinq médecins généralistes femmes. Ils exercent en Loire-Atlantique et en Vendée.

## C. Le déroulement des focus group

Le focus group des sages-femmes a eu lieu le 28 juin 2011 à 20 h 30 dans la salle Du Coudray à l'école de sage-femme, et celui des médecins généralistes le 6 octobre 2011 à 20 h 30 au même endroit.

En tant qu'animatrice-modératrice Mme Vanwassenhove était présente lors des deux focus group. Jérémy Marty et moi-même étions observateurs et rapporteurs.

Les deux entretiens ont duré respectivement 1 h 36 min et 1 h 16 min, et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique ainsi que d'un caméscope numérique (l'image obtenue n'a finalement pas été utilisée pour l'analyse), tout cela avec l'accord des participants.

Ils se sont déroulés ainsi :

- accueil des participants dans une atmosphère de convivialité
- présentation du modérateur, de l'étudiant sage-femme et de moi-même
- annonce du thème du sujet
- ouverture du débat
- questions et relances du modérateur
- remerciements.

## D. La méthode d'analyse

Après avoir respecté la phase de pré-analyse comme décrite par L.Bardin, permettant de dégager des idées forces, nous avons donc procédé au codage des données en unité minimales de sens (UMS).

Après une phase de retranscription réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word®, les UMS ont été transférées dans le logiciel Microsoft Excel® avant d'être regroupées par catégories.

Les UMS issues du focus group des sages-femmes et du focus group des médecins généralistes ont ainsi été rassemblées et catégorisées, ce qui permet d'obtenir une analyse transversale des données permettant le croisement de regards.

## LES RÉSULTATS

Notre analyse thématique a donc permis ainsi d'extraire 248 UMS du focus group des sages-femmes et 118 du focus group des médecins généralistes. Une fois les UMS extraites, nous avons constitué les indicateurs ou catégories d'analyse suivantes :

### I. La souffrance des sages-femmes

Il nous a paru important d'aborder ce thème en premier car les sages-femmes ont exprimé une grande souffrance :

- par rapport à la méconnaissance de leur profession que ce soit par les patientes elles-mêmes, par les médecins généralistes, par les gynécologues-obstétriciens et par les pouvoirs publics ;

- par rapport à une non-reconnaissance financière de leur profession, qui ne leur permet pas toujours de l'exercer comme elles le souhaiteraient ;

- par rapport à une mauvaise définition de leur rôle.

Cette souffrance s'est notamment manifestée pendant le focus group par de nombreuses phrases exclamatives, des discours engagés malgré le contexte peu approprié, des questions qui ont soulevé l'indignation générale, des moments où elles parlaient toutes en même temps, et des difficultés à répondre à la question posée tant elles avaient besoin de revenir sur ce thème.

## A. La méconnaissance de la profession de sage-femme

### 1. Méconnaissance par les médecins généralistes

Les sages-femmes ont insisté sur le fait que leur profession est mal connue des médecins généralistes, qui ne connaissent pas toujours les possibilités professionnelles des sages-femmes (possibilités de prescription, déclaration de grossesse, possibilité de suivre les grossesses physiologiques), ni leurs limites (arrêt de travail limité à 15 jours).

*[Ils ne savent pas que nous n'avons le droit de prescrire que 15 jours d'arrêt de travail.]Ia1*

*[Mais même quand on les a au téléphone, ils sont toujours très surpris, enfin... majoritairement très surpris.]Ia1*

*[Moi, j'ai le sentiment qu'on connaît mieux le métier des généralistes, alors que les généralistes connaissent, enfin, ne savent pas ce que fait une sage-femme. Je ne suis pas tout à fait sûr qu'ils sachent...]Ia1*

Les médecins généralistes admettent pour certains ne pas connaître cette profession et donc ne pas savoir qu'elles en sont les possibilités.

*[On a une équipe de sages-femmes libérales mais je ne sais pas si elles font les entretiens du quatrième mois]Ia1*

### 2. Méconnaissance par les gynécologues-obstétriciens

Un médecin généraliste a avancé l'idée que certains gynécologues-obstétriciens ne souhaiteraient pas que la sage-femme et le médecin généraliste prennent trop de place et de responsabilités.

*[Le collègue des gynécologues obstétriciens, il est quand même là pour contenir, pour pas que ça aille trop loin...]Ia2*

### 3. Méconnaissance par les femmes

Les sages-femmes ont souvent exprimé une souffrance par rapport au manque d'information en France des femmes, qui ne seraient que rarement au courant de la possibilité de faire suivre leur grossesse par une sage-femme.

*[Voilà elles ne savent pas trop]Ia3*

*[dans un réseau pratique la femme, elle n'est pas informée (...)]Ia3*

*[C'est-à-dire qu'il faudrait que les femmes l'aient (l'information) et puis après qu'elles choisissent.]Ia3*

*[(...) s'il y a une rétention d'information quelque part, forcément on va biaiser ce choix.]Ia3*

Le manque d'information concernerait également le déroulement d'une consultation avec une sage-femme.

*[Elle a l'habitude qu'on fasse des consultations en 10 minutes, et elle n'imagine pas forcément qu'il y a d'autres possibilités de consultation.]Ia3*

*[« Mais, c'est ça une consultation avec une sage-femme ? !? »]Ia3*

#### *4. Méconnaissance par les pouvoirs publics*

Les sages-femmes ont exprimé une colère face à certaines situations où l'ignorance des pouvoirs publics concernant leur profession a été mise en évidence.

*[(...) où les gens en place de la politique de santé, de la politique d'obstétrique au ministère, ne savaient pas, ne connaissaient même pas les compétences d'une sage-femme !]Ia4*

*[Il n'y avait pas de sages-femmes du tout prévues dans le groupe de travail] Ia4*

*[Vous vous souvenez d'une grande campagne du ministère, d'information sur la grossesse, il y a quelques années, venant du ministère de la santé. C'était indécent ! C'était... D'ailleurs on n'était pas nommées]Ia4*

*[Dans le petit dépliant du CHU, hein, notre petit dépliant du CHU qui est envoyé à toutes les patientes, on parle de tout le monde, avec les noms et tout ça, mais il n'y a pas du tout les sages-femmes. On n'est pas nommées, nous, dedans.]Ia4*

*[Ils viennent de faire un petit dessin animé sur le DMP (Dossier Médical Partagé), pour expliquer l'intérêt du DMP. Ils ont fait visiblement attention à n'oublier personne, l'anesthésiste, le machin, etc. Ils ont juste oublié la sage-femme dans ce document partagé, et ils disaient « bah voilà le dossier ça permet quand même... quand on va voir notre gynéco... » ; et ils n'ont pas pensé à la sage-femme ! ]Ia4*

## B. La non-reconnaissance financière

Les sages-femmes ont abordé à de multiples reprises le thème de la rémunération, considérée comme très insuffisante dans la profession de sage-femme, notamment par rapport aux médecins, et par rapport au fait que les prises de responsabilités sont les mêmes sur certains actes. Une sage-femme a particulièrement insisté, et est revenue de nombreuses fois sur le thème de la rémunération.

*[À l'époque moi j'étais payée 17 euros dans ma consultation, eux, ça devait être 28]Ib*

*[on voudrait nous coller des responsabilités, je veux dire le suivi de consultation gynécologique par exemple pour la contraception, la contraception post-partum, c'est notre travail aussi, je veux dire voilà, qu'on nous laisse faire déjà notre travail de sage-femme.]Ic*

Deux sages-femmes ont évoqué la possibilité que faire du suivi de grossesse en libéral n'était pas assez lucratif actuellement (consultation à 19 euros) et donc impossible pour certaines.

*[ce n'est pas très lucratif, ça c'est sûr !]Ib*

*[(...) on a des actes plus rémunérateurs quand on suit des grossesses pathologiques. (Rires)]Ic*

*[quand on fait le choix politique de ne pas rembourser la consultation des sages-femmes à plus de 19 euros pendant la grossesse, on fait aussi le choix que beaucoup de sages-femmes ne peuvent pas s'installer parce que c'est pas assez lucratif (...).]Ib*

*[en faisant des consultations à 17 euros, les sages-femmes ne peuvent survivre que parce qu'elles font d'autres choses]Ib*

Les médecins généralistes, eux, n'ont pas abordé une seule fois la question de la rémunération.

### C. Mauvaise définition du rôle des sages-femmes

Le focus group des sages-femmes a permis de mettre en évidence une évolution dans les termes de « grossesse à bas risque », de « grossesse physiologique » selon les époques.

*[le seul pays où les sages-femmes étaient le plus formées à ce travail-là, était le seul pays où l'on n'avait pas de travail puisqu'il n'y avait pas de grossesse à bas risque.]]c*

Les sages-femmes ont exprimé une souffrance par rapport au fait qu'il y a quelques années elles auraient été encouragées à travailler en milieu salarié, et que depuis qu'elles sont de plus en plus nombreuses à revenir travailler en libéral il y aurait un manque d'information et de reconnaissance au niveau national.

*[il y a eu une grande désertification, parce qu'on nous a mis dans les maternités]]c*

Elles ont en plus le sentiment d'être formées essentiellement à la physiologie de la grossesse, que c'est l'essence même de leur profession, et de travailler finalement plus dans la surveillance des grossesses pathologiques.

*[Oui, du coup on se retrouve avec la patho.]]c*

*[Mais on ne dérange personne parce qu'on est prescrites à ce moment-là.]]c*

*[on est vraiment formées à la physiologie, ce qui est quand même assez pervers en France, c'est que finalement, on est quand même formées à cette physiologie, et on a des actes plus rémunérateurs quand on suit des grossesses pathologiques. (Rires)]c*

## II. Le médecin traitant reste le « référent »

### A. Médecin « aiguilleur » du début de grossesse

Le médecin généraliste ou médecin traitant resterait dans la majorité des cas la première personne à voir la femme enceinte, à lui donner les premières informations. Il aurait donc ce rôle d' « aiguilleur » du début de grossesse.

*[elle pense qu'elle est enceinte et elle est heureuse donc d'être enceinte, elle va d'abord quand même dans notre pays en priorité (...) aller voir le médecin traitant.]IIa*

*[la personne qui était forcément l'interlocuteur en premier lieu c'était lui.]IIa*

*[mais dans une petite ville en dehors d'une grande localité, le référent, ça va quand même être le médecin généraliste, qui effectivement connaît la patiente.]IIb*

Cela donnerait aux médecins le pouvoir d'informer ou non les patientes de la possibilité d'être suivies par une sage-femme.

*[cette information-là, soit dépendante du médecin,]IIa*

*[dès le départ, quelquefois une information : « je peux suivre votre grossesse, vous pouvez aller voir une sage-femme ».]IIa*

Un médecin généraliste a précisé qu'il donnait toujours le choix aux femmes.

*[en donnant aussi complètement le choix à la femme d'aller voir qui elle veut]IIa*

Trois ont juste précisé qu'ils proposaient à toutes leurs patientes enceintes de suivre leurs grossesses.

*[Le principe quand même c'est une grossesse normale, on propose qu'elle soit suivie bien sûr, la liberté est à la femme, mais on propose de la suivre au cabinet ]IIa*

*[Moi je propose à toutes les patientes que je suis de suivre leurs grossesses]IIa*

*[je leur propose toujours de les suivre, si elles le souhaitent]IIa*

### B. Le médecin généraliste est le « médecin de famille »

Une sage-femme a évoqué une conversation qu'elle a eue un jour avec un ami médecin, qui lui avait expliqué son point de vue, et a précisé qu'elle l'avait entendu et compris :

*[C'était aussi important pour lui de voir les femmes dans leur moment de maternité aussi]IIb*

*[c'était important dans la cohésion de la famille, de connaître le petit, de voir le petit après, de voir le mari, et aussi peut-être de voir cette femme pendant la grossesse.]IIb*

Cet argument précisément a aussi été avancé par presque tous les médecins généralistes.

*[en général on connaît la famille, on connaît vraiment le contexte, les difficultés qu'il y a eu les années précédentes, les deuils]IIb*

*[c'est vrai que parfois on a un passé avec les gens, qui nous aide pour ce suivi de la grossesse]IIb*

*[c'est important d'être présent tout au long de ce parcours-là car après une fois que la patiente sort de la maternité elle revient et ...]IIb*

*[on a déjà un dossier sur les antécédents de la patiente, que l'on n'a pas à se poser au quatrième mois, il y a déjà beaucoup de choses acquises. Antécédents, histoires de vie, c'est déjà acquis, ça.]IIb*

Une médecin généraliste a posé l'hypothèse, vers la fin du focus group, que ce ne soit pas toujours un avantage d'être le médecin de famille puisque ça pouvait éventuellement faire dévier la consultation vers d'autres sujets médicaux, sur d'autres membres de la famille.

*[La patiente va peut-être se permettre de parler d'autres choses, qui ne correspondent pas à la grossesse, de nous parler pendant la consultation de son autre enfant qui a ceci ou cela, de ...donc finalement... ]IIIb3*

### C. Les médecins généralistes aiment suivre les grossesses

Ce fut un élan quasi général lors du focus group des médecins généralistes, un « cri du cœur » : ils aiment suivre les grossesses pour la plupart, et le disent haut et fort.

*[J'adore suivre des grossesses]IIc*

Il y a la notion de « consultation agréable » qui a été citée à plusieurs reprises :

*[C'est vrai que ce sont des consultations très agréables.]IIc*

*[En plus ce sont des consultations plutôt agréables]IIc*

*[Il y a un certain nombre de grossesses, quand même, c'est une partie de plaisir !]IIc*

*[Dans le suivi de grossesse sans problème, on n'a parfois que des sourires, et que des moments de plaisir, on est attentifs, mais c'est tout]IIc*

Les sages-femmes ont elles aussi évoqué le fait qu'elles connaissaient des médecins leur ayant tenu le même discours, ou qu'elles avaient eu notion du plaisir pris par les médecins à faire ce genre de consultations.

*[(...) j'ai des médecins traitants (...) qui aiment les suivis de grossesse et qui eux aussi suivent des grossesses, ...]IIc*

*[je pense qu'il aimait ça aussi]IIc*

*[Et il m'a répondu :( mais il est addictologue en particulier) « Mais moi je vois des junkies, des alcoolos toute la semaine, une femme enceinte de temps en temps, une petite grossesse sympa, ça fait du bien » (Rires) Mais j'ai compris, j'ai compris ça !]IIc*

#### D. Les médecins généralistes se sentent compétents pour suivre des grossesses à bas risques

Les médecins généralistes qui ont accepté de venir participer au focus group ont presque tous exprimé le sentiment d'être suffisamment compétent en gynécologie-obstétrique pour suivre des grossesses à bas risques.

*[Si tout va bien, je n'ai pas besoin d'aide particulière]IIId*

*[ça me semble assez facile]IIId*

*[je le revendique quand même : ce n'est pas qu'être le témoin etc., c'est aussi de la compétence et du rôle du médecin généraliste.]IIId*

*[moi je me sens compétente pour suivre une grossesse à bas risque (...) en même temps que j'ai des compétences de faire les prescriptions de contraception, de poser les implants et les stérilets...]IIId*

*[Pour moi les limites c'est surtout dans les domaines sociaux ou psychologiques]IIId*

Un médecin généraliste a exprimé tout de même quelques réserves :

*[C'est clair que c'est là qu'on atteint nos limites, dès qu'il y a un petit truc qui sort du physiologique, c'est nos limites... Moi j'ai l'impression que je peux suivre une grossesse qui ne présente pas de problème a priori. Je dis, jusqu'à un contrôle à 6 mois, parce que j'ai peur d'avoir loupé quelque chose ou quoi que ce soit. Donc ça me semble assez facile, mais à partir du moment où il y a quelque chose d'anormal moi je passe volontiers la main.]IIId*

### III. Les regards réciproques

Le but de cette étude étant de permettre un échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes, nous avons repris les principaux thèmes où lors des deux focus group quelqu'un exposait un avis ou une critique en rapport avec l'autre profession.

Nous avons ainsi fait émerger quelques « idées-force » parmi lesquelles la méconnaissance les uns des autres, raison pour laquelle d'ailleurs nous avons eu envie de commencer ce travail l'un et l'autre, le respect, les regards négatifs, les regards positifs, et leurs regards sur les autres professionnels.

#### A. La méconnaissance

Dans les deux focus group, les participants ont beaucoup évoqué la pauvreté des relations interprofessionnelles entre sages-femmes et médecins, l'absence de lieux ou de moments de rencontres, les études respectives qui nous font nous frôler sans vraiment s'approcher, bref nous ne nous connaissons pas ou très peu.

*[je pense qu'ils préfèrent se concentrer sur d'autres pathologies que sur une grossesse normale.]IIIa1 (sage-femme)*

*[Dans le suivi de grossesse sans problème, on n'a parfois que des sourires, et que des moments de plaisir.]IIc ou [j'adore suivre des grossesses]IIc (médecins généralistes)*

*[C'est-à-dire que, le généraliste, il se dit : « qui c'est ça qui vient me prendre mon boulot, alors déjà les spécialistes me prennent mon boulot pour les « cardios », pour les ceci, pour les cela, maintenant c'est les sages-femmes qui me prennent les grossesses ».]IIIa1 (sage-femme)*

*[La sage-femme a effectivement toute sa place.]IIIb2 (médecin généraliste)*

*[le rôle du médecin, c'est un but médical.]IIIa1 (sage-femme)*

*[L'humanité a survécu, quand même, malgré les médecins...]IVc (médecin généraliste)*

*[« Ben, on va faire de la para-clinique, voir si la toxo est toujours négative, on va faire une consultation de 10 minutes », et ce n'est pas ça dont a besoin la femme.]IIIa3 (sage-femme)*

*[Je pense plus à des premières grossesses, pour les accompagner, les préparer à l'après, l'accueil de l'enfant au sein du couple.]IVc (médecin généraliste)*

Il y a eu peu de critiques émanant des médecins généralistes, à l'encontre des sages-femmes, par contre il y a eu des aveux de méconnaissance du métier en lui-même et de ses possibilités.

*[Entre autre j'ai appris que les sages-femmes ne peuvent pas arrêter les femmes plus de 15 jours ce qui paraît complètement aberrant quand c'est elles qui les suivent.]IIIb1*

*[Les premières sages-femmes que j'ai dû rencontrer cela devait être pour les accouchements de ma femme.]Vc*

*[Leurs limites, je ne sais pas trop, d'ailleurs ce serait intéressant. Savoir, pour toutes les pathologies, qui peuvent être intermédiaires, les problèmes de lombalgies, d'infections urinaires hautes et basses, etc., et leurs possibilités de prescription en la matière.]IIIb1*

*[Effectivement on connaît mal les possibilités, les limites de l'autre.]IIIb1*

*[Pendant ma formation, on ne m'a même pas appris qu'une sage-femme existait !]IIIb1*

## B. Le respect

Lors des deux focus group, la majorité des intervenants ont tenu à exprimer leur respect de l'autre profession.

*[Il y a une notion de respect quand même, je pense qu'on est une profession en quête de reconnaissance et de respect, et que, quand on sent que les médecins avec qui l'on est en lien, respectent nos compétences, et qu'on est à part égale dans la discussion, avec chacun des compétences spécifiques, et bien tout se passe bien.]IIIa5 (sage-femme)*

*[Il y en a quand même qui suivent bien les grossesses, et il y en a quand même pas mal]IIIa4 (sage-femme)*

*[J'ai du mal à catégoriser, avec, toujours pareil, avec les sages-femmes qui seraient à l'écoute, et puis les médecins qui ne le seraient pas, il y a des médecins géniaux et des sages-femmes nulles.]IIIa4 (sage-femme)*

*[Parce qu'on les respecte aussi.]IIIa5 (sage-femme)*

*[la sage-femme a des compétences différentes, que l'on n'a pas et qui sont aussi importantes (...)]IIIb3. (médecin généraliste)*

*[La sage-femme a effectivement toute sa place.]IIIb2 (médecin généraliste)*

## C. Les regards négatifs

Les sages-femmes, qui ont exprimé une grande souffrance par rapport au manque de reconnaissance et de rémunération de leur profession, notamment dans le monde libéral, ont évoqué de nombreuses situations très frustrantes par rapport aux médecins, ou à leurs organisations représentatives :

*[un des médecins qu'on a cru responsable du projet a dit : « non, non, travailler avec les sages-femmes, ça ne nous intéresse pas».]IIIa4*

Une sage-femme a pris plusieurs fois la parole pour revenir sur ce thème :

*[il y a un lobbying de médecins pour empêcher la réévaluation parce que c'est un moyen de nous évacuer.]Ib*

*[Par exemple au sein du réseau sécurité naissance, les organisations qui représentent les médecins généralistes ont tout fait pour marginaliser les sages-femmes et représenter les grossesses normales à l'intérieur du réseau c'est encore ce qui est en train de se réaliser au niveau national]Ic*

D'autres critiques portaient plus sur les compétences médicales, ou non médicales des médecins généralistes :

*[Médicalement, c'est suivi, mais ça manque, ça manque...] IIIa3*

*[Mais alors le relationnel, l'écoute, ...]IIIa3*

*[Enfin à côté de ça, il y a aussi, excusez-moi du terme, des catastrophes.]IIIa4*

*[« C'était à votre médecin de vous le dire, c'est quand même lui qui n'a pas fait son travail ! »]IIIa3*

*[« Ben, on va faire de la para-clinique, voir si la toxo est toujours négative, on va faire une consultation de 10 minutes », et ce n'est pas ça dont a besoin la femme.]IIIa3*

Un médecin généraliste qui avait eu l'occasion récemment d'assister à un entretien du 4<sup>e</sup> mois mené par une sage-femme d'un centre hospitalier a exprimé sa déception :

*[J'ai découvert avec surprise que c'était avant tout un moment administratif pour remplir le dossier et les antécédents médicaux pendant un quart d'heure, vingt minutes, et qu'à la fin, on demandait à la patiente si elle avait quelque chose à dire ou à demander ce qui durait 2 à 3 minutes. Ça m'a énormément déçue.]IIIb4*

*[C'était... Une certaine surprise... Une désillusion...]IIIb4*

Deux autres médecins généralistes ont évoqué le manque de retour d'informations à partir du moment où les patientes étaient en contact avec une sage-femme, en libéral ou dans une structure :

*[Je ne veux pas généraliser, mais pour les femmes que j'ai adressées je n'ai eu aucun retour de l'UGOMPS, et justement là ça pose un sacré problème pour après.]IIIb4*

*[Moi j'ai l'impression que quand les femmes choisissent les sages-femmes, après c'est silence radio pendant tout le temps de la grossesse. Je ne sais pas ce qui se passe, après.]IIIb4*

#### D. Les regards positifs

Les médecins généralistes avaient dans l'ensemble le sentiment que la formation des sages-femmes pour le suivi de la grossesse à bas risque était supérieure à la leur.

*[Je pense personnellement que les sages-femmes sont plus compétentes, ont plus de connaissances que nous pour les suivis des grossesses.]IIIb3*

*[La sage-femme a des compétences différentes, que l'on n'a pas et qui sont aussi importantes. Elles ont une approche plus spécifiquement sur la grossesse.]IIIb3*

*[Sur les suivis de grossesse, les consultations de suivis de grossesses, c'est vrai que je pense que la sage-femme a quand même une rigueur et une systématisation qui sont supérieures.]IIIb3*

Les sages-femmes parlent plus de cas par cas, elles disent souvent qu'il y a eu une évolution, un mieux, dans le suivi des femmes enceintes par leurs médecins généralistes.

*[Et qui sont bien informés aussi, de tout ce qui se fait, pour les suivis de la grossesse, qui ont eu une remise à niveau.]IIIa4*

*[Y'en a quand même des médecins généralistes qui ont été formés et qui vont entourer les patientes, quand même un peu comme on les entoure. Moi, j'ai quand même d'excellents médecins femmes...]IIIa4*

*[Ils sont bien au parfum, maintenant. Alors qu'il y avait un moment, ce n'était pas ça, hein.]IIIa4*

*[Même des médecins hommes, je veux dire, qui savent très bien se débrouiller avec les suivis de grossesses]IIIa4*

## E. Regards sur les autres professionnels

Les regards sur les gynécologues-obstétriciens suivent la même direction :

*[Le rôle de la gynécologue de ville, c'est un peu la même chose, par contre le rôle du gynécologue obstétricien normalement, c'est un rôle de « pathologue », c'est-à-dire qu'en cas de dépistage d'une pathologie]IIIc (sage-femme)*

*[Les grossesses physiologiques finalement les obstétriciens on n'en a pas besoin !]IIIc (médecin généraliste)*

*[Un obstétricien, il est quand même censé être formé pour voir des grossesses pathologiques et en fait il voit aussi beaucoup de grossesses physiologiques qui devraient en premier lieu être vues par des sages-femmes, et orientées vers un obstétricien s'il y a une pathologie au cours de la grossesse. C'est quand même le monde à l'envers.]IIIc (sage-femme)*

Une sage-femme a parlé d'un possible manque de respect de la part de certains gynécologues :

*[il y a des médecins traitants qui ne se sentent pas respectés, ou des sages-femmes qui ne se sentent pas respectées, par les gynécologues]IIIc*

Un médecin généraliste explique ne pas chercher à suivre les grossesses de ses patientes habituées à consulter chez un gynécologue :

*[Pour ce qui est des gynécologues médicaux, à partir du moment où elles ont fait le choix d'un suivi gynéco par un gynéco médical je ne vais pas me mettre entre... je les laisse re-contacter la personne qui les suivait.]IIIc*

## IV. Vision commune sur le suivi d'une grossesse physiologique

### A. Une « surmédicalisation » de la grossesse normale

Lors des deux focus group, sages-femmes et médecins généralistes ont évoqué la surmédicalisation des grossesses dites « à bas risques » pour ne pas dire « physiologiques ».

*[Elle voit dans sa grossesse essentiellement l'aspect médical]IVa* (sage-femme)

*[Une surmédicalisation]IVa* (médecin généraliste)

*[On est formées à la physiologie, on se doit d'être là, efficaces, discrètes. Mais ce n'est pas ce côté médical qui doit exploser, par contre je dirai qu'il nous faut une rigueur absolue]Ic* (sage-femme)

Cette surmédicalisation aurait des conséquences chez les femmes enceintes, parmi lesquelles un stress induit.

### B. Stress induit

Les médecins et les sages-femmes étaient unanimement convaincus qu'il faut essayer de limiter le stress, la culpabilité, la notion de risque permanent chez les patientes ayant des grossesses physiologiques.

Du côté des médecins généralistes :

*[On est même plutôt là à calmer un petit peu le jeu par rapport à certaines angoisses qui sont induites par les structures, et qui ne sont pas justifiées toujours.]IVb*

*[Je pense que les grossesses sont de plus en plus considérées comme des situations à risque.]IVb*

*[C'est vrai que ça va loin, des fois]IVb*

En parlant des campagnes de prévention sur le tabac et l'alcool chez la femme enceinte :

*[Cela peut être culpabilisant pour les femmes]IVb*

En évoquant toutes les mesures d'hygiène à respecter pour éviter listériose et toxoplasmose :

*[Je ne sais pas quelle est la femme qui fait ça pendant sa grossesse !]IVb*

*[On ne doit pas s'arrêter à tous ces interdits, toutes ces précautions]IVb*

Du côté des sages-femmes :

*[Pour moi, ce n'est pas les maintenir dans un état de pathologie, mais d'éloigner l'idée de risque, là, au-dessus de la tête, alors qu'il n'y en a pas.]IVb*

*[Quand on se rend compte que les choses rentrent dans l'ordre, je pense, qu'il y a eu aussi une cohérence, à dire, à savoir dire à cette femme, que « voilà, là maintenant le suivi à domicile ça n'a plus de sens sauf celui de vous inquiéter pour rien. »]IVb*

### C. Notre rôle : l'accompagnement

Les médecins généralistes et les sages-femmes insistent sur le fait que le soignant a un rôle de surveillance bienveillante et attentive.

Une sage-femme a tenu à rappeler la définition de la grossesse à bas risque :

*[Une grossesse à bas risque, ça veut dire que l'acteur essentiel c'est la femme, et que le rôle des intervenants, a priori, n'est que vigilance et aide à la physiologie.]IVc*

Un médecin généraliste a précisé, non sans humour :

*[Moi je crois que c'est aussi notre rôle, bien qu'étant médecin, de dire que ce n'est pas une maladie, démedicaliser... L'humanité a survécu, quand même, malgré les médecins... ]IVc (rires)*

Concernant l'accompagnement de toute la grossesse une sage-femme a dit :

*[La dimension sociale, affective, psychologique, le contexte, l'information des trois, je veux dire, il y a énormément de choses à aborder avec les femmes.]IVc*

Deux médecins généralistes ont parlé de l'accompagnement en fin de grossesse :

*[C'est pareil je laisse la porte ouverte, je leur dis de me contacter s'il y a quoi que ce soit.]IVc*

*[Je pense plus à des premières grossesses, pour les accompagner, les préparer à l'après, l'accueil de l'enfant au sein du couple (...) finalement ça pourrait être un temps intéressant de leur proposer une consultation de fin de grossesse, pas technique.]IVc*

*[Quand elles vont au CHU pour leurs derniers examens, je leur dis au revoir, mais aussi que je suis à leur disposition s'il y a quoi que ce soit, en attendant.]IVc*

## V. Relations interprofessionnelles

### A. Une communication difficile

#### 1. Médecins généralistes difficiles à joindre

Deux sages-femmes vont déplorer la difficulté pour joindre les médecins traitants de leurs patientes :

*[Mais on peine un peu à les joindre...]*Vb

*[Quelquefois, quand vraiment je veux en voir un, je me mets en quatre et je vais essayer... Ça peut me prendre quelquefois 2-3 jours pour y arriver. C'est pareil pour vous qui êtes en cabinet mais bon ....faut en vouloir quoi, vraiment en vouloir !]*Vb

*[Sans compter le temps que ça prend, et la difficulté de les avoir.]*Vb

#### 2. Absence de présentation officielle lors des installations en libéral

Pour une sage-femme, qui aurait aimé organiser une rencontre interprofessionnelle, il y a la notion de peur, mais aussi de manque de temps :

*[Je suis sortie de cette formation « reboostée », en me disant, je vais organiser avec la sage-femme de PMI, la puéricultrice, les médecins traitants, enfin voilà, vraiment en me boostant, on peut faire des choses ensemble, il faut... Eh bien, j'avoue je n'ai pas osé, ça s'est effrité et j'en suis navrée (...) Parce que déjà et d'une, on a de grosses journées, ce n'est pas forcément « oser » dans le sens aborder mais essayer d'organiser un truc]*Vb

Deux sages-femmes racontent leurs expériences d'installation :

*[Je ne suis pas allée voir les médecins traitants en m'installant.]*Vb

*[Je suis allée voir les gens dans les communes autour, les médecins, les représentants, en leur disant : « bonjour, je suis sage-femme, je fais ça, ça, ça »]*Vd

Deux sages-femmes notent que les médecins généralistes sont trop nombreux pour organiser des présentations :

*[Parce que je suis sur un secteur quand même qui est très vaste, et que d'aller rencontrer les médecins traitants ça doit représenter au moins une vingtaine, voire plus, sur l'ensemble des communes]*Vb

*[Surtout que l'on a à faire à plein de médecins traitants, pas un médecin traitant.]*Vb

Les médecins généralistes n'ont pas abordé la question de la présentation interprofessionnelle au moment de l'installation.

### *3. Un consensus sur ce manque de communication*

Les médecins généralistes reconnaissent le manque de rapports professionnels avec les sages-femmes :

*[On ne travaille pas beaucoup avec les sages-femmes en direct.]Vb*

*[Moi je ne jeterai pas la pierre aux sages-femmes, je pense que je ne mets pas beaucoup du mien pour resserrer les liens, enfin c'est ça aussi, quoi.]Vb*

*[Quand il y a des problèmes, il y a souvent un contact, mais ce que je veux dire c'est que ça ne se fait pas au quotidien.]Vb*

*[On a peu de contacts avec les sages-femmes libérales, finalement.]Vb*

Une sage-femme travaillant en PMI, auprès de femmes en difficulté, explique que la méconnaissance de la profession de médecin généraliste ne lui permet pas de travailler en équipe pour le moment :

*[Ce ne sont que des femmes vulnérables et en difficulté, c'est vrai que, c'est du point de vue de l'aide, de l'accompagnement, apporté à la femme, ça ne pourrait être qu'enrichissant d'être en lien avec le médecin traitant, mais ça ne pourrait certainement que servir les femmes, mais, je pense que je ne l'ai pas fait par aussi méconnaissance de la profession. Le fait aussi, de penser alors, à tort ou à raison, qu'ils ne connaissent pas le rôle de la sage-femme de PMI non plus.]Vb*

Une sage-femme, installée en libéral, a expliqué que le médecin généraliste est le médecin que les sages-femmes ne côtoient jamais :

*[...] il y a vraiment une bonne relation avec cette gynécologue-là, mais avec les médecins traitants... Enfin sauf avec les jeunes, les nouveaux qui font partie de la maison médicale, mais sinon les anciens, ceux qui sont souvent là depuis longtemps... ]Vb*

*[Dans le libéral, faut rencontrer le médecin traitant, on ne le connaît pas celui-là, du tout !]Vb*

*[Le gynéco obstétricien, je l'ai toujours connu, j'ai toujours connu où s'arrêtait mon rôle, tout ça. Avec le médecin traitant en fait, je trouve que c'est une profession que*

*l'on rencontre très peu. Les psychologues, on les a rencontrés en maternité, les pédiatres aussi. Les médecins traitants très peu. ]Vb*

Le déroulement de nos études respectives peut donc être un facteur expliquant ce manque de communication ?

## B. Nos études respectives en cause ?

Les médecins généralistes se souviennent de leurs rencontres avec les sages-femmes au cours de leur formation initiale :

Un médecin généraliste, quinquagénaire, raconte :

*[Moi les seules occasions que j'ai eu, c'est quand j'ai travaillé comme infirmier de nuit à l'hôpital de Châteaubriant, et où j'allais de temps en temps à la maternité voir les sages-femmes travailler, suivre le travail d'accouchement, hein, mais ce n'étaient pas des suivis de grossesse.]Vc*

Un autre, sexagénaire :

*[Les premières sages-femmes que j'ai dû rencontrer cela devait être pour les accouchements de ma femme !]Vc*

Presque tous ont voulu s'exprimer sur le sujet :

*[j'ai eu la chance de pouvoir passer en gynéco]Vc*

*[Moi j'ai passé 6 mois de stage en gynéco-obstétrique et je pense que c'était hors de question que les sages-femmes forment les... J'étais externe à l'époque, je pense qu'il était hors de question que les sages-femmes forment les externes. Ce sont les médecins qui forment les médecins...)]Vc*

*[Pour ce qui me concerne je méconnaissais complètement le métier de sage-femme, je n'ai rien appris pendant ma formation initiale.]Vc*

Il y a même quelques mauvais souvenirs :

*[Moi aussi en tant qu'externe aussi j'étais... on les gênait, les sages-femmes, si on... On les gênait quoi ! Il fallait qu'elles s'occupent de leurs élèves sages-femmes, et... on les gênait !]Vc*

*[il fallait supplier pour pouvoir assister à un accouchement et montrer qu'on était passionnés, hyper intéressés, et plus on était présents pendant des heures et plus on avait mérité le droit d'assister à un accouchement.]Vc*

*[Donc je ne sais pas en quoi consiste le métier de sage-femme. Mais ce n'est pas ma faute, hein, il y a eu une période où les formations, même en obstétrique, on n'avait pas le droit de faire un toucher vaginal pendant les quelques heures qu'on y passait... ]Vc*

Deux sages-femmes se posent quelques questions au sujet de la formation des médecins généralistes :

*[Ils n'ont pas connu les sages-femmes pendant leurs études ?]Vc*

*[Qu'est-ce qu'on leur apprend à l'école, mais nous, on n'a rien appris du médecin traitant et ce qu'on pouvait faire avec, et qu'est-ce qu'on leur dit dans leur formation ?]Vc*

Une sage-femme raconte les rapports plus ou moins bons avec les étudiants en médecine :

*[Les internes, alors il y avait ceux qui étaient intéressés (...). Et il y'a ceux qui s'en fichaient complètement, qui suivaient l'interne, et qui allaient se coucher, et qu'on voyait quelques minutes, très hautains.]Vc*

Les médecins généralistes rappellent qu'on ne leur apprend pas à travailler en équipe :

*[On n'a pas vraiment l'habitude de travailler en équipe.]Vc*

*[Peut-être que ce qui manque, justement, c'est ce travail en équipe. C'est vrai, c'est un des gros problèmes de notre structure de soins, on est assez isolés quand même, même si on a des contacts téléphoniques de temps en temps.]Vb*

### C. Et en formation continue ?

Une médecin généraliste explique qu'elle a été formée à suivre des grossesses à bas risque à l'occasion de formations médicales continues et précises : *[mais en formation continue où il n'y avait que des médecins.]Va*

Les sages-femmes n'ont pas évoqué ce sujet.

## D. La communication « informelle »

Il y a évidemment des formes de communication informelle entre les sages-femmes et les médecins généralistes, plus ou moins efficaces, plus ou moins satisfaisantes :

Une sage-femme explique que c'est du « cas par cas » :

*[Même si des fois, on téléphone.]Vd*

Elle précise, pour les arrêts de travail de plus de 15 jours : *[Parfois, on connaît son médecin traitant il suffit de passer un coup de fil en disant « je suis coincée voilà, elle a besoin de plus ... »]Vd*

Deux autres, dont l'une travaille au sein d'une structure hospitalière et l'autre en libéral, ont raconté qu'elles sont parfois sollicitées par des médecins généralistes, pour de simples conseils :

*[j'ai beaucoup de coups de téléphone de médecins généralistes qui me demandent des conseils.]Vd*

*[quand ils se trouvent un peu courts, vont appeler la sage-femme, qu'ils connaissent sur le terrain, pour lui demander : qu'est-ce que tu ferais dans ce cas-là ?]Vd*

Les appels téléphoniques sont le principal moyen de communication évoqué :

*[il a plein de médecins généralistes avec qui l'on travaille très bien, on a des soucis, on les appelle, ils ont des soucis, ils nous appellent.]Vd*

*[ils ne vont pas avoir le réflexe par exemple de demander un médecin ou de téléphoner aux urgences, ils demandent à parler aux sages-femmes de consultation.]Vd*

Plusieurs sages-femmes ont raconté qu'elles faisaient des transmissions aux médecins traitants de leurs patientes :

*[Moi j'appelle souvent]Vd*

*[je fais un compte rendu à la personne qui doit voir la femme pour son 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois, et à son médecin traitant...]Vd*

*[on fait un peu des pas vers l'autre, vers l'autre professionnel, pour dire : « voilà, j'ai vu votre patiente, moi j'ai constaté ça, j'ai pensé qu'il était bien de lui dire ça, et puis voilà, que vous le sachiez aussi... » On essaye de se mettre en cohérence pour elle.]Vd*

ce qui est aussi remarqué par un médecin généraliste :

*[Moi j'ai une sage-femme qui m'envoie un petit compte-rendu, un petit mot, après chaque consultation d'une femme dont je suis le médecin traitant. J'ai trouvé ça sympa.]Vd*

Un médecin généraliste constate :

*[Avec les sages-femmes en libéral, nous on communique bien !]Vd*

Les médecins généralistes ont discuté de l'intérêt du carnet de maternité pour communiquer avec les différents intervenants de la grossesse :

*[Moi j'essaie de remplir comme dit M. (F2) le fameux carnet de maternité que personne ne remplit]Vd*

*[je marque toujours sur le carnet de maternité.)]Vd*

*[Après le carnet, oui moi je le remplis toujours, mais c'est vrai que les structures ne le remplissent pas.]Vd*

*[il y a un document officiel quand même, qui est fourni par les départements, qui est intéressant, il y a des documents intéressants dedans, on met dedans les résultats des examens, mais à part les quelques rares médecins qui le font je n'ai jamais vu, ou j'ai rarement vu quelqu'un d'autre écrire dessus. Je ne sais pas quelle est votre expérience... ]Vd*

La modératrice avait demandé, pendant le focus group des médecins généralistes :

*[ANIMATRICE : Donc apparemment ce n'est pas un outil de liaison avec les sages-femmes ?*

*H2 : Ou qui n'est pas utilisé comme tel, hélas.]*

Un médecin généraliste a reconnu :

*[Je repensais à ce que tu disais B. (H2), c'est vrai que par exemple quand une femme me dit je vais faire suivre ma grossesse par une sage-femme, là ça m'est arrivé, je ne lui dis pas « ben tiens, je vais vous mettre un petit mot, avec vos principaux antécédents », donc ça ce serait intéressant.]Vd*

Un autre avait déjà dit précédemment :

*[Moi je ne jetterai pas la pierre aux sages-femmes, je pense que je ne mets pas beaucoup du mien pour resserrer les liens, enfin c'est ça aussi, quoi]Vb et ce même médecin : [peut-être que si la femme dit : « j'aimerais bien être suivie par une sage-femme », qu'on sait qui c'est, ça peut être l'occasion de tendre la perche ou la main, je ne sais pas... Mais peut-être que l'on ne le fait pas assez non plus, quoi... ]Vb*

Une médecin généraliste a posé l'hypothèse qu'elle ne le faisait pas par sentiment de frustration :

*[Quelque part je me sens probablement un peu dépossédée (rires d'une femme), non mais c'est vrai, je me dis ben tiens, pourquoi ne se fait-elle pas suivre par moi, je lui dis rien, mais du coup... (elle rit). Mais par contre avec les sages-femmes du secteur, entre autres avec une, on a quand même des échanges. Mais c'est vrai que mettre un petit mot, comme quand t'envoies, ... Ça pourrait être intéressant... ]Vd*

Dans l'ensemble on peut dire que les médecins reconnaissaient ne pas faire assez d'effort pour communiquer, notamment par écrit, et ont cherché à comprendre pourquoi ils ne le faisaient pas. Certains ont le sentiment de faire ce pas en avant, par le biais du carnet de maternité, même si dans le même temps ils déplorent qu'il soit trop peu utilisé.

