

ANNÉE 2021

**ETAT DES LIEUX :
SAGES-FEMMES ET MEDECINS GENERALISTES
EN MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES
(MSP)**

**Étude menée en Bourgogne Franche-Comté auprès de 46 sages-femmes et
médecins généralistes exerçant en MSP.**

MÉMOIRE
Présenté et soutenu
En vue de l'obtention du
Diplôme d'État de SAGE-FEMME

Par

Elise BARDENET

Née le 26 Mars 1997 à Besançon

Je remercie,

Le professeur RAMANAH PU-PH,
Chef du pôle mère femme du CHU de Besançon,

Le Docteur MOTTET,
MCU-PH, conseiller scientifique du département de Maïeutique

Le Docteur Patrick VUATTOUX, directeur de mon mémoire,
Pour sa disponibilité et ses conseils avisés,

Mr LEVACHER,
Directeur de la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné,
Pour son aide dans l'envoi des questionnaires,

Mme BONNET et Mme FRANCK,
Faisant partie de mon comité scientifique,
Pour leur accompagnement et leurs conseils précieux durant ce travail,

Nos formatrices,
Qui nous ont appris bien plus que notre future profession,

Mes camarades de promotion,
Pour ces quatre années intenses passées à leurs côtés,

Ma famille, mon compagnon, et tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé et
Soutenu tout au long de mes études.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	5
RESULTATS	12
DISCUSSION	21
CONCLUSION	32
ANNEXES	34
BIBLIOGRAPHIE	44

ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ANESF	Association Nationale des Sages-Femmes
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés
FEMASCO	Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PMI	Protection maternelle et Infantile
PRADO	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
RAP	Référentiel d'Analyse et de Progression
RCP	Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles
SF	Sage-Femme
SIP	Système d'information Partagé
SMS	Short Message Service

INTRODUCTION

La profession sage-femme se caractérise par une rapide évolution et un rôle de plus en plus important dans la santé génésique de la femme. De cette manière, le champ de compétences des sages-femmes s'est développé au fil des années [1] (annexe 4). La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a été un tournant, permettant aux sages-femmes d'assurer un suivi gynécologique physiologique [3].

En 2011, près de trois SF (Sages-Femmes) sur quatre exerçaient à l'hôpital, 20% d'entre elles étaient en exercice libéral et une minorité se trouvaient dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) [8]. La pratique libérale des sages-femmes a doublé entre 1998 et 2014, passant de 13 à 26%, avec une nette expansion à partir de 2009 correspondant à la promulgation de la loi HPST [9]. La pratique gynécologique est de plus en plus réalisée, notamment par des sages-femmes récemment diplômées [9]. Elles suivent également de plus en plus de grossesses pathologiques, en collaboration avec les médecins. Ce mode d'exercice devrait s'accroître jusqu'en 2030 où une sage-femme sur trois exercera en libéral [9].

Ainsi, les MG (Médecins Généralistes) sont susceptibles d'accompagner des patientes suivies par des sages-femmes. La nécessité de collaborer devient de plus en plus importante.

En 2015, la région Bourgogne Franche-Comté dénombre une densité de 106 médecins généraux libéraux pour 100 000 habitants. Localement certains territoires sont des déserts médicaux [12]. L'accès aux soins dans ces territoires est entravé. Par conséquent, la coopération des professionnels de santé paraît très importante pour un suivi de proximité.

De ce fait, le plan de périnatalité 2005-2007 a été instauré dans le but de développer des réseaux de santé de proximité villes/PMI/hôpital afin de garantir un meilleur accès au soin et une continuité de la prise en charge de la femme, de la mère et du nourrisson. [6]. Dans cette même dynamique, il existe différents regroupements dont les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui proposent, depuis quelques années, des pratiques de soins collectives et non individuelles. La loi les définit comme des « *lieux de regroupement des professionnels de santé assurant des activités de soins sans hébergement et participant à des actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales* » [18].

Ces structures sont au centre de la Stratégie Nationale de Santé 2018/2020 dont l'objectif est de les doubler d'ici cinq ans [19]. Au sein de la région Bourgogne Franche-Comté, il y a environ 90 maisons de santé dont une quarantaine incluant des sages-femmes. Ces dernières sont de plus en plus représentées dans ces organismes [20]. Les structures permettent de concilier qualité d'exercice et prise en charge globale des patients tout en luttant contre le problème démographique médical. De plus, cela peut favoriser une collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes permettant une prise en charge coordonnée des patientes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la pratique en collaboration dans les soins de santé « *lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention* » [14]. Cette collaboration a des effets positifs sur la qualité, la facilité d'accès et sur la continuité des soins [15].

Cependant, du fait de la possibilité de suivi des femmes par divers acteurs de la santé, la prise en charge des patientes peut être partagée entre les différents professionnels. Pour optimiser cette offre de soins, il est donc nécessaire de mettre en place une collaboration efficace entre les intervenants.

D'après plusieurs études réalisées, certains médecins généralistes déclarent ne pas être opposés aux nouvelles compétences des sages-femmes mais qu'il serait nécessaire de mieux travailler ensemble [24]. Certains facteurs favorisant une collaboration de bonne qualité sont mis en évidence d'après les médecins généralistes tel que l'intérêt suscité par un échange de pratiques avec les sages-femmes ou encore le fait de bien connaître les compétences de ces dernières.

Il est aussi mis en exergue des freins tels que la volonté de conserver une activité gynécologique ou le manque de connaissances de la profession sage-femme. Selon certaines maïeuticiennes, cela « *facilite les demandes d'avis, lutte contre l'isolement professionnel, enrichit sa pratique et permet d'élaborer des projets de santé* ». Il y a également une valorisation du métier, une absence de hiérarchie [20]. Cependant, d'autres sages-femmes déclarent avoir des difficultés et « *vouloir se retirer de la maison de santé car elle est insatisfaite des relations entre les médecins* » [21].

Les rôles et les limites de chacun ne sont pas toujours bien connus [25], ainsi, médecins et sages-femmes exercent au sein des MSP, dans le cadre d'une collaboration qui peut se révéler complexe.

Pour toutes ces raisons, nous nous sommes posés les questions suivantes :

- Comment les sages-femmes et les médecins généralistes collaborent-ils au sein des MSP en Bourgogne Franche-Comté ?
- Quels sont les freins et les leviers de cette coopération ?

Notre objectif principal était de dresser un état des lieux concernant la collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes dans leur exercice en MSP afin d'identifier certains éléments favorisant une collaboration de qualité.

MATERIEL
ET
METHODES

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes dans leur exercice en MSP.

L'objectif secondaire était d'identifier certains éléments favorisant une collaboration de qualité.

II. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive, quantitative, par questionnaire auprès de sages-femmes et de médecins généralistes exerçant au sein d'une MSP. Une question qualitative a été incluse en fin de questionnaire. L'étude s'est déroulée sur une période de deux mois du 04 Septembre au 04 Novembre 2020.

III. Matériel

A. Population étudiée

Nous avons contacté la FEMASCO (Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné) de la région Bourgogne Franche Comté afin d'identifier la population. Les sages-femmes et les médecins généralistes présents en MSP ont été répertoriés d'après leurs données. Les questionnaires ont été envoyés à 44 sages-femmes et 134 médecins généralistes en Bourgogne Franche-Comté.

B. Critère d'inclusion

Les Médecins généralistes ou les Sages-femmes dont l'installation datait de plus de 6 mois en Bourgogne Franche-Comté.

C. Critère de non-inclusion

L'absence de la sage-femme dans les mêmes locaux que les médecins généralistes car la collaboration pouvait être biaisée lorsque les professionnels exerçaient en MSP multi-sites (professionnels partageant un même projet de santé mais pas les mêmes murs).

IV. Méthode

A. Choix de la méthode

Le questionnaire a été utilisé afin de pallier aux contraintes géographiques de la région Bourgogne Franche-Comté et de favoriser un maximum le recueil de données. Il a été élaboré à partir d'entretiens qualitatifs de différentes études sur la collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes. Ainsi, il y avait deux questionnaires avec une trame commune : un questionnaire pour les médecins généralistes (Annexe 2) et un second à l'attention des sages-femmes (Annexe 3).

Nous avons effectué une demande d'autorisation auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI).

Les questionnaires électroniques (via Limesurvey) ont été envoyés par l'intermédiaire de la FEMASCO qui possédait le listing des sages-femmes et médecins généralistes exerçant au sein des MSP de Bourgogne Franche-Comté. Le temps de réponse était d'environ 10 minutes. Nous avons effectué des relances au bout d'un mois en contactant par téléphone chaque maison de santé. Nous avons réceptionné les réponses anonymes des questionnaires via le site numérique.

