

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N° 186

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES DE MEDECINE GENERALE

par

*Lucile Clautour*

*née le 24 octobre 1982 à La Roche Sur Yon*

---

Présentée et soutenue publiquement le *10 septembre 2013*

---

**PARCOURS DE SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES  
RESIDANT EN ZONES SOUS-MEDICALISEES**

**Etude qualitative dans le Sud-Est de la Vendée**

---

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeurs de thèse : Docteur Jean-Paul CANÉVET

Co-directrice : Anne-Chantal HARDY

Membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

A Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ce jury

Qu'il trouve ici l'expression de mes sincères remerciements

A Madame Anne-Chantal HARDY,

Pour l'aide apportée à la réalisation de ce travail, ses conseils précieux pour se familiariser avec les techniques de l'enquête en sociologie

A Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET

Pour m'avoir confié et accompagnée lors de la réalisation de ce travail

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude

A Madame le Professeur Jacqueline LACAÏLLE,

A Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC,

Qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'être membres de ce jury,

Qu'elles trouvent ici l'expression de mes remerciements respectueux.

Je remercie chaleureusement :

Benoite CATIMEL pour nos échanges sur ce travail conjoint,

Les médecins généralistes du Sud-Est de la Vendée qui m'ont aidée à recruter les participantes à ce travail,

L'équipe de l'antenne locale du service de Protection Maternelle et Infantile pour leur éclairage sur la situation sociale des femmes enceintes du territoire étudié et leur contribution au recrutement de l'échantillon,

Monsieur le Docteur Hervé VIAROUGE et Monsieur Patrice HAURAY de la MSA de Vendée pour les informations apportées sur le contexte de l'offre de soins,

Madame Martine BELLET-ROUAUD pour son accueil au sein de son cabinet. Elle m'a permis de percevoir l'exercice des sages-femmes libérales.

Je remercie plus particulièrement les femmes qui ont participé à mon enquête, pour leur accueil à leur domicile, leur gentillesse, leur témoignage. Chaque rencontre a enrichi mon travail mais aussi ma pratique de médecin généraliste.

A mes parents, à mes frères,

A mes amis,

A ma famille,

Votre soutien, vos encouragements, vos conseils m'ont beaucoup touchée,

Avec toute mon affection,

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ARS : Agence Régionale de Santé

BTP : Bâtiment et Travaux Publics

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHO : Chômage

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EMP : Employé

GM : Gynécologue médical

GO : Gynécologue obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

NIV : Niveau de diplôme

ORES : Observatoire Régional Economique et Social

ORS : Observatoire Régional de Santé

PCS : Professions et Catégories Socioprofessionnelles

PI : Professions Intermédiaires

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SF : Sage-femme

SFAD : Sage-femme à domicile

SP : Sans Profession

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>A. <u>Le suivi de grossesse</u></b>	<b>8</b>
<b>B. <u>La démographie des professionnels assurant le suivi de grossesse</u></b>	<b>9</b>
1. <u>A l'échelle nationale</u>	9
2. <u>A l'échelle régionale des Pays de la Loire : des inégalités de répartition de l'offre de soins</u>	9
<b>C. <u>La problématique</u></b>	<b>13</b>
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b>	<b>14</b>
<b>A. <u>Le territoire étudié</u></b>	<b>14</b>
1. <u>Localisation géographique</u>	14
2. <u>Les caractéristiques sociodémographiques du territoire</u>	14
3. <u>L'accès aux soins, la démographie médicale</u>	15
<b>B. <u>L'enquête</u></b>	<b>18</b>
1. <u>Les objectifs de l'étude</u>	18
2. <u>Type d'étude</u>	18
3. <u>Construction du guide d'entretien</u>	18
4. <u>Constitution de l'échantillon</u>	19
5. <u>Recueil des données</u>	19
6. <u>Analyse des données</u>	20
<b>III. RESULTATS</b>	<b>21</b>
<b>A. <u>Les caractéristiques communes des parcours</u></b>	<b>21</b>
1. <u>Les parcours « imposés » d'Hélène, Stéphanie et Laura</u>	23
1. <u>Les parcours « contrariés » de Florence et d'Émilie</u>	27
2. <u>Les parcours « adaptés » de Virginie et Alice</u>	32
3. <u>Les parcours « spontanés » de Frédérique, Delphine, Julie, Charlène et Laetitia</u>	36
<b>B. <u>Des déterminants au suivi de grossesse</u></b>	<b>42</b>
1. <u>L'offre de soins</u>	42
2. <u>La parité</u>	45
3. <u>Le milieu d'origine</u>	45
4. <u>L'entourage</u>	46
5. <u>Le niveau socio-culturel</u>	47
6. <u>Les conditions de déroulement de la grossesse</u>	48
<b>C. <u>Des critères préférentiels pour faire suivre sa grossesse</u></b>	<b>49</b>
1. <u>La proximité</u>	49
2. <u>La compétence technique</u>	49
3. <u>Les qualités humaines des professionnels</u>	49
4. <u>La recherche d'une relation de confiance</u>	50