Deux médecins généralistes ont dit qu'ils ne remplissaient pas le carnet de maternité :

*[Moi j'ai quelques grossesses que je suis, là, en ce moment, j'en suis deux, mais elles n'ont pas de carnet ou en tout cas elles ne me l'ont jamais présenté. Alors comme ça change beaucoup, les formes de carnet, et les trucs, je pensais que ça n'existait plus.]Vd*

*[Et si on me le présente je ne le remplirai pas, je suis désolé, je ne peux pas tout remplir. Par contre je donne à la patiente la sortie informatique de ce que j'ai noté.]Vd*

Enfin, certains médecins généralistes ont parlé de suivis alternés avec les sages-femmes :

*[je propose assez souvent de faire une surveillance alternée]Vd*

*[Je pense qu'on a aussi des compétences de toute façon différentes, qui peuvent se compléter, moi ça m'arrive de solliciter en plus la sage-femme]Vd*

*[Je n'en fais pas beaucoup mais je propose]Vd*

## E. Les propositions qui ont été faites

Au cours de ces deux focus group, des propositions ont été lancées, de-ci de-là, par des médecins généralistes et des sages-femmes, en voici quelques-unes...

Une sage-femme a parlé de formations communes :

*[C'est d'avoir des formations communes, ça a déjà été évoqué plusieurs fois, qu'il y ait des formations multiprofessionnelles, au moins par secteur.]Vf*

*[C'est pour ça qu'une formation ce serait l'occasion.]Vf*

Une autre a dit qu'il faudrait proposer des rencontres, tout simplement :

*[« Tiens ! Ce soir, de 20 à 22 heures, on se fait un truc avec quelques sages-femmes, avec le médecin du coin, pourquoi pas la puer de PMI... » Enfin, des choses qui sont peut-être un peu informelles et bien ça ne se fait pas ça, et ça c'est dommage peut être, (...)]Vf*

*[Il y a des choses, peut-être de façon informelle, qui pourraient se faire. Ça peut être une entrevue professionnelle bien sûr]Vf*

Deux sages-femmes ont voulu préciser qu'au-delà des relations professionnelles c'est les femmes, et même les nouveau-nés qui seraient mieux pris en charge :

*[J'ai l'impression que le suivi de grossesse doit être à 2, mais celui de l'enfant aussi, ce serait l'idéal pour nous. Je ne sais pas si c'est ça, mais ce serait l'idéal.]Vf*

*[Ça ne pourrait être qu'enrichissant d'être en lien avec le médecin traitant, mais ça ne pourrait certainement que servir les femmes]Vf*

Et les médecins généralistes, de leur côté, parlent de courrier :

*[L'idée du petit courrier quand on adresse pour l'entretien du quatrième mois ou même pour les séances de préparation à la naissance, ou pour... on pourrait, on pourrait faire un petit courrier avec un résumé des antécédents, de la femme, qui servirait de lien, et on aurait peut-être aussi, à ce moment-là, un retour]Vf*

*[« ben tiens, je vais vous mettre un petit mot, avec vos principaux antécédents »]Vf*

mais aussi de rencontres, par quartiers, par secteurs :

*[Rencontrer les gens, c'est toujours intéressant.]Vf*

et enfin, la phrase qui a clôturé le focus group des médecins généralistes :

*[Et que ça se fasse en toute confiance]Vf*

# DISCUSSION

## I. Critique de la méthode

### A. Le choix de la méthode du focus group

Dans le cadre d'un travail portant sur un échange de regards, cette méthode présente des avantages. Elle permet de faire émerger les opinions, les idées au sein d'un groupe, d'expliquer des comportements.

Elle peut faire émerger des idées inattendues par le chercheur.

L'expression sans tabou de certains individus peut lever les inhibitions des autres.

L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Toutes les idées sont prises en compte, même une idée minoritaire a une valeur.

### B. Déroulement des focus group

#### 1. *Le recrutement des sages-femmes*

Nous avons appelé :

-des sages-femmes libérales figurant dans l'annuaire téléphonique des départements de Loire-Atlantique et de Vendée ;

-des sages-femmes hospitalières ;

-et une sage-femme de PMI.

Après 20 communications téléphoniques, 9 avaient accepté de participer.

Nous avions un objectif de 8 participants par profession, nous avons donc stoppé le recrutement.

#### 2. *Le recrutement des médecins généralistes*

Nous avons volontairement choisi un autre moyen de recruter les médecins généralistes, par messagerie électronique : les médecins généralistes travaillent en majorité avec un secrétariat, et le recrutement aurait été rendu plus compliqué par ces intermédiaires.

Nous avons donc demandé à certains médecins de Vendée et de Loire Atlantique de nous communiquer les mailings lists des groupes de formation continue, groupes de pairs ou listes de garde. Nous avons envoyé environ 100 mails, et nous avons eu 8

réponses positives, ce qui correspondait à notre objectif.

### *3. Le déroulement des focus group*

Le focus group des sages-femmes a été mouvementé : les idées fusaient de toutes parts, elles parlaient souvent toutes en même temps, ce qui a compliqué la retranscription mais les échanges ont apporté beaucoup d'informations du fait du nombre d'interventions.

Il y a eu dans ce focus group ce qu'on appelle une « leader d'opinion » : en effet une des sages-femmes a souvent essayé de faire passer des messages politiques, ou relevant d'un syndicat. L'animatrice a essayé de limiter ces interventions, et de motiver les autres participantes à prendre la parole. Il a fallu intervenir à plusieurs reprises.

Cela dit, toutes les sages-femmes ont pris la parole et ont pu exprimer leurs idées.

Le focus group des médecins généralistes a été plus calme. Ils ont pris la parole chacun à leur tour. Les mêmes questions leur avaient été posées. Le focus group a duré moins longtemps. Il n'y a pas eu de leader d'opinion.

### **C. Les limites de notre méthode**

Le recrutement n'a pas été réalisé avec la même méthode pour les deux groupes professionnels : nous n'avons pas joint les médecins généralistes par téléphone, sachant que pour la plupart nous allions devoir laisser des messages aux secrétaires, et rappeler ensuite pour avoir la réponse. Il paraissait plus simple et plus sûr de leur envoyer un e-mail. Les listes de diffusion provenaient de médecins maîtres de stage au niveau du département de médecine générale de Nantes, ce qui est un biais : sur les 8 médecins généralistes présents, 7 reçoivent des internes régulièrement au sein de leur cabinet, tous font partie de groupes de formation continue ou de groupes de pairs.

Le recrutement géographique est également une limite pour la représentativité des modes d'exercice (zone rurale/zone urbaine), seules des sages-femmes et des médecins généralistes travaillant à Nantes ou à la périphérie (à moins de trente-cinq minutes de Nantes) ont accepté le déplacement.

Il n'y avait pas entre les participants à un même focus group de relations de hiérarchie, puisque tous exerçaient la même profession, par contre un des focus group a été confronté à un leader d'opinion.

La limite inhérente à cette méthodologie de type qualitative, est celle de la méthode elle-même. Les recrutements se sont faits sur la base du volontariat, seules les personnes intéressées par le thème et l'objectif, et suffisamment motivées pour y consacrer du temps professionnel ont adhéré.

Seule la qualité des réponses est exploitable, mais nécessite dès l'abord une prise de conscience de la non généralisation des propos exprimés.

## II. Le suivi de la grossesse à bas risque en France

### A. Les professionnels du suivi des grossesses

#### 1. *Qui sont ces professionnels ?*

Les grossesses à bas risque peuvent être suivies par les gynécologues-obstétricaux, les gynécologues médicaux, les sages-femmes et les médecins généralistes.

Tout comme pour leur suivi gynécologique, les femmes ont le choix entre ces différents intervenants.

Leurs formations sont très différentes, et la densité médicale de chacun de ces professionnels l'est aussi, en fonction des zones géographiques.

#### 2. *Quel(s) professionnel(s) choisissent les femmes ?*

##### a. *Pour effectuer la déclaration de leur grossesse*

Les sages-femmes et les médecins généralistes présents lors des focus group évoquaient comme une évidence le fait qu'en France, les femmes s'orientent d'abord vers le médecin généraliste :

*[(...) elle pense qu'elle est enceinte et elle est heureuse donc d'être enceinte, elle va d'abord quand même dans notre pays en priorité, va aller voir le médecin traitant.]*

*[La personne qui était forcément l'interlocuteur en premier lieu, c'était lui.]*

(sages-femmes)

*[Moi je propose à toutes les patientes que je suis de suivre leurs grossesses.]*

(médecin généraliste)

Lors de l'enquête nationale sur la situation périnatale en France en 2010 (3), portant sur plus de 15 000 femmes, les chiffres montrent que les femmes déclarent leur grossesse :

- auprès d'un gynécologue en ville dans 47,6 % des cas, ou auprès d'un gynécologue obstétricien en maternité dans 26,5 % des cas ;
- auprès d'un médecin généraliste pour 22,4 % des femmes ;
- auprès d'une sage-femme dans 5,4 % des cas.

Dans la réalité, d'après la dernière enquête prénatale, près de  $\frac{3}{4}$  des femmes choisissent donc de déclarer leur grossesse auprès d'un gynécologue, et seulement  $\frac{1}{4}$  d'entre elles choisissent de la déclarer auprès de leur médecin généraliste ou auprès d'une sage-femme libérale.

Les sages-femmes évoquaient le médecin traitant comme un « aiguilleur » du début de grossesse lors du focus group, il paraît plus exact de penser que dans la majorité des cas c'est le gynécologue-obstétricien qui a ce rôle.

b. Pour effectuer le suivi de leur grossesse

Lors des focus group, les sages-femmes évoquaient le gynécologue-obstétricien comme un professionnel de périnatalité devant prendre en charge uniquement les grossesses pathologiques :

*[Le rôle du gynécologue obstétricien normalement, c'est un rôle de « pathologue », c'est-à-dire « qu'en cas de dépistage d'une pathologie »]*

*[Un obstétricien, il est quand même censé être formé pour voir des grossesses pathologiques. En fait il voit aussi beaucoup de grossesses physiologiques qui devraient en premier lieu être vues par des sages-femmes, et orientées vers un obstétricien s'il y a une pathologie au cours de la grossesse. C'est quand même le monde à l'envers.]*

Un médecin généraliste affirmait : *[(...) les grossesses physiologiques : finalement, les obstétriciens, on n'en a pas besoin.]*

Pourtant, lors de l'enquête nationale de 2010, en ce qui concerne le suivi de leur grossesse, les femmes estiment avoir été suivies essentiellement par (3):

- leur gynécologue-obstétricien dans 66,8 % des cas ;
- leur médecin généraliste dans 4,7 % des cas ;
- leur sage-femme dans 11,7 % des cas ;
- plusieurs professionnels dans 16,8 % des cas.

Le suivi de grossesse s'effectue donc en majorité par les gynécologues, mais en comparaison des chiffres sur la déclaration de grossesse, cette proportion décroît, au profit du suivi par les sages-femmes.

Par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations chez un généraliste, un gynécologue obstétricien de ville et surtout par une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et une sage-femme hors maternité de 5,0 % à 19,8 %.

À titre de comparaison, en 1981, date à laquelle on avait des données très voisines par une autre enquête nationale (4), on constate une diminution importante du rôle des généralistes, qui étaient consultés au moins une fois par 53 % des femmes, et une augmentation du rôle des sages-femmes qui étaient consultées au moins une fois par 19 % des femmes.

Les sages-femmes ont exprimé un soulagement par rapport à cette situation lors du focus group : *[on commence à retrouver un peu notre place de sage-femme, auprès des femmes, et c'est tant mieux.]*

Les médecins généralistes n'ont pas évoqué ces changements de choix du professionnel de la part des femmes enceintes, peut-être parce que parmi ceux qui étaient présents lors du focus group cette évolution ne se constatait pas dans leur exercice quotidien.

Ces deux professions ont exprimé lors des focus group leur incompréhension face aux situations de grossesses physiologiques suivies par les spécialistes gynécologues-obstétriciens dès le début de la grossesse.

### 3. Densité professionnelle

#### a. Concernant les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens

Alors que les sages-femmes et les médecins généralistes ont exprimé lors des focus group le fait que les gynécologues-obstétriciens devaient en tant que spécialistes suivre les grossesses à risque et non pas les grossesses physiologiques, la densité médicale française des gynécologues-obstétriciens, en forte baisse, n'a pas été évoquée. Pourtant, cette évolution démographique est un élément important dans l'évolution actuelle et future des suivis des grossesses à bas risque en France.

La formation des gynécologues médicaux et obstétricaux a beaucoup évolué depuis trente ans :

**Jusqu'en 1984**, le nombre d'étudiants en gynécologie médicale et obstétricale n'était pas limité ni en lien avec les besoins en terme de démographie médicale. Le *numerus clausus* global des étudiants en médecine diminue par contre chaque année puisque la logique des Pouvoirs Publics est alors de former moins de médecins, car les médecins sont prescripteurs, dans le but de diminuer les dépenses de santé.

**À partir de 1984**, la spécialité de gynécologie médicale seule a disparu, et le gynécologue-obstétricien est un interne en chirurgie avant tout.

**En 2000**, il devient de nouveau possible de se former en gynécologie médicale et l'internat de gynécologie-obstétrique n'est plus considéré comme un internat de chirurgie.

**En 2004**, les épreuves nationales classantes (ECN) remplacent l'internat. Les étudiants en médecine passent ce concours national à la fin de la sixième année de médecine. L'année de la création de ce concours il y a 16 postes sur toute la France pour la gynécologie médicale et 158 en gynécologie-obstétrique.

**En 2011** : 30 postes de gynécologie médicale sur l'ensemble de la France et 200 postes de gynécologie-obstétrique.

La même année la pyramide des âges de la population française des gynécologues révèle des chiffres impressionnants : 67 % ont 55 ans ou plus. (5)

La moyenne d'âge est de 51 ans au niveau national.

Il est donc à prévoir que les nouveaux diplômés ne suffiront pas à remplacer les cessations d'activité dans les années à venir.

Dans la région des Pays de la Loire, en 2011, à titre d'exemple, il y avait 70 gynécologues médicaux et 53 gynécologues obstétricaux inscrits au conseil de l'ordre, avec une moyenne d'âge de 58 ans (62 % ont 55 ans ou plus.) et à l'ECN il y avait 1 place de gynécologue médical et 5 places de gynécologie-obstétrique.

Ces chiffres donnent à penser que :

- la pénurie des gynécologues va s'accroître dans les années à venir.
- les gynécologues-obstétriciens et les gynécologues médicaux ont un cahier des charges de leur spécialité qui risque d'être redéfini, afin d'être en mesure de prendre en charge les cas de patientes relevant de leur spécialité.

Les femmes enceintes choisissent aujourd'hui majoritairement un gynécologue-obstétricien pour leur grossesse, même si aucun risque particulier n'a été identifié. Cette situation pourrait évoluer dans les années à venir, compte tenu du manque de gynécologues-obstétriciens qui s'accroît, du vieillissement de la profession, et du nombre insuffisant de nouveaux diplômés.

*b. Concernant les médecins généralistes*

Lors des focus group, les sages-femmes ont mis en évidence une hétérogénéité des pratiques médicales des médecins généralistes, avec des exemples de médecins généralistes qui délèguent des suivis de grossesse aux sages-femmes, et d'autres qui souhaitent suivre leurs patientes enceintes durant leur grossesse.

Les médecins généralistes présents déclaraient tous suivre des femmes enceintes.

En janvier 2012, la DRESS (6) comptait 101 896 médecins généralistes en France. 65 % exerceraient en libéral.

Le rapport de la Cour des Comptes de 2011 recensait 4 580 médecins généralistes dans la région des Pays de la Loire, soit une densité régionale de 127 médecins généralistes pour 100 000 femmes.

Un tiers a 55 ans ou plus de 55 ans.

Tous les médecins généralistes ne proposent pas à leurs patientes de suivre leurs grossesses à bas risque, mais il n'y a pas de chiffre officiel concernant leurs compétences et leurs choix dans ce domaine.

Il est donc très difficile d'estimer la réponse de la médecine générale aux demandes de suivis de grossesse, même si la densité française est importante dans ce domaine.

c. Concernant les sages-femmes

Les sages-femmes présentes lors du focus group ont évoqué le cas de collègues qui n'effectuent pas de consultations de suivis de grossesse dans leur pratique quotidienne, notamment dans le milieu libéral, alors que d'autres souhaiteraient en faire plus et voir les médecins généralistes leur déléguer les suivis de grossesses.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (7), 74 % des sages-femmes sont salariées hospitalières, dont 58 % dans le secteur public et 16 % dans le secteur privé, 8 % sont salariées non hospitalières dont plus de la moitié exercent dans un service de protection maternelle et infantile (PMI)

18 % des sages-femmes exercent en libéral (exclusif ou mixte).

Les sages-femmes au total sont 18 609, soit 5 fois moins que de médecins généralistes.

Dans la région des pays de la Loire, elles sont 1 039 (hommes et femmes), soit une densité de 132 sages-femmes pour 100 000 femmes. Elles ne sont que 271 à avoir déclaré exercer en libéral, et toutes ne font pas de consultations de suivi de grossesse. La moitié des sages-femmes en exercice ont moins de 40 ans. Elles ont 41 ans en moyenne.

La profession est encore féminine à 99 % en 2012.

Lors du focus group des médecins généralistes, un médecin, parlant du fait que selon lui le suivi des grossesses relève du rôle des sages-femmes plutôt que des médecins, a précisé que « *les sages-femmes ne peuvent peut-être pas tout faire vu la démographie, (...) parce qu'il y a des endroits où il n'y a pas de sage-femme.* ». De même lors du focus group des sages-femmes, une sage-femme a précisé : « *il y a encore plein d'endroits où les sages-femmes ne suivent pas de grossesse.* »

La répartition des sages-femmes libérales (8) sur le territoire français est encore très variable d'une région à l'autre.

Entre deux régions, le nombre de sages-femmes rapporté à la population des femmes en âge de procréer peut varier presque du simple au double.

Le Languedoc-Roussillon, la région Rhône-Alpes, la Franche-Comté, la Lorraine et les départements d'outre-mer sont les cinq régions les mieux dotées en sages-

femmes : la densité de sages-femmes par rapport à la population des femmes en âge de procréer y est supérieure de 15 % à la densité nationale.

À l'inverse, les régions Picardie, Ile-de-France, Corse et Nord-Pas-de-Calais enregistrent les densités les plus faibles : elles sont inférieures de plus de 15 % à la densité nationale.

Par ailleurs, la densité régionale de sages-femmes n'est pas corrélée à la densité régionale de gynécologues obstétriciens ou de médecins généralistes.

Les inégalités de répartition constatées pour l'ensemble de la profession sont beaucoup plus marquées dans le secteur libéral puisque les écarts de densité régionale varient de 1 à 4.

Il y a donc en France des régions où les sages-femmes libérales ne sont pas encore en nombre suffisant pour assurer tous les suivis de grossesses à bas risque, d'autant plus que toutes les sages-femmes libérales ne souhaitent pas effectuer ce type de suivi, et ont d'autres activités. Les sages-femmes hospitalières peuvent aussi effectuer ces suivis, mais cela ne représente qu'une petite part de leurs activités.

En 2011, la Cour des Comptes (9) décrivait que les consultations ne représentaient que 8 % du temps de travail des sages-femmes salariées, et que 5 % des actes remboursés des sages-femmes libérales.

Les statistiques laissent à prévoir que la densité des sages-femmes libérales va continuer d'augmenter, et il est très probable qu'elles soient de plus en plus nombreuses à effectuer des suivis de grossesses, pour des raisons que nous allons évoquer ultérieurement.

#### 4. Formations professionnelles

##### a. Formation initiale des sages-femmes

Lors du focus group, une sage-femme a évoqué l'aspect « technique » de ses études, et l'absence de rencontre avec les médecins généralistes :

*[Par rapport à la formation (...), et bien il fallait que je sois une bonne technicienne. C'était la première chose, apprendre des trucs par cœur, la biologie, les symptômes, l'hypertension,...]*

*[La seule équipe que je connaissais en fait, via l'école c'était le gynécologue obstétricien.]*

Les sages-femmes sont formées en 5 ans en France, ce qui fait de cette formation pour les sages-femmes une des plus longues au monde.

Depuis 2002, les futurs étudiants sages-femmes avaient l'obligation de passer le PCEM1, la première année commune au premier cycle des études médicales, et de décrocher une place de sage-femme au concours. Depuis 2010 cette première année commune s'appelle la PAES, première année des études de santé.

Ensuite elles ont 4 années de formation au sein d'une école de sage-femme.

Le cursus comporte à la fois des enseignements théoriques, des travaux pratiques, des travaux dirigés et des stages obligatoires. Ces stages se déroulent dans les établissements de santé ou auprès de sages-femmes libérales.

Les examens de passage et ceux du diplôme d'État comprennent tous des épreuves écrites et une épreuve clinique. Il comporte en outre des épreuves orales et la soutenance d'un mémoire de fin d'études.

##### b. Formation initiale des médecins généralistes

Lors du focus group, certains médecins généralistes ont évoqué leur formation initiale, très inégale :

*[On a appris sur le tas, pour ce qui est du suivi de la grossesse.]*

*[Je méconnaissais complètement le métier de sage-femme, je n'ai rien appris pendant ma formation initiale.]*

*[Même le suivi de grossesse, c'était « zéro », ni même la contraception.]*

*[J'ai été amenée à suivre des consultations ici, de gynécologie et d'obstétrique, et des consultations de sage-femme.]*

Les médecins généralistes sont formés en 9 ans en France. Ils ont deux ans de premier cycle des études médicales (PCEM1 et PCEM2), puis un externat de 4 ans, où ils alternent stages à l'hôpital (et selon les facultés, parfois quelques demi-journées chez un médecin généraliste, parfois un stage à plein-temps) et cours théoriques. Ensuite, à l'issue de la sixième année ils passent le concours de l'ECN, qui leur permet de choisir la spécialité et la région de leur internat. Pour ceux qui choisiront la spécialité « médecine générale » commence alors un internat de 3 ans.

Les internes en médecine générale ont une « maquette » de stage à respecter, avec 4 stages obligatoires et 2 stages libres. Parmi les stages obligatoires on trouve le stage « mère/enfant » : concrètement soit l'interne a accès à un stage d'un semestre partagé entre les spécialités gynécologie et pédiatrie (à Nantes il y a 4 places par semestre dans ce type de stage), soit il fera 6 mois de pédiatrie uniquement, soit 6 mois de gynécologie uniquement.

Les médecins généralistes ne sont donc pas tous passés dans un stage de gynécologie-obstétrique durant leur internat donc durant leur formation initiale.

### c. Les relations professionnelles durant nos études

Si l'on reprend nos *verbatim*, et alors que la plupart des sages-femmes et médecins présents n'ont pas connu le PCEM1 ou le PAES, ils mettent en avant soit l'absence totale de rencontre interprofessionnelle pour certains tout au long de leurs études, soit une collaboration lors des stages pratiques, à l'hôpital.

*[Pendant ma formation (initiale), on ne m'a même pas appris qu'une sage-femme existait !]*

La première année des études de santé, bien que commune, ne peut pas être très enrichissante sur le plan des relations entre étudiants, futurs sages-femmes, futurs étudiants en médecine : en effet, il s'agit d'une année de concours, avec des enseignements uniquement théoriques et la plupart des candidats ne sont pas encore aptes à choisir leur spécialité médicale future.

Une fois cette première année réussie, les étudiants en médecine et en sage-femme continueront d'avoir quelques cours en commun pendant les 4 années qui suivent la réussite de la PAES, mais et ils ne partagent pas encore d'informations professionnelles.

Les stages en gynécologie-obstétrique sont primordiaux, les étudiants ont enfin l'occasion d'échanger, de travailler ensemble, d'observer et d'expérimenter la coordination professionnelle.

Le premier problème évoqué par les professionnels conviés au focus group, ou au cours des discussions, est que ces échanges se révèlent trop rares ou dépendants des circonstances pour permettre une véritable mise en place de relations de type professionnelle.

Mais les deux focus group ont évoqué un problème supplémentaire : le problème pédagogique.

Les relations entre les professionnels et les étudiants ne sont pas toujours des bons souvenirs, à cause d'un manque de coordination des plans de formations entre les étudiants en médecine et les étudiants sages-femmes.

Les sages-femmes n'ont pas forcément pour rôle de prendre en charge les externes en médecine. Les externes sont nombreux en stage, et doivent observer le travail des sages-femmes, entre autres. Certains n'auront plus jamais l'occasion de travailler auprès d'elles durant tout leur cursus.

Les sages-femmes des centres hospitalo-universitaires ont de plus un rôle primordial dans la formation pratique et théorique de leurs étudiants sages-femmes, et c'est ainsi que les externes racontent à quel point les places peuvent devenir « chères » pour assister à une consultation, à une échographie ou à un accouchement.

*[On les gênait, les sages-femmes (...). Il fallait qu'elles s'occupent de leurs élèves sages-femmes, et...on les gênait !]*

On assiste donc à une formation pratique des étudiants en médecine auprès des sages-femmes très aléatoire, selon les motivations, les personnes rencontrées, selon le lieu de stage.

*[il y a eu une période où les formations, même en obstétrique, on n'avait pas le droit de faire un toucher vaginal pendant les quelques heures qu'on y passait...]*

Les sages-femmes, quant à elles, ont fait remarquer qu'au cours de leur formation initiale, elles sont amenées à travailler auprès des médecins spécialistes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, ou auprès des internes, mais ne sont jamais amenées à travailler en collaboration avec les médecins généralistes.

*[le médecin traitant et les sages-femmes, on ne se connaît pas en fait. Enfin mis à part ceux qui ont bien voulu rester et qui étaient intéressés par leur stage en gynéco de six mois, et les autres très peu. On est vraiment deux mondes parallèles.]*

Ainsi que l'a fait très justement remarquer une sage-femme : « *le médecin généraliste on ne le connaît pas, on ne sait pas travailler avec lui* ».

C'est à son installation en libéral que la sage-femme découvre la vacuité entre ces deux professions.

*[(...) nous, on n'a rien appris du médecin traitant (...) et eux qu'est-ce qu'on leur dit dans leur formation ?]*

Se posent alors les premières questions, du rôle et de la responsabilité de chacun, et les réponses se mettent en place, au cas par cas.

Ensuite, devenus internes de médecine générale, les futurs médecins généralistes doivent la plupart du temps choisir entre un stage de 6 mois dans un service de gynécologie-obstétrique ou un stage de 6 mois dans un service de pédiatrie : dans ce dernier cas ils ne retourneront jamais en gynécologie-obstétrique, et n'auront plus l'occasion de côtoyer professionnellement les sages-femmes.

*[J'ai eu la chance de pouvoir passer en gynéco]*

La plupart d'entre eux exerceront en tant que médecin généraliste, en cabinet, dès la fin de l'internat, et commenceront eux aussi à se poser la question du rôle, de la place de la profession de sage-femme, et des possibilités de collaboration.

#### *d. Formations communes des médecins généralistes et des sages-femmes*

Les formations continues communes peuvent avoir lieu par exemple au cours de journées organisées par les réseaux de périnatalité « journée de formation sur l'allaitement », « dépister les grossesses à haut risque », etc. qui sont ouvertes à tous les professionnels. Au sein du réseau de périnatalité des Pays de la Loire, le réseau « sécurité naissance », sont proposées des formations telles que cette année, par exemple, « la 5<sup>e</sup> journée régionale sur l'allaitement maternel », ou bien l'inscription au diplôme inter-universitaire « périnatalité et addictions ».

Mais bien souvent les sages-femmes libérales et les médecins généralistes font déjà partie d'organismes de formation, propres à leur profession, prévues par et pour les professionnels sages-femmes pour les sages-femmes, et par et pour les médecins généralistes pour les médecins généralistes.

*[C'est pour ça qu'une formation ce serait l'occasion.]* (sage-femme)

*[Après, on a appris en formation continue !- Oui, mais en formation continue où il n’y avait que des médecins !]*

(médecins généralistes)

### *5. Évolution des rôles de la sage-femme et du médecin généraliste*

#### *a. Les évolutions dans l’histoire du rôle de la sage-femme (dans le suivi des grossesses à bas risque)*

Les focus group ont mis en évidence une souffrance des sages-femmes : elles ont exprimé un manque de reconnaissance, que ce soit de la part des femmes, des médecins ou des Pouvoirs Publics.

Elles souhaiteraient des campagnes d’information au niveau national au sujet de leur rôle, de leur possibilité de suivre des grossesses à bas risques au même titre que les médecins.

Elles voudraient que les médecins soient au courant de leurs droits, de leur présence dans les réseaux de proximité, et pas seulement sur prescriptions médicales : elles demandent une vraie reconnaissance de leur possibilité de suivre ces grossesses à part entière. C’est aussi une demande de collaboration, notamment dans les cas des patientes vulnérables, qui ont besoin de plus de suivis, de plus de correspondants. Les sages-femmes ont aussi besoin de faire partie intégrante des réseaux de périnatalité et de participer aux décisions nationales.

Lors du focus group des médecins généralistes, ils ont effectivement exprimé méconnaître dans l’ensemble la profession de sages-femmes, mais aussi pour beaucoup méconnaître les sages-femmes à proximité de leur lieu de travail, et manquer clairement de collaboration avec elles.

Ce qui est marquant, c’est que les médecins généralistes présents ont mis en évidence malgré tout une volonté de mieux travailler avec les sages-femmes. Ils n’étaient pas opposés à l’émergence d’une collaboration, ni à apprendre à connaître le métier de sage-femme ni à apprendre à connaître les sages-femmes de leurs secteurs d’activités.

Ce manque de reconnaissance des sages-femmes a certainement pour origine l’histoire de l’évolution de leur rôle et l’évolution récente de leurs droits.

- **Migration des sages-femmes vers l'hôpital pour plus de sécurisation au XX<sup>e</sup> siècle**

Jusqu'en 1940 la majorité des femmes accouchent à domicile en présence de leur sage-femme. L'hôpital était alors une institution sociale avant d'être une institution sanitaire, sa première mission était de venir en aide aux plus démunis, et donc seules les femmes en situation de misère sociale allaient parfois accoucher à l'hôpital public.

La loi du 21 décembre 1941 (18) relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943 (19), transforme profondément la conception de l'hôpital public. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades.

Grâce à la création, par l'ordonnance du 4 octobre 1945 de la Sécurité Sociale (20), les hôpitaux développent désormais leurs activités et l'État incite les femmes, par le biais de ces organismes assurant dès lors la gratuité des soins, à venir à l'hôpital.

Des raisons évidentes de sécurité et d'efficacité sont évoquées : les parturientes seront regroupées dans un même lieu, où les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens pourront intervenir plus rapidement, notamment en cas d'urgence obstétricale.

Les femmes quittent alors plus facilement leur foyer pour mettre au monde leur enfant en milieu hospitalier.

L'hôpital se veut être un lieu assurant une meilleure sécurité pour la mère et l'enfant, et les nouvelles notions d'hygiène, d'asepsie et d'antisepsie constituent des progrès majeurs en matière de sécurité.

Deux étapes importantes vont freiner l'activité libérale des sages-femmes, du moins dans le suivi de grossesse :

- Après la création de la Sécurité Sociale, un nouveau frein à l'exercice libéral des sages-femmes apparaît : ces dernières ne sont plus autorisées à rédiger la déclaration de grossesse. En effet, l'auscultation cardio-pulmonaire devient obligatoire à la déclaration de grossesse pour des raisons de santé publique. Les sages-femmes ne sont pas habilitées à réaliser cet examen médical. De ce fait, les femmes sont prises en charge dès le début de leur grossesse par un médecin et décident ou non de revenir ensuite auprès des sages-femmes pour la suite de leur suivi.

- Au cours des années 1960 et 1970, les naissances à domicile sont devenues très minoritaires et en 1972, la parution du décret Dienesch (21) relatif aux normes applicables aux maternités privées a conduit les sages-femmes à rejoindre majoritairement les établissements de santé et à intégrer pour beaucoup la fonction publique.

Du fait que les sages-femmes libérales sont de moins en moins nombreuses et du fait que la première consultation de grossesse s'effectue auprès d'un médecin obligatoirement, les sages-femmes perdent partiellement leur rôle dans le suivi de grossesse en ville.

Lors du focus group une sage-femme a résumé cette évolution de leur profession ainsi : *[après il y a eu une grande désertification, parce qu'on nous a mis dans les maternités, et puis d'un coup en boomerang, ça y est, « elles reviennent les sages-femmes libérales ! ».]*

- **Humanisation de la naissance et retour des sages-femmes libérales**

- **De nouveaux droits pour les sages-femmes**

Depuis la loi du 9 août 2004 (22), les sages-femmes ont de nouveau la possibilité de déclarer les grossesses.

Lors du focus group les sages-femmes ont expliqué que ce droit retrouvé change progressivement leurs possibilités professionnelles :

*[il y a très peu de temps que les sages-femmes peuvent faire une déclaration de grossesse.]*

*[On était un peu les pieds et mains liés tant que l'on n'avait pas obtenu cette déclaration de grossesse...]*

*[Maintenant je pense que les femmes nous connaissent un peu mieux.]*

Elles ont aussi le droit de prescrire des arrêts de travail, mais seulement pour une durée de 14 jours, sans renouvellement.

Lors du focus group, les sages-femmes ont beaucoup évoqué ces arrêts de travail non renouvelables lorsqu'elles parlaient de leur pratique quotidienne :

*[Je leur dis dès que je les vois les premières fois : « Vous savez, si vous avez besoin, je ne pourrai vous faire que 15 jours »]*

*[Cette future maman qui a fait le choix d'être suivie par une sage-femme, ce n'est pas pour devoir retourner voir son médecin pour un arrêt !]*

*[On parlait des arrêts de travail, moi je comprends qu'un médecin traitant, qui ne voit pas une patiente de toute sa grossesse, et qui se retrouve à signer juste un arrêt de travail, en sachant en plus que la sécu va râler, parce qu'il en donne trop, ça soit pénible pour lui.]*

Les médecins généralistes ne sont probablement pas tous informés de cette limitation de droit :

Par ailleurs les droits des sages-femmes s'ouvrent aussi dans d'autres domaines : la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 juillet 2009 (23), précisait que les sages-femmes avaient le droit d'effectuer les consultations de suivi gynécologique, hors grossesse, et donc les prescriptions des moyens de contraception ainsi que les poses de dispositifs intra-utérins, d'implants sous-cutanés, et les examens de dépistage tels que les frottis cervico-utérins. Par contre, l'alinéa III de l'article L.5134-1 stipulait que les sages-femmes qui prescrivaient les moyens de contraception devaient faire assurer la surveillance et le suivi biologique par le médecin traitant. La loi du 21 décembre 2011, relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, précise dans son article 44 que cette phrase, « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant » est supprimée.

### **Une revalorisation des rémunérations**

Autant les médecins généralistes participants aux focus group n'ont pas abordé une seule fois le sujet de leur rémunération ou celle des sages-femmes, autant les sages-femmes sont sans cesse revenues sur ce point.

Les sages-femmes considèrent que la consultation de suivi de grossesse n'est pas assez rémunérée, au point que certaines choisiraient de ne pas faire de suivis de grossesse, considérés comme insuffisamment lucratifs.

La consultation de suivi de grossesse est actuellement rémunérée 19 euros, et les deux principaux syndicats de sages-femmes, l'Organisation Nationale Syndicat Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), ont signé un avenant conventionnel qui prévoit une augmentation tarifaire progressive des consultations et des visites. Fin 2013 cette augmentation des honoraires de la consultation de suivi de grossesse devrait permettre d'égaliser celle

des médecins généralistes pour ce même type de consultations, soit 23 euros.

### **Une augmentation progressive du nombre de sages-femmes libérales**

En janvier 2012 la DRESS a enregistré 18 609 sages-femmes, et elles seraient 2 734 en cabinet individuel et 626 en cabinet de groupe, soit un pourcentage de 18 % de sages-femmes installées en libéral au moins à temps partiel, et de 14 % en exercice libéral exclusif (7).

On constate entre 2000 et 2010 une hausse moyenne de 7 % par an (la hausse était de 9 % entre 2008 et 2010).

La DRESS prévoit dans son rapport sur la profession de sage-femme (8) qu'en 2030, une sage-femme sur 3 exercera en libéral.

### **Des compétences différentes**

Les sages-femmes libérales peuvent assurer le suivi des grossesses pathologiques sur prescription du gynécologue, les consultations de grossesses physiologiques, la préparation à l'accouchement, la rééducation du post-partum, l'entretien du quatrième mois, mais aussi des consultations d'allaitement, des massages, de l'haptonomie, etc.

Certaines sages-femmes libérales proposent aussi, même si c'est plus rare (0,05 % de leurs activités) de faire des accouchements à domicile.

Elles revendiquent une formation à la physiologie avant tout : *[ne pas voir la maternité comme une donnée uniquement médicale mais comme quelque chose qui appartient à la vie de la femme dans son corps, dans son psychisme et dans son social aussi (au niveau de son travail, de son couple).]*

*[Une grossesse à bas risque, ça veut dire que l'acteur essentiel c'est la femme, et que le rôle des intervenants, a priori, n'est que vigilance et aide à la physiologie.]*

Lors du focus group les sages-femmes ont revendiqué ces consultations longues, qui leur permettent d'aborder tous les aspects non médicaux de la grossesse :

*[On peut faire des consultations plus longues et ce qui permet d'aborder (...) toutes les facettes de la grossesse et ne pas se cantonner à l'examen]*

Il est intéressant de constater que des sages-femmes lors du focus group ont parlé du temps de consultation des médecins généralistes pour les suivis de grossesses, estimant que ces consultations devaient durer dix minutes (3 sages-femmes ont parlé de ces « dix minutes »). Deux médecins généralistes lors du focus group ont également évoqué la durée des consultations de suivis de grossesse, les estimant entre trente et quarante minutes.

*b. Les évolutions dans l'histoire du rôle du médecin généraliste  
(dans le suivi des grossesses à bas risque)*

Lors du focus group des médecins généralistes, l'idée a été évoquée que le professionnel le plus adapté pour suivre les grossesses à bas risque pourrait être la sage-femme. Tous n'étaient pas d'accord sur ce point, mais ils reconnaissaient tous que la sage-femme leur apparaissait comme parfaitement compétente dans ce rôle.

Par contre, les médecins généralistes revendiquaient leur place dans le suivi des grossesses à bas risque : non seulement par leur connaissance des patientes, de leur histoire de vie, des antécédents, de leur conjoint, de leurs enfants ensuite, mais aussi par leur compétence à effectuer ces suivis en tant que médecins, acteurs de santé primaires. Ils ont également expliqué aimer suivre des grossesses à bas risque.

Les sages-femmes qui se sont exprimées lors du focus group étaient partagées : certaines pensaient que ce n'est pas le rôle du médecin, car elles considéraient qu'il a un rôle médical uniquement, et que les femmes enceintes n'ont besoin des médecins qu'en cas de pathologie pendant leur grossesse. D'autres ont expliqué qu'il leur paraissait normal, si c'était le souhait de la femme enceinte, que le médecin effectue alors le suivi de la grossesse, et notamment par sa place de médecin de famille. De plus elles étaient conscientes qu'il existe des endroits où les sages-femmes effectuant des suivis de grossesses ne sont pas en nombre suffisant. Enfin, l'idée qu'une collaboration puisse exister entre elles et les médecins généralistes, avec des suivis alternés si besoin, a été émise par plusieurs des participantes. Ce qui leur pose problème en revanche, c'est d'imaginer que les médecins généralistes ne proposent

pas à leurs patientes, lors de la première consultation de grossesse, de choisir le professionnel qui les suivra durant leur grossesse.

### **Un rôle de médecin de famille**

Les médecins généralistes ont une activité plus ou moins diversifiée, selon le mode d'exercice urbain ou rural, selon les besoins de leur patientèle, et selon les professionnels qui les entourent. Ils ont eu et ont parfois toujours cette place de médecins polyvalents, qui pouvaient aussi bien effectuer des ponctions lombaires à domicile, faire des saignées sans personnel infirmier, accoucher les femmes à domicile avec ou sans l'aide de la sage-femme, plâtrer les membres fracturés, parer les plaies les plus graves, veiller les mourants, etc.