B. Analyse de données

Les données recueillies ont été saisies et analysées sur le logiciel Microsoft office Excel version 2010, afin de réaliser des statistiques descriptives. Nous avons utilisé le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word version 2010 pour la rédaction.

C. Calcul de pourcentages

Les résultats exprimés en pourcentage ont été arrondi à l'unité :

A l'entier supérieur si chiffre ≥ 0.50 .

A l'entier inférieur si chiffre < 0.50 .

RESULTATS

I. Présentation de la population

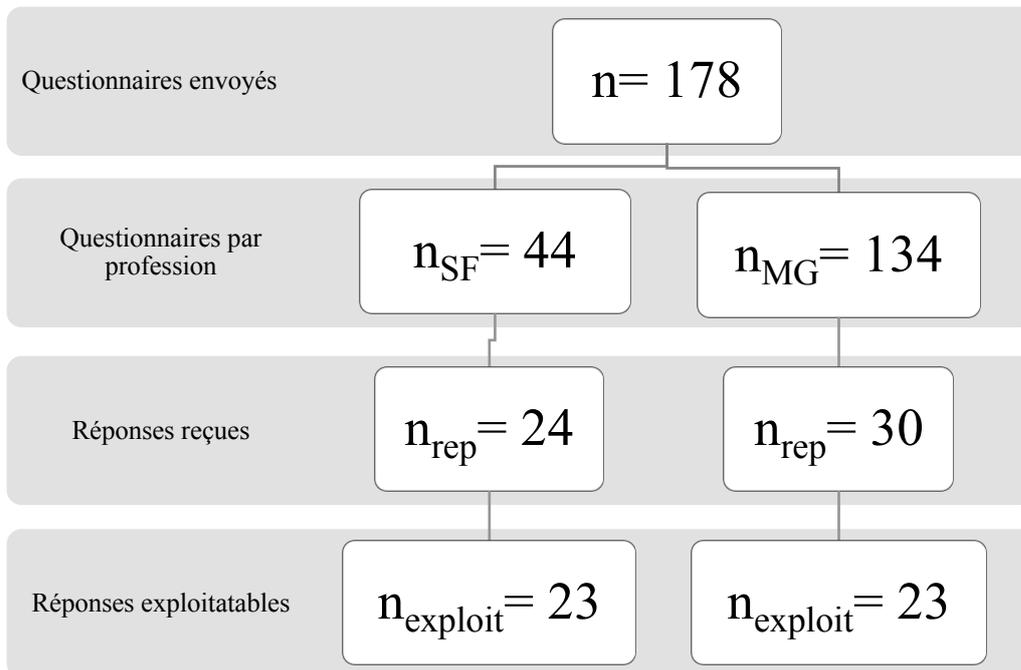


Figure 1 : Présentation de la population étudiée

La population de notre étude, présentée par le Flow chart I, était constituée de 23 sages-femmes et 23 médecins généralistes. 8 questionnaires n'étaient pas exploitables : 7 questionnaires de médecins ont été exclus car ils étaient envoyés sans réponse et un questionnaire de sage-femme n'a pas été retenu puisqu'elle n'exerçait pas au sein de la maison de santé.

A. Caractéristiques de la population

D'après les résultats présentés ci-dessous (Tableau I), plus de 75% des sages-femmes et de médecins généralistes exercent un premier poste depuis 2 ans à 10 ans en zones semi-urbaines.

Par ailleurs, les sages-femmes sont nombreuses à avoir réalisées des formations complémentaires : près de 50% concernant le suivi de grossesse et 91% en gynécologie. La rééducation du périnée (33%), le yoga (20 %), la tabacologie (15,6%), l'homéopathie (16 %) et la sexologie (16 %) sont d'autres apprentissages spécifiques reçus par des sages-femmes. A l'inverse, près d'un médecin sur deux n'a pas réalisé de formations complémentaires.

Tableau I : Caractéristiques de la population générale (n=46)

	Sage-femme n=23 (100) n (%)		Médecin G* n=23 (100) n (%)	
<u>Année de diplôme</u>				
< 2000	11	(48)	7	(30)
2000-2008	3	(13)	7	(30)
2009-2018	7	(30)	8	(35)
>2018	0	(0)	1	(4)
Sans réponse	2	(9)	0	(0)
<u>Zone d'exercice</u>				
Rurale	8	(35)	9	(39)
Semi-urbaine	11	(48)	13	(57)
Urbaine	2	(9)	1	(4)
Sans réponse	2	(9)	0	(0)
<u>Premier poste</u>				
Oui	17	(74)	21	(91)
Non	4	(17)	2	(9)
Sans réponse	2	(9)	0	(0)
<u>Expérience</u>				
6mois – 1 an	1	(4)	0	(0)
2 ans – 5 ans	8	(35)	10	(43)
6 ans – 10 ans	8	(35)	7	(30)
>10 ans	4	(17)	5	(22)
Sans réponse	2	(9)	1	(4)
<u>Formations complémentaires</u>				
Oui, en gynécologie	21	(91)	6	(26)
Oui, concernant la grossesse	10	(43)	4	(17)
Oui, autre	6	(26)	6	(26)
Non	0	(0)	10	(43)

*G = Généraliste

B. Thématique des activités professionnelles

1. Les sages-femmes

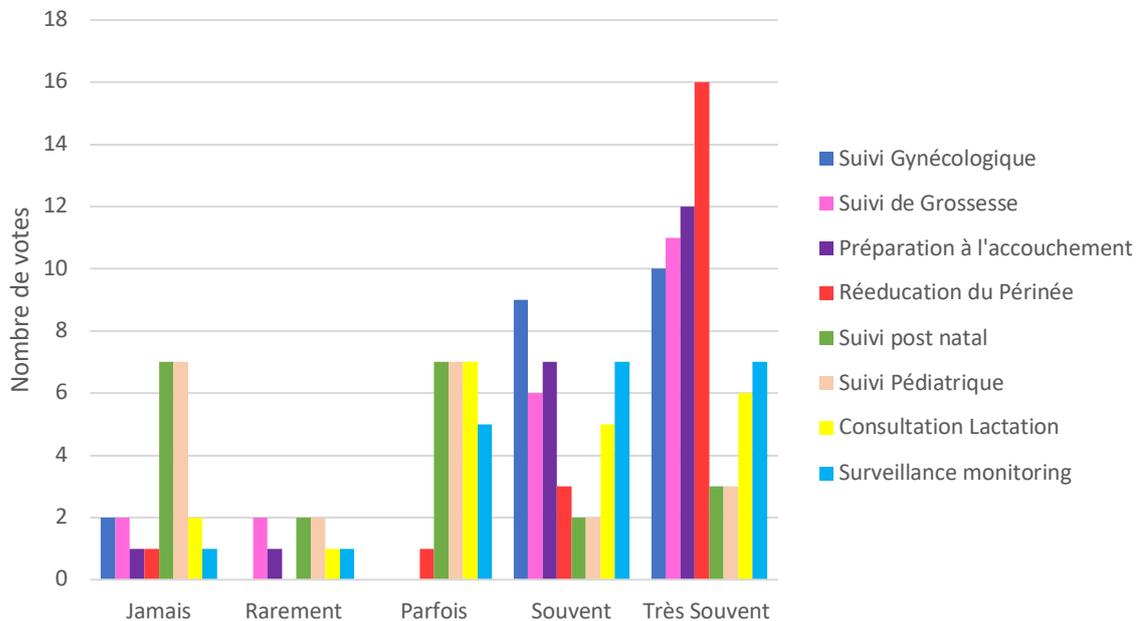


Figure 2 : Fréquence de pratique en fonction des différentes activités des sages-femmes au sein des MSP

La rééducation du périnée (70%), la préparation à l'accouchement (53%) et le suivi de grossesse (43%) sont les trois activités les plus souvent pratiquées par les sages-femmes.

Au contraire, le suivi pédiatrique et post natal sont guère exercés (30% des sages-femmes ne les pratiquent jamais).

2. Les médecins généralistes

Nous pouvons constater que 83% des médecins réalisent le suivi de grossesse. Dans le cas contraire, ils informent les patientes de manière équilibrée de tous les professionnels qualifiés capables de les prendre en charge (33,3% aux sages-femmes de la MSP, 33,3% aux gynécologues hospitaliers, 33,3% aux sages-femmes libérales).

De plus, les médecins généralistes orientent les patientes pour des activités qu'ils ne pratiquent pas telles que la préparation à l'accouchement à 56% et la rééducation du périnée à 52%.