<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>51</b>
<b>A. <u>Sur la méthode de l'étude</u></b>	<b>51</b>
1. <u>Choix du lieu</u>	51
2. <u>Le type d'étude</u>	51
3. <u>Le recrutement de l'échantillon</u>	51
4. <u>Le recueil des entretiens</u>	52
5. <u>L'élaboration du guide d'entretien</u>	53
6. <u>Le traitement de l'information</u>	53
<b>B. <u>Sur les résultats</u></b>	<b>54</b>
1. <u>Des trajectoires de suivi de grossesse</u>	54
2. <u>L'offre de soins : une contrainte sur les trajectoires ou un espace de choix ?</u>	54
3. <u>D'autres déterminants</u>	55
4. <u>Des préférences affirmées</u>	58
5. <u>Les professionnels qui ont participé au suivi de grossesse : l'absence des médecins généralistes</u>	59
6. <u>Synthèse : comparaison des comportements avec un secteur sous-médicalisé en Loire-Atlantique</u>	66
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>69</b>
<b>VI. ANNEXE</b>	<b>70</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>71</b>

# **I. INTRODUCTION**

La grossesse est un événement naturel qui se déroule normalement pour la majorité des femmes enceintes (1). C'est afin de prévenir les risques de complications maternelles et périnatales que cette période de la vie des femmes est encadrée.

Ainsi, en France, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 article 101 du Code de la santé publique, stipule que toute femme enceinte doit bénéficier d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte des examens pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme(2).

## **A. Le suivi de grossesse**

Le rôle des professionnels assurant le suivi de grossesse est bien de déterminer, à chaque étape du suivi, si la grossesse présente un risque et dans ce cas d'orienter la femme vers un suivi spécialisé(3). Ainsi, l'HAS, en 2007, avait émis des recommandations pour le suivi des sept premiers mois d'une grossesse sans risque ou à faible niveau de risque : les consultations peuvent être assurées par un médecin (médecin généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) ou une sage-femme selon le choix de la femme(3).

Il faut également tenir compte des apports du plan périnatalité 2005-2007, expression d'un compromis entre les attentes des usagers et celles des professionnels : humanité et sécurité. En effet, le principe d'humanisation de la naissance venait en premier plan pour affirmer le souhait de recentrer la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur la femme, son couple et l'enfant(4).

Ainsi, si les consultations du huitième et du neuvième mois doivent être assurées par un gynécologue-obstétricien ou une sage femme exerçant dans la maternité d'accouchement de la future mère, il semble bien alors que les femmes enceintes aient un véritable choix à faire quant au professionnel auquel elles confient le suivi des sept premiers mois de leur grossesse. Elles se trouvent alors à l'initiative de leur parcours de suivi de grossesse.

Si les femmes ont le choix du professionnel de santé, il convient de savoir qui suit majoritairement les grossesses en France.

Lors de l'enquête nationale périnatale de 2010, les femmes avaient déclaré que la principale personne consultée pour leur suivi de grossesse était le gynécologue-obstétricien (en maternité ou en secteur libéral) pour 66,8% d'entre elles, puis la sage-femme pour 11,7% et le médecin généraliste pour 4,7%(5). Cette enquête rapportait néanmoins une participation croissante des médecins généralistes et des sages-femmes, libérales ou salariées, en tant que professionnels privilégiés pour le suivi des grossesses à bas risque depuis la précédente enquête en 2003. Ces résultats supposent un accès égal à chacun de ces professionnels. Cependant il existe bien des disparités en matière d'offre de soins sur le territoire.