L'activité a évolué avec le temps, avec les progrès de la médecine et les obligations de moyens, avec l'organisation de la permanence des soins pour les nuits et les fins de semaine.

Appelés aussi « omnipraticiens », les médecins généralistes aujourd'hui sont toujours des acteurs de soins primaires, et ont, en tant que premiers interlocuteurs, un rôle pivot dans le parcours de soins.

La réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 (24) a instauré le dispositif du médecin traitant et a renforcé cette place de première ligne dans l'accès aux soins.

Ce rôle pivot donne la responsabilité au médecin généraliste de délivrer une information complète aux femmes enceintes sur les possibilités existantes pour le suivi de leur grossesse. En 2011, plus de 22 % des femmes ont effectué leur déclaration de grossesse auprès du médecin généraliste.

Les médecins généralistes revendiquent dans notre focus group leur place de médecin de famille, et l'on retrouve cette revendication dans les résultats d'une enquête réalisée par Bertrand L. pour son mémoire de fin d'études de sage-femme (25) sur la collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes.

Cette place de médecin de famille, leur permettrait une prise en charge globale des patients en général, et donc des femmes enceintes en particulier, dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

## **Des disparités régionales**

Au 1er janvier 2012, on dénombre 101 896 médecins généralistes en activité.

63 % des médecins généralistes exercent en libéral.

La densité des médecins généralistes de France métropolitaine est une des plus élevées d'Europe (142 médecins généralistes pour 100 000 habitants), mais l'installation libérale des médecins généralistes n'est pas réglementée en France : dans certaines régions comme le Centre (densité de 119 médecins pour 100 000 habitants), ou la Haute-Normandie (124 pour 100 000) la densité médicale est faible.

Tout comme les sages-femmes, les médecins généralistes installés en libéral ne répondent pas toujours aux besoins de la population en terme de densité médicale, ce qui est une donnée importante à prendre en compte :

La collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les régions à faible densité médicale revêt donc un caractère d'importance au regard de la situation actuelle.

## B. Grossesses physiologiques et dépistage des risques

Les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les sages-femmes, acteurs de soins de santé primaires ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens, acteurs de soins de santé secondaires.(10)

### 1. Qu'est-ce qu'une grossesse physiologique ?

Les sages-femmes ont rappelé lors du focus group qu'en France, pendant longtemps on ne parlait plus de grossesse physiologique, mais de grossesse à bas risque, et que même la différence entre les grossesses à bas risque et à haut risque n'est mise en évidence que depuis peu de temps.

Les caractéristiques et le déroulement habituel de la grossesse sont connus. Elle est, la plupart du temps, exempte de complications.

Dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007, un groupe de travail nommé par la Haute Autorité de Santé (HAS) a été chargé de rédiger des recommandations pour le suivi de la grossesse physiologique. Ils ont d'abord essayé de définir la grossesse physiologique, ou à bas risque : (10)

Une grossesse dite « physiologique » (« se dit du fonctionnement normal de l'organisme humain », *Larousse 2005*) est une grossesse dont l'évolution est dite « normale » (« qui ne présente aucun trouble pathologique », *Larousse 2005*).

Elle peut se produire chez une femme présentant des facteurs de risques de pathologie ou une pathologie antérieure à la grossesse, si cette pathologie ne s'aggrave pas ou n'a pas de conséquence sur la grossesse actuelle.

La grossesse « à bas risque » (« prédisposée à certains inconvénients, exposée à un danger », *Larousse 2005*) est habituellement définie comme une grossesse dont le déroulement est dit « normal », soit « sans complications » avérées, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande. On ne peut en effet considérer que la grossesse a été strictement « normale » qu'a posteriori, une fois l'accouchement passé et l'enfant né en bonne santé.

Le terme de « physiologique » souligne le caractère normal ou non pathologique de

la grossesse et peut donc être un terme plus sécurisant pour les femmes.

Le terme « à bas risque » met en avant la probabilité de survenue d'un événement défavorable, et peut paraître moins naturel, moins rassurant.

Cela dit, il est important de souligner qu'ils ne recouvrent pas les mêmes situations, et ne peuvent donc pas se substituer l'un à l'autre : par exemple, une grossesse gémellaire ne répond pas à la définition de grossesse à bas risque, elle présente notamment un sur-risque de prématurité ; si elle se déroule « normalement », on peut considérer *a posteriori* que c'est une grossesse physiologique.

De même que le « haut risque » n'implique pas la notion de pathologique, la notion de physiologique n'implique pas le « bas risque ». Le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse.

C'est à ce niveau de risque, évalué à chaque stade de la grossesse, que la surveillance doit s'adapter pour prévenir, dépister, diagnostiquer les situations pathologiques, afin d'en optimiser la prise en charge.

Les sages-femmes ont exprimé dans notre enquête leur très bonne connaissance de la physiologie de la grossesse, et ont précisé qu'il s'agissait de l'essence même de leur profession. Les médecins généralistes et les sages-femmes présents ont exprimé majoritairement le sentiment que ces grossesses physiologiques ou à bas risque non seulement étaient du ressort de leurs compétences, mais ne nécessitaient pas l'intervention des médecins spécialistes avant les deux dernières consultations de grossesse.

La différence entre grossesses à bas risque et grossesse à risque semblait évidente pour tous ces professionnels.

## 2. Dépistage des risques

Les sages-femmes et les médecins généralistes interrogés lors des focus group semblaient penser être compétents pour dépister les risques, mais souhaitent fortement que cette notion de risque n'envahisse pas les consultations de suivis de grossesse, comme nous le reverrons ensuite.

De plus, lors du focus group des sages-femmes, l'idée selon laquelle certains médecins généralistes ne seraient pas assez compétents pour suivre correctement les grossesses a été émise, mais ensuite plusieurs sages-femmes sont intervenues pour dire d'une part qu'il pouvait y avoir des professionnels de périnatalité incompetents

dans toutes les professions, et que les suivis effectués par les médecins généralistes seraient d'autre part meilleurs globalement qu'il y a plusieurs années.

Cette notion de jugement de l'autre profession s'est retrouvée aussi lors du focus group des médecins généralistes, mais qui avaient une opinion plutôt positive du suivi de grossesses par les sages-femmes. Ils considéraient les sages-femmes comme de bonnes « techniciennes », avec des consultations très structurées. Les médecins généralistes ne se dépréciaient pas eux-mêmes au sujet de leurs compétences lors de ce focus group.

Dès la visite pré-conceptionnelle, les professionnels de périnatalité ont un rôle de dépistage des facteurs de risque. Ils doivent faire passer les messages de prévention, mettre à jour les vaccinations, dépister les facteurs de vulnérabilité médicaux, sociaux, individuels, examiner la patiente, lui prescrire les premiers examens et la supplémentation en vitamine B12.

Ensuite, chaque consultation de suivi de grossesse doit être l'occasion de surveiller l'apparition de diabète, d'infections, de séroconversions, de carences, d'hypertension artérielle, de décompensations de pathologies ultérieures, de retard de croissance intra-utérin, de maladies génétiques ou de malformations chez le fœtus, etc. mais aussi chez la future mère les addictions, les souffrances morales, les situations de violence, les environnements nocifs.

Dès l'apparition d'un facteur de risque, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2007 (10) permettent de déterminer le type de suivi recommandé.

Chaque situation est révisable au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse.

On peut donc être amené à revenir à un niveau de risque plus faible ou au contraire reconsidérer une situation à faible risque comme étant devenue à risque élevé.

L'HAS précise dans ces recommandations que les médecins généralistes doivent « comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficier d'une formation théorique et pratique adaptée et exercer dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité. »

### 3. Vers une surmédicalisation de la grossesse ?

Les médecins généralistes et les sages-femmes présents lors des focus group ont spontanément employé les termes de « surmédicalisation », ont regretté le potentiel stress induit chez les femmes à qui on donne des interdictions, des recommandations, des surveillances parfois excessives.

Les taux de mortalité maternelle et périnatale élevés en regard du niveau de développement économique de la France sont à l'origine de toutes ces recommandations et de cette recherche constante des risques éventuels au cours de la grossesse.

- La mortalité périnatale et maternelle en France

*« Les mères, les nouveau-nés et les enfants représentent le bien-être d'une société et son potentiel à venir. Si leurs besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, toute la société en souffrira. »*

Lee Jong-Wook

Directeur de l'OMS de 2003 à 2009

Les caractéristiques des décès néonataux ont été pendant longtemps mal connues en France sur la base des statistiques nationales de routine, car le système d'information était mal adapté (11).

**Jusqu'en mars 1993**, si l'enfant était vivant au moment de la déclaration, on enregistrait un acte de naissance. Dans le cas contraire on enregistrait un acte d'enfant sans vie, que l'enfant ait vécu ou non.

On ne cherchait pas à connaître les causes du décès (12).

**Depuis 1993**, les enfants nés vivants, décédés avant l'inscription de leur naissance à l'état civil, ne sont plus enregistrés comme des mort-nés si la grossesse a dépassé le terme de 180 jours (28 semaines d'aménorrhée).

L'officier de l'état civil enregistre un acte de naissance si l'enfant a respiré. Dans le cas contraire, il enregistre un acte d'enfant sans vie.

On cherche aussi à connaître les causes des décès néonataux et périnataux, ce qui permet de distinguer les causes de décès liées au fœtus ou à l'enfant, ou les causes d'origine maternelles ou obstétricales.

**Une circulaire en novembre 2001** a modifié cette disposition en abaissant les seuils d'enregistrement pour se caler sur une définition commune au niveau international : un acte d'enfant sans vie pouvait être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pesait au moins 500 grammes. Le taux de mortalité périnatale augmente alors de 6,9 pour mille, en 2000, à 10,3 pour mille en 2002 (13).

**La loi a encore changé en 2008** : désormais, l'établissement d'un acte d'enfant sans vie n'est subordonné ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse.

Toutes ces modifications réglementaires perturbent les statistiques et les possibilités de comparaison avec les autres pays.

Cependant on peut remarquer que la France a des chiffres de mortalité périnatale globalement parmi les plus élevés en Europe, comparables à ceux de la Turquie, tandis que les chiffres de mortalité maternelle sont comparables aux chiffres des pays voisins (Royaume-Uni, Suisse, Suède, Finlande) (13).

#### 4. Notre rôle : l'accompagnement ?

Lors du focus group, les médecins généralistes et les sages-femmes ont évoqué leur vision du suivi de la grossesse à bas risque :

*[la dimension sociale, affective, psychologique, le contexte, (...), je veux dire, il y a énormément de choses à aborder avec les femmes.]* (sage-femme)

*[On fait attention, c'est important, on reste vigilant, mais on ne doit pas s'arrêter à tous ces interdits, toutes ces précautions], [on est même plutôt là à calmer un petit peu le jeu par rapport à certaines angoisses], [c'est aussi notre rôle, bien qu'étant médecin, de dire que ce n'est pas une maladie, démedicaliser...]* (médecins généralistes)

Notre enquête révèle que les sages-femmes et les médecins généralistes qui suivent des grossesses à bas risque ont conscience de l'importance de la recherche de facteurs de risque et de l'enjeu de chaque consultation de suivi de grossesse, mais qu'ils souhaitent aussi rassurer les femmes enceintes, et replacer la grossesse physiologique dans un suivi plus naturel et plus humain.

L'objectif des plans de périnatalité successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétricale et pédiatrique, mais l'évolution de ces plans de périnatalité a permis, au fur et à mesure, de redonner une place à la notion « d'humanité » :

**Avant 1970**, la France se caractérisait par un système de soins peu structuré.

Il faut attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (14) pour mettre en place une planification s'appuyant sur la création d'une carte sanitaire.

La même année, la prise en charge de la naissance se caractérisait par des résultats nationaux périnataux médiocres en termes de mortalité périnatale : 24 décès pour 1 000 naissances totales en 1970 en France, que l'on peut comparer avec la Suède par exemple, la même année qui enregistrait une mortalité périnatale de 14 pour mille.

De 1970 à aujourd'hui, trois plans consacrés à la périnatalité ont été mis en œuvre.

**Le plan 1971-1976** avait deux axes principaux :

- l'amélioration de la prévention, avec notamment la création d'une quatrième consultation prénatale

- la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels, et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers.

En 1976, ce plan sera reconduit pour une période de cinq ans, jusqu'en 1981.

Le décret du 14 février 1992 (15) fixe les sept examens prénataux obligatoires ainsi que les bilans sanguins et urinaires à réaliser. À noter que les 2 dernières consultations sont à réaliser dans le lieu d'accouchement, et que les patientes doivent aussi avoir une consultation d'anesthésie en prévention de risques éventuels.

**Le plan 1995-2000** (16) reprend les recommandations du rapport du HCSP (Haut Comité de Santé Publique) paru en 1994, dont celle de la sécurisation de l'accouchement qui apparaît prioritaire.

Afin de réduire la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps, ce rapport recommande notamment le développement des transferts in utero, en cas de risque prévisible, vers la structure de soins adaptée, ainsi que l'obligation de personnel, de locaux et d'équipement applicables dans les maternités publiques et privées.

Il fixe quatre grands objectifs :

- diminuer la mortalité maternelle de 30 % (par rapport à un taux estimé de 13,9 décès pour cent mille naissances)

- abaisser la mortalité périnatale de 18 % (passage de 8,2 à 6,7 pour mille)

- réduire l'hypotrophie de 25 % à partir d'un taux de 5,7 % des naissances, pour atteindre 4,3 % en 1999

- réduire de moitié (soit de 1 % à 0,5 %) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de trois consultations prénatales, selon la définition retenue en 1994).

Un cinquième objectif sera ajouté ultérieurement : prévenir la mort subite du nourrisson et diminuer de 35 % les décès correspondants.

En 1998, sont publiés les décrets sur la sécurité des naissances définissant les normes des établissements ainsi que les exigences en matière de personnel et de locaux.

Quatre types d'établissements se distinguent, en fonction du risque qu'encourent la mère et/ou l'enfant à naître, selon leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né dans l'établissement.

**Le plan 2005-2007** (17) reprend deux des objectifs fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004 :

- réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5 pour 1000, soit une baisse de 15 % environ par rapport à 2001 (6,5 p. 1000).

- réduire la mortalité maternelle au taux de 5 pour 100 000, soit une baisse de 40 % environ par rapport à 2001.

On cherche à améliorer les soins de proximité, ce qui passe encore et toujours par le renforcement des plateaux techniques et des équipes, l'amélioration des transports, une meilleure prise en charge des urgences maternelles mais aussi par l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles et par la redéfinition du rôle des réseaux dans l'application de celles-ci.

Ce plan aborde officiellement la notion « d'humanité ».

Les nouvelles mesures sont notamment la mise en place de l'entretien prénatal précoce, la meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, l'organisation d'une information complète et continue au sein des réseaux, la mise en place d'enquêtes de satisfactions auprès des couples, la refonte du carnet de santé de la maternité, et un soutien renforcé aux femmes vulnérables.

Il imprime un changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse et de la naissance, en intégrant la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents.

Les professionnels de la naissance sont donc encouragés concrètement à adhérer aux réseaux de proximité, à travailler en collaboration plus étroite avec les services de PMI, à adapter leur prise en charge auprès des femmes vulnérables, à proposer l'entretien prénatal précoce, voir à s'y former.

Les sages-femmes libérales retrouvent toute leur place, leur légitimité dans ces recommandations, et les médecins généralistes et les gynécologues sont invités à mieux prendre en compte tous ces aspects non médicaux du suivi de la grossesse.

Les sages-femmes et les médecins généralistes présents lors des focus group ont montré qu'ils avaient conscience de leur rôle d'« accompagnant » de la grossesse à bas risque : les recommandations, les dépistages des risques, la notion de rigueur, tout ce qui nous a été amené par les plans de périnatalité et la Haute Autorité de Santé, ces professionnels les comprennent et ont l'impression de les appliquer, mais ils veulent aussi, par leur rôle d'acteurs de soins primaires, qui voient des grossesses qui majoritairement se passent bien, ne pas induire de stress inutile chez leurs patientes. Ça a été un des points communs entre ces deux professions interrogées sur leur vision du rôle et de la place de chacun d'eux dans les suivis de la grossesse à bas risque.

De plus, les focus group montrent que les sages-femmes et les médecins généralistes ont conscience de la nécessité de collaboration entre professionnels, notion particulièrement abordée dans le dernier plan périnatal, qui avait quatre mots-clefs : qualité, sécurité, humanité, et proximité. Ces quatre mots soulignent le virage que prennent les soins périnataux. L'environnement psychologique autour de la naissance est mieux pris en compte, ainsi que les facteurs de vulnérabilité. Les professionnels de périnatalité cherchent à établir une sécurité émotionnelle d'une part et à permettre une égalité d'accès aux soins appropriés d'autre part. Tout cela n'est rendu possible que par le travail en collaboration et cette prise de conscience est déjà présente.

### III. Communication et collaboration

Les sages-femmes et les médecins généralistes que nous avons pu entendre lors de notre enquête regrettent dans l'ensemble de ne pas se connaître ou de se connaître peu. Dans leur pratique quotidienne, les habitudes en matière de communication sont très variables.

#### A. État des lieux de la communication

##### *1. Une communication informelle*

Même si les sages-femmes et les médecins généralistes déclarent travailler peu ensemble, ils nous ont expliqué dans quelles circonstances il leur arrivait de communiquer.

Lors du focus group des sages-femmes, nous découvrons que les communications téléphoniques de la part des sages-femmes à des médecins généralistes ont souvent pour motif une demande de prolongation d'un arrêt de travail des patientes enceintes. En effet, il leur arrive fréquemment de devoir prolonger plus de 14 jours un arrêt de travail, et les sages-femmes demandent alors aux médecins de leurs patientes, ou à des médecins qu'elles connaissent de prescrire ce renouvellement. Cette situation n'est pas en faveur d'une collaboration efficace entre ces professionnels et est décrite « aberrante » par un des médecins généralistes. Les sages-femmes dans l'ensemble ont beaucoup parlé de cette situation, qui leur apparaît frustrante et injustifiée. Sur ce sujet deux sages-femmes ont ajouté qu'il était parfois difficile de joindre les médecins généralistes au téléphone.

Une des sages-femmes salariées a précisé que, parfois, des médecins généralistes l'appelaient pour lui demander des conseils. Elle a la particularité de travailler dans une unité dédiée aux femmes vulnérables, au sein d'un hôpital public.

Une autre sage-femme a précisé qu'elle rédigeait un compte-rendu pour le gynécologue qui reçoit la patiente aux 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois, mais n'a pas parlé du médecin généraliste. Une autre a expliqué qu'elle faisait toujours un courrier aux médecins traitants des patientes dont elle commençait le suivi de grossesse.

Les médecins généralistes n'ont pas évoqué de compte-rendu écrit de leurs consultations, ni de lettre. Par contre une des médecins généralistes a dit pendant le focus group que ce serait effectivement une bonne habitude à prendre. Un autre a dit apprécier qu'une sage-femme de son secteur lui envoie des comptes rendus de consultation.

Les médecins généralistes sont plusieurs à avoir évoqué un sentiment de frustration, avec l'impression de voir leurs patientes « disparaître » après une consultation avec une sage-femme, au point de ne pas être au courant lors de l'accouchement de leurs patientes.

Les médecins généralistes et les sages-femmes communiquent donc, parfois par téléphone, par mail ou par courrier, pour avoir un renseignement, pour adresser une patiente, ou pour se rendre service, parfois parce qu'ils travaillent dans un cabinet de groupe ou se connaissent, parfois parce que la situation de la patiente le nécessite, mais ces communications restent très variables selon les individus, les secteurs géographiques, les habitudes.

Dans l'étude de Bertrand L. portant sur un échantillon de 41 sages-femmes et de 44 médecins généralistes, 59 % des médecins généralistes disaient utiliser un moyen d'échange d'informations avec les sages-femmes, et 39 % des sages-femmes, de la même région, disaient utiliser un moyen d'échange d'informations avec les médecins généralistes.

Une étude (27) française réalisée de 2007 à 2010 a permis d'interroger 2 000 médecins généralistes sur leur collaboration des quinze derniers jours avec les autres professionnels :

Ils ont répondu avoir fait appel lors des 15 derniers jours à au moins un médecin spécialiste pour 90 % d'entre eux, à au moins une sage-femme ou un médecin de PMI pour moins de 5 % d'entre eux.

Cette communication n'est pas jugée satisfaisante, au regard des résultats de l'enquête de Bertrand L. : 56 % des sages-femmes et 75 % des médecins généralistes déclaraient que la qualité de la collaboration était « médiocre » ou « nulle ».

Cet état des lieux de la communication montre globalement une insatisfaction et une volonté d'amélioration.

## 2. Le carnet de maternité

Le carnet de maternité apparaît comme un moyen facile à utiliser pour communiquer entre professionnels de périnatalité.

Dans nos deux focus group, les sages-femmes ne l'ont pas mentionné une seule fois, et les médecins généralistes avaient des avis très controversés quant à son utilité :

*[ Les structures ne le remplissent pas »*

*[Le fameux carnet de maternité que personne ne remplit]*

*[Je n'ai jamais vu ou rarement quelqu'un écrire dessus]*

*[Il y a des documents intéressants dedans]*

*[Je le remplis toujours]*

*[Moi j'essaie de le remplir]*

Le carnet de maternité est distribué gratuitement à chaque femme enceinte lors du 1er examen prénatal. Le Président du Conseil général est tenu de faire délivrer ce document au début de la grossesse et finance son achat et sa diffusion, effectuée soit directement par le service de protection maternelle infantile (PMI), soit par voie de convention avec les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) ou les caisses d'allocations familiales (CAF).

Ce document, appelé anciennement « carnet de grossesse » ou « carnet rose » a été diffusé dès 1976 (26).

En 1990 apparaît le « nouveau carnet de maternité », diffusé par la Direction générale de la Santé, qui le rend obligatoire, mais qui n'instaure pas de surveillance particulière de son utilisation.

Le 21 juin 2007, à l'occasion du plan périnatal 2005-2007, il a été revu et modernisé. La loi précise : « Art. 3 : lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente. »

Dans le mémoire de fin d'études de sage-femme de Bertrand L.(25), les médecins généralistes interrogés étaient 27 % à déclarer se servir du carnet de maternité, contre 61 % chez les sages-femmes.

Il serait souhaitable que cet outil soit plus utilisé, puisque c'est un lien à la fois officiel et très pratique entre tous les intervenants du suivi de la grossesse.

Casals C. a écrit en 2006 une thèse de docteur en médecine (26) consacrée au sujet du carnet de maternité.

Elle recommandait après analyse de ses résultats d'enquête auprès de femmes enceintes, de gynécologues, de sages-femmes, et de médecins généralistes sur leur utilisation du carnet de maternité :

- qu'une campagne de sensibilisation du grand public soit lancée, afin de mieux informer les femmes de l'existence et de l'utilité de ce carnet.
- que son contenu et le caractère obligatoire de son remplissage fassent partie des formations initiales universitaires et des formations continues de tous les professionnels de périnatalité.

## B. État des lieux de la collaboration

Plus qu'une vraie collaboration, les focus group nous ont révélé des situations où les médecins généralistes et les sages-femmes avaient eu l'occasion de collaborer.

C'est autour de suivis de femmes enceintes vulnérables que semble s'organiser une collaboration avec parfois des suivis alternés entre le médecin généraliste et la sage-femme.

Tout de même, du côté des médecins généralistes, une participante a expliqué proposer souvent les suivis alternés : *[je propose assez souvent de faire une surveillance alternée en leur disant qu'on a un regard différent et donc quelque fois on fait un mois-un mois]*

Une autre, qui précise avoir de bonnes relations avec les sages-femmes libérales de son secteur a expliqué ne pas faire ce type de suivis alternés.

Un médecin généraliste a expliqué : *[ce qui manque, justement, c'est ce travail en équipe (...), on est assez isolés quand même, même si on a des contacts téléphoniques de temps en temps. Mais on ne travaille pas vraiment ensemble quand même, quoi. Et c'est peut-être un peu dommage parce qu'effectivement on connaît mal les possibilités, les limites de l'autre.]*

*[On n'a pas vraiment l'habitude de travailler en équipe, parce qu'on est dispersés. Je pense à l'assistante sociale de secteur, la sage-femme, la PMI. Donc quand il y a des problèmes, il y a souvent un contact, mais ce que je veux dire c'est que ça ne se fait pas au quotidien.]*

*[il y a un manque de travail en équipe]* reconnaissait aussi une sage-femme.

Une autre sage-femme expliquait que le travail en équipe, pendant sa formation initiale, ne concernait que les sages-femmes avec les gynécologues, et que c'est en s'installant en libéral qu'elle a commencé à collaborer avec d'autres intervenants, y compris le médecin généraliste : *[j'ai alors appris à travailler en équipe, en me disant que je suis un peu le fil conducteur, et en fonction des difficultés que je rencontre]*

Plusieurs sages-femmes et médecins généralistes ont évoqué le cas de sages-femmes qui ont été se présenter aux médecins généralistes de leur secteur d'activité lors de leurs installations en libéral. Aucun médecin généraliste ni aucune sage-femme n'a parlé de médecin généraliste qui serait allé se présenter aux sages-femmes de son secteur.

80 % des sages-femmes et 86 % des médecins généralistes de l'étude de Bertrand L. pensaient qu'il était nécessaire de collaborer d'avantage.

#### *a. Des inégalités sociales qui s'accroissent*

Si les sages-femmes et les médecins généralistes collaborent, c'est souvent dans le cadre du suivi de la grossesse d'une femme en difficulté.

L'enquête nationale sur la situation périnatale en France en 2010, portant sur plus de 14 000 naissances permet de comprendre les évolutions de la vie sociale des femmes depuis 1995.

Plusieurs indicateurs montrent que la situation sociale s'est dégradée pour les groupes les plus vulnérables, avec par exemple une hausse du chômage chez les conjoints, passant de 5,9 % à 8,5 % de 2003 à 2010 parmi les femmes enquêtées.

Il y a donc un risque d'augmentation des inégalités sociales en matière de surveillance prénatale, de prévention et de santé à la naissance, déjà observées dans les enquêtes précédentes.

La déclaration d'un renoncement à des consultations ou examens pour raison financière concerne 4 % des femmes en 2010, contre seulement 2 % en 2003. Mais en 2010, la question comprend aussi le renoncement aux soins dentaires, contrairement à 2003.

Les femmes sans couverture sociale en début de grossesse continue de baisser, atteignant 1 % contre 3 % en 2003. Mais près d'une femme sur dix (9,4 %) en 2010 ne déclare, pour le ménage, aucun revenu lié à une activité professionnelle, contre 7,9 % en 2003.

Les conséquences sont évidemment économiques mais entraînent de plus en plus souvent des problèmes sociaux et familiaux.

*b. Une adaptation des professionnels par la collaboration ?*

Des inégalités sociales qui s'accroissent, des familles monoparentales de plus en plus nombreuses, un éloignement des familles, des cas de violences conjugales de plus en plus révélés... La surveillance de la grossesse d'une femme vulnérable est parfois plus portée sur l'accompagnement social ou psychologique que médical.

Ni les sages-femmes, qui sont encore en nombre insuffisant dans certains départements, ni les médecins généralistes, dont l'activité augmente chaque année d'environ 3,5 %, ne peuvent se permettre de se passer d'une collaboration pour accompagner au mieux ces femmes et ces familles.

Les sages-femmes vont proposer des consultations plus longues, elles vont souvent discuter plus longtemps avec la femme enceinte, identifier certains facteurs de vulnérabilité. Elles ont un rôle rassurant, parfois presque maternel. Elles auront l'avantage ou l'inconvénient d'être un interlocuteur ne faisant pas partie de la vie de la femme en dehors de la grossesse.

Les médecins généralistes vont avoir une approche différente, avec souvent une grande connaissance du contexte familial, conjugal, médical, social. Ils doivent à chaque grossesse essayer de poser un œil nouveau sur la patiente. Ils doivent sortir du contexte médical seul.

Dans les suivis de femmes vulnérables, les consultations peuvent être alternées, ou rapprochées, sages-femmes et médecins généralistes peuvent échanger, décider ensemble, proposer ensemble.

C'est d'ailleurs dans cet esprit qu'a été créé l'entretien prénatal précoce, destiné à identifier au plus tôt les facteurs de vulnérabilité des femmes et des couples.

L'entretien prénatal précoce devrait être un lien supplémentaire entre ces deux professions.

C'est aussi une occasion d'échanger un courrier, ou un appel téléphonique, voire de se rencontrer si besoin.

Cette collaboration n'a qu'un seul but, le but du suivi de grossesse physiologique : accompagner cette femme et son bébé à naître, de la meilleure manière possible.

## C. Les réseaux de périnatalité : l'avenir ?

### *1. Le réseau de périnatalité des Pays de la Loire*

Le réseau de périnatalité des Pays de la Loire, le réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » (28) a été fondé en 1998.

C'est un réseau regroupant les 24 maternités publiques et privées des Pays de la Loire.

Le financement du réseau est assuré par la Dotation Régionale des Réseaux (DRDRD - CRAM et ARH), et par une cotisation des établissements sur la base de 1,50 € par naissance annuelle et par an.

Le médecin coordinateur du réseau est le Dr Branger, pédiatre et spécialiste en épidémiologie.

Depuis 2006 le réseau sécurité-naissance tend à devenir un réseau de tous les professionnels de santé de périnatalité, avec les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres bien sûr, mais aussi les sages-femmes, et dans l'idéal les médecins généralistes, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les gynécologues médicaux, les pédopsychiatres, les psychologues, les anesthésistes, les anatomopathologistes, les échographistes, les généticiens, les PMI, les structures d'aides aux femmes en difficulté, les épidémiologistes...

Lors du focus group des sages-femmes, l'une d'entre elle a expliqué qu'elle pensait que les médecins généralistes « *ont tout fait pour marginaliser les sages-femmes et représenter les grossesses normales à l'intérieur du réseau* » et a ajouté « *c'est encore ce qui est en train de se réaliser au niveau national* ».

À l'occasion d'une rencontre-interview avec le Dr Branger, nous avons évoqué la place des médecins généralistes et des sages-femmes au sein du réseau :

« Quelle est la place des médecins généralistes et des sages-femmes au sein du réseau sécurité-naissance ?

- *Tout d'abord, le réseau sécurité-naissance a été créé pour regrouper les 24 maternités des Pays de La Loire, dans le but d'améliorer la qualité de soins, la qualité de l'exercice pour les professionnels de santé, de réduire la morbi-mortalité périnatale, d'harmoniser les pratiques professionnelles. Il a aussi pour mission de réaliser des études de satisfaction, de dresser des bilans chiffrés, afin de mettre en place des mesures de prévention et des actions de santé publique.*

*Depuis 2006, il tend à devenir un réseau de tous les professionnels de santé de périnatalité.*

*Donc les sages-femmes et les médecins généralistes sont évidemment des acteurs de soins primaires, et ont leur place au sein du réseau.*

- *Pourtant, sur le site internet du réseau sécurité-naissance, les professionnels de santé faisant du bureau sont pédiatres, gynécologues-obstétriciens ou directeurs d'établissements de santé. Il n'y a ni médecin généraliste, ni sage-femme.*

- *Effectivement, à l'initiative de ce réseau, on trouve essentiellement les pédiatres et les gynécologues-obstétriciens, on compte d'ailleurs environ 200 pédiatres et 200 gynécologues-obstétriciens. Mais au sein du conseil d'administration on trouve plus de diversité professionnelle. Cela dit, nous aimerions connaître plus de médecins généralistes et de sages-femmes. Nous sommes confrontés à un obstacle vraiment technique, il nous est difficile de joindre les professionnels libéraux : on ne peut pas envoyer un courrier par voie postale à chaque fois que nous avons une actualité au sein du réseau, ni téléphoner à chacun des 3 000 médecins généralistes des Pays de la Loire, par exemple. Nous n'avons pas de référentiel, de liste, avec les adresses mails de tous les médecins généralistes. C'est le même problème avec les sages-femmes libérales, qui sont inscrites à 5 conseils de l'ordre, nous n'avons pas de moyen technique pour communiquer.*

- *Les formations proposées par le réseau sont-elles destinées aussi aux médecins généralistes et aux sages-femmes ? Peuvent-elles être un moyen de rencontre entre les différents professionnels de périnatalité ?*

- *Les formations sont accessibles à tous, mais concrètement les médecins généralistes et les sages-femmes libérales participent peu aux formations organisées. Je ne sais pas si ce sont des sujets qui les intéressent, ni comment faire pour le savoir.*

- Les médecins généralistes seraient certainement intéressés de faire partie du réseau, ou du moins de participer à certaines formations, mais tout d'abord ils ne peuvent que difficilement venir en journée, tout comme les sages-femmes libérales. Ensuite, ils participent aux formations quand celles-ci touchent leur pratique professionnelle au quotidien, quand il y a un intérêt pratique ou théorique évident pour eux.

Ils ne peuvent participer à toutes les journées de formation, de tous les réseaux, de toutes les spécialités, il faut donc que certaines formations soient orientées vers leurs besoins.

- *Nous avons déjà eu un partenariat avec l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux), pour la réalisation d'un guide du suivi de la grossesse à bas risque, que l'on peut retrouver en ligne sur notre site.*

*Il est vrai que le réseau n'a pas encore de réponse précisément adaptée aux médecins généralistes en ce qui concerne nos formations, mais nous aimerions dans l'avenir que cela évolue. »*

## *2. Les enjeux de ces réseaux*

Dans le mémoire de fin d'études de sage-femme de Bertrand L., en 2008, 41 sages-femmes libérales et 44 médecins généralistes avaient répondu à un questionnaire sur le thème de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes.

À la question « qu'est-ce qui freine la collaboration ? », les sages-femmes ont écrit librement leur réponse : les notions qui sont ressorties sont le manque de connaissance et de reconnaissance des médecins généralistes à leur égard, le manque de temps, la crainte de la concurrence, la préférence pour la collaboration avec un obstétricien, et le manque de contact.

Les médecins généralistes ont évoqué les mêmes notions de manque de connaissance de leur part concernant les sages-femmes, mais aussi les notions de manque de travail en réseau, de manque de communication des sages-femmes envers eux (comptes rendus des visites, des consultations), de méconnaissance des sages-femmes de leur secteur, de la préférence des sages-femmes à travailler avec les obstétriciens et de la concurrence entre les deux professions.

Lors du focus group, les sages-femmes et les médecins généralistes ont évoqué cette nécessité de rencontres professionnelles :

*[Pourquoi pas : avoir des correspondantes sages-femmes ?]*

*[Rencontrer les gens, c'est toujours intéressant.]* (médecins généralistes)

Le réseau périnatalité a l'avantage de pouvoir créer ou utiliser les outils de la collaboration :

- proposer des formations communes
- publier des plaquettes d'information, accessibles aux médecins généralistes, comme aux sages-femmes, mais aussi au grand public, sur les compétences de chacune des professions.
- publier des plaquettes de contact, avec les professionnels répertoriés par secteurs, et les activités spécifiques de chacun des professionnels.

Il représente donc un outil primordial, pour améliorer la collaboration de ces deux professions, dans l'intérêt des femmes, mais aussi des enfants à naître.

## CONCLUSION

L'échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque nous a permis de cerner certaines difficultés auxquelles sont confrontées ces deux professions.

Dans le contexte actuel, il est à prévoir que les sages-femmes vont effectuer de plus en plus de suivis de grossesse à bas risque, que les gynécologues-obstétriciens vont privilégier les suivis de grossesses pathologiques, et enfin que les médecins généralistes vont s'adapter selon les disparités régionales, et feront peut-être globalement moins de suivis de grossesse d'ici quelques années sans pour autant arrêter d'en faire.

Les professionnels de périnatalité doivent s'adapter aux évolutions des décisions des Pouvoirs Publics, à la démographie médicale, aux changements sociaux, aux demandes et aux besoins des femmes. Cette adaptation demande du temps, des formations adaptées, et une compréhension entre les professionnels de la périnatalité. Les sages-femmes et les médecins généralistes expriment clairement lors de cette expérience de focus group le besoin de travailler plus en collaboration, avec une meilleure organisation et une meilleure communication au quotidien dans leur pratique.

Les améliorations immédiates proposées par les professionnels eux-mêmes sont le développement des rencontres professionnelles durant leurs études respectives, puis à l'occasion de formations complémentaires tout au long de leurs carrières.

Les réseaux de périnatalité peuvent également permettre de diffuser des plaquettes d'information à l'attention des professionnels et du grand public, ainsi que des carnets d'adresses pour les professionnels d'un même secteur, qui pourraient être mis à jour annuellement, et pourquoi pas autour d'une assemblée annuelle. Ces professionnels ont aussi la possibilité de proposer des formations communes, et des rencontres interprofessionnelles autour de thèmes communs. C'est d'ailleurs un objectif qui a retenu l'attention du réseau de périnatalité des Pays de la Loire et qui va être mis en place prochainement.

Enfin, les correspondances écrites doivent se généraliser entre les professionnels de périnatalité, par le biais du carnet de maternité, sous-utilisé, mais aussi par les courriers médicaux, dans un but de transmission confraternelle et dans le futur probablement sous la forme de dossiers informatisés partagés.

L'objectif unique est d'accompagner de la meilleure manière possible les femmes enceintes, quelles que soient les évolutions auxquelles les professionnels doivent s'adapter.

Cet échange de regards permet de mettre en évidence les attentes des professionnels, qui ont tous cet objectif de meilleure prise en charge de la femme enceinte.

Un nouvel état des lieux d'ici cinq ans permettrait d'évaluer l'efficacité des moyens mis en place pour favoriser cette collaboration. De plus ce même type de travail d'échange de regards au sujet de la place, du rôle et des limites des intervenants dans le suivi de la grossesse à bas risque pourrait être réalisé avec les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens.

Les résultats de ce travail ont été communiqués au réseau de périnatalité des Pays de la Loire, à l'Union Régionale des Médecins Libéraux et au Conseil de l'Ordre national des sages-femmes et des médecins. Ils vont également être proposés aux revues lues par les médecins généralistes et par les sages-femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bardin L. L'analyse de contenu. 2009.
2. Berelson B. Content analysis in communication research. [1952].
3. Enquête nationale périnatale 2010 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé) [Internet]. Cité sur: <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
4. Rumeau-Rouquette C., du Mauzaubrun C., Rabarison Y. Naître en France, 10 ans d'évolution. inserm/Doin. Paris: 1984.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale française 2011 [Internet]. Cité sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-2011-1129>
6. Les médecins au 1er janvier 2012 - Drees: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des affaires sociales et de la santé [Internet]. Cité sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10840.html>
7. Drees: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des affaires sociales et de la santé. Les professions de santé au 1er janvier 2012 [Internet]. Cité sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/>
8. Drees: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère des affaires sociales et de la santé. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. 2012. Cité sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr>
9. Sécurité sociale 2011 / Publications / Publications / Accueil - Cour des comptes [Internet]. Cité sur: <http://www.ccomptes.fr/fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>
10. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Cité sur: <http://www.has-sante.fr>
11. InVS | BEH n°04 (24 janvier 2006). Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France. [Internet]. 2006. Cité sur: <http://www.invs.sante.fr/beh/2006/04/index.htm>
12. Béatrice Blondel. La modification des règles d'enregistrement des naissances vivantes et des mort-nés en France. Quel impact sur la mortalité périnatale? [Internet]. (Mai-Juin 2000), pages 623-627. Cité sur: <http://www.jstor.org/stable/1535072>
13. OECD statistiques (Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Mortalité Périnatale et Mortalité Maternelle: les statistiques classées par pays et par années [Internet]. 1970. Cité sur: <http://stats.oecd.org>
14. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 - Article 4 | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
15. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>

16. Plan périnatal 1995-2000 - Cité sur: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatals>
17. Plan périnatal 2005 - 2007 - Cité sur: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatals/plan-perinatal-223-407.html>
18. Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
19. Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
20. Ordonnance de la Sécurité Sociale du 04/10/1945 [Internet]. Cité sur: [http://www.legislation.cnnav.fr/textes/ord/TLR-ORD\\_4510\\_04101945.htm](http://www.legislation.cnnav.fr/textes/ord/TLR-ORD_4510_04101945.htm)
21. Décret n°72-162 du 21 février 1972 RELATIF AUX NORMES APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS PRIVES D'ACCOUCHEMENT | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
22. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
24. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. Cité sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
25. Bertrand L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes. 2008;
26. Casals C. Le carnet de maternité: un outil indispensable pour le suivi des grossesses. 2006;
27. ORS Pays de la Loire, Drees, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Les médecins généralistes□: un réseau professionnel étendu et varié [Internet]. Cité sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/sante-pays-de-la-loire/chiffres-et-donnees-de-sante/thematiques/professionnels-de-sante/>
28. Réseau Sécurité-Naissance/Naître Ensemble [Internet]. Cité sur: <http://www.reseau-naissance.com/joomla/>

## ANNEXES

- I. Le *verbatim* du focus group des médecins généralistes
- II. Le *verbatim* du focus group des sages-femmes
- III. Le tableau récapitulatif des résultats après catégorisation des UMS

## I. Le *verbatim* du focus group des médecins généralistes

« ANIMATRICE : Je rappelle le principe du focus group pour ceux qui ne connaissent pas : la parole est complètement libre, je pose un certain nombre de questions. Plus vous parlez librement mieux c'est, sans aucune censure, puisque l'objectif est de faire émerger éventuellement des idées inattendues. Donc il ne faut surtout pas vous refréner, la seule chose qu'on vous demande de ne pas faire c'est de vous injurier ou avec grande politesse (rires). Voilà. On vous demande aussi si possible de ne pas parler tous en même temps parce qu'après Caroline va retranscrire mot à mot tout ce que vous allez dire et quand vous parlez tous en même temps le travail de retranscription est absolument catastrophique pour elle. L'entretien est enregistré puisqu'elle retranscrira mot à mot, il est également filmé mais après ce sera détruit, c'est pour essayer de repérer qui a dit quoi au cours de l'entretien. Pour la même raison, régulièrement, je vous appellerai par vos prénoms pour qu'elle puisse se repérer. Le focus group est ensuite retranscrit intégralement mot pour mot, il servira ensuite à l'analyse et ensuite le *verbatim* sera anonymisé, vous ne serez nommés que par vos initiales. Si vous le souhaitez Caroline vous enverra le *verbatim*. Je pense que je vous ai tout dit, avez-vous des questions ?