II. La collaboration

A. Supports de communication et du partage de l'information

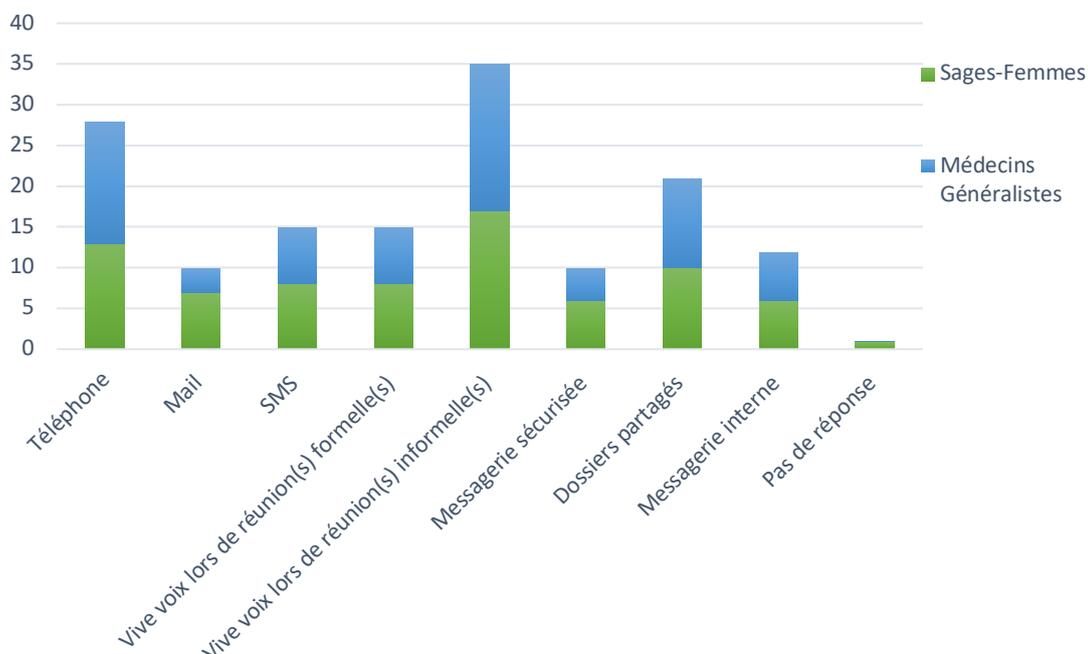


Figure 4 : Modes de communication utilisés par les SF et les MG au sein des MSP

Au sein des MSP, les professionnels de santé communiquent majoritairement de vive voix lors de réunions informelles (78% des MG et 72% des SF) et par téléphone (65% des MG et 54% des SF). Les mails et la messagerie sécurisée sont peu utilisés pour échanger. Une grande partie des médecins généralistes emploient régulièrement le dossier partagé contrairement aux sages-femmes qui ont tendance à utiliser d'avantage les SMS. Les dossiers partagés sont utilisés dans une structure sur deux et ils sont en projets dans 20% des MSP.

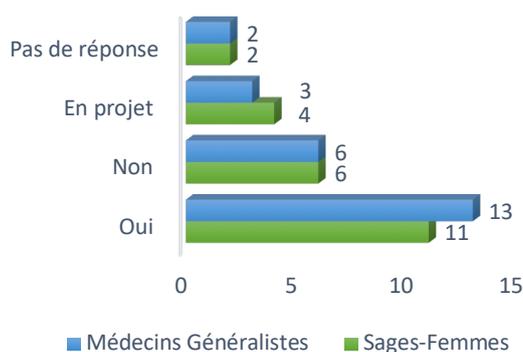


Figure 5 : Existence du dossier partagé au sein des MSP

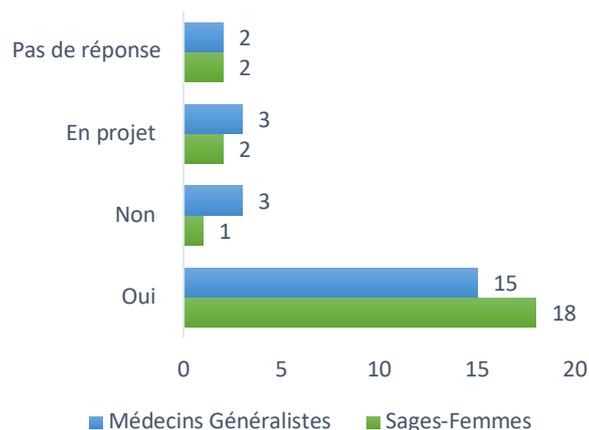


Figure 6 : Existence de protocoles pluriprofessionnels au sein des MSP

En outre, les protocoles pluriprofessionnels sont majoritairement mis en place (70% en moyenne).

B. Caractéristiques de la collaboration pluriprofessionnelle

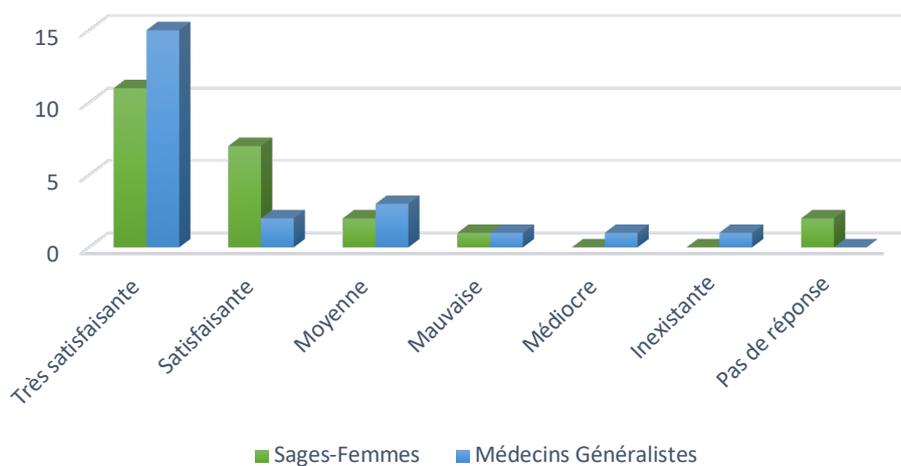
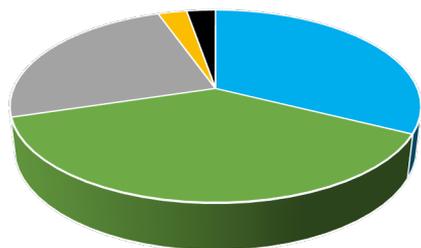
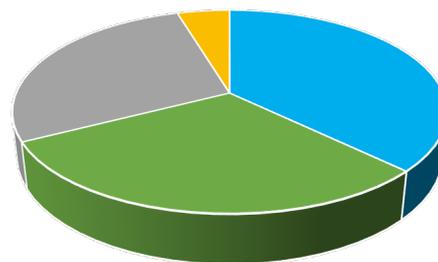


Figure 7 : Qualification de la collaboration entre SF et MG au sein de la MSP

Les sages-femmes et médecins s'accordent globalement sur la qualité de leur collaboration qu'ils trouvent satisfaisante à très satisfaisante à 76%. L'avis des médecins est assez partagé. En effet, même si la majorité sont très satisfaits, les autres qualifient de moyenne à inexistante la collaboration (28%).



■ Organisation de la MSP ■ L'inter-personnalité
 ■ L'inter-professionnalité ■ Autre
 ■ Pas de réponse



■ Organisation de la MSP ■ L'inter-personnalité
 ■ L'inter-professionnalité ■ Autre
 ■ Pas de réponse

Figure 8 : Facteurs influençant la collaboration selon les médecins généralistes

Figure 9 : Facteurs influençant la collaboration selon les sages-femmes

L'inter-personnalité et l'organisation de la MSP interfèrent (35%) dans la qualité de la collaboration interprofessionnelle.

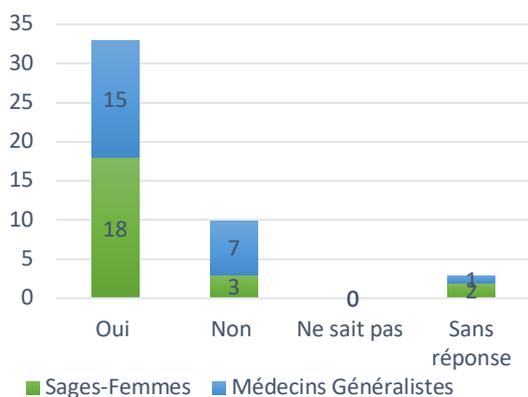


Figure 10 : Existence d'une collaboration suffisante selon les SF et MG

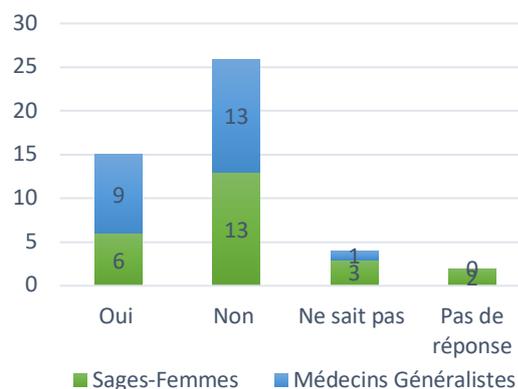


Figure 11 : Existence de freins à la collaboration selon les SF et MG

D'après les réponses, la collaboration est à 78% qualifiée de suffisante par les sages-femmes et 65% par les médecins généralistes. Ils identifient néanmoins des freins (pour 27% des sages-femmes et 40% des médecins généralistes).