## **B. La démographie des professionnels assurant le suivi de grossesse**

### **1. A l'échelle nationale**

La densité médicale est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins à la population d'un territoire donné. Elle s'exprime en nombre de médecins pour 100000 habitants(6). En France, en 2012, la densité de médecins généralistes est de 139,9 pour 100000 habitants(7). La densité des spécialistes en gynécologie médicale pour 100000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 26 et la densité médicale de gynécologues-obstétriciens est de 28 (8).

La densité des sages-femmes sur le territoire national en 2012 est de 130 pour 100000 femmes âgées de 15 à 49 ans(8).

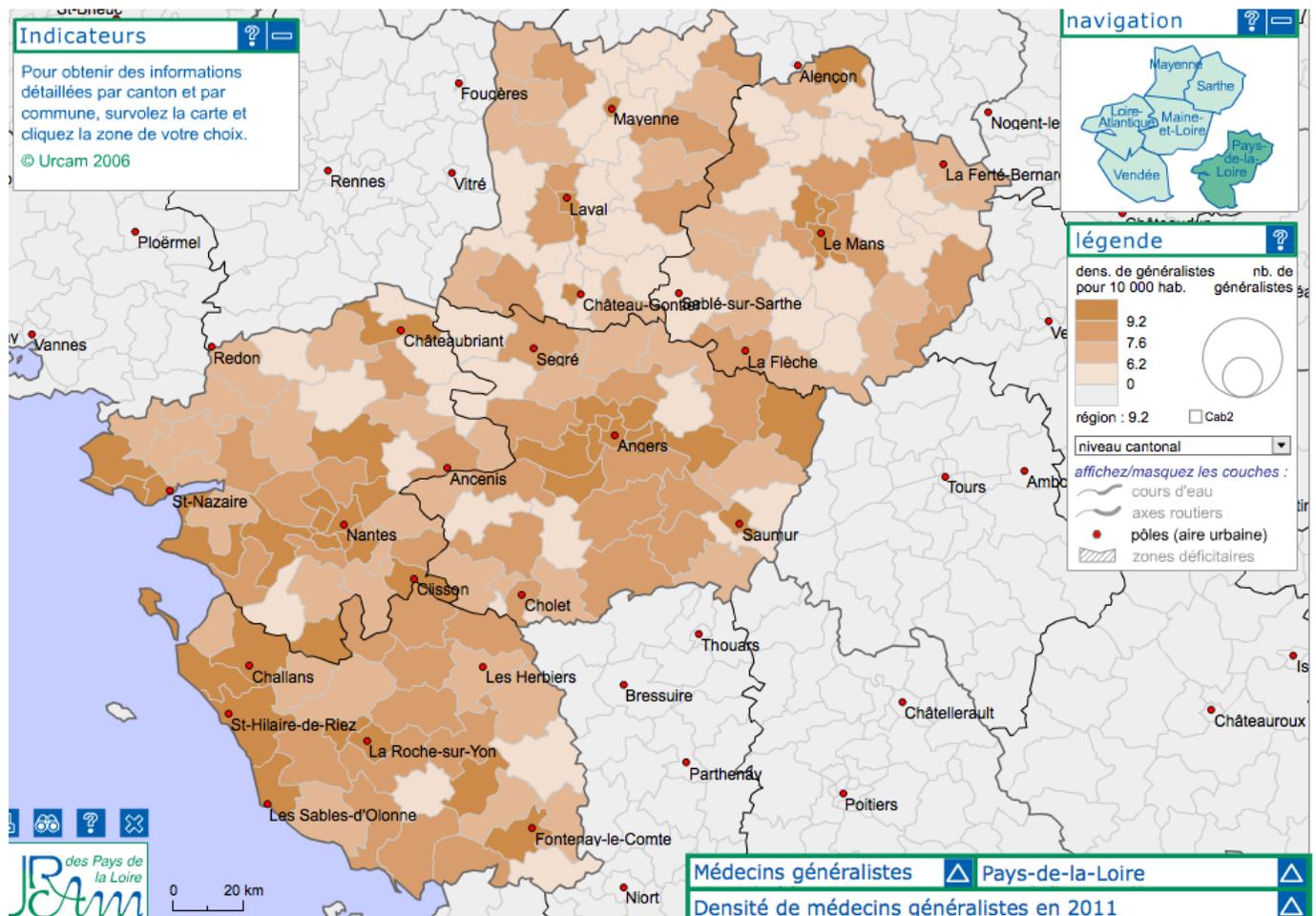
Cependant il existe des disparités régionales puisque la région des Pays de la Loire présente des densités médicales inférieures à la moyenne nationale en ce qui concerne la médecine générale et les spécialités assurant le suivi de grossesse (8). La densité de sages-femmes au niveau régional se situe dans la moyenne nationale avec un fort taux d'exercice en secteur libéral (8).