H1 : Est-ce qu'il y a un temps limité ?

ANIMATRICE : Une heure et demie maximum.

La première question que je vais vous poser c'est : comment voyez-vous le rôle de chacun de chacun des intervenants, médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues obstétriciens, dans le suivi de la grossesse à bas risque ?

Votre propre rôle, et le rôle des autres intervenants.

H2 : Moi je veux bien parler. Moi je trouve que le suivi de la grossesse c'est le rôle de la sage-femme, j'en suis de plus en plus convaincu. Bon, évidemment les sages-femmes ne peuvent peut-être pas tout faire vu la démographie, c'est possible parce qu'il y a des endroits où il n'y a pas de sage-femme, donc c'est aussi en soins, en accès de première intention, dans la grossesse à bas risque, à peu de risque, donc pour ne pas dire normale quoi, avec un partenariat médecin sage-femme. Après, la fin de la grossesse c'est sur le lieu de l'accouchement, les deux derniers examens 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois. Voilà, c'est comme ça que je vois les choses.

F1 : Moi je suis d'accord que c'est le rôle de la sage-femme, mais j'adore suivre des grossesses et donc je ne veux pas arrêter, et je propose assez souvent de faire une surveillance alternée en leur disant qu'on a un regard différent et donc quelque fois on fait un mois-un mois, et en fait on n'a pas les mêmes choses à leur apporter. Mais j'ai envie de me les garder aussi (*rires*).

H1 : Moi je pense que jusqu'à 6 mois, effectivement, ça peut être l'intervention du médecin ou de la sage-femme, et, à partir de 6 mois, je propose de toute façon systématiquement un contrôle chez un obstétricien qui prend les choses en main et qui programme soit un suivi par lui dans son service soit une poursuite de la prise en charge jusqu'au 8<sup>e</sup> mois localement.

F4 : Moi je propose à toutes les patientes que je suis de suivre leurs grossesses lorsque c'est une grossesse à bas risque. La plupart sont tout à fait sur ce projet-là et donc dans ce cadre-là je les oriente vers la sage-femme pour l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse et pour les séances de préparation à la naissance, en donnant aussi complètement le choix à la femme d'aller voir qui elle veut et donc la place du gynéco-obstétricien ou de la sage-femme peut aussi prendre toute sa place pour les deux dernières consultations aux 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois de grossesse. Pour les grossesses à bas risque je fais les consultations obligatoires jusqu'au 7<sup>e</sup> mois. Voilà, je pense qu'une grossesse peut aussi...enfin je veux dire...elle peut être suivie par la sage-femme de bout en bout mais je pense que ça fait partie intégrante de la fonction de médecin généraliste.

F5 : Ce d'autant que quand on suit les patientes avant, qu'on a parlé ensemble de l'arrêt de la contraception, du bilan pré-conceptionnel et qu'après on voit le bébé, et je rejoins A. en disant qu'en plus ce sont des consultations plutôt agréables, pourquoi passer la main pendant ces quelques mois ? Ça me semble une continuité, contraception, grossesse, nouveau-né, avec un relais lors des deux derniers mois en structure hospitalière. Je pense qu'on peut, même, quand la grossesse se passe bien, se passer de l'obstétricien, et passer la main en fin de grossesse à la sage-femme. C'est ce que j'ai tendance à dire moi aux patientes c'est qu'à la rigueur en fin de grossesse moins on voit l'obstétricien mieux on se porte ! Quand les sages-femmes doivent passer la main à l'obstétricien c'est qu'il y a un petit souci, les grossesses physiologiques finalement les obstétriciens on n'en a pas besoin.

H2 : Je suis tout à fait d'accord

F3 : Moi mon expérience, elle est un petit peu la même que mes collègues, c'est-à-dire qu'en effet, il y a une continuité : il y a le suivi pré-conceptionnel, et de l'enfant ensuite donc c'est dans une certaine logique qu'il y a une prise en charge également pendant la grossesse. Ceci étant des femmes posent la question de ...Ou quelquefois aussi il y a des contraintes de lieux, et auquel cas je leur dit qu'il y a en effet des possibilités de suivis par des sages-femmes, qui peuvent se faire, il y a des femmes qui trouvent leur compte comme ça. Je pense qu'on a aussi des compétences de toute façon différentes, qui peuvent se compléter, moi ça m'arrive de solliciter en plus la sage-femme. Pour ce qui est des gynécologues médicaux, à partir du moment où elles ont fait le choix d'un suivi gynéco par un gynéco médical je vais pas me mettre entre...je les laisse re-contacter la personne qui les suivait. On a de plus en plus de femmes qui parlent de sages-femmes pour leur suivi de grossesse, c'est leur choix, qui est à respecter. Je pense que nous on peut apporter, c'est vrai que ce sont des consultations très agréables, on apporte des choses parce qu'on connaît l'histoire médicale de la patiente et que de ce point de vue-là on a quand même des éléments importants à apporter, à intégrer dans le suivi de la grossesse et puis la sage-femme a des compétences différentes, que l'on a pas et qui sont aussi importantes. Elles ont une approche plus spécifiquement sur la grossesse.

H3 : C'est une approche un peu différente parce qu'à M. on travaille avec pas mal de maternités donc en fait au niveau du cabinet, on essaie de travailler de façon assez étroite, de structurer le suivi avec l'équipe assez vite, c'est-à-dire que la femme repère où est-ce qu'elle veut accoucher. Parce qu'on travaille quand même avec au moins quatre maternités différentes. Le principe est qu'on propose toujours un suivi au cabinet comme médecin traitant, comme médecin de famille, comme médecin

connaissant la famille. Le relais étant pris au 7<sup>e</sup> mois comme c'est la tradition sauf parfois dès le 6<sup>e</sup> mois pour certaines maternités, cela dépend, mais on tient à ce que le contact soit pris si possible pour la première échographie en tout cas, de toute façon pour la deuxième. De mettre en place les repères avec les équipes hospitalières. Après si c'est un obstétricien ou si c'est une sage-femme au sein des équipes ce n'est pas nous qui maîtrisons, ça dépend comment c'est et avec quelle maternité on s'adresse. On ne travaille pas beaucoup avec les sages-femmes en direct, parce qu'on a une sage-femme à M. mais c'est la maternité de LRY, l'hôpital de LRY, donc ça veut dire qu'il faut que la femme ait fait le choix de cette équipe-là sinon on est bancal. Quand on a des femmes qui sont suivies à Nantes et qu'elles voient une sage-femme de la maternité de LRY c'est un peu tordu, ça fait des histoires tordues. On a une sage-femme qui fait des échographies à LRY avec qui l'on travaille un petit peu, donc dans une autre approche. Pour l'entretien du quatrième mois, on ne le demande pas systématiquement mais quand on le demande c'est avec la maternité de M., donc la maternité de LRY, donc ça s'adapte à chaque cas un petit peu.

Moi le principe quand même c'est une grossesse normale, on propose qu'elle soit suivie bien sûr, la liberté est à la femme, mais on propose de la suivre au cabinet. Comme tu dis, on connaît bien la famille, on a une disponibilité plus importante aussi que les autres. On est disponibles immédiatement, dans la journée s'il y a un problème. Je pense que c'est aussi quelque chose d'important et la proximité aussi. Disponibilité de proximité. Pour nous. Parce que je ne suis pas à Nantes.

F2 : Moi en fait, je reviens à ce que tu as dit B. (H2), je pense personnellement que les sages-femmes sont plus compétentes, ont plus de connaissances que nous pour les suivis des grossesses mais moi j'aime bien faire ça, j'aime bien suivre les femmes dont je suis le médecin traitant. Donc je leur propose toujours de les suivre, si elles le souhaitent, jusqu'au... Après en passant le relais au huitième mois donc à la sage-femme en général parce que nous on travaille beaucoup avec la clinique m. et avec l'hôpital, donc ce sont les sages-femmes qui voient les patientes s'il n'y a pas de problème particulier. Voilà, mais il y a quelques femmes que je peux suivre par ailleurs qui disent qu'elles préfèrent faire suivre leur grossesse par une des sages-femmes du secteur et je pense que ce n'est pas très facile pour les sages-femmes du secteur, enfin on a eu des retours comme quoi, voilà ce n'est pas évident pour elles que nous on suive les grossesses. Il y a des tensions qui peuvent se faire à ce niveau-là. Après il y a aussi un travail que l'on peut faire en lien, entre autre j'ai appris que les sages-femmes ne peuvent pas arrêter les femmes plus de 15 jours ce qui paraît complètement aberrant quand c'est elles qui les suivent. Donc elles sont obligées de nous les adresser, enfin... Pour le quatrième mois, peut-être que ça viendra comme question mais tant pis, pour l'adressage en fait les femmes s'inscrivent car il faut qu'elles s'inscrivent tôt pour la maternité au CHU après la première écho mais je ne leur demande pas d'aller spécifiquement à l'hôpital ou à la clinique avant le huitième mois. Si tout va bien, je n'ai pas besoin d'aide particulière.

ANIMATRICE : Par rapport à ce que tu disais D. (H2), vous avez des sages-femmes libérales ?

H3 : Non, enfin si on a une équipe de sages-femmes libérales mais je ne sais pas si elles font les entretiens du quatrième mois. En tout cas on travaille plus avec elles sur les rééducations périnéales, préparation à l'accouchement, mais donc c'est pour ça, que je... Vous avez des sages-femmes vous dans votre secteur ?

(*Tout le monde en même temps : « oui... ! »*)

H3 : Libérales ? Non, mais nous on n'a pas introduit cela, on n'a que la sage-femme qui va faire la consultation avancée à la maternité de LRY. Et en plus on est loin. Pour certains d'entre vous venir au CHU c'est déjà une distance, mais pour nous c'est encore pire.

F2 : Au niveau des disponibilités, les sages-femmes du secteur ont une disponibilité qui est équivalente, voire supérieure à la nôtre, hein. Je vois une des sages-femmes qui suit un certain nombre des grossesses et entre autres qui faisait des accouchements à domicile, elle est joignable sur son portable tout le temps, même la nuit quoi. Alors que nous on met le 15 ».

ANIMATRICE : Et alors, est-ce que vous voyez des limites au rôle de chacun ? Vous nous avez parlé du rôle des autres et de celui que vous avez, est-ce que vous voyez des limites aux rôles que chacun peut avoir ?

F4 : On ne peut pas faire d'ERCF (*enregistrement du rythme cardiaque fœtal*) par exemple. Si effectivement au cours d'une consultation, s'il y a un souci qui justifie ce type de contrôle nous on va l'orienter vers le lieu que la femme a choisi pour son accouchement. La sage-femme libérale, elle sait faire, elle a ce qu'il faut, nous on peut écouter les bruits du cœur, mais pas d'ERCF.

H2 : Moi je vais raconter une histoire, des limites. J'ai eu une patiente, pas très épaisse, qui devait faire 45 kg, enceinte, qui s'est mise à vomir et donc, au bout d'une semaine, elle avait perdu 3 kg déjà. Donc je l'ai envoyé ici, on l'a renvoyée en disant que tant qu'elle n'avait pas perdu 10 % de son poids on ne s'inquiétait pas. Le potassium était dans les chaussettes, quand même, il y avait quand même quelques signes alarmants, je me suis débrouillé et je l'ai traitée un peu comme un nourrisson, avec des solutions de réhydratation, tout ça...enfin bon ça s'est bien passé, tant mieux mais je me suis dit que quand même, les limites, elles étaient là !

H1 : Là ce n'est plus une grossesse physiologique, ça devient une grossesse pathologique.

H2 : Oui, mais ce n'était pas suffisamment considéré comme pathologique pour que la structure la prenne en charge ?

H3 : Oui, mais toi, tu as pensé que ta limite était dépassée ?

F1 : Vous n'étiez pas sur la même limite.

H3 : On a eu un cas tout à fait analogue, pour parler de notion de limite : on n'était pas sur les mêmes trucs, c'était exactement le même cas sauf qu'on était en fin de grossesse avec le risque de fin de grossesse. On ne définit pas toujours les mêmes limites que les structures, que les maternités. En tout cas pour ce qui concerne ces deux cas.

F5 : Quand on a une situation sociale difficile, où je pense que l'implication future de structures telles que PMI sera nécessaire là j'ai plutôt tendance à orienter vers l'hôpital, vers la consultation dédiée aux situations difficiles, pour qu'il y ait une accroche pendant la grossesse. Après on peut mettre en place pour le nouveau-né des systèmes de prévention, un encadrement quoi.

ANIMATRICE : Tu penses que la structure, là, a plus de compétences ?

F5 : Là j'utilise l'outil, après l'expérience que j'en ai eue m'a un petit peu déçue mais j'envoyais dans ce sens-là. En me disant qu'il y avait peut-être plus de garde-fous que moi toute seule. Et parfois il y a aussi la barrière de la langue, et je sais qu'à l'hôpital, on peut aussi avoir des interprètes, chose que moi je n'aurai pas au cabinet. Et peut-être plus de lien après la naissance avec les structures telles que les PMI. Car moi, personnellement, avec les PMI, je ne sais pas trop comment communiquer. J'espérais qu'avec l'hôpital il y avait plus ce lien-là.

ANIMATRICE : Et ?

F5 : Et... En fait ça n'a pas été si simple que ça, pas de baguette magique.

F3 : Par rapport à nos limites, après, les limites de chacun, les limites de la sage-femme c'est difficile de se mettre à leur place. La question que je me pose, c'est : est-ce que finalement... Parce qu'en général on connaît la famille, on connaît vraiment le contexte, les difficultés qu'il y a eu les années précédentes, les deuils... Quelque part on sait dès fois dès le début de la grossesse qu'il y a des choses qui vont se travailler, on va essayer de faire naître une réflexion chez elles, pour que la grossesse se passe bien et que l'après, la naissance se passe bien. Alors la question que je me pose c'est : est-ce que ça n'est pas une limite chez des sages-femmes ? mais ça c'est un point d'interrogation.

F2 : Je pense que ça, ça dépend comment on travaille, et les sages-femmes et les généralistes, là-dessus, sur cette attention à l'ensemble de la situation.

F3 : Hum...

F2 : Elles n'ont pas le même, enfin sauf si elles ont suivi plusieurs grossesses de cette femme-là, mais sinon c'est vrai qu'elles n'ont pas le même contexte. Mais bon parfois quelqu'un qui n'a pas le contexte habituel, enfin c'est comme nos remplaçants, ou les internes, des fois il y a des choses qui sont dites qui ne sont pas dites avec nous, et qui sont plus spécifiquement déposées à cet endroit-là.

F3 : Tout à fait. C'était un point d'interrogation.

F2 : Oui, oui, non mais bien sûr ! Mais c'est vrai que parfois on a un passé avec les gens, qui nous aide pour ce suivi de la grossesse.

F3 : Et ce sont des choses qui ne sont pas toujours exprimées.

F2 : Après, moi, j'ai l'impression que leur compétence en matière de suivi de grossesse, elle est supérieure à la mienne, qui s'est forgée au fil du temps et de mon

exercice, parce que je n'avais rien appris sur le sujet à l'époque. Et au fil des formations continues, et enfin voilà...

Leurs limites, je ne sais pas trop, d'ailleurs ce serait intéressant. Savoir, pour toutes les pathologies, qui peuvent être intermédiaires, les problèmes de lombalgies, d'infections urinaires hautes et basses, etc., et leurs possibilités de prescription en la matière. Pathologies infectieuses aussi, une fois avec la sage-femme du coin on était toutes les deux interrogatives sur quoi faire, tel contact de pathologie infantile, la femme l'avait eu, ne l'avait pas eu, enfin elle n'était pas beaucoup plus avancée que moi sur la question.

H2 : Peut-être que ce qui manque, justement, c'est ce travail en équipe. C'est vrai, c'est un des gros problèmes de notre structure de soins, on est assez isolés quand même, même si on a des contacts téléphoniques de temps en temps. Mais on ne travaille pas vraiment ensemble quand même, quoi. Et c'est peut-être un peu dommage parce qu'effectivement on connaît mal les possibilités, les limites de l'autre. C'est vrai qu'en tant que généraliste, quand même, les avantages qu'on a c'est de connaître les éventuelles pathologies ou autres que la grossesse qui peuvent interférer avec la grossesse.

F1 : Et puis l'histoire familiale, l'histoire du couple...

Dans les limites, je pensais à une grossesse que j'ai suivi récemment, où il y avait une petite anomalie échographique qui n'était suffisamment importante pour qu'on déclenche toutes les... et en fait ça a vraiment empoisonné le déroulement de la grossesse de cette femme par ce qu'il y a avait en permanence cette épée de Damoclès et le service de suivi du CHU, de grossesse pathologique me renvoyait la balle en me disant « si vous le jugez nécessaire je la verrai... ». J'ai fait des pieds et des mains pour qu'elle soit vue...C'était l'écho qui a soulevé un problème et ça n'a pas été simple à suivre.

ANIMATRICE : La question était de savoir, si on était toujours dans une grossesse physiologique ?

F1 : Ben, c'était une grossesse physiologique, sauf que l'écho, qui est tellement poussée des fois, qu'ils trouvent des petits trucs, ils le disent, et puis voilà quoi...et ça a changé quelque chose dans le suivi de la grossesse, quoi, on n'était plus dans la légèreté.

ANIMATRICE : Est-ce que c'était facile de communiquer avec...

F1 : Avec le CHU ? ils ont refait l'écho, ils ont bien voulu la refaire pour confirmer qu'il y avait une anomalie, mais après, savoir qu'en faire ça n'a pas été très simple, il a fallu que je prenne plusieurs fois mon téléphone.

F2 : Mais là ça n'était plus les sages-femmes ?

F1 : Non non. C'était sur mes limites à moi, quand il y a un petit truc sur les échos...moi je ne sais pas les lire, je ne sais pas vous...

H1 : C'est clair que c'est là qu'on atteint nos limites, dès qu'il y a un petit truc qui sort du physiologique, c'est nos limites...Moi j'ai l'impression que je peux suivre une grossesse qui ne présente pas de problème à priori. Je dis, jusqu'à un contrôle à 6

mois, parce que j'ai peur d'avoir loupé quelque chose ou quoi que ce soit. Donc ça me semble assez facile, mais à partir du moment où il y a quelque chose d'anormal moi je passe volontiers la main, sur une structure quelconque, en général sur la structure qu'a choisie la femme pour accoucher par la suite, quoi. Mais bon il y a des maternités de Nantes, de Cholet, car je suis à mi-chemin entre les deux.

H3 : Mais quand on parle de limites, ça ne veut pas forcément dire qu'on arrête la prise en charge ! Ça veut dire qu'on a besoin de quelque chose, mais ça veut dire que la limite de l'un ne veut pas dire... On est parfois sur des territoires où il y a des prises en charge conjointes, parce qu'on a besoin d'un avis et peut-être aussi des fois de proposer de garder le contact. Pour moi les limites c'est surtout dans les domaines sociaux ou psychologiques et moi je trouve que le lien avec le médecin traitant est vachement important. Moi je sais que j'ai vu une grossesse l'année dernière comme ça chez une femme qui sortait de prison dans une situation difficile, j'étais bien content qu'elle soit un petit peu aidée ici, mais en même temps on a gardé le lien car on savait qu'après il fallait continuer le travail qu'on avait fait, même quand le gamin serait là. Justement ...

F4 : C'est important ce que tu dis, parce que c'est important d'être présent tout au long de ce parcours-là car après une fois que la patiente sort de la maternité elle revient et ...

H3 : Et puis y'a le mari ! Nous, très souvent on a le père, qui peut être là, qu'on peut voir seul aussi, y'a quand même tout le contexte familial, enfin pour nous en tout cas dans nos coins, et vu comment on exerce en tout cas... Les autres enfants, parfois la génération au-dessus, enfin...

ANIMATRICE : Vous dites très fort que votre compétence rajoutée, le plus que vous amenez, c'est votre connaissance du contexte familial, social, professionnel... Et puis le fait que vous intervenez en amont et en aval.

F4 : Oui enfin cela dit moi je me sens compétente pour suivre une grossesse à bas risque, jusqu'au 7e mois, enfin je pense que j'ai ces compétences-là en tant que généraliste, en même temps que j'ai des compétences de faire les prescriptions de contraception, de poser les implants et les stérilets... Par contre dans d'autres domaines que la gynéco, je vais moins loin que d'autres médecins généralistes, je ne fais pas d'infiltrations par exemple au niveau des articulations parce que je sais pas faire, je n'ai pas appris à les faire, etc. Donc je pense que la médecine générale est suffisamment vaste pour qu'effectivement peut-être tel ou tel on va avoir plus de compétences parce qu'on a plus approfondi dans tel ou tel domaine...

Enfin, je le revendique quand même : ce n'est pas qu'être le témoin etc., c'est aussi de la compétence et du rôle du médecin généraliste.

Je pense qu'il y a plusieurs portes d'entrées possibles, je dirai, par rapport au suivi de grossesse. La sage-femme a effectivement toute sa place, le médecin généraliste peut l'avoir aussi et les femmes choisissent.

ANIMATRICE : Je parlais de valeur ajoutée, je ne parlais pas du fait que c'était à cause de ça qu'il y a des compétences à suivre mais ce que vous dites c'est plus une valeur ajoutée dans le suivi de la grossesse.

F4 : D'accord... hum...

ANIMATRICE : C'est ça qu'il me semble que vous dites tous de manière importante. Vos limites c'est plus quand il y a quelque chose qui sort de l'ordinaire, au point de vue technique ou de l'ordre social.

F1 : Je ne savais pas qu'il y avait une consultation dédiée aux situations difficiles, je l'ai appris ce soir.

F4 : L'UGOMPS ?

Unité de Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale qui est là, au rez-de-chaussée.

F2 : La question avec le lien avec les sages-femmes, c'est : à l'hôpital, en libéral ? C'est tout venant ?

Parce qu'effectivement avec l'UGOMPS, enfin, on a eu ...je trouve que c'est difficile le suivi conjoint. On n'a aucun retour, strictement aucun retour quand les...  
(*Acquiescement général*)

Enfin, personnellement, je ne veux pas généraliser, mais pour les femmes que j'ai adressées je n'ai eu aucun retour de l'UGOMPS, et justement là ça pose un sacré problème pour après, au moment de l'accouchement, car en fait on n'est même pas prévenus rapidement que la femme accouche. Donc souvent elle est sortie quand on le sait et donc là il y aurait vraiment quelque chose à totalement améliorer ! (*elle rit*). Les seules choses que l'on reçoit ce sont des demandes : envoyez le double du frottis ! (*tout le monde rit*)

H2 : Oui, on a tous eu ça ! (*il rit*)

F4 : J'ai eu le cas cette semaine avec une patiente de 17 ans que je suis, justement cette semaine. (*rires*)

F2 : On a beau mettre ça sur le carnet de maternité : frottis de moins de trois ans, normal, non il faut qu'il y ait le papier, et à 17 ans non ! Quelle justification d'un frottis ? !?...

Mais par contre il y a quand même eu au niveau de la prise en charge à l'UGOMPS des choses intéressantes pour des femmes qui en fait, avec un suivi alterné, avec le psychologue... Enfin, l'UGOMPS apporte quelque chose, il y a une assistante sociale, et...

H1 : C'est quoi l'UGOMPS ?

F2 : C'est l'unité de gynéco-obstétricale médico-psycho-sociale donc qui apporte un réel plus à ce niveau-là mais j'ai trouvé que, soit avec les médecins ou les sages-femmes, les relations étaient vraiment...C'est fini, quoi ! Une fois qu'elle rentre dans la structure, c'est terminé

F4 : Je pense que là, enfin moi je le ressens comme étant un problème de structure, de fonctionnement de la structure et pas des individus.

F2 : Ah ! Non, non, non, ce ne sont pas les individus, mais c'est vraiment dommage, surtout dans cette situation-là !

F4 : Bien sûr !

F2 : C'est comme quand les gens sont à l'hôpital finalement ! Quand ils sont hospitalisés, à part quand on te demande des renseignements sur...Éventuellement l'externe t'appelle pour te demander des renseignements dans le dossier, mais donner des nouvelles et à la limite le décès du patient, enfin, bon...

H2 : Et prévenir qu'ils sortent, surtout !

F2 : Et prévenir qu'ils vont sortir, mais là c'est pareil une fois qu'elles rentrent dedans elles sont dans la filière et je pense qu'il y a un vrai problème là-dessus.

ANIMATRICE : Cela introduit ma question suivante :  
Qu'évoque pour vous la notion de collaboration-communication entre les médecins généralistes et les sages-femmes ? Donc une excellente introduction à la question...

F2 : Mais là ce n'étaient pas des propos uniquement par rapport aux sages-femmes, les médecins de l'UGOMPS c'est exactement la même chose, hein... c'est pas une question de sage-femme ou pas...

ANIMATRICE : Là c'est une question de structure et pas...

F2 : Oui, c'est exactement ce que disait A. (F4), je pense que c'est une question de structure.

F4 : Avec les sages-femmes en libéral, nous on communique bien ! C'est plutôt la structure qui...

H1 : Moi j'ai l'impression que quand les femmes choisissent les sages-femmes, après c'est silence radio pendant tout le temps de la grossesse. Je ne sais pas ce qui se passe, après.

F2 : Moi j'ai une sage-femme qui m'envoie un petit compte-rendu, un petit mot, après chaque consultation d'une femme dont je suis le médecin traitant. J'ai trouvé ça sympa, faudrait que je lui réponde en lui disant que...

H1 : ...Que c'est bien, continuez !

F2 : Non mais... j'apprécie !

ANIMATRICE : Est-ce que tu lui renvoies un petit mot quand toi tu vois la patiente ?

F2 : Bien, je marque sur le carnet de ... enfin, ce n'est pas obligé de ...Enfin moi je suis moins sensée la voir, sauf s'il y a une pathologie autre mais...je marque toujours sur le carnet de maternité.

H3 : Moi j'ai vu ce matin une patiente qui a accouché il y a un mois, je n'ai pas reçu le compte-rendu d'accouchement et elle m'a dit qu'elle avait eu un saignement qui avait nécessité d'être reprise et ...

H1 : Une prise en charge c'est ça oui...

H3 : Et qu'on ne lui a pas expliqué ce qu'on avait fait parce qu'ils n'avaient pas trouvé l'origine du saignement, donc un truc un petit peu cafouilleux, pas grave, mais c'est courant ça ! Qu'on ne soit pas prévenu du fait qu'elle a accouché ni même le compte-rendu d'hospitalisation. Ce n'est pas forcément au CHU, ça peut-être à la clinique a, ...

En tout cas les retours on a l'impression que ça va beaucoup dans un sens mais pas beaucoup dans l'autre.

H2 : Moi je ne jetterai pas la pierre aux sages-femmes, je pense que je ne mets pas beaucoup du mien pour resserrer les liens, enfin c'est ça aussi, quoi. Donc je pense que c'est bien quand ça fonctionne mais peut-être que si la femme dit : « j'aimerais bien être suivie par une sage-femme », qu'on sait qui c'est, ça peut être l'occasion de tendre la perche ou la main, je ne sais pas...Mais peut-être que l'on ne le fait pas assez non plus, quoi...On a le retour que de ce qu'on veut bien aussi, pas toujours, je ne parle pas des structures,...

H3 : J'allais te poser la question !

H2 : Je parle des personnes, je parle des relations avec les sages-femmes...

ANIMATRICE : Oui, oui, tout à fait.

H2 : Donc c'est vrai que les relations avec les sages-femmes, je n'en ai pas beaucoup, en général c'est le compte-rendu de l'écho, de la deuxième écho en général, qui est souvent faite à la maternité m., ou à l'hôpital, par une sage-femme, car ce sont souvent les sages-femmes qui font les échographies morphologiques, et voilà quoi...mais c'est un courrier quoi...après moi j'essaie de remplir comme dit M.(F2) le fameux carnet de maternité que personne ne remplit, y'a 20 ans j'avais écrit au Dr O. en lui demandant mais pourquoi vous ne remplissez et ne lisez jamais les carnets de maternité des femmes qu'on vous adresse, il ne m'a jamais répondu... Enfin bon, je veux dire qu'il y a un document officiel quand même, qui est fourni par les départements, qui est intéressant, il y a des documents intéressants dedans, on met dedans les résultats des examens, mais à part les quelques rares médecins qui le font je n'ai jamais vu, ou j'ai rarement vu quelqu'un d'autre écrire dessus. Je ne sais pas quelle est votre expérience...

*(Toutes les voix s'élèvent en même temps)*

Il y a un document de base, que beaucoup ne connaissent pas, qui ne savent même pas que ça existe, voilà...distribué au quatrième mois, par le département.

*(Tout le monde parle en même temps)*

F1 : C'est parce qu'ils sont trop grands peut-être ?

H3 : Le département de la Vendée nous en a renvoyé des exemplaires mais moi de toute façon je ne demande pas à les voir...Et si on me le présente je ne le remplirai pas, je suis désolé, je ne peux pas tout remplir. Par contre je donne à la patiente la sortie informatique de ce que j'ai noté.

H2 : Tu as très peu de choses à remplir ! Les cases sont déjà là !

H3 : C'est déjà trop pour moi.

F1 : Moi je trouve que le carnet d'avant, où il y avait tout sur la même page c'était mieux parce que là...y'a pas de comparaison. C'était bien d'avoir...

ANIMATRICE : Donc apparemment ce n'est pas un outil de liaison avec les sages-femmes ?

H2 : Ou qui n'est pas utilisé comme tel, hélas.

ANIMATRICE : Enfin si, toi, M. (F2), tu disais que tu l'utilisais...

F2 : Moi je le remplis oui...

ANIMATRICE : Vers la sage-femme qui suit la grossesse mais...c'est-à-dire : le lit-elle ?

F2 : Ah ça je ne sais pas...Enfin je réfléchis...Je repensais à ce que tu disais B.(H2), c'est vrai que par exemple quand une femme me dit je vais faire suivre ma grossesse par une sage-femme, là ça m'est arrivé, je ne lui dis pas « ben tiens, je vais vous mettre un petit mot, avec vos principaux antécédents », donc ça ce serait intéressant.

H2 : Et oui, on reproche aux sages-femmes de ne pas avoir de retour, mais nous on ne tend pas la main.

F2 : Quelque part je me sens probablement un peu dépossédée (*rires d'une femme*), non mais c'est vrai, je me dis ben tiens, pourquoi ne se fait-elle pas suivre par moi, je lui dis rien, mais du coup... (*elle rit*). Mais par contre avec les sages-femmes du secteur, entre autres avec une, on a quand même des échanges. Mais c'est vrai que mettre un petit mot, comme quand t'envoies, ... Ça pourrait être intéressant...Après le carnet, oui moi je le remplis toujours, mais c'est vrai que les structures ne le remplissent pas et moi je ne fais pas tellement de suivi alterné, à part cette femme, si tu veux, mais en fait je ne suis pas du tout sa grossesse, mais je ne fais pas tellement, je ne fais pas de suivi alterné avec les sages-femmes.

F4 : Je n'en fais pas beaucoup mais je propose.

F2 : Oui, oui, oui ! Mais du coup je ne sais pas trop si elles les remplissent, ces carnets. Les femmes les reçoivent toutes, elles les reçoivent dès qu'elles font leur déclaration de grossesse, elles l'ont ! Enfin, chez nous, en 44.

H1 : Moi j'ai quelques grossesses que je suis, là, en ce moment, j'en suis deux, mais elles n'ont pas de carnet ou en tout cas elles ne me l'ont jamais présenté. Alors comme ça change beaucoup, les formes de carnet, et les trucs, je pensais que ça n'existait plus.

F4 : Moi j'ai eu des patientes qui ne savaient pas que c'était un carnet à remplir, je leur ai demandé et puis : « ah, bon ? Vous mettez quelque chose dedans ? » Eh bien oui !

H2 : Pour terminer avec cette histoire de carnet, nous on en a une pile, d'avance. C'est-à-dire qu'on n'attend pas, on dit aux femmes : voilà, vous en recevrez un, vous serez bien gentille de nous le ramener, on vous l'avance. Moi je présente toujours ce carnet comme un support de liaison si la femme part, et qu'il lui arrive quelque chose, à droite, à gauche, les gens voyagent quand même, et de l'avoir toujours avec elles, voilà ! Ce n'est pas uniquement pour la sage-femme, mais n'importe où qu'elles aillent, elles peuvent en avoir besoin, avoir besoin d'un avis médical sur leur grossesse. Je trouve que c'est un minimum. Mais le support informatique, pourquoi pas, hein ! Mais là il est tout fait, en plus y'a des conseils... Il est pas mal fait.

F2 : Oui, nous aussi on en a d'avance, qu'on donne dès le début.

ANIMATRICE : Une sage-femme libérale disait que même parfois après le 7<sup>e</sup> mois, ça lui arrivait de proposer à la femme de continuer à la voir, si elle sentait que c'était bien pour elle, que ça pouvait l'aider, même quand elle était prise en charge par la structure, donc elle faisait une espèce d'alternance avec les consultations obligatoires. C'est quelque chose qui vous arrive, que vous faites ?

F4 : Une sage-femme libérale tu veux dire ?

ANIMATRICE : Une sage-femme libérale oui, qui quand elle parlait des suivis de grossesse qu'elle fait, même quand elle passait la main sur la structure, elle continuait éventuellement à voir les femmes en alternance, si elle sentait que c'était bien pour les femmes.

F3 : Moi je n'ai pas cette...Éventuellement avec une sage-femme dans la structure, en effet, que ce soit à l'hôpital, ou à la clinique J., mais je ne fais pas cette proposition-là, pour des sages-femmes.

Tout le monde : non, non. (*Incompréhension de la question*)

F2 : (*La question était :*) Est-ce que nous on le fait, de les revoir, après avoir passé la main ?

F3 : Ah, je n'avais pas compris...

H2 : Oui c'est vrai, nous souvent on voit les femmes en fin de grossesse, pour les arrêts, souvent, pour des problèmes intercurrents, etc. et même sans le proposer quoi ! C'est vrai que le médecin traitant, puisque c'est comme ça que maintenant on est estampillé, c'est souvent l'accès le plus facile, quand même. Le chemin est connu, elles savent qu'on peut faire l'arrêt, prescrire l'antalgique, on a un minimum de connaissances, quand même. Donc c'est vrai qu'on revoit souvent nos patientes au 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> mois.

F1 : Moi, quand elles vont au CHU pour leurs derniers examens, je leur dis au revoir, mais aussi que je suis à leur disposition s'il y a quoi que ce soit, en attendant. Donc du coup c'est vrai qu'on les revoit pour les arrêts pathologiques, parce que ça ne correspond pas toujours à la date où elles ont rendez-vous, puis après...

F2 : Oui moi aussi, je fais la proposition, s'il y a besoin, et puis quelquefois quand... Plus pour des raisons de soutien psychologique, de contexte particulier, je propose vraiment quoi ! L'alternance, enfin... d'autres fois je dis juste je suis à disposition, et là dans ces cas-là, j'ai un cas-là, je propose de revenir, pour cet accompagnement là...

F3 : J'ai compris la question ! (*rires*)

F5 : C'est vrai que, à entendre la question, je me dis que à partir du moment où les patientes sont prises en charge dans les structures, je ne ferme pas ma porte, je dis que je suis à leur disposition s'il y a un problème, mais finalement ça pourrait peut-être être intéressant pour certaines patientes de leur re-proposer de les revoir. Pas pour prendre en charge la partie médicale, technique, dans laquelle elles sont déjà entièrement surveillées, mais je pense plus à des premières grossesses, pour les accompagner, les préparer à l'après, l'accueil de l'enfant au sein du couple... souvent je me dis qu'il y a des questions que j'aimerais bien aborder mais on n'a pas le temps parce que mine de rien c'est long des consultations de suivi de grossesse et finalement ça pourrait être un temps intéressant de leur proposer une consultation de fin de grossesse, pas technique. J'y pense là, c'est votre question qui m'y fait penser.

F4 : Moi, je ne propose pas de consultation systématique, c'est pareil je laisse la porte ouverte, je leur dis de me contacter s'il y a quoi que ce soit mais je ne me souviens pas avoir proposé de façon systématique des consultations intermédiaires, quoi.

ANIMATRICE : Vous évaluez à combien, le temps que vous passez en consultation, avec une femme enceinte ?

F4 : ça dépend des consultations : les consultations de début de grossesse il y a énormément de choses à mettre en place, à expliquer, etc. donc c'est une consultation longue, qui dure plus d'une demi-heure. Si je peux prévoir, je prends une double consultation, nous on prend des patients toutes les 20 min, ça fait 40 min quoi. Après, pour les consultations ultérieures, quand il n'y a pas de souci particulier, c'est plus rapide.

H3 : C'est extrêmement variable, on ne peut pas savoir à l'avance.

F1 : Les dernières consultations sont longues, moi parfois j'aborde l'allaitement, s'il y a, s'il n'y a pas, les petits conseils, donc c'est vrai que les premières sont longues mais la dernière, quand on se dit au revoir, elle est souvent longue aussi... Donc c'est 40 minutes, entre 30 et 40 minutes, quoi.

F2 : Moi je trouve aussi que le début, c'est long. Donc j'essaie de faire revenir, surtout si ça me semble complexe, j'essaie de ne pas attendre le retour de l'échographie de 12 SA et la déclaration pour revoir les patientes, quand elles sont venues me dire : « je suis peut-être enceinte ! ». Qu'il y ait au moins une consultation dans l'intervalle, avec retour des examens de départ : parfois elle est toxoplasmose négative, si c'est une première fois faut expliquer... Enfin, j'ai trouvé que c'était extrêmement long les premières consultations, et en faisant ça sur deux fois j'ai trouvé qu'on pouvait aborder les choses plus tranquillement.

F4 : Surtout depuis que tu as le dépistage du RT21 au premier trimestre.

F2 : Oui mais là elles ont fait leurs échographies. Juste après quoi...Enfin bon tout ça c'est extrêmement long, surtout quand c'est complexe...

F5 : Je fais revenir facilement aussi, j'ai l'impression que les femmes, elles sont plutôt, enfin s'il n'y a aucun problème financier ou quoi, elles sont plutôt demandeuses de venir souvent et d'avoir quelqu'un pour répondre à leurs questions. Je pense que ça ne pose pas trop de problème.

H2 : Moi je suis d'accord, je trouve même que ça commence avant la conception des fois, quand on est prévenu d'un désir de grossesse, avec un arrêt de contraception programmé. C'est vrai que parfois, c'est sur deux, trois fois qu'on voit les couples même parfois, ça permet d'aborder différents sujets, y compris l'allaitement, même. Dès le début de la grossesse, moi en général l'allaitement, j'en parle au début, et pas tellement à la fin, au début parce qu'il faut que ça chemine. Parfois les positions sont tranchées puis je me suis aperçu que plus on en parlait tôt plus ça permettait d'évoluer. Il y a des documents maintenant, qui sont bien faits, qu'on peut donner dès le début, donc ça permet de lire, de s'acclimater, et tout ça, parce qu'après les choses vont vite, on passe vite dans la technique, dès le 4e mois, alors que les premiers mois, il ne se passe pas grand-chose donc c'est le moment où c'est intéressant d'aborder ces questions...Mais c'est du temps, c'est bien de pouvoir le programmer, sur deux-trois consultations.

F1 : La consultation du post-partum aussi, c'est une consultation longue.

F2 : Là aussi on ne les voit pas toujours, par exemple à la clinique P., ils le font eux.

ANIMATRICE : Mais là, ce sont plutôt les rapports avec les obstétriciens...  
(*Tout le monde acquiesce.*)

F2 : Oui, ce ne sont pas les sages-femmes qui font la consultation du post-partum, en tout cas dans les cliniques privées. A l'hôpital je n'ai pas l'impression qu'ils fassent revenir les gens.