Certaines sages-femmes soulignent « *un manque d'informations des médecins sur toutes leurs compétences et limites* ». Une autre sage-femme relève que les « *médecins généralistes n'informent pas assez tôt sur le fait de rencontrer une sage-femme pendant la grossesse, souvent des patientes arrivent vers le 8^{ème} mois de grossesse pour faire les cours de préparation (alors qu'on aurait pu les voir au 4^e mois pour l'entretien prénatal précoce)* ». Enfin, une troisième soulève que « *les problèmes de communication altèrent la collaboration* ».

Les témoignages des médecins révèlent en majorité des freins concernant le manque de temps et l'inexistence de dossiers partagés pour 30% d'autres eux. Un médecin précise la problématique des compétences partagées et déclare : « *Les sages-femmes me "piquent" une partie de mon activité que j'apprécie ! Je ne leur en veux pas, et j'ai pleinement confiance dans leur travail, mais je suis beaucoup moins de grossesses depuis que nous travaillons ensemble... et j'aimais ça* ». Un autre souligne « *qu'ils sont exclus du service de retour à domicile, il faudrait développer le travail pluridisciplinaire sur la parentalité, sur le tabagisme sur l'addiction sur l'obésité* ».

C. Les pistes pour une collaboration de meilleure qualité

D'après les réponses qualitatives obtenues, nous avons effectué un nuage de mots représentant les idées prédominantes.

1. Leviers identifiés par les sages-femmes



Figure 12 : Principaux leviers identifiés par les SF qui permettraient une collaboration de meilleure qualité

Les sages-femmes ont pu soulever certains leviers qui favoriseraient une collaboration de meilleure qualité. Ainsi, la disponibilité, la fréquence plus importante de réunions et le partage de formations avec les médecins seraient bénéfiques.

Cela permettrait, selon elles, de mieux se connaître, de faciliter les échanges et le suivi des patientes. Pour un tiers des sages-femmes la connaissance de leur champ de compétences contribuerait à la collaboration.

2. Leviers identifiés par les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont majoritairement souligné leur manque de connaissance concernant le champ de compétences des sages-femmes. L'existence de dossiers partagés, de protocoles et de réunions régulières au sein des MSP favoriseraient la collaboration.



Figure 13 : Principaux leviers identifiés par les médecins généralistes pour une collaboration de meilleure qualité.

Comme les sages-femmes, certains médecins rapportent la nécessité de réaliser des formations communes aux deux professions. Néanmoins, 30% considèrent que la collaboration est suffisante et n'identifient pas de levier.

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

A. La population étudiée

Notre étude portant sur la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes au sein des MSP, nous avons réalisé des questionnaires ciblés sur les deux professionnels de santé.

B. Le choix de l'étude

Le choix d'une étude descriptive par questionnaire nous a permis de recueillir les témoignages de sages-femmes et de médecins généralistes (46 questionnaires exploitables). Le temps de réponse était court dans le but d'obtenir un maximum de réponses. Cette étude permettait d'avoir une vision générale sur le territoire de Bourgogne Franche-Comté. Il s'agissait de recueillir le ressenti concernant la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes. La méthode par questionnaire était donc une limite. Une étude entièrement qualitative par entretien aurait été justifiée. En effet, cette méthode permet l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des professionnels interrogés [33].

II. Discussion des résultats

A. La collaboration motivée par les atouts qu'elle apporte

1. La collaboration facilite l'accès et une diversité de soins dans le domaine de la santé gynécologique des femmes.

Les MSP favorisent l'accès aux soins par leur proximité offrant aux patientes une prise en charge optimisée.

D'après notre enquête, les structures sont essentiellement présentes dans les zones rurales et semi rurales de Bourgogne Franche-Comté (80%). Effectivement, la politique de santé actuelle mise sur les MSP comme des structures pérennisant l'offre de soin sur le territoire (au cœur de la Stratégie Nationale de Santé 2018/2020) [12] [19].

L'exercice des sages-femmes interrogées est très diversifié. Il s'est adapté afin de proposer la prise en charge des patientes la plus globale. Les trois activités les plus pratiquées par les sages-femmes sont la rééducation du périnée, la préparation à l'accouchement et le suivi de grossesse.

La pratique des sages-femmes a évolué mais le suivi de grossesse reste une activité principale du cœur de métier. La gynécologie est souvent à très souvent pratiquée par des sages-femmes jeunes. En effet cela correspond à l'évolution des compétences avec la loi HPST de 2009 [8].

Un grand nombre de médecins interrogés pratiquent le suivi de grossesse. Ils sont pour la plupart à aimer ce domaine, cela leur permet de « *diversifier leur pratique* ». Dans le cas contraire, ils informent les patientes des professionnels capables d'assurer le suivi de grossesse dont la sage-femme présente en MSP et ils n'hésitent pas à les adresser pour des activités qu'ils ne pratiquent pas. Dans sa thèse, R. Champeaux montre « *qu'une meilleure sensibilisation des patientes sur la compétence des MG est un argument en vue d'améliorer la qualité des soins et le suivi des femmes* » [33].

Certaines sages-femmes de notre enquête constatent peu de patientes adressées par les médecins mais il est difficile de connaître leur parcours de soin sans interroger les femmes directement. Les professionnels de santé doivent veiller au respect du code de déontologie. Ainsi, le compérage médical est prohibé. Les professionnels ont l'obligation d'information mais le patient est libre de choisir le praticien à qui il se confie [26]. Dans les travaux réalisés par F. Trossat, les médecins étaient partagés sur les informations à donner à la patiente. Certains n'évoquaient pas les différents acteurs de santé capables de réaliser le suivi gynécologique [34].

D'après une réflexion entre l'Association Nationale des Sages-femmes (ANESF) et l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), « *la collaboration entre sages-femmes et médecins généralistes est une complémentarité nécessaire pour une prise en charge optimale de la santé de la femme. Les généralistes intègrent le suivi de grossesse dans une prise en charge globale de la femme et sont en meilleure position pour assurer le suivi de routine ; les sages-femmes ont un rôle privilégié pour assurer le suivi primaire et offrir aux patientes enceintes suivi et conseils adaptés à leur situation* » [35].

B. La collaboration est facilitée par les missions communes élaborées dans le cadre de la MSP

1. Matrice de maturité

Le Référentiel d'Analyse et de Progression (RAP) ou matrice de maturité est proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2012. L'objectif de ce référentiel est « *d'aider les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients* ». [42].

La matrice de maturité est structurée autour de 4 axes (Annexe 5) :

- Travail en équipe pluriprofessionnel.
- Projet de santé et accès aux soins.
- Implication des patients.
- Système d'information.

A partir de ce référentiel, l'équipe progresse en se fixant des objectifs allant dans le sens d'une amélioration de l'offre en santé.

Les professionnels s'accordent pour dire qu'ils aimeraient être acteurs afin d'optimiser la prise en charge du patient. En effet, l'installation dans une MSP suppose l'implication des professionnels de santé. C'est pourquoi, les MSP adoptent un projet de santé pour préciser les modalités, dans lequel on retrouve la notion d'engagement des professionnels [17].

Dans notre étude, des médecins expérimentés et d'autres plus récemment formés font partie des MSP. Ainsi, cela favorise l'échange de connaissances et d'expériences. De plus, il s'agit du premier poste exercé pour la plupart des professionnels. Nous pouvons donc supposer qu'il existe une qualité de vie harmonieuse au travail, plébiscitée dans le projet de santé de ces regroupements [16]. Néanmoins, sages-femmes et médecins souhaiteraient avoir une plus grande disponibilité pour le patient.

2. Les outils tremplin dans la collaboration

A partir de la matrice de maturité, les MSP ont à déployer toutes sortes d'outils favorisant la coordination entre les diverses professions.