### **2. A l'échelle régionale des Pays de la Loire : des inégalités de répartition de l'offre de soins**

Des inégalités étaient ressenties au niveau régional en ce qui concernait l'offre de soins de premier recours.

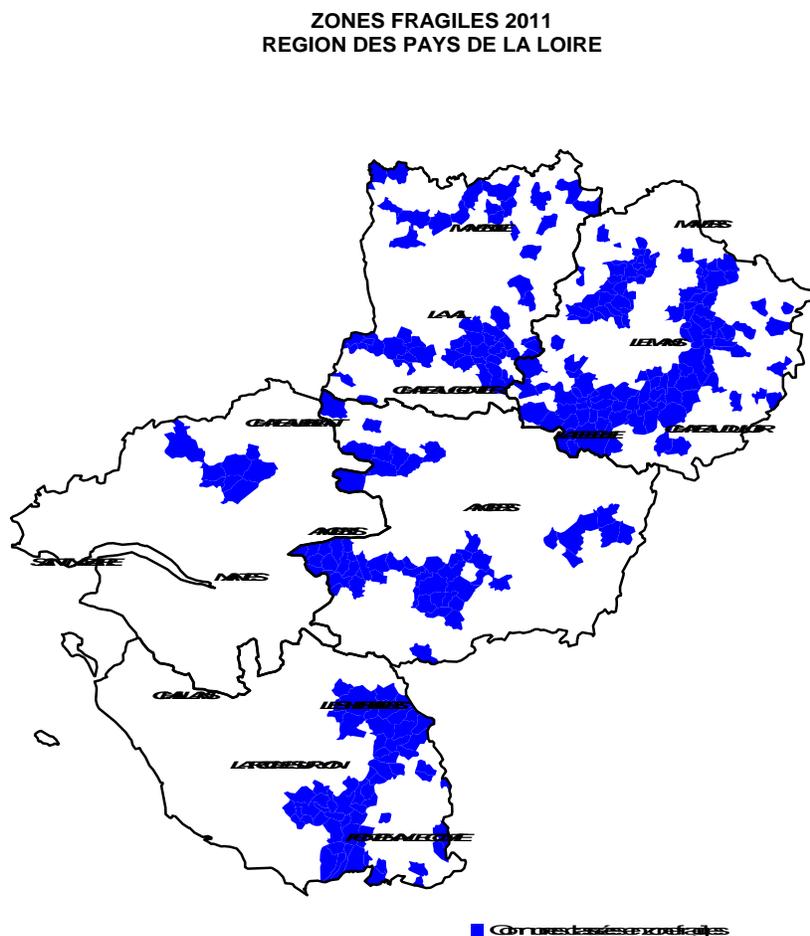
En effet, des cantons étaient moins dotés en médecins généralistes sur le territoire avec une densité de médecins généralistes inférieure à 6 pour 10000 habitants. Cela concernait notamment le Sud-Est du département de la Vendée et le Nord de la Loire-Atlantique(9).

Carte issue de Cartosanté (ARS) représentant la densité des médecins généralistes à l'échelle cantonale dans la région des Pays de la Loire



Ainsi, les agences régionales de santé, dans le cadre du projet régional de santé destiné à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé, avaient considéré des territoires pertinents pour l'organisation des soins et défini un zonage à l'échelle des communautés de communes (10). Ce découpage en « zones fragiles » prenait alors en compte la faible densité médicale en médecins généralistes et l'âge élevé de ces médecins. L'Est du département de la Vendée et le Nord de la Loire-Atlantique étaient concernés.