F5 : Non, non, ils nous les envoient, hein. On leur dit de retourner voir leur médecin traitant.

ANIMATRICE : OK, avez-vous envie d'ajouter quelque chose autour de cette collaboration, ou... ?

Il y a eu des tas de bonnes idées, qui pourraient...Leur écrire, téléphoner...

H2 : Moi je pense qu'on a été tellement, heu...Enfin bon c'est le problème du travail individuel et ça se pose dans cette situation comme ça se pose dans d'autres situations, on n'a pas vraiment l'habitude de travailler en équipe, parce qu'on est dispersés. Je pense à l'assistante sociale de secteur, la sage-femme, la PMI. Donc quand il y a des problèmes, il y a souvent un contact, mais ce que je veux dire c'est que ça ne se fait pas au quotidien. Ce ne sont pas des choses, enfin, moi, je n'ai pas l'habitude de...J'ai beau, à chaque fois qu'il y a une formation, quelque chose, me dire faudrait que, et bien...En fin de compte je m'aperçois que je ne m'y mets pas. Et

le petit mot qu'on pourrait faire etc.. Je ne le fais pas, et voilà. Ce sont des pistes, peut-être qu'après on travaillera ensemble, mais pour le moment la structure fait qu'on ne le fait pas. Est-ce lié à la façon qu'on a d'organiser notre travail, ou le mode de rémunération, peut-être que c'est du temps en plus qu'il faudrait organiser, je ne sais pas. Ce sont des questions, ça pourrait mieux exister que ça n'existe.

F4 : C'est vrai qu'on a peu de contacts avec les sages-femmes libérales, finalement, et l'idée du petit courrier quand on adresse pour l'entretien du quatrième mois ou même pour les séances de préparation à la naissance, ou pour...on pourrait, on pourrait faire un petit courrier avec un résumé des antécédents, de la femme, qui servirait de lien, et on aurait peut-être aussi, à ce moment-là, un retour. C'est vrai que moi je n'y avais pas réfléchi jusqu'à présent. Je pense que ça peut être une piste intéressante.

F2 : Et les sages-femmes de PMI, aussi, hein. Du département. Enfin, moi j'ai collaboré avec une, pour le suivi dans une situation difficile de femme, suivie à la fois au CHU, et par la sage-femme du secteur PMI, (ce sont des grands secteurs, c'est Rezé en fait) qui venait à domicile. Et là très bonne collaboration, par contre. Enfin, je trouve.

H2 : Moi aussi je le fais, ça. Mais c'est quand même rare.

F2 : Oui, ben, heureusement.

H2 : Oui, parce qu'il y a un certain nombre de grossesses, quand même, c'est une partie de plaisir, ça coule facilement.

H3 : Dans le suivi de grossesse sans problème, on n'a parfois que des sourires, et que des moments de plaisir, on est attentifs, mais c'est tout. Ça existe et y'en a même pas mal. On est même plutôt là à calmer un petit peu le jeu par rapport à certaines angoisses qui sont induites par les structures, et qui ne sont pas justifiées toujours.

H1 : Une surmédicalisation.

H3 : Il y a quand même des consultations simples, où on peut effectivement aborder des problèmes, mais voir aussi le vécu qui est pas forcément du vécu douloureux, qui peut être un vécu...enfin, je ne sais pas, il y a de tout quoi, on ne peut pas prévoir.

CAROLINE : Par rapport à la connaissance du rôle de la sage-femme est ce que vous avez tous l'impression, pendant votre formation, d'avoir pu assister, un jour, à une consultation de sage-femme ? Ou de savoir, à peu près, combien de temps elles prennent par consultation, comment cela se passe, ce qu'elles peuvent faire de plus que nous, leurs limites ? Est-ce que vous avez pu *assister* à une consultation ?

F2 : Pendant notre formation initiale ?

H3 : Ma pauvre Caroline !  
(rires)

F2 : Pendant ma formation, on ne m'a même pas appris qu'une sage-femme existait !  
(*rires*)

Même le suivi de grossesse, c'était zéro, ni même la contraception, il a fallu qu'on le réclame, on a eu une demi-heure de formation sur la contraception, à Marseille dans les années 70 !

Donc à plus forte raison, savoir ce que fait une sage-femme, (*elle rit*) non !

ANIMATRICE : Précise quand même qu'après, on a appris en formation continue !  
(*rires*)

F2 : Oui, mais en formation continue où il n'y avait que des médecins !

H2 : Oui, mais avoir suivi le travail d'une sage-femme...Moi les seules occasions que j'ai eu, c'est quand j'ai travaillé comme infirmier de nuit à l'hôpital de Châteaubriant, et où j'allais de temps en temps à la maternité voir les sages-femmes travailler, suivre le travail d'accouchement, hein, mais ce n'étaient pas des suivis de grossesse, et voilà, hein !

Ça a été les seuls contacts que j'ai eus, franchement.

F4 : Moi, en formation initiale, c'est la salle d'accouchement, parce que j'ai eu la chance de pouvoir passer en gynéco, donc pas de suivi de consultation de grossesse, et par contre, là, récemment, j'ai été amenée à suivre des consultations ici, de gynéco et d'obstétrique, et des consultations de sage-femme. Cela m'a ouvert des horizons, certains très positifs et d'autres, euh ...donc je veux bien en dire un mot ! (*elle rit*)

Sur les suivis de grossesse, les consultations de suivis de grossesses, c'est vrai que je pense que la sage-femme a quand même une rigueur et une systématisation qui sont supérieures, je pense, à ce que nous on peut faire, en tout cas à ce que je peux faire. Donc j'ai appris des trucs. Par contre j'ai découvert avec surprise comment pouvait se passer cet entretien du quatrième mois, que moi je pensais...Moi, j'adressais systématiquement dans la structure. Pour moi c'était important, qu'il y ait un lieu et un espace justement en dehors de moi médecin généraliste qui suivait la grossesse, médecin généraliste qui connaissait la famille, etc. Peut-être certaines choses pouvaient se dire qui ne se dirait pas lors des consultations avec nous... Et deuxièmement c'était une première prise de contact avec la structure où la femme allait accoucher. Et j'ai découvert avec surprise que c'était avant tout un moment administratif pour remplir le dossier et les antécédents médicaux pendant un quart d'heure, vingt minutes, et qu'à la fin, on demandait à la patiente si elle avait quelque chose à dire ou à demander ce qui durait 2 à 3 minutes. Ça m'a énormément déçue. Et je me suis dit que j'allais me mettre, moi, à faire ces fameux entretiens parce que je pense que...Je pense que je vais me former pour faire ces entretiens à part entière parce que bon...Bon, là, je pense que c'est pareil, c'est plus la structure qui impose ça que le vœu intrinsèque des sages-femmes qui font ces consultations-là, mais voilà...C'était...Une certaine surprise...Une désillusion...

F5 : Là, tu parlais de rigueur de la sage-femme qui est peut-être plus...Plus carrée, mais peut-être qu'elle aussi elle n'est pas parasitée par tout ce qu'on sait, justement nous, de la patiente, et ce que la patiente va peut-être nous dire : la patiente va peut-être se permettre de parler d'autre chose, qui ne correspondent pas à la grossesse, de nous parler pendant la consultation de son autre enfant qui a ceci ou cela, de ...donc

finalement, ce que l'on disait tout à l'heure avec tout ce que l'on connaît, l'entourage de la patiente, ça peut être à la fois un plus dans notre travail et parfois un moins aussi.

F4 : Peut-être qu'il y a ça mais moi je pense que c'est la formation qu'on leur donne qui est très...L'école de sage-femme...historiquement, de toute façon il ne faut pas se leurrer, il y a un rôle aussi, historique de la formation des sages-femmes, qui est une école très...un peu comme les écoles d'infirmières aussi...c'est une formation différente de celle que nous on a reçu en tant que médecin. Et avec un interrogatoire et un examen clinique très très structuré. Faut rien laisser échapper quoi, que nous on est peut-être plus...

H3 : Poètes...

*(rires)*

F5 : Encore une fois ce sont des sages-femmes de structure, peut-être que le même entretien en libéral...

F4 : Peut-être ! Je parle de ce que j'ai vu ! Dans la structure, il faut dire que le dossier écrit est extrêmement carré, formaté, et il faut remplir toutes les cases !

H1 : Et elle ne connaît pas la patiente qui vient, la sage-femme, donc elle est bien obligée quand même de se renseigner, et tout ce qu'elle demande nous on l'a déjà dans le dossier...Plus ou moins...Mais globalement on a déjà un dossier sur les antécédents de la patiente, qu'on a pas à se poser au quatrième mois, il y a déjà beaucoup de choses acquises.

Antécédents, histoires de vie, c'est déjà acquis, ça. Tandis que la sage-femme, elle ne l'a pas, ça, donc elle est bien obligée d'avoir cette rigueur.

H3 : Pour ce qui me concerne je méconnaissais complètement le métier de sage-femme, je n'ai rien appris pendant ma formation initiale.

H1 : Moi non plus !

H3 : Et je n'ai eu aucune occasion ultérieurement.

Donc je ne sais pas en quoi consiste le métier de sage-femme.

Mais ce n'est pas ma faute, hein, il y a eu une période où les formations, même en obstétrique, on n'avait pas le droit de faire un toucher vaginal pendant les quelques heures qu'on y passait...

H2 : Vaut mieux ne pas faire de toucher pendant les grossesses !

*(rires)*

H3 : Pour le dire autrement, on n'avait même pas le droit de toucher une femme, donc on a appris sur le tas, pour ce qui est du suivi de la grossesse. Les premières sages-femmes que j'ai dû rencontrer cela devait être pour les accouchements de ma femme. C'est de cet ordre-là, quoi.

F5 : Moi j'ai passé 6 mois de stage en gynéco-obstétrique et je pense que c'était hors de question que les sages-femmes forment les... J'étais externe à l'époque, je pense

qu'il était hors de question que les sages-femmes forment les externes. Ce sont les médecins qui forment les médecins...

F1 : Moi aussi en tant qu'externe aussi j'étais...on les gênait, les sages-femmes, si on...On les gênait quoi ! Il fallait qu'elles s'occupent de leurs élèves sages-femmes, et...on les gênait !

F5 : Il n'y avait pas spécialement d'échange.

F1 : Après, selon affinité, elles nous prenaient ou pas sous leur coupe, mais sinon on les gênait.

CAROLINE : Nous aussi c'était pareil, il fallait supplier pour pouvoir assister à un accouchement et montrer qu'on était passionnés, hyper intéressés, et plus on était présents pendant des heures et plus on avait mérité le droit d'assister à un accouchement. Il y avait une gue-guerre...

H2 : Petite revanche, peut-être...Parce que les sages-femmes sont quand même considérées, bien qu'elles soient des personnels médicaux, comme des sous-personnels médicaux,

...

F2 : Comme des sous-médecins.

H2 : (*ton d'ironie*) ...par les grands docteurs, qui leur font bien savoir, et leur dernière déconvenue ça a été l'extension des possibilités pour les sages-femmes de suivre la contraception, de poser des DIU, et des implants et tout ça...Hors situation pathologique, bien sûr, faut pas tout mélanger, et de prescrire des examens biologiques, dans le cadre des...MAIS elles n'ont pas le droit d'interpréter les résultats des examens biologiques. Ce sont les docteurs ! Il ne faut quand même pas mélanger les torchons et les serviettes ! Tout ça... Le collègue des gynécologues obstétriciens, il est quand même là pour contenir, pour pas que ça aille trop loin...Donc ça explique certains comportements aussi, quoi.

On a des étudiantes sages-femmes qui viennent au centre de planification, je suis un peu hors sujet, mais c'est vrai que c'est intéressant, les échanges...Par rapport à la contraception on va dire, on sort du champ de la grossesse puisque par définition notre centre est un endroit où l'on interrompt les grossesses. Mais ce n'est pas nous qui le demandons.

CAROLINE : Nous, c'est par le CIVG qu'on s'est rencontré, qu'on a pu parler, sinon on ne se serait jamais parlé.

H2 : C'est un lieu de rencontre.

(*rires*)

ANIMATRICE : Je crois que vous avez tout dit, voulez-vous rajouter une dernière chose ?

F2 : On parlait du suivi, du plaisir du suivi, etc. Après, c'est toute la question maintenant est-ce qu'il y a encore des grossesses physiologiques si je puis dire, et toute la question des normes qu'on donne aux gens et des recommandations de tous ordres... bon la tabac, l'alcool, tolérance zéro, avant y'avait la toxoplasmose, maintenant y'a aussi la listériose, enfin... honnêtement, par exemple la clinique m., ...

H2 : La listériose, c'est vieux... !

F2 : Oui c'est très vieux, mais ce sont les recommandations sur papier que donne la clinique M., et au CHU je suppose que c'est pareil, mais je ne sais pas quelle est la femme qui fait ça pendant sa grossesse !

H2 : Ah oui avec le frigo !

F2 : Oui, avec la javel, toutes les semaines... Enfin non, mais je blague, mais je pense que les grossesses sont de plus en plus considérées comme des situations à risque, et donc il faut que les femmes restent dans un canal bien précis, alors qu'est-ce que nous on fait par rapport à ça ?

Alors je ne parle pas de tous les examens de suivi dont en plus les recommandations varient...

Je ne sais pas comment les sages-femmes se positionnent par rapport à cela, si ça les gêne autant que nous, si ça perturbe leurs suivis de grossesses, moi j'avoue que c'est quelque chose qui me pèse dans le suivi des gens...

H3 : Et ça pèse aussi aux femmes ! Et moi je trouve que ce n'est pas inintéressant de partager ce poids, en disant que la médecine, c'est aussi autre chose. Qu'on fait attention, c'est important, on reste vigilant, mais on ne doit pas s'arrêter à tous ces interdits, toutes ces précautions.

F2 : Oui mais on leur donne tous ces interdits, ou en tout cas on leur en parle. Alors donner un papier, nettoyer votre frigo toutes les semaines et puis leur dire : « ben nan mais de toute façon personne ne le fait », je trouve qu'il y a une hypocrisie et cela peut-être culpabilisant pour les femmes. Il y en a qui ne le feront pas elles s'en fichent, et d'autres qui vont se dire « oh la la j'aurais dû le faire. » C'est pareil avec l'alcool, combien maintenant avec les campagnes de presse et tout, nous disent : « oh, la, la, j'ai bu, je ne savais pas encore que j'étais enceinte », non c'est vraiment, même le tabac...

ANIMATRICE : Le sauna...

F2 : Ah, le sauna je ne connaissais pas, c'est nouveau...

H2 : Par rapport à l'alcool moi je me souviens de femmes qui sont venues au CIVG parce qu'elles avaient bu ! Deux ou trois verres ! Et qui venaient en disant « ma grossesse est à risque, j'ai lu sur Internet, ou on m'a dit que... » et « je ne peux pas poursuivre cette grossesse, du coup ! ». Non mais c'est vrai que ça va loin, des fois. Moi je crois que c'est aussi notre rôle, bien qu'étant médecin, de dire que ce n'est pas une maladie, démedicaliser...L 'humanité a survécu, quand même, malgré les médecins... (*rires*) C'est exactement comme pour les enfants...Je refuse de donner des doses de biberons, des trucs comme ça...Je leur dis « écoutez, vous êtes là, je suis là, il est là, votre mère, votre grand-mère comment elles faisaient ? Vous adaptez, hein, c'est l'enfant qui réclame et vous fournirez. » C'est vrai que moi quand on me dit par rapport à ce qu'on peut apprendre, les sages-femmes très systématiques, et tout...Mais c'est rassurant en tant que professionnel d'avoir des règles carrées, précises, etc.mais c'est vrai que dès qu'on devient un peu plus poètes, c'est moins sécurisant, on quitte les gardes fous, on prend des chemins de traverse. Mais bon, voilà. C'est ça aussi, la vie.

CAROLINE : Et juste pour moi savoir : s'il y avait une rencontre dans votre région, organisée pour faire rencontrer sages-femmes et médecins généralistes, pour apprendre à mettre une tête sur un nom, discuter un peu ensemble, savoir à qui l'on adresse les gens, discuter de comment améliorer la collaboration, honnêtement est-ce que vous vous déplaceriez ? Est-ce que ça vous intéresserait ?

F4 : Oui, oui, je pense que oui.

F2 : Oui mais tu veux dire sur quoi ? Parce que sur notre secteur, les sages-femmes libérales on les connaît. Quand elles se sont installées, elles sont venues nous voir. Mais nous c'est une petite commune, on travaille avec 3 sages-femmes sur le secteur.

H2 : Faut que ce soit local. Rencontrer les gens, c'est toujours intéressant.

F2 : Nan mais je veux dire : je ne viendrai pas à Nantes pour ça, ça ne me servirait à rien.

C'est localement que ça peut se faire, ça. En ville, je ne sais pas comment ça pourrait marcher ?

F3 : Par quartier, en fait

ANIMATRICE : Pas forcément par quartier, les femmes se déplacent.

H2 : Non, non, mais, c'est vrai, j'ai suivi quasiment plus de femmes qu'habitaient à la campagne, à Rezé, que de femmes de Rezé. C'étaient des femmes qui avaient déménagé, les gens bougent, ça complique un peu, mais il y a des liens qui se créent.

CAROLINE : Vous, A. (F3), et A. (F4), en tout cas dans votre cabinet c'est le cas, il y a pas mal de femmes qui ont déménagé et qui font une demi-heure de tram pour revenir dans votre cabinet.

(*Acquiescement de F3 et F4*)

H3 : Ça prouve qu'il y a une demande de suivi par le médecin généraliste de famille pour une grossesse physiologique.

H2 : On a beau parfois leur dire « Vous ne voudriez pas vous faire suivre par une sage-femme ? », la voiture, ce n'est pas bon...

F4 : Nan mais moi je pense que mieux connaître aussi, ce que les sages-femmes libérales font, et en matière de préparation et...c'est intéressant...

Quand on parlait tout à l'heure de l'histoire du monitoring, pourquoi pas avoir des correspondantes sages-femmes, on pourrait orienter de médecin généraliste à notre correspondante sage-femme.

CAROLINE : Et que ça se fasse en toute confiance, on peut s'adresser des patientes mais sans gue-guerre entre sages-femmes et généralistes, on n'est pas là pour reprendre le suivi de la grossesse, il faut que ce soit en toute confiance. »

## II. Le *verbatim* du focus group des sages-femmes

« ANIMATRICE : Alors, le principe du focus group : Utilisé pour les enquêtes qualitatives, c'est-à-dire qu'on ne va pas compter, on va chercher à comprendre, à comprendre ce que vous pensez, ce que vous ressentez aussi. Et donc le principe de base, c'est qu'aucune idée n'est mauvaise, tout doit être dit. Plus vous allez parler librement, plus ce sera riche et intéressant, surtout pas de censure. On essaye d'éviter les injures, (*Rires*). Vous parlez quand vous le souhaitez, vous essayez au maximum de ne pas parler en même temps, tout simplement par ce qu'après vous allez leur rendre la vie impossible quand ils vont faire la retranscription et qu'ils auront du mal à savoir qui a dit quoi.. La caméra est là uniquement pour ça, pour ensuite les aider, à Bien voir qui a dit ça à ce moment-là. Au bout d'un moment on reconnaît les voix, mais au début ce n'est pas toujours facile. Dans le même objectif, souvent, si vous êtes d'accord, je lancerai votre prénom pour les aider, en fait sur le même modèle. Voilà. Donc le plus libre possible, le plus...vraiment tout ce qui...Tout ce que vous pensez sur le sujet, sans censure. La règle, c'est celle-là.

La retranscription ensuite sera... Il y aura une retranscription mot à mot, grâce aux enregistrements, et puis ensuite tout vous sera anonymisé, vos noms et prénoms n'apparaîtront pas, uniquement les initiales, et tout sera ensuite effacé.

Si vous souhaitez lire ce qu'on appelle le *verbatim*, c'est-à-dire la retranscription avant le travail final de soutenance de mémoire, il suffit de le demander à Jérémy, qui vous l'enverra à ce moment-là et je pense qu'il se fera un plaisir de vous le proposer....

F1 : De venir t'écouter, quand tu présenteras, ton mémoire. Généralement, c'est quand même ce que font les sages-femmes, souvent quand elles participent.

ANIMATRICE : Voilà, donc on va commencer par la 1<sup>e</sup> question, très générale, c'est : comment vous voyez, vous, le rôle de chacun des intervenants (que ce soit sage-femme, généraliste, gynéco ou obstétricien), dans le suivi de la grossesse à bas risque ? Donc comment vous voyez le rôle de chacun ?

(8 secondes d'attente)

F4 : Moi je pense qu'il faut d'abord poser le problème du rôle de la femme, si on veut poser le problème des intervenants. Ça me semble méthodologiquement important ! Donc, à partir du moment où c'est une grossesse à bas risque, ça veut dire que l'acteur essentiel c'est la femme, et que le rôle des intervenants, à priori, n'est que vigilance et aide à la physiologie. Et du coup, ça distribue effectivement les sages-femmes comme interlocuteurs privilégiés, puisque la sage-femme est l'interlocuteur dont la formation va être de maintenir cette physiologie, et donc d'être dans un rôle essentiellement préventif et global. C'est-à-dire ne pas voir la maternité comme une donnée uniquement médicale mais comme quelque chose qui appartient à la vie de la femme dans son corps, dans son psychisme et dans son social aussi (au niveau de son travail, de son couple).

Donc c'est une grande première parce que, en France, il n'y avait pas de grossesses physiologiques. D'ailleurs elle n'est pas physiologique, elle est à bas risque encore.

Il y en avait partout mais il n'y en avait pas en France. Sauf que depuis quelques années pour des raisons de coût, il y a des grossesses à bas risque et le seul pays où les sages-femmes étaient le plus formées à ce travail-là, était le seul pays où l'on n'avait pas de travail puisque il n'y avait pas de grossesse à bas risque. Donc les sages-femmes étaient toujours une réalité quasiment virtuelle, voilà ! Donc, je pense que c'est méthodologiquement comme ça que je le poserai.

Après, les intervenants ils s'articulent naturellement selon leurs compétences, c'est-à-dire le médecin généraliste, soit il peut être choisis comme médecin pour suivre la grossesse parce la femme a un lien au médecin traitant, que ça lui est habituel, mais à ce moment-là, à mon avis, c'est quand même un petit peu détourné : c'est à cause de notre culture, parce que du coup elle voit dans sa grossesse essentiellement l'aspect médical, puisque le rôle du médecin, c'est un but médical. Le rôle de la gynécologue de ville, c'est un peu la même chose, par contre le rôle du gynécologue obstétricien normalement, c'est un rôle de pathologue, c'est-à-dire qu'en cas de dépistage d'une pathologie, il faut lui adresser la patiente

F9 : Et puis, la sage-femme, elle n'est pas encore connue pour suivre... Enfin dans l'idée de suivi de grossesse, on n'est pas encore ....il y a encore plein d'endroit où les sages-femmes ne suivent pas de grossesse.

F4 : Ben oui, c'est ça, c'est que (*F9 parle en même tps*) dans le pays où l'on est le plus formé à ça, et bien c'est le seul pays où l'on n'assume pas notre responsabilité.

F1 : On peut peut-être aussi se poser la question : comment la femme fait-elle son choix ? Est-ce qu'elle a un choix ou pas ? Parce que dans un petit ..., dans une grande ville, admettons, c'est plus facile, mais dans une petite ville en dehors d'une grande localité, le référent, ça va quand même être le médecin généraliste, qui effectivement connaît la patiente. Et la femme, voilà, elle va quand même...la première chose...souvent, quand même, la femme quand elle a un retard de règles et elle pense qu'elle est enceinte et elle est heureuse donc d'être enceinte, elle va d'abord quand même dans notre pays en priorité, va aller voir le médecin traitant. Alors après, le médecin généraliste peut effectivement, lui est-ce que lui aussi, est-ce que ça peut être le point de départ sur l'orientation par rapport au choix et au désir de la femme...

F3 : Tout à fait.

F1 :...Est-ce que effectivement à ce moment-là, le médecin généraliste parle de la place d'une sage-femme ?

F7 : il faut rappeler aussi qu'il y a très peu de temps que les sages-femmes peuvent faire une déclaration de grossesse.

F1 : Oui aussi ! (*Elle parle fort pour se faire entendre, car elles sont trois à parler en même temps*)

F7 : C'est pour ça que le médecin généraliste était de droit, parce qu'il l'avait et la personne qui était forcément l'interlocuteur en premier lieu c'était lui.

F1 : C'était le médecin généraliste !

F3 : On était un peu les pieds et mains liés tant que l'on avait pas obtenu cette déclaration de grossesse, qui était quand même le point...La patiente qui voulait, qui savait, et qui souhaitait être suivie par une sage-femme devait passer par le médecin traitant pour signer la déclaration de grossesse, c'était complétement ...même déontologiquement vis-à-vis du médecin traitant, c'était extrêmement gênant, je veux dire ce n'était pas...Maintenant je pense que les femmes nous connaissent un peu mieux.

F1 et F3 *en même temps* : l'information n'est pas encore passée...

F3 : Mais je pense qu'il y a quand même, notamment, pas mal d'info de la part des caisses. Je pense que nous, les sages-femmes, on ne dit pas assez ce qu'on fait aussi, je ne sais pas, peut être que, voilà, les patientes quand elles viennent, qu'on les voit pour le post-partum ou la rééducation périnéale elles découvrent parfois. Et parfois et souvent d'ailleurs elles reviennent voir une sage-femme pour leurs grossesses ultérieures.

F8 : Mais de toute façon c'est sûr que la profession est encore mal connue, car moi les grossesses que j'ai, ce sont soit des multipares qui ont découvert la profession par leur première grossesse, soit les autres que j'ai en gros, c'est des infirmières (*Rires*) qui savent...voilà !

F3 : Je pense qu'il y a encore quand même un défaut d'information des femmes, après voilà je crois qu'il faut aussi nous, qu'on soit très claires là-dessus quand même. On est formées à la physiologie, on se doit d'être là, efficaces, discrètes. Mais ce n'est pas ce côté médical qui doit exploser, par contre je dirai qu'il nous faut une rigueur absolue et qu'on sache travailler en collaboration avec les gens qui sont effectivement plus formés à la pathologie et dans le cas de dépistage d'une pathologie X ou Y, on se doit d'orienter vers un spécialiste de la pathologie obstétricale.

F6 : Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit, voilà je vais quand même rajouter : très d'accord avec la méconnaissance de la profession je pense que vraiment il y aurait beaucoup plus de suivis par les sages-femmes, si on obtenait ce qu'on a demandé depuis longtemps, c'est-à-dire une campagne d'information des femmes, large, sur les compétences des sages-femmes. Je crois qu'il y a beaucoup de femmes qui sont déçues d'apprendre à posteriori qu'elles auraient pu être suivies par une sage-femme. Après la spécificité, on a parlé de la physiologie, je crois qu'il y a le temps aussi, on est dans une dimension de temps qui est différente, donc on peut faire des consultations plus longues et ce qui permet d'aborder ce que disait D. (*F1*) tous les...toutes les facettes de la grossesse et ne pas se cantonner à l'examen.

F4 : Je modère ce que tu dis, ce n'est pas qu'on peut faire une consultation, c'est qu'on décide de faire une consultation longue ... .Parce qu'avec 19 euros, (*Plusieurs personnes se mettent à parler en même temps*) on ne peut pas à priori faire des consultations plus longues que quelqu'un qui les fait payer 23 euros. (*Rires*)

F1 : On n'est pas formatées pour faire une consultation en un quart d'heure, on est incapables de faire une consultation en un quart d'heure !

F3 : Pour une première consultation de grossesse, enfin je ne sais pas, on peut en parler, je ne sais pas comment on fait, voilà, si on fait moins d'une heure je ne vois pas comment on peut aborder...Pas seulement la distribution de l'ordonnance de toxoplasmose, ce n'est pas que ça ! C'est au-delà ! Enfin, je veux dire la dimension sociale, affective, psychologique, le contexte, l'information des trois, je veux dire, il y a énormément de choses à aborder avec les femmes.

F2 : Juste...Alors moi aussi, pfff...C'est désolant d'entendre que c'est dommage et qu'on ne savait pas... Juste, tu disais que l'on était pieds et mains liés par rapport à la déclaration de grossesse, je trouve ça qu'on l'est encore beaucoup par rapport aux arrêts de travail. C'est aussi encore un problème qu'on a, et où les mamans sont du coup...Enfin les futurs mamans sont un peu mal, parce que nous, on ne peut faire que 15 jours et qu'elles sont obligées d'aller voir leur médecin traitant alors qu'elles n'avaient pas fait le choix d'être suivies par un médecin traitant, et alors nous aussi un petit peu ! Enfin là, il faut qu'on communique sûrement avec eux mais c'est moi ça me met toujours dans des positions...Je leur dis dès que je les vois les premières fois : « Vous savez, si vous avez besoin je ne pourrai vous faire que 15 jours » et alors souvent « elles me disent :« oh, ben, j'ai des bonnes relations, ça se passera bien », mais bon je ne suis pas certaine que ce soit... toujours si facile que ça, effectivement, que ce soit toujours bien perçu de leur part non plus, même si des fois, on téléphone, mais on peut pas à les joindre...je trouve que c'est aussi un autre truc très important qui est bloquant, vraiment bloquant pour nous et encore une fois nous c'est une chose mais cette future maman qui a fait le choix d'être suivie par une sage-femme, c'est pas pour devoir retourner voir son médecin pour un arrêt, quoi.

F5 : C'est assez spécifique pour les sages-femmes libérales, parce que nous à l'hôpital on est assez peu confrontées à ça. Nous, on fait les arrêts de travail si nécessaire

F6- Sous couvert de l'hôpital, ça aide...

F8 : Ca va peut-être changer avec le nouveau numéro RPPS ?

F7 : Non je ne vois pas pourquoi, vue la façon dont on remplit un arrêt de travail.

F1 : Sur nos arrêts de travail, il y a juste l'en-tête du CHU de Nantes donc là des fois... maintenant je fais juste ma signature illisible n'est-ce pas et puis un gribouillis et puis voilà hein !

F8 : Comme quoi c'est bien au bon vouloir des caisses, quoi.

F4 : Mais non, mais c'est le numéro de prescripteur, tu prescris sous le numéro du CHU alors que nous, on prescrit en notre nom personnel.

F7 : ça changera peut-être dans quelques années, mais pour l'instant les formulaires sont faits de telle façon qu'on met un tampon, le tampon d'un lieu.

F6 : Vous ne pourrez pas continuer après tout vas être contrôlé.

F1 : Peut-être oui ....

F5 : Mais ça ne va pas changer pour l'instant

F2 : Mais en fait c'est vrai ce que tu disais par rapport à l'arrêt de travail, deux semaines c'est parfois court mais je pense que justement, peut-être, l'articulation est la même si comme tu le dis, c'est vrai, parfois déontologiquement ce n'est pas facile. Parfois, on connaît son médecin traitant il suffit de passer un coup de fil en disant « je suis coincée voilà, elle a besoin de plus ... », bon...Mais ce n'est pas toujours si simple que ça.

F9 : Surtout que l'on a à faire à plein de médecins traitants, pas un médecin traitant.

F2 : Mais non...Bien sûr...non, ça c'est vrai que ça peut-être...

Et puis plein qui méconnaissent aussi, le fait que nous on ne puisse pas...Moi j'appelle souvent en disant : « mais parce que nous on ne peut pas ... » et « ah bon ? Mais comment ça se fait, moi... » (*En prenant un air étonné*). Enfin voilà, ils sont pressés et ils ne savent pas ça, ils ne savent pas. Ils ne savent pas que nous n'avons le droit de prescrire que 15 jours d'arrêt de travail. Donc quand les mamans arrivent si on a eu le temps c'est bien, si on n'a pas eu le temps...Mais même quand on les a au téléphone, ils sont toujours très surpris enfin majoritairement très surpris.

F4 : Je pense en fait que dans la question posée il y a 2 questions, parce qu'il y a la question : qu'est-ce que les compétences...Comment peuvent s'articuler les compétences de chacun autour d'une femme enceinte ? qui est une question complètement théorique et moi j'y ai répondu au départ de manière complètement théorique et puis, il y a une question factuelle qui est : aujourd'hui qu'est ce qui se passe ? Et je pense que ça, faut que vous éclairciez en fait quelle question on pose, quoi. De fait aujourd'hui qu'est ce qui se passe ? Est-ce que la question c'est : que peut faire une femme qui est enceinte ? Quels sont ses interlocuteurs ? Ou de manière prospective dans une politique de santé : quelle politique de santé on peut mettre autour d'une femme enceinte ?

ANIMATRICE : Ce n'est ni la première question ni la deuxième question. La question c'est : comment vous, vous voyez le rôle de chacun ? Ce n'est ni la réalité, mais forcément vous, vous le voyez à travers la réalité que vous vivez, ni quelle est la politique de santé la question des... c'est : comment vous voyez, vous, le rôle de chacun ? De votre point... (*Elle est interrompue*)

F4 : (*D'un ton énervé et la voix tremblante*) Non mais ce n'est pas possible, je ne suis pas d'accord avec ça !

ANIMATRICE : de votre façon d'être... (*Elle est interrompue*)

F4 : Evidemment, on a une vision de ce qu'on souhaiterait et de ce aussi pourquoi on travaille, et puis on a une vision de réalité ! C'est-à-dire y'a des choses qui sont parues en 1992 déjà, un rapport du Haut Comité de la Santé, qui expliquait les choses sur la femme enceinte à peu près comme je l'ai expliqué au début, sauf qu'entre temps, moi, j'ai participé à des groupes de travail au ministère où les gens en place de la politique de santé, de la politique d'obstétrique au ministère, ne savaient pas, ne connaissaient même pas les compétences d'une sage-femme ! Donc évidemment ça veut dire qu'il y a un hiatus donc nous de notre point de vue, on ne peut que voir le

*hiatus*. Donc il y a effectivement deux niveaux, ça ne peut pas être une seule question, c'est un bilan-perspective, obligatoirement.

ANIMATRICE : Mais on voudrait, enfin l'objectif ce n'était pas forcément simplement d'être sur le théorique mais c'était aussi : ce que vous vivez et comment vous le vivez ? Et là une des questions, c'est aussi : comment, justement vous arrivez à articuler, comment vous voyez la communication avec les autres intervenants et comment vous l'articulez ? Et comme vous y venez spontanément... voilà, c'est aussi ça : la réalité dans laquelle vous vivez et comment vous voyez le rôle de chacun et les compétences de chacun autour du suivi des femmes ?

F3 : Moi j'ai le sentiment quand même que l'on commence à retrouver un peu notre place de sage-femme, auprès des femmes, et c'est tant mieux. Il a encore beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, à faire, mais je pense que ça doit aussi passer par une communication effectivement plus globale avec le ministère de la santé, des caisses enfin voilà. Après, je pense que quand même dans la réalité, peut-être de connaissance des compétences des uns des autres, les médecins généralistes, je pense, ne sont pas si ignorants que ça, des compétences de sage-femme : je pense que ça leur fait un petit peu peur de lâcher des suivis de grossesse.

F9 : Non, moi je ne pense pas.

F3 : Je pense que quelque part, c'est de la méconnaissance et je pense que c'est un petit peu dommage... Moi je vois une patiente qui a une angine, je ne sais pas traiter, et bien je l'envoie retourner voir son médecin traitant et c'est là je pense que peut-être il y a aussi cette espèce de... je veux dire de mauvaise articulation, quelque fois des... Moi, quand j'ai mal aux dents je vais voir un dentiste, et une femme quand elle est enceinte, elle doit aller voir une sage-femme voilà je veux dire c'est... (*Elle rit*)

F1 : C'est vrai que...

F3 : C'est un peu provoc' de dire ça, mais quelque part en France c'est pas encore ça.

F1 : On va plus, effectivement, redire à la femme quand on la voit en consultation, « et bien n'hésitez pas à, effectivement, si vous avez un souci, une angine ou une petite infection urinaire, vous pouvez aller voir votre médecin traitant parce qu'il est votre interlocuteur de proximité » mais effectivement dans l'autre sens....

F3 : Une infection urinaire, on peut traiter.

F1 : Oui je sais mais enfin heu non, non, mais moi je parle par rapport à l'hôpital, moi je parle par rapport à l'hôpital ! Je ne vais pas dire à une dame, pour une infection urinaire ou une mycose, je ne sais pas comment toi tu fais, je ne vais pas leur dire, l'envoyer aux urgences attendre 3h, autant aller voir votre médecin traitant. Moi je parle par rapport à l'hôpital.

F3 : Mais on traite nous-même !

F6 : Oui quand on le sait, mais je veux dire elle ne va pas revenir nous voir à l'hôpital, si le RDV n'est pas pris, on ne peut pas la recevoir au pied levé

F1 : Oui, oui, c'est ça

F3 : Voilà tout à fait !

F1 : On n'a pas nous la même façon de..... Nous, les suivis de grossesses que l'on a de temps en temps, enfin moi j'en ai effectivement plus, I. (F5) aussi, des débuts de grossesse car on travaille à l'XX, mais dans d'autres secteurs, en consultation normale, on a des 8e et 9e mois, donc ce qui veut dire que les gynécologues quand même de ville, enfin moi je ne sais pas comment toi (*En s'adressant à F5*) quand elles envoient leurs patientes à la maternité, après c'est fini. Elles ne rentrent pas en ligne de compte et les gynécologues de ville disent bien à leurs patientes « et bien maintenant vous êtes prise en charge dans la maternité où vous avez choisi d'accoucher donc si vous avez un souci, ce n'est pas la peine de nous rappeler, vous venez directement à la maternité ». Ça, les gynécologues de ville, voilà... (*En même temps : F9 oui, ça c'est bien vrai...*) et ça c'est du clair et net pour eux mais parce qu'on les voit qu'au 8e mois.

F9 : Les médecins généralistes, ce n'est pas tout à fait pareil, c'est vrai, ils le font peu.

F1 : On bouillonne un peu quand, la dame a été vue par son médecin généraliste la veille ou l'avant-veille, qu'elle a pourtant dit, qu'elle avait rendez-vous avec la sage-femme à l'hôpital, et qu'il va la revoir quand même 8-15 jours après ! Alors là, moi, je me permets maintenant, je dis non, c'est fini, non, on ne fait pas double emploi, « ah bah c'est gratuit ! » la sécu ce n'est pas gratuit, ça fait quand même double consultation pour la sécu ! Et puis y'a pas besoin !

F7 : Vous en avez beaucoup des cas comme ça ? Parce que depuis 25 ans de consultations...

F1 : Ah si si si, on en a régulièrement !

F9 : Ah oui, oui, oui !

F1 : On en a assez régulièrement, je ne vais pas dire mais....on n'en a régulièrement pas à l'XX. Mais dans l'autre secteur.

F9 : On leur demande : « mais vous avez une petite angine, vous avez mal à la gorge ? » « Non, non, mais mon médecin a dit qu'il fallait qu'il me voie » « Non, non, c'est ma visite classique » ! (*F1 dit la même phrase en même temps*)

F7 : C'est peut-être que l'info, elle est peut-être...

F4 : Même nous on a ça ! Moi je sais que des femmes prennent rendez-vous pour un suivi de grossesse, et puis par exemple, on fait la déclaration avec le médecin et elles veulent un suivi avec une sage-femme mais le médecin leur a redonné un rendez-vous pour le mois d'après.

F1 : Voilà elles ne savent pas trop, elles ne savent pas dire non, non plus.

F9 : Oui mais je...

F4 : Je leur dis non : « Il faut que vous choisissiez. »

F9 : On voit que c'est vrai, il y a un manque de travail en équipe.

F2 : Moi je voudrais ajouter quelque chose, je faisais la même chose, je leur disais voilà, vous avez le 8e et le 9e mois...Et j'ai eu l'occasion de faire une formation avec J.A. sur le suivi de grossesse, et elle par contre, elle nous a beaucoup encouragé en nous disant : « vous l'avez suivie tous les mois, et ce n'est pas bien de la laisser pendant 2 mois sans plus la voir, quelque part ce n'est pas logique de la laisser sans plus la voir. Vous, vous la connaissez, vous connaissez son faciès, si elle arrive, qu'elle vient, qu'elle est différente, vous, vous savez ! Les gens qui vont la voir au 8e mois et au 9e, en plus, des fois c'est quelqu'un au 8e et puis quelqu'un d'autre au 9e », et voilà...

Et moi du coup, depuis, ce que je fais : je leur propose de les voir entre les 2, pas 8 jours après hein, mais je propose entre les deux de les voir et... d'abord, ça les rassure beaucoup, elles disent « oh ben oui comme ça je peux continuer quand même ». Voilà, et puis je pense qu'il y a ce lien, ce lien qui continue à se créer qui me semble intéressant aussi pour le post-partum.

Par contre, j'ai eu des collègues au CHU qui m'ont dit que ce n'était pas bien, ...

F1 : Oh oui, j'en ai entendu parler !