Depuis 2012, afin d'harmoniser leur utilisation, les pouvoirs publics ont souhaité donner aux professionnels des repères pour les aider dans leur choix de logiciel. Ainsi, un label est attribué aux logiciels répondant aux exigences fixées par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé (ASIP) [43]. Il a été mis à jour en 2017 afin de répondre, au mieux, aux besoins des équipes de soins primaires.

a) Système d'Information Partagé

Le SIP (Système d'Information Partagé) est un outil important à la mise en pratique de la pluriprofessionnalité. Son instauration est perçue comme un levier au service de la qualité des soins dispensés et de la coordination des prises en charge des patients dans le cadre d'une médecine de parcours décloisonnée [28]. Cela facilite la collaboration des professionnels en permettant la tenue d'un dossier médical dans le respect des règles déontologiques. Lorsque les SIP sont présents (50%) cela permet une amélioration de la communication selon les médecins et sages-femmes interrogés.

De plus, les SIP labélisés permettent aux MSP de bénéficier d'une rémunération : l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). L'équipe pluriprofessionnelle s'engage à répondre à un certain nombre d'objectifs. En fonction de l'atteinte de ces engagements, la MSP reçoit une rémunération qui est réévaluée chaque année. [43].

b) Protocoles pluriprofessionnels

Les protocoles pluriprofessionnels font partie des critères socles de l'ACI. Ils constituent un outil majeur de travail favorisant le travail en équipe lors de situations complexes [28]. D'après notre étude, ils sont présents à plus de 70% dans les MSP en Bourgogne Franche-Comté. Tout comme les SIP, ce sont de véritables leviers dans la coordination interprofessionnelle.

3. Mise en place d'actions de prévention

En se regroupant en équipe de soins primaires, les professionnels de santé ont l'opportunité d'adopter une approche différente, de structurer leurs actions et de pouvoir construire leur programme en matière de prévention en lien avec les autres professionnels [30]. Ils favorisent l'implication du patient (objectif de la matrice de maturité) en développant l'éducation thérapeutique qui « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » selon l'OMS. Dans notre enquête, certains médecins pointent le manque d'investissement dans ces projets lié à un manque de temps et d'organisation entre l'équipe médicale.

Pourquoi ne pas ouvrir les actions de prévention et d'accompagnement des femmes enceintes à la participation d'intervenants extérieurs ?

Par exemple, la région Pays de la Loire a développé un Programme Régional de Prévention des Addictions (2019-2022), en lien avec de nombreux réseaux et partenaires. C'est le cas de l'association Réseau Sécurité Naissance, dont les missions s'adressent à l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le champ de la périnatalité. Le réseau intervient dans les MSP en informant les professionnels de la périnatalité sur les données récentes des publications scientifiques et la production de documents d'information à destination des femmes enceintes et leur entourage. Des ateliers « *addictions et grossesse* » sont organisés avec l'intervention de médecins addictologues [46].

Les actions de prévention sont à développer dans les MSP de Bourgogne Franche Comté. Le coordinateur, véritable chef d'orchestre, permet à l'ensemble des professionnels de l'équipe de travailler ensemble, de façon cohérente et organisée, pour mettre en œuvre le projet de santé.

C. Quels seraient les éléments clés pour une collaboration de meilleure qualité ?

A travers ces questionnaires, médecins et sages-femmes sont globalement satisfaits de leur collaboration mais de nombreux leviers d'amélioration ont pu être identifiés. Un tiers de médecins n'a pas soulevé d'élément favorisant la collaboration pluriprofessionnelle. S'agissant de la dernière question du questionnaire, nous pouvons donc évoquer certaines hypothèses telles que le manque de temps ou d'idée.

1. Harmonisation de la pratique grâce à des formations interprofessionnelles communes...

Dans notre étude, les sages-femmes aimeraient réaliser des modules de formations conjointes avec les médecins généralistes. D'après elles, cela permettrait une harmonisation de leurs pratiques, impacterait positivement leur collaboration et étofferait leurs relations.

Dans notre étude, la majorité des sages-femmes interrogées ont été diplômées avant 2000 (48%), par conséquent, la pratique gynécologique n'était pas intégrée dans leur cursus de formation primaire. Cependant elles sont 90% à avoir fait des formations complémentaires dans ce domaine. De plus, près de 50% de sages-femmes se sont formées concernant le suivi de grossesse.

Les enseignements supplémentaires sont essentiels afin de permettre aux sages-femmes de s'adapter à l'évolution de la profession. Réciproquement, les sages-femmes récemment diplômées bénéficient de nouveaux enseignements en formation initiale, qui tient déjà compte de l'évolution de la profession en mutation.

2. ...Et à des temps d'échange de connaissances

Les médecins sont conscients de leur méconnaissance du champ de compétences actuel des sages-femmes, ainsi les formations communes permettraient d'améliorer leur relation et contribueraient à une meilleure connaissance du champ des compétences des soignants.

C'est ce qu'Olivia Goujon conclue dans sa thèse : « *l'information des professionnels et des patientes sur les champs d'activités des SF est une première étape indispensable pour favoriser la collaboration* » [36].

Nous pouvons retrouver cette notion dans différents travaux. En effet, cela a été démontré par A. Girardot en 2015 dans des travaux portant sur les internes de médecine générale : 62 % d'entre eux méconnaissaient globalement les compétences des sages-femmes [37].

En outre, Coline Berla montre dans sa thèse que cette incompréhension est un frein à la collaboration. Les MG avouaient leur méfiance vis-à-vis des compétences gynécologiques des sages-femmes. Ainsi, « *Il est important que tous connaissent les pratiques de chacun dans le domaine de la santé de la femme, afin de faciliter le partage et la compréhension des compétences* » [38].

Des sages-femmes souhaiteraient des réunions pluriprofessionnelles plus fréquentes favorisant les échanges sur des dossiers de patientes afin de mutualiser leurs connaissances et d'optimiser la prise en charge. De plus, cela pourrait faciliter la mise en lien avec les autres professionnels présents au sein de la MSP.

Ces éléments vont dans le sens des recommandations de l'HAS qui encouragent l'implication des professionnels dans les réseaux de périnatalité pour permettre une meilleure collaboration dans le but d'améliorer la prise en charge des patients [39].

3. Développer une coopération interprofessionnelle précoce

Certains médecins généralistes aimeraient que les études médicales soient majoritairement mutualisées afin d'avoir une représentation juste et précoce des professions avec lesquelles ils sont susceptibles de travailler par la suite. Un médecin évoque l'idée de consultations conjointes dans les MSP dans une même logique de prise en charge pluriprofessionnelle. L'enquête de Caroline Bergeron, montre que, « *bien qu'ils se côtoient au cours de leurs études, les SF et les MG n'apprennent pas à travailler ensemble* » [24].

Dans la recherche bibliographique, la formation interprofessionnelle initiale ou continue est décrite comme un levier important du travail collaboratif. Selon l'étude de McPherson « *ce sont les seules expériences de formation interprofessionnelle qui amènent à des changements comportementaux, organisationnels ou une amélioration des problèmes de santé présentés par les patients* » [32].

Nous pouvons retrouver cette idée dans les réflexions de l'ANESF et ISNAR-IMG : « *Il est indispensable de développer la coopération interprofessionnelle précoce, dès les années de formation initiale, avec des formations communes, des mutualisations des terrains et des maîtres de stages adaptés aux capacités de formation. Le partage important des compétences rend cet enseignement commun cohérent et, à notre sens, incontournable pour une meilleure connaissance de chaque métier et ainsi à court terme une meilleure efficacité de chaque professionnel de santé.* » [35].

Lors de notre dernière année de formation, nous avons pu participer à un séminaire interdisciplinaire. Le travail en interdisciplinarité élargit les compétences, révèle de nouvelles pistes, permet des découvertes sur la force de mobilisation d'un groupe qui pratique l'écoute, la solidarité et la coopération. Selon Frédéric Darbellay « *L'interdisciplinarité va au-delà de la simple juxtaposition de plusieurs points de vue disciplinaires, elle vise la collaboration entre spécialistes d'horizons disciplinaires différents et complémentaires, voire l'intégration entre les disciplines* » [44].

C'est ce type d'action qui est à encourager et à développer au cours de notre parcours pré professionnel.

4. Importance de l'organisation de la structure

Selon les professionnels, la qualité dépend de l'organisation des structures, des relations interpersonnelles puis interprofessionnelles. Les médecins généralistes accordent plus d'importance à l'interpersonnalité. Elle dépend de l'éducation professionnelle, des expériences antérieures et de la maturité de l'individu [30]. Le système de santé permet d'appréhender trois niveaux de coordination, répertoriés dans le lexique « *parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie* » de l'Agence Régionale de Santé (ARS) [40] :

- Macro : le niveau institutionnel (local ou national) représenté par les décideurs/financeurs du système de santé.
- Méso : le niveau structurel, où sont mobilisés les éléments propres à l'organisation.
- Micro : le niveau clinique où sont accomplis tous les actes de soins et d'accompagnement des patients et de leur entourage.