Carte représentant les communes classées en « zones fragiles » par l'ARS des Pays de la Loire

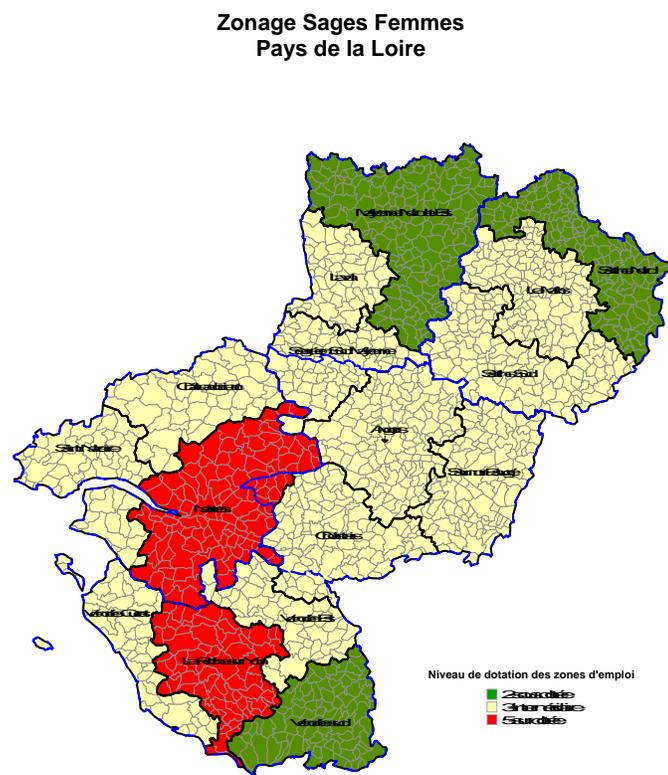


ARS des Pays de la Loire (date 03/2011)

De plus, la région des Pays de la Loire avait, au premier janvier 2012, une densité de médecins spécialisés en gynécologie-obstétrique bien inférieure à la moyenne nationale : de 12% en ce qui concernait les gynécologues-obstétriciens et de 36% pour les gynécologues médicaux (8).

Enfin, si la profession de sage-femme était bien représentée dans la région des Pays de la Loire par rapport au niveau national, celles-ci étaient inégalement réparties sur le territoire puisque le Sud-Est de la Vendée et le Nord de la Mayenne et de la Sarthe étaient sous-dotés.

Carte des Pays de la Loire représentant les niveaux de dotation des sages-femmes par zone d'emploi



### **C. La problématique**

La région des Pays de la Loire est la plus féconde de France avec plus de 45000 naissances par an (9), mais est sous-dotée en professionnels assurant le suivi de grossesse. De plus, ceux-ci sont inégalement répartis sur le territoire.

Ainsi, prenant en considération ces zones sous-médicalisées, quel était alors le parcours des femmes enceintes y résidant pour leur suivi de grossesse et comment se construisait-il ? Les femmes enceintes avaient-elles un espace de choix quant au professionnel à qui elles allaient confier leur suivi de grossesse ? L'offre de soins exerçait-elle alors une contrainte sur l'élaboration de ce parcours ?

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **A. Le territoire étudié**

#### **1. Localisation géographique**

Le sujet de l'enquête avait concerné les territoires sous-médicalisés du département de la Vendée. Les communautés de communes du Sud-Est du département, définies comme « fragiles » par le zonage de l'ARS et les cantons de plus faible densité médicale (inférieure à 6 pour 10000 habitants) référencés sur Cartosanté avaient constitué le terrain de l'enquête.

#### **2. Les caractéristiques sociodémographiques du territoire**

##### **a. Population : un taux de natalité élevé**

La région des Pays de La Loire, avec un taux de natalité de 12,8 pour 1000 habitants en 2009, était la région la plus féconde de France(8).

Au sein du territoire étudié, le taux de natalité variait selon les communautés de communes de 10,5 à 15,9, reflétant le taux régional (8).

##### **b. L'économie**

Le Sud-Est de la Vendée était un territoire rural où les emplois étaient rares et peu diversifiés(11). Les principaux secteurs d'emploi étaient les fonctions de fabrication et le secteur du BTP (11).

Le taux de chômage était important et touchait particulièrement les femmes. De plus, parmi les femmes en activité, une part importante subissait un emploi à temps partiel (11).

La population active était mobile, le taux de mobiles par commune se situait entre 70 et 80%, les emplois restant concentrés dans les pôles urbains de la région (12). La distance médiane du trajet pour se rendre sur son lieu de travail était supérieure à 10 kilomètres en 2006(12).

Enfin, la population du Sud-Est de la Vendée était caractérisée par une part importante des ménages à bas revenus et bénéficiaires de prestations sociales (11).