F2 : ...Je me suis fait allumer, la sécu etc. Sauf que cette personne qui m'a allumée, n'avait pas la connaissance que cette patiente-là, allait tous les mois voir son médecin traitant pour être en arrêt de travail. Donc je me suis fait allumer pour ça, parce que je faisais faire des dépenses à la sécu, pourquoi elle allait voir une sage-femme et lalalala...C'était une personnalité très particulière. Mais en revenant de cette formation, ça m'a interpellée et puis c'est vrai quelque part pourquoi les laisser... ? Moi, je leur propose, je ne leur dis pas que c'est obligatoire : « si vous le souhaitez, on peut quand même se voir ».

F3 : Elles savent qu'on est aussi à leur disposition. Enfin je veux dire, qu'on a..... je veux dire, ce rôle de connaissance. On la connaît, on l'a vue pour la première grossesse, on la voit pour la deuxième grossesse enfin je veux dire voilà

F5 : Du coup, quand vous les suivez comme ça en libérale, pour le suivi de grossesse, est-ce que vous faites la préparation à la naissance systématiquement ?

*(Dans un brouhaha, on entend des « oui » et des « non »)*

F5 :Je veux dire, je sais que ce n'est pas toujours obligatoire, mais dans les faits est-ce que c'est assez fréquent ?

F3 : Pas toujours, ça aussi je trouve ça assez dommage que .....

F7 : Ce n'est pas du systématique.

F3 : Ce n'est pas toujours fait, c'est aussi parfois un problème d'information quelque part, parfois, parce qu'ils se sont inscrits dans une maternité, pour la préparation à la naissance...

F9 : Oui à la maternité où elles vont accoucher...c'est marrant parce qu'on.... parce qu'elles ont à cœur de vouloir faire leur prépa dans l'endroit où elles accouchent, comme si...

F3 : Je pense qu'il y a un défaut d'information aussi.

F9 : ...on allait tout leur donner.

F7 : Je pense qu'il y a autre chose dans le fait de faire sa préparation, c'est une façon de rentrer dans la maternité, parce que parfois elles regrettent de ne pas pouvoir y venir plus tôt

F1 Oui, oui !

F9 : Oui, oui !

F7 : On n'a pas grand-chose à leur offrir, sauf éventuellement un entretien, parfois un suivi, hein ! Quand elles habitent loin c'est vrai que moi je leur propose de ne pas forcément revenir chez nous, mais c'est leur choix de dire « oui, mais on se sentirait mieux, on se sentirait plus à l'aise, on se sentirait mieux chez nous le jour où l'on viendra ! »

F9 : Et peut être faire une ou deux séances, enfin je pense que les visites de maternité, la connaissance de la maternité, même si le reste se fait ailleurs...

F4 : Celles qui sont faites ici sont très bien faites.

F8 : Dans l'ensemble est-ce que les femmes qui seraient préparées à l'extérieur et qui auraient juste un cours ou 2 pour....

F4 : Non, non ! Ce sont des séances à part, le soir, ...

F9 : Les femmes s'inscrivent pour ces visites, mais pas pour quelques cours, en général elles le font car vous aussi vous faites passer le message. Mais il y en a qui viennent de l'extérieur, elles ont été préparées ailleurs.

F8 : D'accord.

F9 : Elles ont des réunions d'information, mais c'est vrai que c'est peut-être un peu juste, une information d'une heure et demi, avec une visite virtuelle sur diaporama donc ça n'a rien à voir avec...

F3 : Oui mais c'est quand même important ! Moi les retours que j'en ai, c'est quand même bien.

F4 : Et puis quand même, en plus moi ce qui est très important pour la femme, c'est de sentir aussi qu'il va y avoir une cohérence entre ce qu'elles ont fait et là où elles

vont aller. Et moi je trouve que la manière dont c'est fait à l'hôpital, la visite est vraiment très bien faite même si c'est quand même un peu court. Elles ont une vision à peu près de tous les stades de leur passage à la maternité et elles ont la possibilité de discuter avec l'équipe. Et moi j'apprécie quand même une chose, c'est que le chef de service est le plus souvent possible présent, je ne sais pas si c'est encore le cas, mais enfin il est pratiquement présent à chaque fois...

(*On entend un : « ouais... » et un : « pas toujours, non » et un : « quasiment »*)

F4 : ...et moi je trouve que c'est quand même....signe d'un investissement dans le fait que la maternité doit accueillir les gens.

(*Acquiescement de plusieurs personnes*)

F1 : Mais il est dans le relationnel et dans l'humain, cet homme

F4 : Les femmes le ressentent très bien.

(*4 secondes de silence*)

F3 : Ça se fait quand même un petit peu... un peu plus, pas qu'au CHU, dans les autres maternités aussi. Et les patientes, même si elles ont eu de la préparation à la naissance en dehors avec une sage-femme libérale, elles peuvent avoir accès, je dirais ...visiter la maternité où elles mettent leur petit au monde c'est quand même... enfin je trouve que c'est quand même pas mal.

ANIMATRICE : R. (F8) veut nous dire quelque chose, et l'on ne l'a pas beaucoup entendue.

F8 : Je vais revenir bien en arrière, sur un sujet que je trouve du coup tabou, parce que finalement on l'évite depuis le début, au sujet de la relation que l'on a avec le médecin traitant. J'ai eu, mais plutôt où je travaillais avant, donc pas dans ce département, des médecins traitants qui après avoir fait les BHCG, ont expliqué à la patiente le rôle de la sage-femme, et m'ont passé le relais en consultation. J'en trouve beaucoup moins dans la région, c'est arrivé quand même hein, parce que je pense qu'ils préfèrent se concentrer sur d'autres pathologies que sur une grossesse normale. Et j'ai carrément eu les choses inverses, quand on s'est installées à S., puisqu'on louait un appartement et assez vite on a appris qu'une maison médicale se construisait, enfin était en train d'être mis en place. Donc on a demandé d'avoir accès, d'éventuellement de louer les locaux, et en fait un des médecins qu'on a cru responsable du projet a dit : « non, non, travailler avec les sages-femmes, ça ne nous intéresse pas ». Donc on a été mis hors de la maison médicale, et puis après en fait donc après c'est tombé à peu près la même semaine où l'on a rencontré le maire. Il nous a dit : « mais si, si nous les sages-femmes on en veut, il y aura des infirmières, venez ! » mais on a répondu « non, non, on ne veut pas de nous, on ne veut pas de nous ! » et l'on a trouvé autre chose à louer ailleurs, qui sont beaucoup mieux d'ailleurs, et voilà.

Donc on a été vraiment mal accueillies, donc pourquoi ? C'est dommage qu'ils ne soient pas là, parce qu'*a priori*, on ne va pas en discuter avec eux, mais pourquoi ils ont peur de nous ?

Enfin nous, c'est tellement restreint, moi j'avoue avoir l'impression, qu'ils ont peur entre guillemets de la « concurrence » et ils s'occupent de tellement de choses, et nous c'est tellement restreint le suivi de grossesse. Je suis un petit peu tombée de haut parce que je travaillais beaucoup plus en équipe où j'étais avant, que ça soit pour le suivi de grossesse mais aussi pour le suivi de bébé au 1<sup>er</sup> mois, parce que je fais aussi du suivi maman-bébé et là c'était un petit peu dur en arrivant, on se dit « tiens ? »

F3 : C'est chasse gardée.

F8 : En plus, ils ne font pas beaucoup de suivi de grossesse. J'ai appris par la suite, qu'ils en font très peu, parce qu'il y a déjà une gynéco à Savenay, c'est elle qui fait la plupart des suivis de grossesse. D'ailleurs, elle nous a très bien accueillies, elle nous envoie quelques dames en suivi de grossesse, on s'appelle par téléphone, il y a vraiment une bonne relation avec cette gynécologue-là, mais avec les médecins traitants... Enfin sauf avec les jeunes, les nouveaux qui font partie de la maison médicale, mais sinon les anciens, ceux qui sont souvent là depuis longtemps...

ANIMATRICE : J'ai l'impression qu'il y a un manque de communication ?

F8 : Ben oui, ça c'est sûr !

F1 : Ou alors, ils n'ont pas connu les sages-femmes pendant leurs études ?

F4 : Non mais ça dépend, il n'y a pas une attitude selon les médecins. Mais par contre, il y a des attitudes selon les organisations de médecins. Par exemple au sein du réseau sécurité-naissance, les organisations qui représentent les médecins généralistes ont tout fait pour marginaliser les sages-femmes et représenter les grossesses normales à l'intérieur du réseau. C'est encore ce qui est en train de se réaliser au niveau national. Moi je suis abonnée à un site qui s'appelle Impact Santé vous pouvez facilement y avoir accès et vous abonner, c'est gratuit et le dossier de cette semaine, c'est sur les grossesses à bas risque, et les médecins généralistes..... et on ne parle pas des sages-femmes. Les sages-femmes n'existent pas dans le dossier

F6 : Mais c'est un site médical, c'est un site de médecins.

F4 : Donc... il y a des positions qui sont des positions corporatistes, et qui sont les positions aussi des organisations, de beaucoup d'organisation de médecins. Et puis après dans la vie quotidienne des praticiens, il y a évidemment des praticiens intelligents qui ne posent pas les choses comme ça.

F6 : Mais nous aussi on est corporatistes quand on arrive, en disant : « sages-femmes, premier recours ! »

F4 : C'est vrai

F6 : On est aussi, d'une certaine manière, corporatistes, donc je crois qu'il faut dépasser ça.

F4 : Oui, sauf qu'on défend une compétence qui est négligée depuis des années !

F6 : Elle peut être partagée par d'autres, mais j'ai du mal à...à exprimer...

F4 : Je voudrais donner deux anecdotes, la première c'est...

ANIMATRICE : J'aimerais que L. (F6) termine...

F6 : Non mais je voulais juste donner une anecdote aussi, pour avoir parlé avec un copain médecin qui me disait récemment : « voilà je suis débordé, etc. ».

Je lui dis : « tu n'as qu'à m'envoyer des suivis de grossesse, tu ne m'en envoies jamais ! ».

Et il m'a répondu :( mais il est addictologue en particulier) « mais moi je vois des junkies, des alcoolos toute la semaine, une femme enceinte de temps en temps, une petite grossesse sympa, ça fait du bien »

(Rires)

Mais j'ai compris, j'ai compris ça !

Je me suis dit oui effectivement c'est peut-être de ça aussi qu'il s'agit, c'est vrai que

F9 : Ils aiment bien aussi...

F6 : ...sur le fond on fait un boulot vachement chouette quand même, on va dire ça. Enfin, moi, j'en suis intimement convaincue et que je conçois du coup que ça puisse être tentant de faire ça...

F4 : Ils ont choisi, aussi...

F6 : ...aussi et pas seulement pour une angine ou une infection urinaire.

F3 : Alors après tu dis il y a quand même des médecins qui n'ont pas cet état d'esprit, et je veux dire qu'ils savent aussi expliquer à leurs patientes, qu'ils connaissent, ils connaissent la famille, ils les ont depuis un moment qui savent leur expliquer que ben voilà : « une grossesse, vous avez le choix ! ». Et il y a quand même, dès le départ, quelquefois une information : « je peux suivre votre grossesse, vous pouvez aller voir une sage-femme ». Voilà et ça, c'est ça fait du bien !

F4 : Ben oui mais je veux dire, c'est quand même pas la majorité.

F6 : Ce qu'on peut déplorer, c'est que cette information-là, soit dépendante du médecin, c'est-à-dire qu'il faudrait que les femmes l'aient et puis après qu'elles choisissent. Et voilà il n'est pas question de se réserver, euh...

F1 : On pourrait se dire : pourquoi il n'y aurait pas une campagne de santé qui affiche dans toutes les salles de consultations des médecins généralistes parce qu'on voit vous avez...voilà, les vaccinations, HIV... Il y a plein de choses et il n'y a rien sur : vous attendez un enfant : la sage-femme...Voilà, elle pourrait être dans toutes les salles d'attentes, c'est ...

F6 : Et des pharmacies !

F3 : Est-ce que vous vous souvenez d'une grande campagne du ministère, d'information sur la grossesse, il y a quelques années, venant du ministère de la

santé. C'était indécent ! C'était...D'ailleurs on n'était pas nommées entre... Il y avait la manipulatrice radio, ...

F1 : Ouhiii ! Oui, si, si.

F3 : Y'avait toute sorte de professions sauf la sage-femme, c'était incroyable !

F6 : Ils viennent de faire un petit dessin animé sur le DMP (*Dossier Médical Partagé*), pour expliquer l'intérêt du DMP. Ils ont fait visiblement attention à n'oublier personne, l'anesthésiste, le machin, etc. Ils ont juste oublié la sage-femme dans ce document partagé, et ils disaient « bah voilà le dossier ça permet quand même...quand on va voir notre gynéco... » ; et ils n'ont pas pensé à la sage-femme !

F9 : Dans le petit dépliant du CHU, hein, notre petit dépliant du CHU qui est envoyé à toutes les patientes, on parle de tout le monde, avec les noms et tout ça, mais il n'y a pas du tout les sages-femmes. On n'est pas nommées, nous, dedans. Je ne sais pas s'il y a des sages-femmes au CHU, mais on n'y est pas. Dans le dépliant, qui est envoyé au départ, dès le début de la grossesse.

F3 : C'est ennuyeux, ça.

*(F9 et F1 vont ensuite parler en même temps)*

F9 : Très ennuyeux ! Moi j'avoue que ça m'a choquée ! Je me suis dit « mais qu'est-ce que c'est que ça, on ne fait pas partie de la maison ? »

F1 : Quand les femmes prennent des rendez-vous, on est là parfois dans la salle des secrétaires, et les secrétaires, on les entend bien au téléphone, donc on suppose de ce que...« oui mais...non, non, non, ici à la maternité quand les grossesses sont physiologiques, normales ce sont les sages-femmes » on doit entendre « non, non, non », enfin voilà elle est très étonnée de voir une sage-femme.

*(Quelqu'un dit : elle veut un médecin.)*

F6 : D'autant plus quand elles étaient suivies par des médecins avant !

F1 : Par contre, c'est vrai que, quand même, les médecins généralistes, enfin moi je trouve quand même, il y en a quand même qui suivent bien les grossesses, et il y en a quand même pas mal, enfin nous à l'hôpital, enfin moi en tout cas j'ai beaucoup de coups de téléphone de médecins généralistes qui me demandent des conseils. Moi c'est...Alors moi je ne sais pas parce que c'est vrai que je suis quand même là à temps plein, que je dois être un peu répertoriée quand même au niveau des consultations, et je suis...enfin je vais pas dire dérangée, mais je suis...ça fait toujours du bien, hein ! *(Rires)*

Ça fait plaisir quelque part je me dis « ah ! Ils ont besoin quand même de la sage-femme ! ».

Non mais si tu veux ils ne vont pas avoir le réflexe par exemple de demander un médecin ou de téléphoner aux urgences, ils demandent à parler aux sages-femmes de consultation.

F6 : Ils valident ta disponibilité aussi.

F2 : Voilà ! C'est ce que je voulais dire c'est parce que toi, t'es plus sûre d'avoir une réponse avec toi c'est tout.

F1 : Mais bon ! voilà ! Tous les médecins, il y a quand même de bons médecins généralistes, on en a quand même formé, quand même, quelques-uns, hein ? Aux urgences, et tout, et voilà moi je sais que...

F4 : Moi je pense que le problème, c'est ça, c'est pour ça, que je disais qu'il faut revenir à la femme c'est-à-dire de quoi la femme a besoin ? Et elle a besoin de compétences médicales, d'une disponibilité, et d'un accompagnement. Alors moi je sais qu'il y a... Ça doit faire 7 ou 8 ans, j'avais fait une formation auprès de médecins généralistes sur le suivi de la grossesse justement, un groupe de formation permanente, là, de médecins généralistes, et parce qu'ils avaient demandé ça, parce qu'ils voulaient savoir... ce qu'ils devaient faire, s'ils devaient suivre les grossesses ou pas. Et en fait après la formation et bien il y a une partie qui avait décidé que suivre les grossesses, c'était bien, qu'ils allaient s'y mettre, en particulier les filles d'ailleurs, et d'autres qui s'étaient dit « bon ça c'est pas pour nous, on va pas le faire pour... on va pas le faire comme ça quoi et finalement ça n'est intéressant que si on le fait comme ça » donc ça c'est... l'anecdote que je voulais dire tout à l'heure.

ANIMATRICE : « On ne va pas le faire comme ça », c'est-à-dire ? Vous pouvez préciser ?

F4 : Ben, on va faire de la para clinique, voir si la toxo est toujours négative, on va faire une consultation de 10 minutes et ce n'est pas ça dont a besoin la femme. On ne se sent pas capable d'un autre investissement auprès de la femme, d'un autre accompagnement. Et puis une autre anecdote qui me revient en tête, dans des discussions à l'intérieur du réseau, avec N. qui était président du réseau à l'époque, et puis on discutait justement sur les rôles médecin et sage-femme dans les suivis de la grossesse. Je me permettais d'être un peu ironique sur la peur des médecins vis-à-vis des sages-femmes, et une des réponses de N., c'était normal qu'ils aient peur justement de ça, c'était de dire « mais c'est normal qu'ils aient peur, parce que vous, vous êtes disponibles, la femme sait qu'elle va avoir une réponse à ses questions et du coup c'est une concurrence déloyale »

*(Elle rit)*

J'ai dit « écoute N., euh... concurrence déloyale, euh... » À l'époque moi j'étais payée 17 euros dans ma consultation, eux, ça devait être 28, à l'époque, et donc je lui dis « où est la concurrence déloyale, quoi ? ». Il faut... s'ils veulent avoir cet abord auprès des femmes il faut le même ! Et c'est assez représentatif, je pense... c'est pour ça que je dis : dans quel réseau aussi on se situe ? Dans un réseau théorique ou dans un réseau pratique parce que dans un réseau pratique la femme, elle n'est pas informée, elle n'a pas forcément le choix, elle a l'habitude qu'on fasse des consultations en 10 min, et elle n'imagine pas forcément qu'il y a d'autres possibilités de consultation. Donc, on ne peut pas simplement discuter sur comment on fait, comment on manage, ce qui existe aujourd'hui parce que ce qui existe aujourd'hui à mon avis d'abord ce n'est pas amené à perdurer, parce que ce n'est pas rentable économiquement, donc il y a forcément des choses... Même si c'est difficilement, on change un petit peu. Et puis on ne peut pas raisonner comme ça, il faut raisonner à partir de la femme, quels besoins elle, elle a, d'articuler les professions autour d'elle ? Je pense que pour la femme, il est nécessaire d'avoir un

interlocuteur principal, et puis que cet interlocuteur lui permette justement d'articuler d'autres intervenants qui dépassent de loin simplement le généraliste et le gynéco mais qui peuvent être le psy, l'ostéo, l'endocrino... un tas d'intervenants de santé ou éventuellement les services sociaux, et ça je pense que ça répond, non pas à une réalité aujourd'hui, mais par contre à un besoin de la femme que je traduisais en terme de perspective, de prospective, donc de perspective aussi de choix politique, parce que on fait ce choix politique ou on ne le fait pas, c'est-à-dire que quand on fait le choix politique de ne pas rembourser la consultation des sages-femmes à plus de 19 euros pendant la grossesse, on fait aussi le choix que beaucoup de sages-femmes ne peuvent pas s'installer parce que c'est pas assez lucratif pour faire vivre 2 enfants.

F3 : Ce n'est pas parce que ça n'est pas lucratif que justement, on ne doit pas défendre notre bout de gras ! Voilà, moi je me dis quelque part, c'est l'essence même de notre travail le suivi des grossesses à bas risque et, c'est vrai, je te rejoins, ce n'est pas très lucratif, ça c'est sûr. Mais en même temps, je veux dire, je pense qu'on a cette chance depuis que l'on peut, maintenant, déclarer, et moi je suis navrée de voir que certaines sages-femmes ne font pas de suivi de grossesse et ça me désole.

F1 : Enfin ça nous désole toutes, hein.

F3 : Moi ça me navre.

F4 : Moi j'ai des consœurs qui m'ont renvoyé des femmes en consultation.

ANIMATRICE : Ce qui vous navre, c'est que certaines sages-femmes font le choix de ne pas faire du suivi de grossesse de manière générale ?

F3 : Parce que ce n'est pas très lucratif, ça c'est sûr !

ANIMATRICE : Ok, pardon, parce que je n'avais pas compris, c'est pour ça.

F3 : Comme le dit D. (F4), une consultation...

*(Puis elle répond à quelqu'un qui a parlé en même temps qu'elle)*

Ben écoute, voilà, quand on gratte un peu, si...

F1 : *(En même temps)* Ah bon ? Tu es sûre ?

F3 : Quand on gratte un peu on s'aperçoit vite que....

ANIMATRICE : J'aimerais bien entendre un peu tout le monde

F4 : Surtout qu'ici, nous on a une situation exceptionnelle, parce qu'on a des sages-femmes libérales, il y a plein d'endroit où il n'y a pas de sages-femmes libérales.

ANIMATRICE : D. (F4), je sais que c'est dur... *(F4 essaie de parler mais on ne l'entend pas)*

*(Après quelques secondes où tout le monde parle en même temps)* D.

F6 : D. (F4), D. (F4), D. (F4), c'est moi qui cause maintenant.... merci, non mais, je voulais dire, c'est qu'à plusieurs reprises, j'ai eu des coups de fils, un peu désespérés, de femmes dont j'avais suivi la grossesse, alors j'imagine je ne suis pas la seule, et

qui avaient déménagées, voilà, qui attendaient un autre bébé, qui cherchaient, et qui s'étonnaient désespérément, et qui avaient appelé la sage-femme de la ville, enfin voilà, c'est évident, et qui s'étaient faites envoyer bouler et qui s'en étonnaient beaucoup, quoi, qui ne comprenaient pas.

F9 : Oui mais ...

F6 : Parce que c'était devenu une évidence pour elles, et ce n'était pas une évidence...

F1 : Ma fille, elle en a fait l'expérience, elle a été suivie ici quand même, enfin bon, elle sait ce que c'est quand même le milieu de la sage-femme, elle est partie sur Toulouse. Et bien, pour retrouver une sage-femme, pour faire de la rééducation du périnée, de toute façon, elle n'a pas eu le choix, de toute façon elle avait commencé avec une méthode et donc il fallait qu'elle continue, et elle lui a demandé « mais vous allez pouvoir si j'ai un deuxième ? » on lui a répondu : « non il est hors de question, je ne vais certainement pas faire des suivis de grossesse ». Enfin, elle a vraiment entendu, « ce n'est pas intéressant, ça ne rapporte rien » et dans la région de Toulouse, C., elle n'a pas arrêté de regarder et bien il n'y a pas de sages-femmes, enfin il y a quelques sages-femmes libérales, mais elles ne font que de la rééducation du périnée, et c'est tout, elles ne vont pas s'emmerder pour ça, elle a quand même bien... elle a quand même....

F9 : Même vis-à-vis des médecins, on n'est pas crédibles...

F1 : Oui donc voilà, moi maintenant je....

ANIMATRICE : I. (F5) ?

F1 : Tu vois, elle a dit : « qu'est-ce que c'est que ce lieu ? », elle en est effarée...

ANIMATRICE : (Rire) Puis-je entendre la voix d'I. (F5) ?

F5 : Moi je pense que s'il y a une reconnaissance financière à un moment donné, ça changera les choses enfin, si la raison pour laquelle des sages-femmes ne font pas du suivi de grossesse, c'est une raison pécuniaire.

F3 : Ce n'est pas qu'une raison pécuniaire, ce n'est pas que ça.

F4 : Et c'est la raison pour laquelle nos consultations ne sont pas réévaluées, car à chaque fois qu'il y a quelque chose, il y a un lobbying de médecins pour empêcher la réévaluation parce que c'est un moyen de nous évacuer.

ANIMATRICE : (En s'adressant à F4) J'aimerais aussi entendre tout le monde.

F3 : Je ne sais pas s'il n'y a que ça, si c'est dans l'intérêt d'une sage-femme libérale de faire ou de ne pas faire...

F1 : Est-ce que le fait que la profession de sages-femmes....enfin moi, c'est un petit peu dommage, là d'ailleurs, mais vous là quand même, qui bouge parce que les sages-femmes libérales sont effectivement....beaucoup plus....la formation de sage-

femme est en train de.....voilà va peut-être bouger Est ce que vous croyez que dans les années à venir, je ne sais pas moi dans les 10 ans à venir, ça va un peu bouger la profession ?

F6 : Je pense que l'avenir est devant nous hein, c'est con d'être vieux parce que l'avenir est devant nous.

F1 : Oui c'est ça voilà.

ANIMATRICE : F. ? (F2)

F2 : Oui, moi je pense aussi, que l'on essuie les plâtres et qu'on est en train, nous, de galérer, de se faire reconnaître, un peu de faire un boulot bien, malgré des choses très peu payées, d'autre un petit mieux, faut être honnête aussi, faut pas exagérer non plus, faut qu'on soit aussi correct, et enfin je crois qu'on est en train d'essayer de se faire connaître, de se faire reconnaître, dans ces suivis de grossesse physiologique etc. Et qu'avec le temps, ça viendra. Je pense que nos consœurs, dans les 10-20 ans à venir, ce sera beaucoup plus confortable.

F1 : J'espère....

F3 : Juste pour rebondir, on est vraiment formées à la physiologie, ce qui est quand même assez pervers en France, c'est que finalement, on est quand même formées à cette physiologie, et on a des actes plus rémunérateurs quand on suit des grossesses pathologiques. (*Rires*) C'est quand même...enfin voilà, des fois, quand on se dit ça, on se dit ben finalement, mais oui on est peut-être le personnel le plus spécialisé pour suivre une grossesse pathologique ce n'est pas ce que je voulais dire et en même temps c'est pourtant ça.

F4 : Mais on ne dérange personne parce qu'on est prescrites à ce moment-là.

F3 : C'est vrai que voilà...

F9 : Et là ce sont les médecins qui décident, ce sont les médecins qui prescrivent les surveillances à domicile.

F4 : On ne dérange plus personne, nous.

F3 : Mais moi, je pense qu'on retrouve notre place de sage-femme.

F7 : Moi ce que je voulais dire, c'est que ça en arrange quand même certaines... parce qu'effectivement c'est plus rémunérateur, parce que même quand il y'a un avis de la maternité, disant on peut stopper le suivi à domicile c'est : « Ah non, moi j'avais 10 séances, 2 fois par semaine jusqu'à telle date, donc je continue ! ».

F3 : Ah, ouais ? Ouais, donc euh...

F7 : Moi, j'ai trouvé ça un peu dur pour la femme, parce que moi, je m'en fiche de tout ça, ce qui est au centre pour moi c'est la femme, et que le plus grand mot que j'ai entendu là, c'est la cohérence. Pour moi les interlocuteurs c'est une chose, à partir du moment où ils sont dans une incohérence, que la femme s'y retrouve, c'est

pour moi le plus important. Et là, qu'il ait eu un médecin, qui à un moment donné, avait un doute sur l'évolution de cette grossesse jusqu'au 9e mois, et demander aux sages-femmes qu'elles soient auprès de la mère, je trouve ça très bien, seulement quand, après, voilà, on se rend compte que les choses rentrent dans l'ordre, je pense, qu'il y a eu aussi une cohérence, à dire, à savoir dire à cette femme, que « voilà, là maintenant le suivi à domicile ça n'a plus de sens sauf celui de vous inquiéter pour rien. », et que l'on doit à la femme tout simplement d'arrêter les frais, pas seulement à la société, je dis, bien sûr, ça coûte à la sécu !

D'accord, il y a tout ça, mais même si on exclut tout ça, tout, même si on exclut tout ce qui est la problématique d'argent autour, ce sont les femmes qui payent, parce qu'on les maintient, dans l'idée que sans nous elles seraient fichues, que sans nous leurs gamins naîtraient prématurés, ce qui est faux dans une grande majorité des cas quand même ! Et que, *a posteriori*, si on fait une bonne anamnèse, à la 2e grossesse, on n'est pas obligées de leur dire « Ah, il y a eu ça, donc on continue à prendre ça pour un risque ».

Je crois qu'il y a quand même aussi là, une problématique de place des uns par rapport aux autres, c'est moi qui dis, c'est moi qui fais, de qu'est-ce que je fais, qu'est-ce qui me rapporte, tout ça...

Ouais mais les femmes comment elles s'y retrouvent là-dedans ?... Peut-être moins bien que nous.

F2 : Moi je vais un petit peu rebondir, car quelques fois, quand tu es allée les voir pendant un ou deux mois deux fois par semaine, et tu leur dis « voilà on est à 36 semaines, donc on arrête parce qu'il n'y a plus de risque d'accouchement prématuré, que les prescriptions etc. », et elles, elles disent : « mais je fais comment là, pour aller jusqu'à ce que j'accouche ? Je ne vois plus personne, il n'y a plus rien » et alors après on peut proposer qu'on se voie en consultation ou autre, on peut leur proposer autre chose si vraiment elles se sentent... mais je t'assure quand souvent tu leur dis ça s'arrête...

F7 : Moi ce n'est pas tellement, qu'est-ce que vous proposez d'autre pour... effectivement... elles ne voient personne, c'est qu'il n'y a pas eu de lien créé là où elles vont, bon, ça, ça me gêne, il y a ça aussi, mais on dit qu'est-ce qu'on articule ? Comment on dit ça s'articule autour d'une femme, les différents professionnels ? Que chacun ait la liberté de s'engager dans, dans ce qu'il fait, et puis après, honnêtement, dire : « voilà vous n'êtes plus dans un risque, mais si vous voulez me revoir, on peut se revoir... » C'est autre chose que de dire... Ben oui mais ce n'est pas forcément comme ça qu'elles l'entendent, les femmes. Même, à 34 semaines, quand on a un col à 40mm et que de toute façon en l'examinant il a toujours été bouclé, continuer à faire 2 fois par semaine des monitorings moi je trouve que là, il y'a de l'abus, et que dire : « Oh ben si, mais c'est prescrit jusqu'à 36 semaines », oh ben oui d'accord, mais enfin si vous voulez les revoir, passez les voir, il n'y a pas de problème, non plus, si vous voulez les accompagner ! Mais ne comptez pas un monito, un machin...

F4 : Mais tu sais c'est plutôt l'inverse

F3 : Ce n'est pas si vous voulez les revoir, mais plutôt si elles ont besoin de nous voir !

F7 : Mais non, mais que la femme souhaite vous revoir, c'est autre chose, qu'elle sache. Pour moi, ce n'est pas les maintenir dans un état de pathologie, mais du moins, l'idée de risque, là, au-dessus de la tête, alors qu'il n'y en a pas. Et que si l'on a accompagné une femme, on peut l'accompagner en lui disant autre chose que de lui parler des risques, il y a bien d'autres choses à faire.

F1 : Moi j'avais une question, enfin quelque chose, là, je m'adresse aux sages-femmes libérales, quand vous suivez effectivement des patientes qui viennent vous voir dès le début de la grossesse, ou même déjà pour la déclaration, est-ce que vous entrez en contact avec le médecin généraliste ? Est-ce que vous envoyez un courrier en disant « voilà, votre patiente... » Donc, parce que c'est... Il a un lien qui peut aussi se faire là aussi, on peut aussi...

F4 : Tu peux faire des transmissions.

F3 : Moi je n'envoie pas un courrier dès le début de grossesse. Par contre, je fais un compte rendu à la personne qui doit voir la femme pour son 8ème et 9ème mois, et à son médecin traitant. Et ça, je crois qu'on doit avoir aussi ce...cette articulation ça paraît...c'est chiant ça prend du temps mais...

F7 : Mais, ce que je viens de dire, ce n'est pas pour jeter la pierre à qui que ce soit. Je trouve que l'argent pourrait un peu le débat, c'est tout. L'idée, c'est quand même de savoir comment s'articulent les soins autour des femmes à bas risque de...voilà.

ANIMATRICE : Je voudrais rebondir sur ce que vous dites S. (F7), je vous ai entendu dire que certaines sages-femmes ne suivaient plus de grossesses, enfin parce que ce n'était pas rentable, que... Voilà, il y avait à des endroits des sages-femmes qui ne faisaient que de la régulation ou de la prescription de monitoring en cas de problème, et qu'elles ne voulaient plus faire de suivis de grossesse parce que ce n'était pas rentable. Je vous ai entendu par moment parler de concurrence déloyale, j'ai eu l'impression que votre vision de la consultation de médecine générale, y compris pour le suivi de grossesse, c'était des consultations de 10 minutes... je rebondis sur ce que vous disiez, est-ce que vous avez l'impression que justement le fait que ce soit, que l'argent rentre en compte, le prix de la consultation, ça pourrait le débat, justement ?

F7 : Le nôtre, là, oui un peu, là, depuis quelque temps, on est en train de parler plus de ce qui fait qu'on fait ci, qu'on fait ça, nous, mais enfin moi, la question c'était aussi autour des femmes aussi, plutôt autour des femmes, sans parler de... Bien sûr, ça rentre en ligne de compte, moi, je suis salariée, donc effectivement je n'ai pas la même vision, mais c'est de savoir comment ça s'articule vraiment, avec l'idée qu'on pourrait tous exister, à condition que la femme, elle, s'y retrouve et que l'on ait une certaine cohérence tous, autour d'une femme.

ANIMATRICE : Et donc que ce ne soit plus de la concurrence mais de... alors, qu'est-ce qu'on pourrait imaginer d'autre que de la concurrence ?

F6 : La coopération avec les gens (*Pêle-mêle entre F9, F6 et F7 sur le mot coopération collaboration*)

F4 : On arrive au quiproquo, et nous sur notre région, on peut faire de la collaboration avec les gens mais ce que donne S. (F7), c'est un problème qui est essentiel. Parce que, pour qu'il y ait collaboration, il faut encore que les dés ne soient pas pipés. Parce que des compétences au niveau d'une formation et d'un diplôme c'est une chose, faut-il encore que ces compétences soient socialement reconnues, or, nous par exemple, les libérales, quand on va discuter de nomenclature, et rétribution, cotations des actes auprès de la sécu, évidemment dans notre discussion, l'idée qui est derrière, c'est quelles sages-femmes on défend ? C'est-à-dire que, nous, on s'est battues depuis longtemps, contre le fait que les préparations soient cotées très forts par rapport à d'autres actes, parce qu'il faut que la préparation chez les sages-femmes, ce soit un acte parmi d'autres. Nous, on ne pense pas qu'une vraie sage-femme, une sage-femme qui remplit ses responsabilités de sage-femme, ce soit quelqu'un qui enchaîne des préparations en groupe toute la journée, avec, là, effectivement une bonne rétribution. Nous, on se bat pour que...

ANIMATRICE : on revient à l'argent, encore !

F4 : ...pour qu'il y ait un équilibre des rétributions, mais c'est extrêmement important ça, parce que si, ici, on a une démographie de sage-femme qui permet d'avoir ce débat-là ce soir, c'est une situation complètement exceptionnelle. Parce qu'au départ, il y a eu cette démarche militante, d'un groupe de libérales qui disait : « on se bat pour que les sages-femmes libérales puissent exister, et remplir leurs tâches de sages-femmes ». Moi, quand j'ai commencé la consultation de sage-femme c'était 45 francs, et ça, c'est drôlement important parce que vous ne pouvez pas imaginer qu'à part du bénévolat, des gens s'installent pour gagner leur vie comme sage-femme libérale en faisant des consultations à 45 francs. Et aujourd'hui non plus, en faisant des consultations à 17 euros, les sages-femmes ne peuvent survivre que parce qu'elles font d'autres choses, et du coup ça biaise leur activité. Parce que du coup, effectivement, beaucoup de sages-femmes vont penser que s'installer, c'est faire de l'argent en faisant des suivis de grossesses pathologiques, qui n'est pas le cœur de notre métier, ou en faisant des préparations qui est sans doute le cœur de notre métier, mais pas seulement, c'est un des pieds, un des volets de notre métier. Donc pourquoi c'est un enjeu autour de ces tarifications, parce que, nous, on défend la réévaluation de nos tarifications, c'est-à-dire de la consultation, et de l'accouchement, alors que les lobbyings qui jouent la concurrence, qui sont les lobbyings de médecins, auprès de l'Assemblée Nationale, il y a encore eu des exemples cette année, sont des lobbyings qui bloquent une chose dans nos cotations, la consultation. Et l'on ne peut pas dire, que ce n'est pas important, et si on veut que les rapports justement soient bons, il faut que chacun puisse vivre de ses compétences. Et après, nous, sur Nantes, on a un autre rapport de force qui fait que ça s'articule autrement, du fait qu'il a plein de médecins généralistes avec qui l'on travaille très bien, on a des soucis, on les appelle, ils ont des soucis, ils nous appellent. Même qu'ils suivent des femmes en suivi de grossesse normale, et qui, quand ils se trouvent un peu courts, vont appeler la sage-femme, qu'ils connaissent sur le terrain, pour lui demander : qu'est-ce que tu ferais dans ce cas-là ? Il n'y a pas je pense...

ANIMATRICE : Alors cette collaboration-là, en pratique ? Parce que j'aimerais qu'on en parle justement, vous la vivez ? Vous ne la vivez pas ?

F4 : Mais ce n'est pas le problème, moi, je refuse que... de voir ça comme ça, parce que le problème vraiment pratique n'existe pas en fait...

ANIMATRICE : Non mais j'ai entendu, je l'entends bien, mais on ne va pas aller ce soir, voir notre député pour lui demander de réviser la cotation des sages-femmes ! On ne peut pas, il y a le combat que vous menez, et que j'admire, et qui est tout à fait légitime et important ! Mais, on ne peut pas refaire ce débat-là, ce soir...ou alors, on sabote complètement le focus group de Jérémie...

F3 : Oui, on va éviter.

ANIMATRICE : Et si j'entends bien votre...la nécessité de la revalorisation des actes etc. Mais alors on pourrait aussi ouvrir le débat, aussi, sur la nécessité d'arrêter le paiement à l'acte, oui, mais ça ce n'est pas le lieu ce soir, c'est ça que je veux dire. Mais on pourrait...

F7 : Même, dans les lieux de soins où l'argent n'entre pas en ligne de compte, il y a des médecins traitants qui ne se sentent pas respectés, ou des sages-femmes qui ne se sentent pas respectées, par les gynécologues, par... Enfin tout est dans la problématique, aussi de ce qu'on perçoit des autres, de ce qu'on perçoit du travail des autres, comment on le répercute sur la femme. C'est quand même elle qui va en pâtir le plus, éventuellement, si on ne s'entend pas autour d'elle. Et puis c'est de savoir, est-ce que, effectivement, on fait un peu des pas vers l'autre, vers l'autre professionnel, pour dire : « voilà, j'ai vu votre patiente, moi j'ai constaté ça, j'ai pensé qu'il était bien de lui dire ça, et puis voilà, que vous le sachiez aussi... » On essaye de se mettre en cohérence pour elle. Je pense que ce qui manque, c'est la sensation, au moins le sentiment de respect que les uns et les autres on peut avoir les uns par rapport aux autres.

F9 : Nous on l'a...

F7 : « Nous on l'a » ! Mais on ne peut pas décréter moi je l'ai et les autres ne l'ont pas, parce que c'est ce que dit chacun.

F1 : Par rapport à ici, oui, si on parle d'avec les médecins généralistes.

ANIMATRICE : Non, je ne sais pas, on parle des sages-femmes à l'extérieur.

F3 : C'est vraiment une histoire de personne. Je pense qu'on ne peut pas englober, être, si catégorique. Moi, quand je me suis installée, je suis allée voir les gens dans les communes autour, les médecins, les représentants, en leur disant : « bonjour, je suis sage-femme, je fais ça, ça, ça ». J'ai eu des accueils très différents. Je me souviens d'un truc avec un peu d'humour, d'un vieux médecin charmant, qui a pris le temps de me recevoir, et qui d'emblée me dit « de toute façon, on les voit plus les grossesses, y'a que les sages-femmes qui voient les grossesses maintenant. », et je lui ai dit : « mais excusez-moi docteur, de faire mon métier ! ».

Voilà, je veux dire, voilà, (*rires*) et en fait, il n'était pas dénoué d'humour, parce que quand même, finalement, on est resté au moins un quart d'heure, 2vingt minutes, à discuter, la preuve qu'il ne m'a pas foutue à la porte. Il m'avait reçu, et l'on en discutait, et quelque part, il a connu, lui, cette génération de sages-femmes libérales,

qui existait en campagne, il était dans les marais, enfin il me racontait plein de trucs, où il arrivait avec le Pajot (*Un forceps de Pajot*), le dernier, parce que la sage-femme l'avait appelé, donc ça, c'était les sages-femmes libérales qu'il connaissait avant. Et, c'est vrai que du coup après il y a eu une grande désertification, parce qu'on nous a mis dans les maternités, et puis d'un coup en boomerang, ça y est, elles reviennent les sages-femmes libérales. Il était un peu dérouté, en fait, les sages-femmes libérales, voilà, il ne savait plus que ça existait, et puis finalement, ben si, elles me piquent tous mes suivis de grossesse, tiens, on ne voit plus de grossesses !

F2 : Peut-être qu'il n'a plus de femmes dans sa patientèle qui sont en âge d'avoir des grossesses !