Ils peuvent être résumés par la figure ci-dessous :

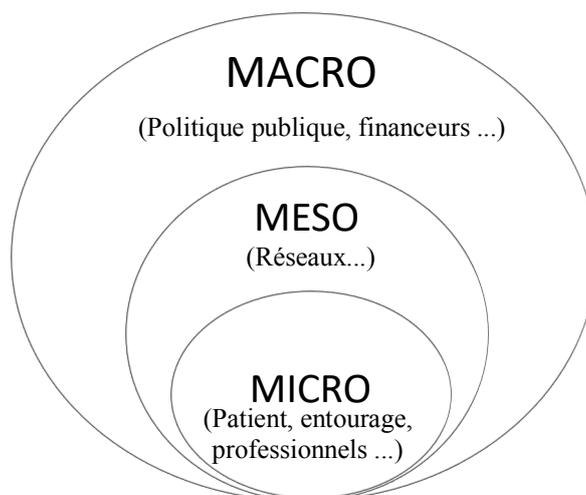


Figure 13 : Représentation des trois niveaux de coordination

Nous pouvons retrouver ces trois niveaux au sein des MSP. Le niveau micro représente l'équipe pluriprofessionnelle qui interagit avec le patient dans la structure. L'organisation des locaux (bureaux, matériel, réunions...) est symbolisée par le niveau méso. Les MSP fonctionnent avec des systèmes de financement (ACI...), correspondant au dernier niveau : macro.

Afin de favoriser la coordination, la communication est essentielle entre les membres de l'équipe médicale.

5. La communication est au cœur de la collaboration

A travers ces questionnaires, médecins et sages-femmes sont conscients de l'importance de la communication concernant la collaboration.

Il existe deux types de communication entre les professionnels de santé au sein des MSP :

- La communication informelle : lors des poses déjeuners, autour du café ...
- La communication formelle : lors des réunions programmées appelées RCP (Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles) qui ont lieu autour de dossiers patients.

Dans notre étude, les professionnels de santé communiquent davantage de vive voix (75%) lors de réunions informelles. D'après une recherche de C. Richard sur la communication professionnelle en santé, c'est la communication la plus riche qui permet de s'ajuster facilement aux réactions de l'interlocuteur. Cela favorise une fluidité des échanges et permet d'établir une relation entre collègues [27]. Dans un rapport de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), « *les échanges informels continuent à être au premier plan du travail pluriprofessionnel. Ils sont vécus comme permettant de souder l'équipe et de travailler plus efficacement* » [41].

Daniel D'amour définit la collaboration professionnelle en santé comme « *les relations et les interactions entre professionnels leur permettant de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients* » [29]. La majorité des médecins qualifient de satisfaisante à très satisfaisante leur collaboration avec les sages-femmes, ces dernières sont plus partagées.

Globalement les professionnels de santé ont soulevé des leviers référencés dans la matrice de maturité. L'axe « *travail en équipe pluriprofessionnel* » a été très largement abordé par les sages-femmes et les médecins (annexe 6). Il est décliné selon quatre caractéristiques :

- Réunion pluriprofessionnelle,
- Protocoles pluriprofessionnels,
- Coordination avec d'autres acteurs du territoire,
- Dynamique d'équipe.

CONCLUSION

L'exercice pluriprofessionnel en MSP est en plein essor, favorisé par la politique de santé de santé passées, présentes et sans doute à venir. Les structures ont pour but, entre autres, de contribuer au problème démographique médical.

Le champ des compétences des sages-femmes évolue : à ce jour, elles sont en première ligne dans le domaine de la santé gésique. Ainsi, les sages-femmes sont de plus en plus nombreuses en secteur libéral et présentes au sein des MSP.

A travers cette étude, sages-femmes et médecins généralistes ont témoigné des difficultés relatives au sein de leur collaboration tels que le manque de disponibilité, de communication ou encore les difficultés de partage des compétences et de la patientèle. En identifiant ces freins, ils s'engagent dans une démarche de qualité.

C'est pourquoi, notre étude nous a montré que, pour améliorer la collaboration entre les SF et les MG en Bourgogne Franche-Comté, une connaissance des compétences de chacun, une communication plus efficiente et une formation initiale et continue plus conjointes seraient des pistes d'amélioration à poursuivre et à renforcer. Les outils à leur disposition sont les échanges humains et les supports écrits (protocoles pluriprofessionnels, Système d'Information Partagé). Ceci leur permettra d'harmoniser leurs pratiques et de mettre en place une planification commune pour une prise en charge optimale des patientes.

Ainsi, la matrice de maturité est au service des professionnels, facilitant l'exercice coordonné et permettant d'évaluer afin d'améliorer leur organisation dans l'intérêt des patientes.

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre jointe au questionnaire

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante maïeutique 5^{ème} année au sein du département maïeutique UFR Sciences médicales et pharmaceutiques, je réalise un travail de recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d'études.

L'objectif de ce travail est d'apprécier les pratiques réalisées et d'appréhender la collaboration entre sages-femmes et médecins généralistes en Maisons de Santé Pluridisciplinaires en Bourgogne Franche-Comté.

Pour répondre à mon objectif, j'ai établi un questionnaire, d'une durée de réponse de 10 minutes maximum.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à mon travail et du temps que vous voudriez bien prendre pour y répondre. Je suis joignable pour toute question ou complément d'information par mail : elise.bardenet@hotmail.com

Veillez accepter mes respectueuses salutations,

Elise Bardenet

Annexe 2 : Questionnaire Pour les Sages-femmes

- Thématique épidémiologique

1. Quelle est l'année de votre diplôme ?

Avant 2000

Entre 2000 et 2008

Entre 2009 et 2018

Après 2018

2. Dans quelle zone exercez-vous ?

Rurale (<2000 habitants)

Semi-urbaine (entre 2000 et 10 000 habitants)

Urbaine (>10 000)

3. Depuis combien de temps exercez-vous au sein de la MSP ?

Entre 6 mois et 1 an

Entre 2 ans et 5 ans

Entre 6 et 10 ans

+ de 10 ans

4. Est-ce votre premier poste dans une MSP ?

Oui

Non

5. Si non, quel est votre parcours ?

6. Avez-vous réalisé des formations complémentaires ?

Oui en gynécologie

Oui concernant la grossesse

Non

Autres

- Thématique des activités professionnelles :

1. Quelles activités pratiquez-vous ? Classez les *réponses de 1 à 6, 6 étant l'activité essentielle*)

Suivi gynécologique
Suivi de grossesse
Préparation à l'accouchement
Suivi post natal
Suivi pédiatrique
Rééducation périnéale
Consultation de lactation
Autre(s) :

2. Recevez-vous des patientes orientées par le(s) médecin(s) généraliste(s) exerçant au sein de la MSP ?

Souvent
Parfois
Rarement
Jamais

3. Si oui, pour quel type d'exercice vous en orientent-ils essentiellement ? Classez les *réponses de 1 à 6, 6 étant l'activité essentielle*)

Suivi gynécologique
Suivi de grossesse
Préparation à l'accouchement
Suivi post natal
Suivi pédiatrique
Rééducation périnéale
Consultation de lactation

- Thématique collaboration :

1. Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous lors de vos échanges avec le médecin généraliste au sein de la MSP ?

Téléphone
Mail
SMS
Vive voix lors de réunion(s) formelle(s)
Vive voix lors de réunion(s) informelle(s)
Messagerie sécurisée
Dossier partagé
Messagerie interne
Autre(s) :

2. Vos dossiers sont-ils partagés avec le(s) médecin(s) généraliste(s) ?

- Oui
- Non
- En projet

3. Existe-t-il des protocoles pluriprofessionnels au sein de la MSP ?

- Oui
- Non
- En projet

4. Comment pourriez-vous qualifier la collaboration entre vous et le(s) médecin généraliste(s) présents au sein de la MSP ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Moyenne
- Mauvaise
- Médiocre
- Inexistante

5. Selon vous, cette collaboration est dépendante :

- Organisation de la MSP
- Inter personnalité
- Inter professionnalité
- Autre(s) : préciser :

6. La collaboration vous paraît être suffisante ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

7. Existe-t-il des freins dans la collaboration ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8. Si oui, quels sont t'ils selon vous ?