F3 : On sentait que ça le navrait, le désolait lui aussi.

ANIMATRICE : Alors qu'est ce qui le désolait à votre avis, dans le fait de ne plus faire de suivis de grossesses ?

F3 : Et bien peut-être qu'en tant que médecin de famille, voilà, peut-être que c'était aussi important pour lui de voir les femmes dans leur moment de maternité aussi. Moi je ne lui en ai pas voulu de la réflexion qu'il a eu, je me suis dit après tout, peut-être que c'était important dans la cohésion de la famille, de connaître le petit, de voir le petit après, de voir le mari, et aussi peut-être de voir cette femme pendant la grossesse. Bon, après, je lui ai quand même bien rappelé, que c'était l'essence même de notre travail de sage-femme, que de suivre les grossesses. On a bien discuté là-dessus, mais voilà, sa première réflexion ça a été, ça... voilà, « on ne voit plus les grossesses c'est les sages-femmes qui les voient » voilà, puis c'était vraiment... mais au-delà de ça, quand on gratte un peu, moi, j'ai pu entendre aussi ce qu'il me disait, que finalement...

ANIMATRICE : Donc ce n'était pas la concurrence de fric, mais c'était pour le plaisir du métier ?

F3 : Non, je ne pense qu'il aimait ça aussi, enfin... voilà.

F6 : À l'inverse, tu es arrivée avec les recommandations du réseau en 2002, là, les recommandations sur la grossesse à bas risque, et à l'époque, il n'y avait pas de sages-femmes du tout prévues dans le groupe de travail, bon, on les avait contactés pour en faire partie. J'avais eu l'autorisation, et je me souviens très bien comment j'ai été accueillie ce jour-là, puisque c'était glaçant, c'était... on m'a dit : « mais qu'est-ce que vous foutez là ? » C'était... et le thème, c'était les recommandations des grossesses à bas risque.

F3 : Il y avait des gynécos et des médecins traitants.

F6 : Et...

F4 : Ce n'était pas des médecins, c'était des organisations de médecins qui étaient là ! Donc, c'est différent, au niveau des médecins eux-mêmes... déjà, dans nos patientes, on a beaucoup de médecins qui viennent faire suivre leurs grossesses par des sages-femmes !

F3 et F6 : Oui, oui, paradoxalement oui.

F9 : Oui c'est vrai

F1 : On a quand même beaucoup de médecins généralistes qui viennent nous voir...

F3 : Médecins du travail...

F1 : C'est bien !

F6 : Oui c'est bien, je ne trouve pas que ça soit paradoxal, c'est ce qu'on a dit au début, c'est sur l'info...

F4 : C'est donc des éléments qu'il y a presque un bon réseau aussi.

F9 : C'est donc qu'ils se passent l'info.

F4 : Une fois qu'elles retournent à leur travail, elles ne nous oublient pas non plus...

*(3 secondes de silence)*

F3 : Oui, ce que tu dis c'est vrai, enfin moi, j'ai eu l'opportunité de voir une jeune femme, pour la rééducation périnéale, elle arrivait dans la région, voilà. Je ne savais pas au départ ce qu'elle faisait, elle était médecin du travail en fait, et je l'ai revue ensuite pour un suivi de grossesse, pour son 3<sup>e</sup>. Effectivement l'abord... tout d'abord, son mari était médecin généraliste, et elle médecin du travail. Et l'abord en fait de la grossesse, a été très, très étonnant, et plutôt positivement. Et dans son travail de médecin du travail, je veux dire, on a parlé de plein de choses, je dirais de précaution, d'interrogations, qu'on peut avoir auprès des femmes... Elle, dans son boulot de... enfin je pense que ça allait au-delà de la consultation, c'était, voilà, des échanges sur plein de choses, mais peut-être l'éclairer sur des aménagements de poste de travail, les ports de charges, etc. Voilà, elle a été vraiment très étonnée qu'on puisse proposer des choses pour elles, en tant que femme enceinte, et puis ensuite, voilà, de voir dans une consultation de sages-femmes, finalement on abordait autre chose que le suivi strictement médical, et qu'effectivement, elle, médecin du travail, elle y a trouvé son compte. Et je pense que c'est ça, je pense que les femmes quelque part, il y a cette disponibilité, je pense qu'il faut cette rigueur, absolue, qui est indéniable, et je pense qu'il y a surtout... elles sentent qu'on n'est pas, là, sur notre piédestal. Je pense qu'il faut qu'on reste humble, il faut qu'on sache surtout reléguer aux médecins traitants, aux obstétriciens, aux endocrinos. Enfin, voilà, je veux dire : on est qu'un maillon, on est un maillon.

F2 : Ce qui est intéressant aussi, par rapport aux gens dans les structures, c'est quand on les connaît, on les connaît essentiellement de visu, et quand elles nous disent : « je vais aller voir telle personne », de pouvoir lui dire : « ben oui, avec elle vous serez en confiance, c'est quelqu'un qui soit ceci, soit cela ». Et rien que le fait qu'elle sache qu'on la connaît même si des fois, je dis : « je sais qu'elle est très bien ou qu'il est très bien, je ne pourrai pas vous le faire voir dans la rue, mais j'ai que des bons retours » et ça, ça, on sent vraiment que ça leur plaît, quoi, de sentir effectivement

F7 : Parfois c'est l'inverse, quand je reçois en entretien une femme, et que je vois qu'elle habite V., je lui dis : « Il y a des sages-femmes à V., vous n'êtes pas obligée de traverser toute la ville pour me voir ». Ça me paraît logique qu'il y ait au moins pour les femmes, une notion des ressources qui existe autour d'elles, parce que, ce sont elles qui doivent pouvoir choisir. Et qu'elles peuvent choisir si on leur donne des vrais choix, s'il y a une rétention d'information quelque part, forcément on va biaiser ce choix. Qu'on s'y retrouve nous, ou pas, ça, c'est notre cuisine, c'est les réunions, c'est les gens dont je remercie le militantisme, moi qui ne suis pas militante pour 2 sous, même si je peux être très, très accrochée à ce que je crois, ce en quoi je crois, mais je ne suis pas du tout militante. Mais il y a, en consultation... c'est de savoir qu'on est là, pour que cette femme, elle, puisse développer au maximum ses choix, que ce soit en matière d'interlocuteur, que ce soit en matière de « qu'est-ce qui existe », quels « moyens » entre autres on connaît...

F1 : Mais c'est vrai que pour nous, enfin, moi, en tant qu'hospitalière, ça me navre, quand j'ai des femmes qui ont été suivies par des médecins généralistes, ou des gynécologues de ville, et qu'à la première consultation, on a l'impression de leur apprendre mais énormément de choses. Mais on se dit, mais qu'est-ce, qu'est-ce que le médecin... elles ont l'air de découvrir leur corps, elles ont l'air de découvrir leur grossesse, et là, on se dit... enfin moi, ça me fait mal, je me dis, elles ont été 6 mois, je ne veux pas dire en souffrance parce qu'elles ne s'en sont pas rendu compte... Et puis là, elles se disent : « Mais, c'est ça une consultation avec une sage-femme ? !? » Et combien, elles nous disent... Et bien, on leur dit : « il y a des sages-femmes en consultation à l'extérieur, vous pouviez aller les voir », et souvent c'est ce qu'elles vont faire après. Et moi ça me désole, ça me désole le... Je ne sais pas le trou noir qu'on offre aux femmes quand elles... enfin certaines pas toutes, mais quand même...

F9 : Elles sont suivies médicalement y'a pas de souci.

F1 : Médicalement, c'est sûr, mais c'est tout !

F9 : Médicalement, c'est suivi, mais ça manque, ça manque.

F1 : Mais alors le relationnel, l'écoute, ...mais je ne parle pas de... voilà

F6 : Moi j'ai du mal...

F4 : Et encore, médicalement... C'est récent qu'elles sont suivies médicalement, ça vient quand même, depuis qu'il y a le logiciel.

F9 : Oui, oui, oui.

F4 : Parce qu'avant...

ANIMATRICE : L. ? (F6)

F6 : Oui j'ai du mal à catégoriser, avec, toujours pareil, avec les sages-femmes qui seraient à l'écoute, et puis les médecins qui ne le seraient pas, il y a des médecins géniaux et des sages-femmes nulles, hein, il ne faut pas...

F1 : Oui Bien sûr !

F6 : Moi ça me fatigue, et je pense que ça n'arrange vraiment rien à notre relation et...

F9 : Non ça n'arrange pas nos relations.

F6 : Et tu parlais du fait de se connaître, et une des choses qui serait drôlement intéressante, c'est d'avoir des formations communes, ça a déjà été évoqué plusieurs fois, qu'il y ait des formations multi professionnelles, au moins par secteur. Parce que, c'est vrai que quand on se connaît, quand on connaît les gens, les difficultés s'aplanissent beaucoup. On parlait des arrêts de travail, moi je comprends qu'un médecin traitant, qui ne voit pas une patiente de toute sa grossesse, et qui se retrouve à signer juste un arrêt de travail, en sachant en plus que la sécu va râler, parce qu'il en donne trop, ça soit pénible pour lui, et il faut voilà, il faut qu'il y ait du lien pour que ça puisse...

F9 : Pour qu'il y ait une meilleure collaboration.

F4 : D'ailleurs c'est pour ça que, du coup, parfois, on préfère contacter la maternité. Moi, quand je sais que la femme va voir S., pour ses 8e et 9e mois, ça m'arrive de lui téléphoner au 6<sup>e</sup> ! (*elle rit*)

F2 : Tu oses faire ça, toi ? ! Moi, je n'ai jamais osé faire ça.

F4 : Oui, mais on se connaît de longue date ! (*elle rit*)

F9 : Oui mais tu sais, les femmes, elles savent se débrouiller, dans ces cas-là ! elles viennent aux urgences de la mater, et puis... (*Brouhaha, on ne comprend pas la fin de la phrase*)

F4 : Oui .

F7 : Oui, au téléphone, c'est plus pratique.

ANIMATRICE : Mais c'est difficile, hein, de parler collaboration ? Parce que c'est comme si c'était... donc vous parlez, vous abordez très, très peu la collaboration éventuelle avec les obstétriciens du coup, à part juste que vous avez dit que, des fois vous aviez l'impression de... que certaines... pouvaient être...

F7 : Moi ? heu, finissez votre phrase parce que je...

ANIMATRICE : Tout à l'heure, vous avez dit, si j'ai bien compris, que parfois, le milieu obstétrical pur, du 8<sup>e</sup>, 9e mois, pouvait avoir un regard, je crois que c'est le mot « méprisant », que vous avez utilisé pour ce qui c'était passé en ville mais je...

F7 : Non, mais c'est l'idée que se font les autres. Et parfois, la collaboration... enfin chacun se fait l'idée que, il va être méprisé, soit par le médecin traitant pour ce qui est des sages-femmes, soit par... Il y a quand même beaucoup de gens qui vivent dans ce climat-là, c'est ce que je vis, moi, depuis 25 ans, mais pas forcément ce que je vis moi profondément. Moi, j'ai de très bons rapports avec les obstétriciens avec

qui je travaille, et avec les sages-femmes libérales je n'ai pas de souci, et je n'en ai pas non plus particulièrement avec les médecins traitants, je n'en ai pas moi.

ANIMATRICE : Donc ce dont vous parliez, mais ce n'était pas de vous que vous parliez, c'était d'une manière générale. Et ce sur quoi, je voudrais rebondir, et ce qu'a dit un peu L. (F6) aussi, c'est que c'est comme si, à force d'avoir peur du regard de l'autre, ou d'avoir peur de ce que l'autre pense, du coup la communication a été difficile à... à établir.

F3 : Elle est aussi, enfin, je... Pour ma part, je veux dire, on travaille quand même avec des médecins obstétriciens, à qui l'on envoie des patientes pour les 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> mois, ou des sages-femmes dans des structures, je veux dire ça se passe quand même d'une façon tout à fait humaine. Enfin, je veux dire enfin, ce n'est pas parce que c'est médecin/sage-femme, qu'il y a cette espèce de rivalité. Je pense qu'on est très complémentaires, au contraire, et on devrait l'être, et je pense que c'est là, ce qu'est... ce que je disais au départ, c'est ça, donc on est formé à la physiologie, effectivement les obstétriciens débordent, et en même temps quelque part c'est pervers en France je veux dire...

F9 : Oui, du coup on se retrouve avec la patho.

F3 : Voilà ! C'est complètement fou. Un obstétricien, il est quand même censé être formé pour voir des grossesses pathologiques, et en fait il voit aussi beaucoup de grossesses physiologiques qui devraient en premier lieu être vues par des sages-femmes, et orientées vers un obstétricien s'il y a une pathologie au cours de la grossesse. C'est quand même le monde à l'envers.

F9 : En fait l'organisation n'est pas bonne, oui, l'organisation n'est pas bonne.

F3 : Oui, voilà, il y a des choses étonnantes, quoi. Après c'est vrai que notamment, on voudrait nous coller des responsabilités, je veux dire le suivi de consultation gynéco par exemple pour la contraception, la contraception post-partum, c'est notre travail aussi, je veux dire voilà, qu'on nous laisse faire déjà notre travail de sage-femme.

F4 : Ça en fait partie, parce que c'est l'accompagnement de la femme.

F3 : Oui, bien sûr, mais je veux dire, enfin je trouverai ça normal, que les sages-femmes suivent les grossesses physiologiques, plutôt que de poser des stérilets pendant leurs consultations.

F4 : T'inquiète pas, on ne va pas en poser, à 17 euros la consultation, on ne va pas en poser !

F3 : Non, mais je suis un peu provoc' quand je dis ça, mais quelque part c'est un peu ça.

F1 : R., (F8) elle voulait parler là...

F8 : Moi, je trouve qu'aussi, par rapport à la formation, moi, quand je suis sortie, il y a 10 ans, et bien il fallait que je sois une bonne technicienne. C'est la première chose,

apprendre des trucs par cœur, la biologie, les symptômes, l'hypertension, tout ce qu'on veut. Et puis bien sûr, très polie, très gentille, avec la dame.

Et puis au fur et à mesure, j'ai appris grâce aux formations en rencontrant d'autres collègues, un peu à droite à gauche, dans différents endroits, clinique, hôpital, libéral, tout ce qu'on veut, qu'en fait, travailler en équipe, c'était en fait, quand même, enfin... pour moi, la seule équipe que je connaissais en fait, via l'école c'était le gynécologue obstétricien.

Donc, je ne suis pas tout à fait d'accord, je trouve qu'on communique assez bien, enfin de toutes les professions, celle avec qui on communique le mieux, ce sont les gynéco obstétriciens puisque dès le début, déjà à l'école, on est tout le temps avec les internes, tout ça, donc c'est une espèce qu'on connaît un peu. Mais, dans le libéral, faut rencontrer le médecin traitant, on ne le connaît pas celui-là, du tout, que ce soit pour les bébés ou pour les grossesses, les pédiatres, un petit peu mieux mais on les connaît surtout pour l'urgence, les psychologues...

Enfin on se crée tous un répertoire, on n'a même pas idée le jour où on s'installe en libéral, le répertoire, ah bah oui j'ai pas le numéro de la psychiatre, du psychologue, le CAMS, le machin, la PMI, et depuis, j'ai appris à travailler en équipe, en me disant que je suis un peu le fil conducteur, et en fonction des difficultés que je rencontre, et bien mes compétences à moi, effectivement ça s'arrête, et je passe le lien à machine, le médecin traitant, etc.

Le gynéco obstétricien, je l'ai toujours connu, j'ai toujours connu où s'arrêtait mon rôle, tout ça. Avec le médecin traitant en fait, je trouve que c'est une profession que l'on rencontre très peu.

Les psychologues, on les a rencontrés en maternité, les pédiatres aussi. Les médecins traitants très peu.

Qui est-ce qu'on a rencontré ? Les internes, alors il y avait ceux qui étaient intéressés, moi dans mon souvenir, c'étaient ceux qui étaient très passionnés qui venaient en salle d'accouchement, et de cet... enfin pas interne, pardon, externe, très sympa qui était resté toute la journée et du coup : « je te laisse faire mon accouchement parce que t'es là, parce qu'on voit que tu es intéressé donc, initialement c'est mon truc, mais je te laisse faire l'accouchement », et j'ai laissé faire des externes faire des accouchements.

Et, il y'a ceux qui s'en fichaient complètement, qui suivaient l'interne, et qui allaient se coucher, et qu'on voyait quelques minutes, très hautains.

Et je pense vraiment que le médecin traitant et les sages-femmes on ne se connaît pas en fait, enfin mis à part ceux qui ont bien voulu rester et étaient intéressés par leur stage en gynéco de 6 mois, et les autres très peu, et on est vraiment 2 mondes parallèles.

Et enfin, moi je trouve qu'il y a très très peu de communication avec le médecin traitant. Mais je pense que les médecins traitants ne connaissent pas notre profession, et je ne pense pas qu'on puisse faire une équipe, je ne sais pas quels *a priori*, qu'est-ce qu'on leur apprend à l'école, mais nous, on a rien appris du médecin traitant et ce qu'on pouvait faire avec, et qu'est-ce qu'on leur dit dans leur formation ?

C'est pareil, nous, on nous a formées à être très bonnes techniciennes, j'espère maintenant un peu plus sur le bien-être de la femme, moi c'était quand même très secondaire, il fallait bien sûr, mais c'était quand même après.

Qu'est-ce qu'on apprend maintenant, pendant l'externat, au niveau de la psychologie, mis à part les trucs qu'on a tous vus en cours ?

Par rapport au relationnel avec les gens, parce qu'au final ce qui est important c'est le bien-être de la femme, mais finalement en formation, quand est-ce qu'on en parle, de ça ?

F5 : Je te rejoins, R., dans ce que tu dis, bon je suis la seule à travailler en PMI là, ici, ce soir, et en fait, je travaille sur le pays de Retz, c'est un poste qui a été créé il y a 2 ans et demi, qui n'existait pas avant. Et c'est vrai que je ne suis pas allée voir les médecins traitants en m'installant. D'abord parce que je suis sur un secteur quand même qui est très vaste, et que d'aller rencontrer les médecins traitants ça doit représenter au moins une vingtaine, voire plus, sur l'ensemble des communes, qu'en plus, d'aller les voir, il faut quand même que ça ait un sens. Alors, le sens que ça peut avoir, par rapport aux femmes que moi je rencontre, en fait, ce n'est que des femmes vulnérables et en difficulté, c'est vrai que, c'est du point de vue de l'aide, de l'accompagnement, apporté à la femme, ça ne pourrait être qu'enrichissant d'être en lien avec le médecin traitant, mais ça ne pourrait certainement que servir les femmes, mais, je pense que je ne l'ai pas fait par aussi méconnaissance de la profession. Le fait aussi, de penser alors, à tort ou à raison, qu'ils ne connaissent pas le rôle de la sage-femme de PMI non plus.

F9 : T'aurais pu leur écrire ? Un courrier en expliquant ton travail ?

F5 : Et oui, j'aurai pu leur faire un... courrier...

Alors maintenant, ponctuellement, ça m'est arrivé d'en contacter pour certaines femmes, pour certains suivis, où vraiment, c'était important, et d'en rencontrer aussi. Et le peu que j'ai rencontré, ça s'est vraiment bien passé, on a pu travailler en collaboration.

ANIMATRICE : Vous avez pu communiquer ?

F5 : Oui, oui, et ça c'est vraiment bien passé.

F3 : Je pense que c'est ça aussi, ces articulations, qu'il nous manque cruellement. Médecin, sage-femme, médecin de PMI, psychiatre, enfin je veux dire... Je pense juste à l'exemple d'une femme, là, dernièrement, une patiente que j'ai eu en suivi à domicile. Une patiente qui est en grande, grande, grande souffrance qui a un passé psychiatrique difficile, qui a réussi à avoir une grossesse, bon.

Le jour où je suis allée la voir chez elle, la première fois... Pff... On est restées 2h ensemble, je me rappelle, c'était « au secours »...

Elle était suicidaire à un point, ça faisait 3 jours qu'elle ne s'était pas levée, habillée, qu'elle n'avait pas mangé, enfin voilà, je veux dire : « au secours », quoi, voilà.

Et je veux dire, là, c'est vrai que ce sont des situations où on rappelle l'obstétricien, on rappelle le psychiatre, en disant « hospitalisation au H. » tout ça.

Une fois cette femme sortie, je veux dire, on avait quand même tissé des liens, enfin je veux dire, quelque part il y a des sages-femmes de PMI, il y a des sages-femmes libérales qui étaient disponibles, et en fait, il se trouve que c'est moi qui l'ai revue, avec des liens avec son pédopsychiatre et le médecin traitant, qui doit prendre le relais, voilà.

Enfin je veux dire, quand l'histoire est un peu apaisée, ce qui est vraiment important, c'est pas forcément... Bien sûr il faut que ce soit approprié. Le professionnel qui va pouvoir aborder cette femme, ce couple, ce trio, parce qu'il y a un bébé... ce qui est important, c'est que les gens sur lesquels on s'appuie...

L'obstétricien, il est tombé des nues, il était complètement passé à côté, complètement passé à côté, ça faisait 15 jours qu'il ne l'avait pas vue, qu'on avait

changé son traitement, et elle était complètement suicidaire cette femme. Enfin, je veux dire c'était « au secours »...

Et c'est peut-être parce qu'il n'avait pas pris le temps, je ne sais pas mais, vous voyez, c'est ça aussi. Je pense que quelque part, on doit aussi ne pas avoir peur de dire « attendez ! »

Ce n'est pas piéger l'autre, dans peut-être sa négligence, ou peut-être ce qu'il n'a pas du tout senti, ça le médecin, et je veux dire, je trouve que c'est notre rôle, notre rôle de sage-femme dans le bien-être de cette femme, de dire : « on a des compétences différentes ».

F7 : Qu'est ce qui faisait que tu as été au domicile de cette femme ?

F3 : Il y avait eu un suivi à domicile, demandé par l'obstétricien.

F4 : Peut-être qu'il avait senti qu'il fallait qu'il y ait quelqu'un à domicile ?

F3 : Tout à fait, mais c'était...

F5 : Peut-être sur une indication médicale il n'avait pas pris la mesure de...

F3 : Non mais ce n'est pas, pour leur... ce que je veux dire c'est que, ce n'est pas sur cet exemple, mais je veux dire... on a parfois des articulations différentes qui sont quelquefois difficiles tu vois, tu disais : « la difficulté d'appeler le médecin traitant » en disant : « je suis là et je voudrais connaître le boulot que vous faites »...

F5 : Sans compter le temps que ça prend, et la difficulté de les avoir. Moi je fais énormément de kilomètres, je reçois des appels dans la voiture, c'est compliqué aussi. Quelquefois, quand vraiment je veux en voir un, je me mets en quatre et je vais essayer... Ça peut me prendre quelquefois 2-3 jours pour y arriver. C'est pareil pour vous qui êtes en cabinet mais bon... faut en vouloir quoi, vraiment en vouloir !

F3 : Je me souviens d'une formation ARIS sur le réseau périnatalité, je ne sais pas si vous avez pu, si vous avez entendu parler, c'était une formation qui était faite à Nantes, pour les sages-femmes. Et je me souviens que je suis sortie de cette formation, reboostée, en me disant, je vais m'organiser avec la sage-femme de PMI, la puéricultrice, les médecins traitants, enfin voilà, vraiment en me boostant, on peut faire des choses ensemble, il faut... Et bien, j'avoue je n'ai pas osé, ça s'est effrité et j'en suis navrée.

ANIMATRICE : « Pas oser » ? ! Pourquoi « Pas oser » ? !

F3 : Parce que c'est le mot ! Parce que déjà et d'une, on a de grosses journées, ce n'est pas forcément « oser » dans le sens aborder mais essayer d'organiser un truc. Mais, c'est vrai que ça ne s'est pas fait, et ça, je trouve que c'est dommage. On manque peut-être... que chacune... moi, je ne suis pas une organisatrice née, peut être que c'est ça aussi, mais, je veux dire, peut être que ça, c'est dommage, parce que des fois il y a des choses, peut-être de façon informelle, qui pourraient se faire. Ça peut être une entrevue professionnelle bien sûr, mais on pourrait se dire : « tiens ! ce soir, de 20 à 22h, on se fait un truc avec quelques sages-femmes, avec le médecin du coin, pourquoi pas la puer de PMI... » Enfin, des choses qui sont peut-être un peu

informelles et bien ça ne se fait pas ça, et ça c'est dommage peut être, c'est peut être dommage.

ANIMATRICE : On en revient peut-être sur la proposition de L., ce serait bien d'avoir, par secteur ou autre, des formations ?

F3 : Ça se fait ponctuellement, parce que je ne sais pas, vous, les sages-femmes libérales, vous les appelez, ils vous appellent, les médecins, les médecins traitants du coin. Enfin je veux dire, ça s'organise après c'est vrai qu'on n'a pas vraiment de lieux de rencontre...

F6 : C'est pour ça qu'une formation ce serait l'occasion.

F2 : Parce que quand ils te demandent des renseignements ou qu'ils t'appellent ce n'est pas là que tu vas dire : « ben, tiens, au fait... si on organisait un petit dîner chez moi demain soir (*Rire général*) »

F3 : Non mais, je veux dire ça peut se faire de façon très formelle, très informelle, je veux dire au contraire et c'est vrai que ça, ça manque.

F4 : Je pense que ça, ça se fait aussi entre patiente interposée.

À écouter, là, je suis en train de réaliser qu'en fait, je ne pense pas qu'on ait tellement d'inquiétude vis-à-vis des autres professions, parce que nous, on sait exactement notre domaine de compétence, donc on sait toujours quand est-ce qu'on passe la main. Moi, je suis en train de réaliser que quand je suis une grossesse, je demande toujours, peut-être pas dès le premier entretien mais après, à la femme, si elle à un médecin traitant, ça, je demande toujours dès le premier, et si elle a un dentiste ! et si elle n'a pas de médecin traitant, parce que ça arrive beaucoup, des femmes qui, jeunes, étaient chez leurs parents et puis elles arrivent à la ville et elles n'ont pas de médecin. Et je leur dis toujours : « vous devriez chercher dans votre quartier, quelqu'un qui vous conviendrait. Parce que quand vous allez avoir un enfant, ce n'est pas quand votre enfant va avoir 39 °C de fièvre qu'il faudra se mettre à la recherche du médecin en qui vous allez avoir confiance ».

Donc, je ne pense pas que... enfin moi, je n'ai pas le sentiment qu'il y ait de problème dans ce sens-là.

Moi, je dis, concrètement, les problèmes, moi je trouve qu'ils n'existent pas.

Parce qu'on fait comme on fait avec tout, c'est-à-dire qu'on a nos réseaux, parce qu'on aime bien travailler avec des gens qui ont les mêmes valeurs déontologiques, qui ont les mêmes méthodes qui ont les mêmes etc.

C'est vrai, effectivement, les patientes, elles circulent à l'aise dans ces réseaux-là, donc pour moi, il y'a pas vraiment de problème. On met la femme au milieu, et puis on distribue. Mais je pense qu'il y'a beaucoup plus de... C'est pour ça que moi, lorsqu'il y a des problèmes de reconnaissance de chacun, c'est beaucoup plus de l'autre côté.

C'est-à-dire que, le généraliste, il se dit : « qui c'est ça qui vient me prendre mon boulot, alors déjà les spécialistes me prennent mon boulot pour les cardios, pour les ceci, pour les cela, maintenant c'est les sages-femmes qui me prennent les grossesses », et je pense que c'est plus dans ce sens-là.

Alors que moi, j'envoie systématiquement les patientes demander justement, si elles ont un médecin traitant, « demandez-lui s'il fait le suivi des bébés », parce que moi, ce que je leur dis c'est que : « si votre médecin traitant suit les bébés, est compétent

et connaît votre bébé, quand il sera malade, et éventuellement il se déplacera à domicile ou il lancera le médecin de garde etc.. Si vous prenez un pédiatre, il va vous voir tous les mois dans une consultation entre 9 heures et 17 heures et après quand votre enfant sera malade, vous l'amènerez à votre généraliste qui vous dira « oui, mais moi je ne le connais pas votre bébé » ». Et je pense que c'est plus là-dedans aussi, qu'on peut travailler. Je ne ressens pas trop un problème concret.

C'est pour ça je vois bien la différence entre un problème d'organisation des soins et qui ne va pas en s'arrangeant puisque, de plus en plus on demande aux praticiens quels qu'ils soient d'être des prestataires de santé, de service, qui vont fournir un soin qui va rentrer dans un prix donné.

F6 : D. (F4) tu ne nous fais pas du syndicat encore toute la soirée, là...

F4 : Non, mais ce n'est pas du syndicat, c'est du civisme. Moi, je suis patiente aussi, c'est, c'est... il faut effectivement, si tu veux une organisation de réseau, si tu ne veux pas qu'il y ait des prestataires de services, des soins qui soient distribués de manière administrative.

ANIMATRICE : Globalement, on sait que les réseaux ne fonctionnent que s'ils partent du terrain et de la base, que tous les réseaux qui sont « pilotés des hauteurs », enfin bon, en ce moment c'est la grande mode, il faut faire des réseaux, il faut faire des réseaux... Mais vous avez toutes dit : « ben nous, en fait, notre réseau, on l'a plus ou moins créé de manière informelle, soit à travers des contacts par les patientes, soit par affinités, des choses comme ça ». Et comment vous voyez concrètement, passer cette barrière de la non-connaissance des uns et des autres ? Parce que, vous me dites que les généralistes, les médecins traitants ne connaissent pas votre métier. La question qu'on pourrait vous poser, est-ce que vous connaissez le métier des généralistes dans le suivi des grossesses ? On pourrait enfin renvoyer ça et comment...

F5 : Dans l'autre sens, je pense qu'on connaît.

F3 : Moi, j'ai le sentiment qu'on connaît mieux le métier des généralistes, alors que les généralistes connaissent, enfin, ne savent pas ce que fait une sage-femme. Je ne suis pas tout à fait sûr qu'ils sachent...

F4 : Personne ne sait.

F1 : Peut-être pas personne, il y'en a quand même des médecins généralistes qui ont été formés et qui vont entourer les patientes, quand même un peu comme on les entoure. Moi, j'ai quand même d'excellents médecins femmes...

F3 : Même des médecins hommes, je veux dire, qui savent très bien se débrouiller avec les suivis de grossesses, enfin à côté de ça, il y a aussi excusez-moi du terme, des catastrophes.

F4 : Mais chez les sages-femmes aussi.

F1 : Oui voilà.

F7 : Oui, chez les sages-femmes aussi.

ANIMATRICE : Quelque part les généralistes avec qui vous vous entendriez bien, ce sont ceux qui vous piquent les suivis de grossesse, parce qu'ils les font bien ?  
(Rire)

F3 : Non, pas forcément. Parce que moi, j'ai des médecins traitants, enfin moi je travaille dans une petite commune...

ANIMATRICE : Je vous titille un peu...

F3 : ...qui finalement, qui aiment les suivis de grossesse et qui eux aussi suivent des grossesses, ...

*(F3 et F9 vont ensuite parler en même temps :)*

F9 : Et qui sont bien informés aussi, de tout ce qui se fait, pour les suivis de la grossesse, qui ont eu une remise à niveau. Il y a eu une bonne remise à niveau depuis 3 ou 4 ans, je trouve... Hein ? Ils sont bien au parfum, maintenant. Alors qu'il y avait un moment, ce n'était pas ça, hein.

F3 : ...qui savent faire. Et il y'en a qui informent leurs patientes, en leur disant : « vous pouvez être suivie par moi, je suis votre médecin de famille, mais le suivi de grossesse peut être aussi effectué par une sage-femme, si la grossesse est physio, vous pouvez aussi aller voir une sage-femme », c'est une information, la femme, elle choisit, elle voit, elle a l'info.

F2 : Enfin moi, j'ai de bonnes relations avec certains, que ça n'intéresse vraiment pas de faire des suivis de grossesse, donc qui sont très, très contents de pouvoir envoyer leurs patientes, et du coup, quand on les appelle en disant « j'ai un souci avec ça », ça pose aucun problème.

F9 : Il y en a qui ne sont pas à l'aise, il y'en a qui ne sont pas à l'aise avec les grossesses.

F6 : Il y a une notion de respect quand même, je pense qu'on est une profession en quête de reconnaissance et de respect, et que, quand on sent que les médecins avec qui l'on est en lien, respectent nos compétences, et qu'on est à part égale dans la discussion, avec chacun des compétences spécifiques, et bien tout se passe bien.

F1 : Parce qu'on les respecte aussi.

F3 : Bien sûr ! Je veux dire, moi, la patiente, si je la vois en suivi de grossesse, c'est évident que c'est son médecin traitant qui a un courrier pour l'avertir du suivi de grossesse de sa patiente, que s'il y'a quoi que ce soit pendant la grossesse, un traitement qui dépasse mes compétences, c'est évident que la patiente ira voir son médecin traitant. Enfin, je veux dire, le suivi du bébé c'est pareil, à partir du moment où on fait le suivi post-natal, c'est le choix des femmes : elles peuvent venir voir leur sage-femme, si elles souhaitent, en post natal, pour le suivi du bébé, mais elles peuvent aussi voir leur médecin traitant, s'il a de bonnes compétences en pédiatrie. Et si elles, elles souhaitent que ce soit leur médecin traitant, je pense que ça, c'est

aussi... ça va dans les 2 sens ...je pense que nous aussi il faut qu'on leur laisse le choix.

F9 : Oui, on leur laisse le choix et puis que ça se passe en binôme en fait, médecin/sage-femme, en binôme parce que de toute façon, cette femme-là, pendant toute sa grossesse, elle va être amenée pour une petite grippe, ou une petite infection, à aller voir son médecin traitant, donc en fait, j'ai l'impression que le suivi de grossesse doit être à 2, mais celui de l'enfant aussi, ce serait l'idéal pour nous. Je ne sais pas si c'est ça, mais ce serait l'idéal.

F4 : Mais ça se passe souvent comme ça ! On voit rarement ça, dans les faits, il y a très rarement, enfin... Je trouve qu'on a très rarement de problèmes. De temps en temps, on va tomber sur un médecin qui dit du mal des sages-femmes à une femme, mais c'est vraiment excessivement rare. Et puis avec les gynéco-obstétriciens c'est pareil, quand on voit des femmes pour une déclaration, qui veulent venir faire leur suivi par une sage-femme et... bon il y a des cas où c'est un peu limite, on ne sait pas si ça relève de la grossesse à bas risque... Bon, moi je... dans ces cas-là, je n'hésite pas à dire : « bon, écoutez, vous voulez être suivie à tel endroit, je vais prendre un rendez-vous pour le mois prochain avec le médecin, et puis vous verrez avec lui ce qu'il faut faire ». Et puis souvent, l'obstétricien renvoie, et puis bon si le cas est un peu litigieux, il dit : « bon ben je ferais la visite du 6<sup>ème</sup> mois » par exemple. Mais il n'y a pas... les problèmes ne sont pas dans le quotidien, ou comment on les gère. Parce qu'entre êtres humains ça a toujours des chances de... à partir du moment où l'on est un peu rigoureux, un peu déontologique, et tout ça, il y'a des chances que ça va bien se passer. Les problèmes sont beaucoup plus théoriques.

F9 : Mais vous ne croyez pas que les problèmes viennent aussi du fait que maintenant, une femme, elle est à peine enceinte, il faut qu'elle déjà qu'elle ait choisit sa maternité, faut qu'elle aille s'inscrire. Ça, à mon avis, ça nous fout dedans pour le relationnel... car déjà, elle a été dans un endroit bien précis pour aller s'inscrire et ce n'est pas facile pour elle de faire ce choix-là, et après, l'orientation, et bien elle se fait un peu là, à l'origine !

F4 : Et là aussi, il y a un problème à l'inscription, parce qu'il y a un problème sur les informations données. On ne donne pas l'information et le choix aux femmes.

F9 : Oui, tout à fait

F4 : La première séance de préparation, c'est l'entretien du 4<sup>ème</sup> mois, on peut l'assurer à la maternité ou sinon : « vous pouvez contacter une sage-femme libérale », ce n'est pas dit !

F9 : Non ! Nous, on le voit, je te confirme, parce qu'elles doivent passer un maximum d'information en un minimum de temps, donc elles vont à l'essentiel, et l'essentiel n'est pas dit, l'essentiel ce serait « choisissez bien l'endroit où vous voulez accoucher ! »

F1 : Oui, c'est à la limite, ce n'est pas à la secrétaire d'une maternité de dire ça, de donner ces informations, ça c'est au médecin... parce que si la femme en tout début de grossesse elle voit son médecin... voilà...

F9 : Les premières semaines, c'est quand même bien lui qui les voit.

F1 : C'est vrai que la plupart du temps, la grossesse est confirmée par le médecin, et puis souvent c'est là que tout devrait être fait.

F9 : Oui ! Mais, on lui dit : « vous devez choisir la maternité dans laquelle vous allez accoucher, parce que l'inscription, il faut qu'elle se fasse dans les deux premiers mois, à la déclaration, là, aux 12SA, dès que l'échographie est faite, vous devez avoir votre endroit où vous inscrire ».

F4 : Et il y a des médecins qui ne leur disent pas ! On les voit au 6<sup>e</sup> mois, elles ne sont pas inscrites !

F1 : Mais je sais bien, après les pauvres femmes, elles se sentent coincées.

F9 : Il y a un manque d'information au début. Pour la bonne orientation, car elles n'ont pas vraiment de choix.

F1 : Ça fait longtemps. Moi je dis : « Mais votre médecin ne vous a pas expliqué comment il fallait faire ? » et paf ! Donc si vous voulez, quand la dame après elle ressort, elle dit « ??? » (*Bruit d'étonnement*)

Après on l'entend, ça nous fait hérisser, mais on l'entend quand même. Alors imaginez, la femme qui a confiance en son médecin, qui s'est fait suivre, et paf, il y'a quelqu'un au téléphone qui lui dit : « quoi ! Vous ne vous êtes pas encore inscrite, mais vous ne vous rendez pas compte ! Il n'y a plus de place, c'était à votre médecin de vous le dire, c'est quand même lui qui n'a pas fait son travail ! » Ça, on l'entend. Moi, j'imagine le retour de cette femme si effectivement... Le médecin, il faut aussi que...

F3 : Je pense que l'inscription doit aussi, comme le disait M. (F9), être très précoce. Les femmes ont aussi une méconnaissance du type du lieu de naissance, du niveau de maternité, sur lequel elles doivent s'orienter, en fonction de leurs antécédents. Et ça, je veux dire, pendant l'entretien prénatal, elles sont bien souvent déjà inscrites dans une maternité, et on parle de ça, et je pense que vous aussi vous en discutez quelquefois, qu'il faut qu'elles sachent, enfin grossesse physio=niveau 1. Je veux dire, qu'est-ce que c'est qu'un niveau 2 ? Qu'est-ce que c'est qu'un niveau 3 ? Elles sont perdues là, elles ne savent pas du tout que parfois, et c'est très déconcertant, que même si on est inscrite dans une maternité niveau 1, on peut être amené à être transférée et ce risque-là, elles ne le savent pas, elles ne le connaissent pas.

F9 : Non elles ne savent pas qu'il y a 3 niveaux de...

ANIMATRICE : Vous pensez que toutes les femmes devraient savoir qu'il y a trois niveaux de maternités ?

F3 : Je ne sais pas mais, si c'est...

F9 : Il faut simplement qu'elle ait le choix, et que le choix leur soit offert.

F3 : Moi je pense que c'est important.

F9 : Et ça avant d'être enceinte.

F4 : elles ont tous les choix, le choix ne s'arrête que lorsqu'elles ont une grosse pathologie et on leur explique à ce moment-là. Mais pour les grossesses à bas risques, ce n'est pas très important.

F1 : Pour quelqu'un qui habite en région nantaise, qui est vraiment à la périphérie de Nantes...

F3 : Oui on entend quelquefois le choix de la maternité : « moi je veux accoucher au CHU, parce que s'il y a quoi que ce soit, je ne serais pas transférée... »

F9 : Les femmes ne choisissent pas par rapport à la proximité, la sécurité.