9. Quelle serait, pour vous, les pistes pour une collaboration de meilleure qualité ?

10. Avez-vous d'autres remarques sur la collaboration entre vous et le(s) médecin(s) généraliste(s) au sein de la MSP ?

Merci pour cette participation !

Annexe 3 : Questionnaire Pour les Médecins généralistes :

- Thématique épidémiologique

1. Quelle est l'année de votre diplôme ?

Avant 2000
Entre 2000 et 2008
Entre 2009 et 2018
Après 2018

2. Dans quelle zone exercez-vous ?

Rurale (< 2000 habitants)
Semi-urbaine (entre 2 000 et 10 000 habitants)
Urbaine (> 2000 habitants)

3. Depuis combien de temps êtes-vous au sein de la MSP ?

Entre 6 mois et 1 an
Entre 2 ans et 5 ans
Entre 6 et 10 ans
+ de 10 ans

4. Est-ce votre premier poste dans une MSP ?

Oui
Non

5. Si non, quel est votre parcours ?

6. Avez-vous réalisé des formations complémentaires ?

Oui, en gynécologie
Oui, concernant la grossesse
Non
Autre

- Thématique des activités :

1. Dans votre exercice, suivez-vous des grossesses ?

Oui
Non

2. *Si non*, vers qui orientez-vous les patientes dont vous constatez l'état de grossesse (en l'absence de pathologie qui orienterait directement la patiente vers l'hôpital) ?

Sage(s)-femme(s) de la MSP
Gynécologue(s) à l'Hôpital ou en clinique
Sage(s)-femme(s) en exercice libéral (hors MSP)
Autres

3. *Si oui*, vous arrive-t-il d'orienter des patientes vers la sage-femme de la MSP ?

Souvent
Parfois
Rarement
Jamais

4. Pour quel type d'activité ? (Numérotez les réponses de 1 à 6, 6 étant l'activité essentielle pour laquelle vous adressez des patientes à la sage-femme)

Consultation de grossesse
Préparation à l'accouchement
Suivi de grossesses pathologiques
Rééducation du périnée
Consultation gynécologique
Autre(s) :

5. Recevez-vous en consultation des patientes adressées par la(es) sage(s)-femme(s) de la MSP ?

Souvent
Parfois
Rarement
Jamais

Thématique collaboration :

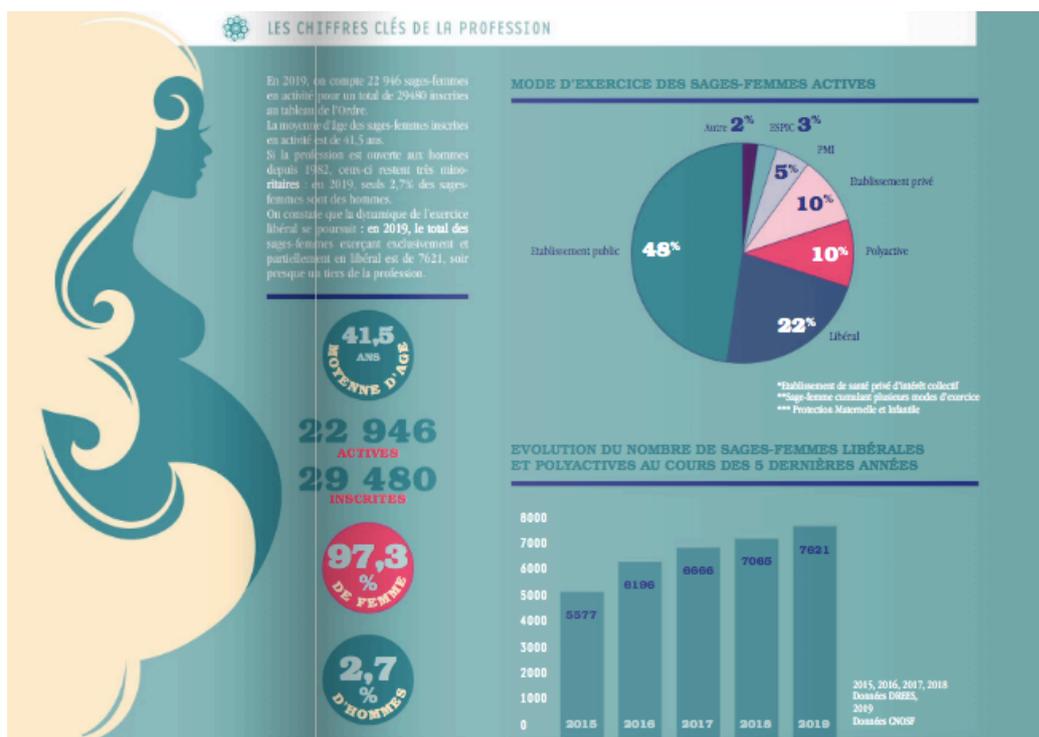
1. Quel(s) moyen(s) de communication utilisez-vous lors de vos échanges avec la sage-femme au sein de la MSP ?

Téléphone
Mail
SMS
Vive voix lors de réunion formelle
Vive voix lors de réunion informelle
Messagerie sécurisée
Dossier partagé
Messagerie interne
Autre(s) :

2. Vos dossiers sont-ils partagés avec la(es) sage(s)-femme(s) ?
- Oui
 - Non
 - En projet
3. Existe-t-il des protocoles pluriprofessionnels au sein de la MSP ?
- Oui
 - Non
 - En projet
4. Comment pourriez-vous qualifier la collaboration entre vous et le(s) médecin(s) généraliste(s) ?
- Très satisfaisante
 - Satisfaisant
 - Moyenne
 - Mauvaise
 - Médiocre
 - Collaboration inexistante
5. Selon vous, cette collaboration est dépendante : (classer) :
- Organisation de la MSP
 - Inter-personnalité
 - Inter-professionnalité
 - Autre(s) :
6. Cette collaboration vous paraît suffisante ?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
7. Existe-t-il des freins dans cette collaboration ?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
- Si oui, quels sont t'ils selon vous ?
8. Quelle serait, pour vous, les pistes d'une collaboration de meilleure qualité ?
9. Avez-vous d'autres remarques sur la collaboration entre vous et la sage-femme au sein de la MSP ?

Merci pour votre participation !

Annexe 4 : Présentation de la profession des sage-femme



Rapport d'activité 2019 de l'Ordre des Sages-Femmes

Annexe 5 : Matrice de maturité en soins primaires : HAS



Matrice de maturité en soins primaires

Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



Annexe 6 : Axe « Travail en équipe pluriprofessionnelle » de la matrice de maturité

Travail en équipe pluriprofessionnelle



► Réunion de concertation pluriprofessionnelle

- Des RCP sont organisées à une fréquence régulière, avec un ordre du jour communiqué à l'avance et suivies d'un compte-rendu diffusé à tous.
- Les réunions correspondent autant à des staffs sur des cas patients qu'à des réunions sur des sujets d'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles (protocoles pluripro...).
- Les modalités de représentation et d'expression de tous les professionnels concernés par les pathologies ou situations discutées sont définies.
- Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.
- Un suivi des décisions est organisé.

► Protocoles pluriprofessionnels

- Le choix des thèmes est explicité, en lien avec les besoins identifiés par l'équipe.
- Les protocoles sont élaborés (ou adaptés) et mis en oeuvre par l'ensemble des professionnels concernés.
- Les protocoles sont élaborés en s'appuyant sur les référentiels et données de la littérature scientifique.
- Une analyse de la mise en oeuvre de ces protocoles est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les protocoles sont régulièrement mis à jour.

► Coordination avec autres acteurs du territoire

- Un répertoire des ressources médicales et sociales du territoire est accessible.
- Des procédures communes avec les autres acteurs du territoire (professionnels, établissements, services sociaux, structures d'appui...) sont élaborées, adaptées.
- Une analyse de la mise en oeuvre de ces procédures est réalisée à l'aide d'indicateurs de pratique clinique.
- Les procédures sont régulièrement mises à jour.
- Les difficultés rencontrées sont partagées avec les acteurs du territoire.