ANIMATRICE : Je pense qu'on va s'arrêter là ... »

### III. Le tableau récapitulatif des résultats classés par UMS et catégorisations

			SAGE-FEMME
<u>I. Souffrance des SF</u>	a. SF méconnues	1. Méconnaissance par les MG	<p>[Et puis plein qui méconnaissent aussi, le fait que nous on ne puisse pas...]Ia1</p> <p>[Ils ne savent pas que nous n'avons le droit de prescrire que 15 jours d'arrêt de travail. ]Ia1</p> <p>[Mais même quand on les a au téléphone, ils sont toujours très surpris enfin majoritairement très surpris.]Ia1</p> <p>[les médecins généralistes, je pense, ne sont pas si ignorants que ça, de compétences de sage-femme]Ia1</p> <p>[Je pense que quelque part, c'est de la méconnaissance]Ia1</p> <p>[Il était un peu dérouté, en fait, les sages-femmes libérales, voilà, il ne savait plus que ça existait, et puis finalement, ben si, elles me piquent toutes mes suivis de grossesse, tiens, on ne voit plus de grossesses !]Ia1</p> <p>[il va être méprisé, soit par le médecin traitant pour ce qui est des sages-femmes]Ia1</p> <p>[Avec le médecin traitant en fait, je trouve que c'est une profession que l'on rencontre très peu.]Ia1</p> <p>[Les médecins traitants très peu]Ia1</p> <p>[Mais je pense que les médecins traitants ne connaissent pas notre profession]Ia1</p> <p>[Le fait aussi, de penser alors, à tort ou à raison, qu'ils ne connaissent pas le rôle de la sage-femme de PMI non plus.]Ia1</p> <p>[Moi, j'ai le sentiment qu'on connaît mieux le métier des généralistes, alors que les généralistes connaissent, enfin, ne savent pas ce que fait une sage-femme. Je ne suis pas tout à fait sûr qu'ils sachent...]Ia1</p>
		2. Méconnaissance par les GO	
		3. Méconnaissance par les femmes	<p>[on commence à retrouver un peu notre place de sage-femme, auprès des femmes, et c'est tant mieux.]Ia3</p> <p>[Voilà elles ne savent pas trop]Ia3</p> <p>[c'est-à-dire qu'il faudrait que les femmes l'aient (l'information) et puis après qu'elles choisissent.]Ia3</p> <p>[ici à la maternité quand les grossesses sont physiologiques, normales c'est les sages-femmes qui suivent les grossesses »]Ia3</p> <p>[enfin voilà elle est très étonnée de voir une sage-femme.]Ia3</p> <p>[dans un réseau pratique la femme, elle n'est pas informée, elle n'a pas forcément le choix, elle a l'habitude qu'on fasse des consultations en 10 min, et elle n'imagine pas forcément qu'il y a d'autres possibilités de consultation.]Ia3</p> <p>[déjà, dans nos patientes, on a beaucoup de médecins qui viennent faire suivre leurs grossesses par des sages-femmes !]Ia3.2</p> <p>[Oui, oui, paradoxalement oui.]Ia3.2</p> <p>[Oui c'est vrai]Ia3.2</p> <p>[On a quand même beaucoup de (femmes) médecins généralistes qu</p>

		<p>viennent nous voir...]]Ia3.2</p> <p>[Médecins du travail...]]Ia3.2</p> <p>[C'est bien !]]Ia3.2</p> <p>[Oui c'est bien, je ne trouve pas que ça soit paradoxal, c'est ce qu'on a dit au début, c'est sur l'info...]]Ia3.2</p> <p>[Une fois qu'elles retournent à leur travail, elles ne nous oublient pas non plus...]]Ia3.2</p> <p>[Voilà, elle a été vraiment très étonnée qu'on puisse proposer des choses pour elles, en tant que femme enceinte,]]Ia3.2</p> <p>[de voir dans une consultation de sages-femmes, finalement on abordait autre chose que le suivi strictement médical]]Ia3.2</p> <p>[ce sont elles qui doivent pouvoir choisir. Et qu'elles peuvent choisir si on leur donne des vrais choix, s'il y a une rétention d'information quel que part, forcément on va biaiser ce choix.]]Ia3</p> <p>[« Mais, c'est ça une consultation avec une sage-femme ? !? »]]Ia3</p> <p>[Et puis, la sage-femme, elle n'est pas encore connue pour suivre...]]Ia3</p> <p>[Maintenant je pense que les femmes nous connaissent un peu mieux.]]Ia3</p> <p>[les patientes quand elles viennent, qu'on les voit pour le post-partum ou la rééducation périnéale elles découvrent parfois.]]Ia3</p> <p>[c'est sûr que la profession est encore mal connue]]Ia3</p> <p>[très d'accord avec la méconnaissance de la profession]]Ia3</p>
	<p>4. Méconnaissance par les PB</p>	<p>[où les gens en place de la politique de santé, de la politique d'obstétrique au ministère, ne savaient pas, ne connaissaient même pas les compétences d'une sage-femme !]]Ia4</p> <p>[vous vous souvenez d'une grande campagne du ministère, d'information sur la grossesse, il y a quelques années, venant du ministère de la santé C'était indécent ! C'était... D'ailleurs on n'était pas nommées]]Ia4</p> <p>[Ouiiiii ! Oui, si, si.]]Ia4</p> <p>[Y'avait toute sorte de professions sauf la sage-femme, c'était incroyable !]]Ia4</p> <p>[Ils viennent de faire un petit dessin animé sur le DMP (<i>Dossier Médical Partagé</i>), pour expliquer l'intérêt du DMP. Ils ont fait visiblement attention à n'oublier personne, l'anesthésiste, le machin, etc. Ils ont juste oublié la sage-femme dans ce document partagé,]]Ia4</p> <p>[ils n'ont pas pensé à la sage-femme !]]Ia4</p> <p>[notre petit dépliant du CHU qui est envoyé à toutes les patientes, on parle de tout le monde, avec les noms et tout ça, mais il n'y a pas du tout les sages-femmes.]]Ia4</p> <p>[Je ne sais pas s'il y a des sages-femmes au CHU, mais on n'y est pas.]]Ia4</p> <p>[Moi j'avoue que ça m'a choquée ! Je me suis dit « mais qu'est-ce que c'est que ça, on ne fait pas partie de la maison ? »]]Ia4</p> <p>[faut-il encore que ces compétences soient socialement reconnues,]]I4a</p> <p>[les lobbyings de médecins, auprès de l'Assemblée Nationale, il y a encore eu des exemples cette année, sont des lobbyings qui bloquent une chose dans nos cotations, la consultation.]]Ia4</p>

		<p>[tu es arrivée avec les recommandations du réseau en 2002, là, les recommandations sur la grossesse à bas risque, et à l'époque, il n'y avait pas de sages-femmes du tout prévues dans le groupe de travail. Bon, on les avait contactés pour en faire partie, j'avais eu l'autorisation, et je me souviens très bien comment j'ai été accueillie ce jour-là, puisque c'était glaçant, c'était... on m'a dit : « mais qu'est-ce que vous foutez là ? »]Ia4</p> <p>[Ce n'était pas des médecins, c'était des organisations de médecins qui étaient là !]Ia4</p>
b. Non reconnaissance financière		<p>[Parce qu'avec 19 euros, (plusieurs personnes se mettent à parler en même temps) on ne peut pas à priori faire des consultations plus longues que quelqu'un qui les fait payer 23 euros. (Rire)]Ib</p> <p>[À l'époque moi j'étais payée 17 euros dans ma consultation, eux ça devait être 28]Ib</p> <p>[je lui dit « où est la concurrence déloyale, quoi ? »]Ib</p> <p>[quand on fait le choix politique de ne pas rembourser la consultation de sages femmes à plus de 19 euros pendant la grossesse, on fait aussi le choix que beaucoup de sages-femmes ne peuvent pas s'installer parce que c'est pas assez lucratif pour faire vivre 2 enfants.]Ib</p> <p>[c'est vrai, je te rejoins, ce n'est pas très lucratif, ça c'est sûr.]Ib</p> <p>[Parce que ce n'est pas très lucratif, ça c'est sûr !]Ib</p> <p>[« c'est pas intéressant, ça ne rapporte rien »]Ib</p> <p>[je pense que s'il y a une reconnaissance financière à un moment donné, ça changera les choses enfin, si la raison pour laquelle des sages-femmes n'ont pas fait de suivi de grossesse, c'est une raison pécuniaire.]Ib</p> <p>[Ce n'est pas qu'une raison pécuniaire, ce n'est pas que ça.]Ib</p> <p>[Et c'est la raison pour laquelle nos consultations ne sont pas réévaluées]Ib</p> <p>[ il y a un lobbying de médecins pour empêcher la réévaluation parce que c'est un moyen de nous évacuer.]Ib</p> <p>[malgré des choses très peu payées, d'autre un petit mieux, faut être honnête aussi, faut pas exagérer non plus, faut qu'on soit aussi correct,]Ib</p> <p>[ça en arrange quand même certaines... parce qu'effectivement c'est plus rémunérateur]Ib</p> <p>[on va discuter de nomenclature, et rétribution, cotations des actes auprès de la sécu]Ib</p> <p>[la consultation de sage-femme c'était 45 francs (...) vous ne pouvez pas imaginer qu'à part du bénévolat, des gens s'installent pour gagner leur vie comme sage-femme libérale en faisant des consultations à 45 francs.]Ib</p> <p>[aujourd'hui non plus, en faisant des consultations à 17 euros, les sages femmes ne peuvent survivre que parce qu'elles font d'autres choses]Ib</p> <p>[on défend la réévaluation de nos tarifications]Ib</p> <p>[à 17 euros la consultation]Ib</p>
c. Mauvaise définition du rôle des SF		<p>[le seul pays où les sages-femmes étaient le plus formées à ce travail là était le seul pays où l'on n'avait pas de travail puisque il n'y avait pas de grossesse à bas risque.]Ic</p> <p>[dans le pays où l'on est le plus formé à ça, et bien c'est le seul pays où l'on n'assume pas notre responsabilité]Ic</p> <p>[Sauf que depuis quelques années pour des raisons de coût, il y a de</p>

		<p>grossesses à bas risque]]Ic</p> <p>[il y a très peu de temps que les sages-femmes peuvent faire une déclaration de grossesse.]]Ic</p> <p>[On était un peu les pieds et mains liés tant que l'on n'avait pas obtenu cette déclaration de grossesse, qui était quand même le point...]]Ic</p> <p>[On est formées à la physiologie, on se doit d'être là, efficaces, discrètes. Mais ce n'est pas ce côté médical qui doit exploser, par contre je dirai qu'il nous faut une rigueur absolue]]Ic</p> <p>[une campagne d'information des femmes, large, sur les compétences des sages-femmes.]]Ic</p> <p>[l'on était pieds et mains liés par rapport à la déclaration de grossesse, j'ai trouvé ça qu'on l'est encore beaucoup par rapport aux arrêts de travail.]]Ic</p> <p>[on ne peut faire que 15 jours et qu'elles sont obligées d'aller voir leur médecin traitant]]Ic</p> <p>[Elles savent qu'on est aussi à leur disposition.]]Ic</p> <p>[nous c'est tellement restreint le suivi de grossesse.]]Ic</p> <p>[le dossier de cette semaine, c'est sur les grossesses à bas risque, et les médecins généralistes..... et on ne parle pas des sages-femmes. Les sages-femmes n'existent pas dans le dossier]]Ic</p> <p>[on défend une compétence qui est négligée depuis des années !]]Ic</p> <p>[« mais c'est normal qu'ils aient peur, parce que vous, vous êtes disponibles, la femme sait qu'elle va avoir une réponse à ses questions et du coup c'est une concurrence déloyale »]]Ic</p> <p>[c'est l'essence même de notre travail le suivi des grossesses à bas risque]]Ic</p> <p>[« non il est hors de question, je ne vais certainement pas faire des suivis de grossesse »]]Ic</p> <p>[il y a quelques sages-femmes libérales, mais elles ne font que de la rééducation du périnée, et c'est tout, elles ne vont pas s'emmerder pour ça]]Ic</p> <p>[on est vraiment formées à la physiologie, ce qui est quand même assez pervers en France, c'est que finalement, on est quand même formées à cette physiologie, et on a des actes plus rémunérateurs quand on suit des grossesses pathologiques. (Rires)]Ic</p> <p>[on est peut-être le personnel le plus spécialisé pour suivre une grossesse pathologique ce n'est pas ce que je voulais dire et en même temps c'est pourtant ça.]]Ic</p> <p>[Mais on ne dérange personne parce qu'on est prescrites à ce moment-là.]]Ic</p> <p>[Par exemple au sein du réseau sécurité naissance, les organisations qui représentent les médecins généralistes ont tous fait pour marginaliser les sages-femmes et représenter les grossesses normales à l'intérieur du réseau c'est encore ce qui est en train de se réaliser au niveau national]]Ic</p> <p>[un avis de la maternité, disant on peut stopper le suivi à domicile c'est... « Ah non, moi j'avais 10 séances, 2 fois par semaine jusqu'à telle date, donc je continue ! ».]]Ic</p> <p>[Nous, on ne pense pas qu'une vraie sage-femme, une sage-femme qui remplit ses responsabilités de sage-femme, ce soit quelqu'un qui enchaîne des préparations en groupe toute la journée]]Ic</p> <p>[en faisant des suivis de grossesses pathologiques, qui n'est pas le cœur de notre métier, ou en faisant des préparations qui est sans doute le cœur de notre métier, mais pas seulement, c'est un des pieds, un des volets de notre métier]]Ic</p> <p>[il y a eu une grande désertification, parce qu'on nous a mis dans les maternités]]Ic</p> <p>[Oui, du coup on se retrouve avec la patho.]]Ic</p>
--	--	---

			[on voudrait nous coller des responsabilités, je veux dire le suivi de consultation gynéco par exemple pour la contraception, la contraception post-partum, c'est notre travail aussi, je veux dire voilà, qu'on nous laisse faire déjà notre travail de sage-femme.]Ic
II. MG Référents	= a. Aiguilleurs au début		<p>[elle pense qu'elle est enceinte et elle est heureuse donc d'être enceinte, elle va d'abord quand même dans notre pays en priorité, va aller voir le médecin traitant.]IIa</p> <p>[le point de départ sur l'orientation par rapport au choix et au désir de la femme...]IIa</p> <p>[Tout à fait.]IIa (en réponse à la phrase au-dessus)</p> <p>[C'est pour ça que le médecin généraliste était de droit]IIa</p> <p>[la personne qui était forcément l'interlocuteur en premier lieu c'était lui.]IIa</p> <p>[C'était le médecin généraliste !]IIa</p> <p>[La patiente qui voulait, qui savait, et qui souhaitait être suivie par une sage-femme devait passer par le médecin traitant pour signer la déclaration de grossesse]IIa</p> <p>[je pense que ça leur fait un petit peu peur de lâcher des suivis de grossesse.]IIa</p> <p>[mais effectivement dans l'autre sens....]IIa</p> <p>[des médecins traitants qui après avoir fait les BHCG, ont expliqué à la patiente le rôle de la sage-femme, et m'ont passé le relais en consultation]IIa</p> <p>[C'est chasse gardée.]IIa</p> <p>[dès le départ, quelquefois une information : « je peux suivre votre grossesse, vous pouvez aller voir une sage-femme ».]IIa</p> <p>[cette information-là, soit dépendante du médecin,]IIa</p> <p>[mais le suivi de grossesse peut être aussi effectué par une sage-femme, si la grossesse est physio, vous pouvez aussi aller voir une sage-femme »]IIa</p> <p>[De temps en temps, on va tomber sur un médecin qui dit du mal des sages femmes à une femme, mais c'est vraiment excessivement rare.]IIa</p> <p>[Il y a un manque d'information, au début, pour la bonne orientation, car elles n'ont pas vraiment de choix.]IIa</p>
	b. Médecin de famille		<p>[le médecin généraliste, soit il peut être choisi comme médecin pour suivre la grossesse parce la femme a un lien au médecin traitant, que ça lui est habituel.]IIb</p> <p>[mais dans une petite ville en dehors d'une grande localité, le référent, ça va quand même être le médecin généraliste, qui effectivement connaît la patiente.]IIb</p> <p>[ils savent aussi expliquer à leurs patientes, qu'ils connaissent, ils connaissent la famille, ils les ont depuis un moment qui savent leur expliquer que ben voilà : « une grossesse, vous avez le choix ! ».]IIb</p> <p>[en tant que médecin de famille]IIb</p>

			<p>[c'était aussi important pour lui de voir les femmes dans leur moment de maternité aussi]IIb</p> <p>[c'était important dans la cohésion de la famille, de connaître le petit, de voir le petit après, de voir le mari, et aussi peut-être de voir cette femme pendant la grossesse.]IIb</p> <p>[« si votre médecin traitant suit les bébés, est compétent et connaît votre bébé, quand il sera malade, et éventuellement il se déplacera à domicile ou il lancera le médecin de garde etc..]IIb</p> <p>[Et il y'en a qui informent leurs patientes, en leur disant : « vous pouvez être suivie par moi, je suis votre médecin de famille]IIb</p>
	<p>c. MG aiment suivre les grossesses</p>		<p>[Et il m'a répondu :( mais il est addictologue en particulier )« mais moi j'ai vu des junkies, des alcoolos toute la semaine, une femme enceinte de temps en temps, une petite grossesse sympa, ça fait du bien » (Rires) Mais j'ai compris, j'ai compris ça !]IIc</p> <p>[Ils aiment bien aussi...]IIc</p> <p>,[ je pense qu'il aimait ça aussi]IIc</p> <p>[On parlait des arrêts de travail, moi je comprends qu'un médecin traitant qui ne voit pas une patiente de toute sa grossesse, et qui se retrouve à signer juste un arrêt de travail, en sachant en plus que la sécu va râler, parce qu'il en donne trop, ça soit pénible pour lui]IIc</p> <p>[Parce que moi, j'ai des médecins traitants, enfin moi je travaille dans une petite commune... qui finalement, qui aiment les suivis de grossesse et qui eux aussi suivent des grossesses, ...]IIc</p>
	<p>d. MG sont compétents pour suivre les grossesses</p>		

<p>III. Regards réciproques</p>	<p>a. Méconnaissance</p>		<p>[le rôle du médecin, c'est un but médical.]IIIa1</p> <p>[tous les... toutes les facettes de la grossesse et ne pas se cantonner à l'examen]IIIa1</p> <p>[On bouillonne un peu quand, la dame a été vue par son médecin généraliste la veille ou l'avant-veille, qu'elle a pourtant dit, qu'elle avait rendez-vous avec la sage-femme à l'hôpital, et qu'il va la revoir quand même 8-15 jours après !]IIIa1</p> <p>[je pense qu'ils préfèrent se concentrer sur d'autres pathologies que sur une grossesse normale.]IIIa1</p> <p>[mais pourquoi ils ont peur de nous ?]IIIa1</p> <p>[qu'ils ont peur entre guillemets de la « concurrence » et ils s'occupent de tellement de choses]IIIa1</p> <p>[Mais, dans le libéral, faut rencontrer le médecin traitant, on ne le connaît pas celui-là, du tout, que ce soit pour les bébés ou pour les grossesses]IIIa1</p> <p>[je ne l'ai pas fait aussi par méconnaissance de la profession.]IIIa1</p> <p>[C'est pour ça que moi, lorsque qu'il y a des problèmes de reconnaissance de chacun, c'est beaucoup plus de l'autre côté]IIIa1</p> <p>[C'est-à-dire que, le généraliste, il se dit : « qui c'est ça qui vient me prendre mon boulot, alors déjà les spécialistes me prennent mon boulot pour les cardios, pour les ceci, pour les cela, maintenant c'est les sages</p>

		<p>femmes qui me prennent les grossesses », et je pense que c'est plus dans ce sens-là.]]IIIa1</p> <p>[quand votre enfant sera malade, vous l'amènerez à votre généraliste qui vous dira « oui, mais moi je ne le connais pas votre bébé ».]]IIIa1</p>
b. Respect		<p>[il y'en a qui ne sont pas à l'aise avec les grossesses.]]IIIa5</p> <p>[Il y a une notion de respect quand même, je pense qu'on est une profession en quête de reconnaissance et de respect, et que, quand on sent que les médecins avec qui l'on est en lien, respectent nos compétences, et qu'on est à part égale dans la discussion, avec chacun des compétences spécifiques, et bien tout se passe bien.]]IIIa5</p> <p>[Parce qu'on les respecte aussi.]]IIIa5</p>
c. Regards négatifs		<p>[un des médecins qu'on a cru responsable du projet a dit : « non, non travailler avec les sages-femmes, ça ne nous intéresse pas ».]]IIIa4</p> <p>[Et en fait après la formation et bien il y a une partie qui avait décidé qu'il fallait suivre les grossesses, c'était bien, qu'ils allaient s'y mettre, en particulier les filles d'ailleurs, et d'autres qui s'étaient dit « bon ça c'est pas pour nous, on va pas le faire pour....on va pas le faire comme ça]]IIIa4</p> <p>[« Ben, on va faire de la para clinique, voir si la toxo est toujours négative on va faire une consultation de 10 minutes », et ce n'est pas ça dont on a besoin la femme.]]IIIa3</p> <p>[« On ne se sent pas capable d'un autre investissement auprès de la femme d'un autre accompagnement ».]]IIIa3</p> <p>[ça me navre, quand j'ai des femmes qui ont été suivies par des médecins généralistes, ou des gynécologues de ville, et qu'à la première consultation on a l'impression de leur apprendre mais énormément de choses.]]IIIa3</p> <p>[elles ont l'air de découvrir leur corps, elles ont l'air de découvrir leur grossesse]]IIIa3</p> <p>[le trou noir qu'on offre aux femmes quand elles...]]IIIa3</p> <p>[Médicalement, c'est sûr, mais c'est tout !]]IIIa3</p> <p>[Médicalement, c'est suivi, mais ça manque, ça manque...] IIIa3</p> <p>[Mais alors le relationnel, l'écoute, ...]]IIIa3</p> <p>[Et encore, médicalement... C'est récent qu'elles soient suivies médicalement, ça vient quand même, depuis qu'il y a le logiciel.]]IIIa3</p> <p>[enfin à côté de ça, il y a aussi excusez-moi du terme, de catastrophes.]]IIIa4</p> <p>[il y'en a qui ne sont pas à l'aise avec les grossesses.]]IIIa5</p>

		<p>[«Mais votre médecin ne vous a pas expliqué comment il fallait faire ? » e paf !]IIIa3</p> <p>[c'était à votre médecin de vous le dire, c'est quand même lui qui n'a pas fait son travail ! »]IIIa3</p> <p>[c'est quand même pas la majorité.]IIIa4 (en réponse à : le médecin généraliste oriente vers la sage-femme)</p>
d. Regard positif		<p>[il y en a quand même qui suivent bien les grossesses, et il y en a quand même pas mal]IIIa4</p> <p>[il y a quand même de bons médecins généralistes]IIIa4</p> <p>[Par rapport à ici, oui, si on parle d'avec les médecins généralistes.]IIIa4</p> <p>[enfin certaines pas toutes]IIIa4</p> <p>[j'ai du mal à catégoriser, avec, toujours pareil, avec les sages-femmes qui seraient à l'écoute, et puis les médecins qui ne le seraient pas, il y a des médecins géniaux]IIIa4</p> <p>[il y'en a quand même des médecins généralistes qui ont été formés et qui vont entourer les patientes, quand même un peu comme on les entoure. Moi, j'ai quand même d'excellents médecins femmes...]IIIa4</p> <p>[Et qui sont bien informés aussi, de tout ce qui se fait, pour les suivis de la grossesse, qui ont eu une remise à niveau.]IIIa4</p> <p>[Même des médecins hommes, je veux dire, qui savent très bien s'y débrouiller avec les suivis de grossesses]IIIa4</p> <p>[Ils sont bien au parfum, maintenant. Alors qu'il y avait un moment, ce n'était pas ça, hein.]IIIa4</p> <p>[...qui savent faire.]IIIa4</p>
c. Regards sur les autres professionnels		<p>[Le rôle de la gynécologue de ville, c'est un peu la même chose, par contre le rôle du gynécologue obstétricien normalement, c'est un rôle de pathologue, c'est-à-dire qu'en cas de dépistage d'une pathologie]IIIc</p> <p>[les gynécologues de ville disent bien à leurs patientes « et bien maintenant vous êtes prise en charge dans la maternité où vous avez choisi d'accoucher donc si vous avez un souci, ce n'est pas la peine de nous rappeler, vous venez directement à la maternité ». Ça, les gynécos de ville, voilà... (E même temps : F9 oui, ça c'est bien vrai...) et ça c'est du clair et net pour eux mais parce qu'on les voit qu'au 8e mois.]IIIc</p> <p>[« Oh ben si, mais c'est prescrit jusqu'à 36 semaines »]IIIc</p>

			<p>[il y a des médecins traitants qui ne se sentent pas respectés, ou des sages femmes qui ne se sentent pas respectées, par les gynécologues]IIIc</p> <p>[ce qui manque, c'est la sensation, au moins le sentiment de respect que les uns et les autres on peut avoir les uns par rapport aux autres.]IIIc</p> <p>[des sages-femmes nulles]IIIc</p> <p>[Un obstétricien, il est quand même censé être formé pour voir des grossesses pathologiques et en fait il voit aussi beaucoup de grossesses physiologiques qui devraient en premier lieu être vues par des sages femmes, et orientées vers un obstétricien s'il y a une pathologie au cours de la grossesse. C'est quand même le monde à l'envers.]IIIc</p> <p>[les pédiatres, un petit peu mieux mais on les connaît surtout pour l'urgence]IIIc</p> <p>[Si vous prenez un pédiatre, il va vous voir tous les mois dans une consultation entre 9 heures et 17 heures]IIIc</p>
IV. Vision du suivi de la grossesse	a. Surmédicalisation		<p>[elle n'est pas physiologique, elle est à bas risque encore.]IVa</p> <p>[elle voit dans sa grossesse essentiellement l'aspect médical]IVa</p> <p>[Pas seulement la distribution de l'ordonnance de toxoplasmosis]IVa</p> <p>[Même, à 34 semaines, quand on a un col à 40mm et que de toute façon en l'examinant il a toujours été bouclé, continuer à faire 2 fois par semaine de monitorings moi je trouve que là, il y'a de l'abus]IVa,</p>
	b. Stress induit		<p>[quand on se rend compte que les choses rentrent dans l'ordre, je pense qu'il y a eu aussi une cohérence, à dire, à savoir dire à cette femme, que « voilà, là maintenant le suivi à domicile ça n'a plus de sens sauf celui de vous inquiéter pour rien. »]IVb</p> <p>[parce qu'on les maintient, dans l'idée que sans nous elles seraient fichues que sans nous leurs gamins naîtraient prématurés, ce qui est faux dans une grande majorité des cas quand même !]IVb</p> <p>[« Ah, il y a eu ça, donc on continue à prendre ça pour un risque ».]IVb</p> <p>[Pour moi, ce n'est pas les maintenir dans un état de pathologie, mais du moins, l'idée de risque, là, au-dessus de la tête, alors qu'il n'y en a pas.]IVb</p>

	c. Accompagnement		<p>[une grossesse à bas risque, ça veut dire que l'acteur essentiel c'est la femme, et que le rôle des intervenants, à priori, n'est que vigilance et aide de la physiologie.]IVc</p> <p>[ne pas voir la maternité comme une donnée uniquement médicale mais comme quelque chose qui appartient à la vie de la femme dans son corps dans son psychisme et dans son social aussi]IVc</p> <p>[la dimension sociale, affective, psychologique, le contexte, l'information des trois, je veux dire, il y a énormément de choses à aborder avec les femmes.]IVc</p> <p>[Et elle a besoin de compétences médicales, d'une disponibilité, et d'un accompagnement.]IVc</p> <p>[si l'on a accompagné une femme, on peut l'accompagner en lui disant autre chose que de lui parler des risques, il y a bien d'autres choses à faire.]IVc</p> <p>[c'est du point de vue de l'aide, de l'accompagnement, apporté à la femme]IVc</p>
V. Collaboration interprofessionnelle	a. Communication difficile		<p>[mais on peine un peu à les joindre...]Vb</p> <p>[Mais ce n'est pas toujours si simple que ça.]Vb</p> <p>[Surtout que l'on a à faire à plein de médecins traitants, pas un médecin traitant.]Vb</p> <p>[ce ne sont que des femmes vulnérables et en difficulté, c'est vrai que, c'est du point de vue de l'aide, de l'accompagnement, apporté à la femme, ça ne pourrait être qu'enrichissant d'être en lien avec le médecin traitant, mais ça ne pourrait certainement que servir les femmes, mais, je pense que je ne l'ai pas fait par aussi méconnaissance de la profession. Le fait aussi, de penser alors, à tort ou à raison, qu'ils ne connaissent pas le rôle de la sage-femme de PMI non plus.]Vb</p>

			<p>[il y a un manque de travail en équipe.]Vb</p> <p>[mais avec les médecins traitants...]Vb (pas communication ou de travail conjoint avec le médecin généraliste)</p> <p>[mais sinon les anciens, ceux qui sont souvent là depuis longtemps...]Vb (les médecins installés depuis longtemps dans sa commune d'exercice n'avaient pas réservé un bon accueil aux sages-femmes lors de leur installation)</p> <p>[je ne suis pas allée voir les médecins traitants en m'installant.]Vb</p> <p>[je suis sur un secteur quand même qui est très vaste, et que d'aller rencontrer les médecins traitants ça doit représenter au moins une vingtaine voir plus, sur l'ensemble des communes]Vb</p> <p>[Sans compter le temps que ça prend, et la difficulté de les avoir.]Vb</p> <p>[Et oui, j'aurai pu leur faire un... courrier...]Vb</p> <p>[Quelquefois, quand vraiment je veux en voir un, je me mets en quatre et j'allais essayer... Ça peut me prendre quelquefois 2-3 jours pour y arriver. C'est pareil pour vous qui êtes en cabinet mais bon ....faut en vouloir quand vraiment en vouloir !]Vb</p> <p>[Et bien, j'avoue je n'ai pas osé, ça s'est effrité et j'en suis navrée.]Vb</p>
	<p>b. Nos études respectives mises en faute</p>		<p>[ils n'ont pas connu les sages-femmes pendant leurs études ?]Vc</p> <p>[ Les internes, alors il y avait ceux qui étaient intéressés, moi dans mon souvenir, c'étaient ceux qui étaient très passionnés qui venaient en salle d'accouchement, et cet... enfin pas interne, pardon, externe, très sympa qui était resté toute la journée et du coup : « je te laisse faire mon accouchement parce que t'es là, parce qu'on voit que tu es intéressé donc initialement c'est mon truc, mais je te laisse faire l'accouchement », et j'ai laissé faire des externes faire des accouchements. Et, il y'a ceux qui s'en fichaient complètement, qui suivaient l'interne, et qui allaient se coucher, et qu'on voyait quelques minutes, très hautains.]Vc</p> <p>[ le médecin traitant et les sages-femmes on ne se connaît pas en fait, enfin mis à part ceux qui ont bien voulu rester et étaient intéressés par leur stage en gynéco de 6 mois, et les autres très peu, et on est vraiment 2 mondes parallèles.]Vc</p> <p>[qu'est-ce qu'on leur apprend à l'école, mais nous, on a rien appris du médecin traitant et ce qu'on pouvait faire avec, et qu'est-ce qu'on leur dit dans leur formation.]Vc</p>



			<p>[Parfois, on connaît son médecin traitant il suffit de passer un coup de fil en disant « je suis coincée voilà, elle a besoin de plus ... »]Vd</p> <p>[Moi j'appelle souvent]Vd</p> <p>[redire à la femme quand on la voit en consultation, « et bien n'hésitez pas à, effectivement, si vous avez un souci, une angine ou une petite infection urinaire, vous pouvez aller voir votre médecin traitant parce qu'il est votre interlocuteur de proximité »]Vd</p> <p>[pour une infection urinaire ou une mycose, je ne sais pas comment toi tu fais, je ne vais pas leur dire, l'envoyer aux urgences attendre 3h, autant aller voir votre médecin traitant.]Vd</p> <p>[on fait la déclaration avec le médecin]Vd</p> <p>[J'en trouve beaucoup moins dans la région, c'est arrivé quand même hein]Vd</p> <p>[elle nous envoie quelques dames en suivi de grossesse, on s'appelle par téléphone, il y a vraiment une bonne relation avec cette gynécologue-là,]Vd</p> <p>[sauf avec les jeunes, les nouveaux qui font partie de la maison médicale,]Vd</p> <p>[j'ai beaucoup de coups de téléphone de médecins généralistes qui me demandent des conseils.]Vd</p> <p>[« ah ! Ils ont besoin quand même de la sage-femme ! ».Non mais si tu veux ils ne vont pas avoir le réflexe par exemple de demander un médecin ou de téléphoner aux urgences, ils demandent à parler aux sages-femmes de consultation.]Vd</p> <p>[qu'il ait eu un médecin, qui à un moment donné, avait un doute sur l'évolution de cette grossesse jusqu'au 9e mois, et demander aux sages-femmes qu'elles soient auprès de la mère, je trouve ça très bien.]Vd</p> <p>[Tu peux faire des transmissions.]Vd</p> <p>[je fais un compte rendu à la personne qui doit voir la femme pour son 8ème et 9ème mois, et à son médecin traitant. Et ça, je crois qu'on doit avoir aussi ce... cette articulation ça paraît...]Vd</p> <p>[nous sur notre région, on peut faire de la collaboration avec les gens]Vd</p> <p>[qu'il a plein de médecins généralistes avec qui l'on travaille très bien, on les appelle, ils ont des soucis, ils nous appellent.]Vd</p>
--	--	--	--

		<p>[quand ils se trouvent un peu courts, vont appeler la sage-femme, qu'il connaissent sur le terrain, pour lui demander : qu'est-ce que tu ferais dans ce cas-là ?]Vd</p> <p>[on fait un peu des pas vers l'autre, vers l'autre professionnel, pour dire « voilà, j'ai vu votre patiente, moi j'ai constaté ça, j'ai pensé qu'il était bien de lui dire ça, et puis voilà, que vous le sachiez aussi... » On essaye de se mettre en cohérence pour elle.]Vd</p> <p>[je suis allée voir les gens dans les communes autour, les médecins, les représentants, en leur disant : « bonjour, je suis sage-femme, je fais ça, ça ça »]Vd</p> <p>[on est qu'un maillon, on est un maillon.]Vd</p> <p>[quand je reçois en entretien une femme, et que je vois qu'elle habite V., j lui dit : « Il y a des sages-femmes à V., vous n'êtes pas obligée de traverser toute la ville pour me voir ».]Vd</p> <p>[Moi, quand je sais que la femme va voir S., pour ses 8e et 9e mois, ça m'arrive de lui téléphoner au 6° !]Vd (<i>elle rit</i>)</p> <p>[j'ai de très bons rapports avec les obstétriciens avec qui je travaille, et avec les sages-femmes libérales je n'ai pas de souci, et je n'en ai pas non plus particulièrement avec les médecins traitants]Vd</p> <p>[Pour ma part, je veux dire, on travaille quand même avec des médecins obstétriciens, à qui l'on envoie des patientes pour les 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> mois, ou des sages-femmes dans des structures]Vd</p> <p>[on est très complémentaires, au contraire, et on devrait l'être]Vd</p> <p>[je trouve qu'on communique assez bien, enfin de toutes les professions celle avec qui on communique le mieux, ce sont les gynéco obstétriciens puisque dès le début, déjà à l'école, on est tout le temps avec les internes tout ça, donc c'est une espèce qu'on connaît un peu]Vd</p> <p>[j'ai appris à travailler en équipe, en me disant que je suis un peu le fin conducteur]Vd</p> <p>[en fonction des difficultés que je rencontre, et bien mes compétences moi, effectivement ça s'arrête, et je passe le lien à machine, le médecin traitant, etc.]Vd</p> <p>[Alors maintenant, ponctuellement, ça m'est arrivé d'en contacter pour certaines femmes.]Vd</p> <p>[Et le peu que j'ai rencontré, ça s'est vraiment bien passé, on a pu travailler en collaboration.]Vd</p> <p>[Oui, oui, et ça s'est vraiment bien passé.]Vd</p> <p>[c'est vrai que ce sont des situations où on rappelle l'obstétricien, on rappelle le psychiatre, en disant « hospitalisation au H. » tout ça.]Vd</p> <p>[il se trouve que c'est moi qui l'ai revue, avec des liens avec son pédopsychiatre et le médecin traitant, qui doit prendre le relais, voilà.]Vd</p> <p>[Parce qu'on fait comme on fait avec tout, c'est-à-dire qu'on a nos réseaux parce qu'on aime bien travailler avec des gens qui ont les mêmes valeurs déontologiques, qui ont les mêmes méthodes qui ont les mêmes]Vd</p>
--	--	---

		<p>[moi, la patiente, si je la vois en suivi de grossesse, c'est évident que c'est son médecin traitant qui a un courrier pour l'avertir du suivi de grossesse de sa patiente, que s'il y'a quoi que ce soit pendant la grossesse, un traitement qui dépasse mes compétences, c'est évident que la patiente ira voir son médecin traitant.]Vd</p> <p>[J'en trouve beaucoup moins dans la région, c'est arrivé quand même hein]Vd</p> <p>[sauf avec les jeunes, les nouveaux qui font partie de la maison médicale,]Vd</p>
	<p>f. Propositions faites</p>	<p>[il est nécessaire d'avoir un interlocuteur principal, et puis que ce interlocuteur lui permette justement d'articuler d'autres intervenants qui dépassent de loin simplement le généraliste et le gynéco mais qui peuvent être le psy, l'ostéo, l'endocrino... un tas d'intervenants de santé ou éventuellement les services sociaux, et ça je pense que ça répond, non pas une réalité aujourd'hui,]Vf</p> <p>[Il a un lien qui peut aussi se faire là aussi, on peut aussi...]Vf</p> <p>[il faut qu'on sache surtout reléguer aux médecins traitants, aux obstétriciens, aux endocrinos.]Vf</p> <p>[c'est d'avoir des formations communes, ça a déjà été évoqué plusieurs fois, qu'il y ait des formations multi professionnelles, au moins par secteur.]Vf</p> <p>[il faut qu'il y ait du lien pour que ça puisse...]Vf</p> <p>[ça ne pourrait être qu'enrichissant d'être en lien avec le médecin traitant, et ça ne pourrait certainement que servir les femmes]Vf</p> <p>[en disant : « je suis là et je voudrais connaître le boulot que vous faites »...]Vf</p> <p>[Et je me souviens que je suis sortie de cette formation, reboostée, en me disant, je vais organiser avec la sage-femme de PMI, la puéricultrice, les médecins traitants, enfin voilà, vraiment en me boostant, on peut faire des choses ensemble]Vf,</p> <p>[il y a des choses, peut-être de façon informelle, qui pourraient se faire. Ça peut être une entrevue professionnelle bien sûr]Vf</p> <p>[« tiens ! Ce soir, de 20 à 22h, on se fait un truc avec quelques sages femmes, avec le médecin du coin, pourquoi pas la puer de PMI... » Enfin des choses qui sont peut-être un peu informelles et bien ça ne se fait pas ça et ça c'est dommage peut être, c'est peut être dommage.]Vf</p> <p>[C'est pour ça qu'une formation ce serait l'occasion.]Vf</p> <p>[j'ai l'impression que le suivi de grossesse doit être à 2, mais celui de l'enfant aussi, ce serait l'idéal pour nous. Je ne sais pas si c'est ça, mais ce serait l'idéal.]Vf</p>

**NOM : BERGERON**

**PRENOM : Caroline**

**Titre de Thèse : Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ?**

## **RÉSUMÉ**

### **CONTEXTE**

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont mis en place des plans de périnatalité afin d'améliorer avant tout la sécurité de la naissance. Cependant les taux de mortalité périnatale et maternelle ne sont pas satisfaisants. Parallèlement, les professionnels de la périnatalité changent, le nombre de gynécologues-obstétriciens est en baisse, les sages-femmes reviennent s'installer en libéral et veulent suivre les grossesses à bas risques, ce que font aussi les médecins généralistes depuis des décennies. Enfin, les femmes enceintes ont besoin de suivis pluridimensionnels et humanisés.

### **OBJECTIFS**

Croisement de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur les suivis des grossesses à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le place, les limites et le rôle de chacun ? L'hypothèse est que si les médecins généralistes et les sages-femmes se connaissaient mieux, ils travailleraient mieux ensemble.

### **METHODE**

Il s'agit d'une méthode qualitative par focus group, avec un focus group de sages-femmes et un focus group de médecins généralistes. Nous avons ensuite réalisé une analyse de contenu transversale des résultats des deux focus group.

### **RESULTATS**

Les sages-femmes veulent être mieux connues, mieux reconnues, et mieux rémunérées, et faire plus de suivis de grossesses à bas risque. Les médecins généralistes veulent choisir librement de continuer ou non les suivis de grossesses, compétence qu'ils revendiquent et qu'ils aiment. Les deux professions veulent le bien-être des patientes avant tout. Les deux professions se connaissent très mal, car bien qu'ils se côtoient au cours de leurs études, ils n'apprennent pas à travailler ensemble. Ces professionnels connaissent les risques à dépister mais veulent aussi ne pas médicaliser à outrance les suivis de grossesses à bas risque. Ils aimeraient plus de collaboration. Ils communiquent parfois mais surtout de manière informelle. Ils sous-estiment le nombre de femmes enceintes suivies par les gynécologues-obstétriciens même en l'absence de risque identifié. Les réseaux de périnatalité sont une solution de communication mais encore insuffisamment tournée vers cette collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes.

### **CONCLUSION**

Des efforts doivent être poursuivis pour améliorer la collaboration et le communication entre les sages-femmes et les médecins généralistes, par le biais de formations communes, de communications écrites, et par les réseaux de périnatalité.

### **MOTS-CLEFS**

Sages-femmes, médecins généralistes, focus group, méthode qualitative, collaboration, regards croisés, grossesses à bas risque, grossesse physiologique, réseau de périnatalité