► Dynamique d'équipe

- Les besoins, les attentes et la satisfaction de l'équipe sont régulièrement analysés.
- Les moyens nécessaires pour satisfaire les besoins de la population desservie sont analysés régulièrement et ceux manquants identifiés.
- Ces analyses débouchent sur un plan d'actions (recrutement, recherche, formation...).
- Des formations pluripro sont proposées à l'équipe.
- L'accueil et l'accompagnement des étudiants des professions présentes dans l'équipe sont organisés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la Santé Publique
Loi n°2009-879 relative aux compétences des sages-femmes.
c2011. [Consulté le : 07/06/2019]. Disponible sur :
www.legifrance.gouv.fr

2. L'Ordre des Sages-Femmes.
[consulté le 07/08/2019]. Disponible sur :
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

3. Code de la Santé publique.
Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
c07/2009. [Consulté le : 07/06/2019]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

4. Code de la Santé publique.
Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.
c2011. [consulté le : 07/06/2019]. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=85B10126359EDE9879487EA2%2047FAAE94.tpdjo12v_2?cidTexte=JORFTEXT000024686131&categorieLien=id

5. Code de la Santé publique.
Article L4130-1 portant sur les missions du médecin généraliste.
c07/2009. [Consulté le : 07/06/2019]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

6. Plan périnatalité.
Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
[Consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

7. Ordre des Sages-Femmes.
Sages-femmes inscrites 2017 par département/région - Secteur 1 au 01/01/2017.
c2017. [Consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur :
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Secteur-1.pdf>

8. Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs.
c03/2012. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>

9. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
Les sages- femmes : une profession en mutation.
c2016. [Consulté le : 22/08/2019]. Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sages-femmes_mai2016.pdf

10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Études et Résultats.
c02/2009, [Consulté le : 22/08/2019]. Disponible sur :
www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf

11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
Nouveau statiss2015-180316-derniere_version.pdf [Internet].
c2017. [Consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur :
Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/statiss2015_web.pdf

12. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
Pour une dénotions méthodologique des concepts d'accès aux soins et de déserts médicaux et de leurs interactions, déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer ?
c05/17. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>

13. Foster, L ; Pain G.
Travaux de recherche : Déserts médicaux en Franche-Comté
c05/2018. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
http://coordination-defensesante.org/wpcontent/uploads/2018/06/FOSTER_PAIN_deserts_medicaux-1.pdf

14. La collaboration interprofessionnelle.
c2017. [Consulté le 18/05/2020]. Disponible sur :
https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-de-position.pdf

15. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care.
c2017 [consulté le 18/05/2020]. Disponible sur :
<http://www.scielo.br>

16. Ministère des Solidarités et de la Santé.
Les maisons de santé.
c2018. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

17. Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté.
Évaluation conjointe des projets régionaux de santé 2012-2016 de Bourgogne et de Franche-Comté.
c01/2017. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/evaluation-des-projets-regionaux-de-sante-de-bourgogne-et-de-franche-comte>

18. Griffond V.
Contribution à une démarche de développement de la qualité des soins en Maison de Santé Pluridisciplinaire : étude qualitative au moyen d'indicateurs organisationnels et structurels.
Th : Med : Université (Besançon) ; 2010.

19. Ministère de Solidarité et de la Santé
Stratégie nationale 2018/2020.
c2018. [Consulté le : 30/08/2019] Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

20. Limoge V.
Place de la sage-femme dans les maisons de sante pluridisciplinaires : point de vue des sages-femmes en Rhône-Alpes. Étude qualitative a partir de douze entretiens semi-diriges.
Th : Med : université (Claude Bernard lyon1) ; 2018.

21. Courtemanche. B
L'exercice libéral des sages-femmes en Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP)
Etude qualitative auprès de neuf sages-femmes du Nord-Pas-de-Calais.
Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme ; 2015.

22. Bernardo. L
Identification des leviers et des freins dans la collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes dans leur exercice en maison de sante pluri professionnelle : enquête qualitative auprès des médecins généralistes en Franche-Comté et en pays de la Loire.
Diplôme d'Etat de docteur en médecine : Besancon ; 2017.
23. Bertrand L.
Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes.
Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme ; 2007.
24. Bergeron C, Vanwassenhove L.
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 ? France ; 2012.
25. Aubin-auger i, Mercier aet al.
Introduction à la recherche qualitative.
Exercer. 2008;84(19):142-5.
26. Code de la Santé Publique
Article R.4127-6 du code de la santé publique.
c2004. [Consulté le : 22/12/2020]. Disponible sur:
www.legifrance.gouv.fr
27. Richard C, Lussier MT.
La communication professionnelle en santé, ed. Montréal: ERPI; 2005.
28. Christel Beaucourt, Isabelle Kustos, Antoine Masingue, Laëtitia Roux.
La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions.
Gestion et management public 2014/2 (Volume 2/n°4), pages 61 à 79.

29. D'amour D, Sicotte C, Lévy R.
L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles, sciences sociales et sante,
vol 17, n° 3, 1999/09, pages 67-100, réf. 3p.
30. Henneman EA, Lee JL & Cohen JI.
Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1095 (21): pp. 103-1091995.
31. McPherson K, Headrick L, Moss F.
Working and learning together : Good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality Health Care* 2001;10 (Suppl II):ii46-53).
32. L'entretien comme méthode de recherche
[consulté le 26 mars 2016]. Disponible sur :
http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
33. Champeaux R, Dominault M.
Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres.
Diplôme d'État de docteur en médecine : Poitiers ; 2013.
34. Trossat F, Boissy C.
Partage de compétences dans la pratique gynécologique : opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique.
Diplôme d'État de docteur en médecine : Lyon ; 2017.
35. ANESF, ISNAR-IMG
Santé de la femme ; Contribution commune.
[consulté le 11 janvier 2020]. Disponible sur :
<http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Santé-de-la-femme-Contribution-commune-Anesf-ISNAR-IMG.pdf>

36. Goujon O, Boisdin G, Hermil J-L, Déchelotte P, Ladner J.
État des lieux de la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure.
Diplôme d'État de docteur en médecine : Rouen ; 2017.
37. Girardot Chareyron A, Jamil J.
Connaissance des compétences des sages- femmes libérales par les internes de médecin générale d'Ile de France.
Diplôme d'État de docteur en médecine : Paris ; 2015.
38. Berla C.
Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages- femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale : Étude qualitative dans le département de l'Hérault.
Diplôme d'État de docteur en médecine : Montpellier ; 2016.
39. Haute Autorité de Santé.
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.
[consulté le 11 janvier 2020]. Disponible sur :
https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes-recommandations_23-04-2008.pdf
40. Ministère de Solidarité et de la Santé.
Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie ; Lexique de A à Z
c2016. [Consulté le 15 janvier 2020]. Disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
41. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M.
Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR)
[consulté le 16 janvier 2020]. Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>

42. Haute Autorité de Santé.

Matrice de la Maturité.

[Consulté le 15 janvier 2020]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf

43. Fédération des structures d'Exercice Coordonnée en Hauts de France.

Choisir son système d'information partagés.

[Consulté le 15 janvier 2020]. Disponible sur :

<https://www.femas-hdf.fr/systeme-dinformation-partage>

44. Frédéric Darbellay.

Vers une théorie de l'interdisciplinarité? Entre unité et diversité.

Nouvelles perspectives en sciences sociales : revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles, vol. 7, n° 1, 2011, pp. 75-76.

Auteur : BARDENET Elise

Année : 2021

Titre du mémoire :

**ETAT DES LIEUX : SAGES-FEMMES ET MEDECINS GENERALISTES
EN MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES (MSP)**

Étude menée en Bourgogne Franche-Comté auprès de 46 sages-femmes
et médecins généralistes exerçant en MSP.

Résumé :

Objectifs de l'étude : L'objectif principal de l'étude était de réaliser un état des lieux de la collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes dans leur exercice en MSP. L'objectif secondaire était d'identifier certains éléments favorisant une collaboration de qualité.

Matériel et méthodes : une étude prospective, descriptive, quantitative par questionnaire a été menée auprès de sages-femmes et de médecins généralistes exerçant au sein d'une MSP en Bourgogne Franche-Comté du 04 Septembre au 04 Novembre 2020.

Résultats : La rééducation du périnée (70%), la préparation à l'accouchement (53%) et le suivi de grossesse (43%) sont les activités les plus souvent pratiquées par les sages-femmes. Les médecins réalisent le suivi de grossesse à 83%. Les dossiers partagés sont utilisés dans une structure sur deux et ils sont en projets dans 20% des MSP. Les protocoles pluriprofessionnels sont mis en place à 70% en moyenne. La collaboration est à 78% qualifiée de suffisante par les sages-femmes et 65% par les médecins généralistes.

Conclusion : L'exercice pluriprofessionnel en MSP est en plein essor. A travers cette étude, sages-femmes et médecins généralistes ont témoigné des difficultés relatives au sein de leur collaboration. Des axes d'amélioration ont été proposés : une connaissance des compétences de chacun, une communication plus efficiente et une formation initiale et continue plus conjointes... La matrice de maturité est au service des professionnels, facilitant l'exercice coordonné et permettant d'évaluer afin d'améliorer leur organisation dans l'intérêt des patientes.

Mots-clés : Sage-femme, Médecin Généraliste, Maison de Santé Pluridisciplinaire, Collaboration.