### **3. L'accès aux soins, la démographie médicale**

Le suivi de grossesse concernait plusieurs catégories de professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux et sages-femmes. Il convenait alors de connaître leur répartition sur le territoire étudié.

#### **a. La médecine générale, les soins de premier recours**

Le calcul de la moyenne de la densité des médecins généralistes sur le territoire étudié, d'après les données Cartosanté de l'ARS en 2011, retrouvait un chiffre de 7,7 médecins pour 10000 habitants, inférieur à la moyenne départementale (9). Cependant, plus de la moitié des médecins généralistes du territoire était âgée de plus de 55 ans (13). Si certains de ces territoires étaient déjà confrontés à une sous-médicalisation d'autres étaient à risque de voir diminuer leur offre de soins.

#### **b. L'organisation de l'offre de soins obstétricale**

- Les maternités

Les femmes résidant dans le Sud-Est de la Vendée avaient accès à trois pôles pour leur accouchement. Afin de préserver l'anonymat des enquêtées, les noms de ces trois villes avaient été modifiés :

- Grandeville :

L'hôpital et la clinique adjacente constituaient un pôle de santé.

L'hôpital disposait d'une maternité de niveau I. Trois gynécologues-obstétriciens y exerçaient.

Le bassin de recrutement intéressait les communes du Sud et de l'Est du territoire étudié.

- Aggloville :

Le Centre Hospitalier Départemental possédait une maternité de niveau II.

Il y existait une clinique privée disposant d'une maternité de niveau I.

Le bassin de recrutement concernait les communes de l'Ouest du territoire étudié

- Horsville :

Située dans le département voisin, le bassin de recrutement intéressait les femmes des communes du Sud-Est du territoire étudié.

Le Centre Hospitalier Départemental possédait une maternité de niveau II

Il y existait également une clinique privée disposant d'une maternité de niveau I

Leurs grossesses pouvaient être suivies dans chacune de ces maternités.

- Le suivi de la grossesse

Il existait également deux hôpitaux locaux au sein desquels les femmes pouvaient faire suivre leur grossesse :

- L'hôpital local ou centre périnatal de proximité (CPP) de Proxiville où les femmes pouvaient bénéficier des consultations de suivi mensuelles par une sage-femme jusqu'au septième mois et d'un suivi échographique par un gynécologue-obstétricien.

- L'hôpital local de Proxicommune où les femmes pouvaient bénéficier de consultations de suivi mensuelles et de la préparation à l'accouchement par une sage-femme. Elles n'avaient pas la possibilité d'y faire réaliser leurs échographies.

En ce qui concernait le secteur libéral, un gynécologue médical exerçait à Proxiville et les sages-femmes étaient peu représentées dans le Sud-Est de la Vendée. En effet, sur la période de réalisation de l'enquête, il existait un cabinet de deux sages-femmes à Proxiville, partageant leur temps de travail avec un autre cabinet du Sud du département, une sage-femme à Centrecommune et une autre à Sudvillage. Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes recensait également cinq autres sages-femmes dans le Sud-Est du département(14).

De plus, sur le territoire étudié, il n'existait pas de cabinet de radiologie de proximité réalisant les échographies obstétricales.

Enfin, une sage-femme du service de la PMI, basée à Grandeville, supervisait les suivis de grossesse « à difficultés » pour le secteur du Sud-Est de la Vendée.

Tableau récapitulatif des dispositifs spécialisés dans le suivi de grossesse sur le territoire étudié

Villes	Caractéristiques sociales	Dispositifs spécialisés dans le suivi de la grossesse	
		Secteur public	Secteur libéral
<b>Aggloville</b>	52000	CHD (niveau II)	Clinique (niveau I)/ Cabinet de radiologie/ Gynécologues/ Sages-femmes
<b>Horsville</b>	56000	CHD (niveau II)	Clinique (niveau I)/Cabinet de radiologie/ Gynécologues/Sages-femmes
<b>Grandeville</b>	14000	Centre hospitalier (niveau I) PMI	2 Sages-femmes
<b>Proxiville</b>	9000	CPP	Gynécologue médical/ 3 Sages-femmes
<b>Proxicommune</b>	2000	Hôpital local	0
<b>Centrecommune</b>	3000	0	1 Sage-femme
<b>Sudvillage</b>	1000	0	1 Sage-femme

Abréviations :

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CPP : Centre Périnatal de Proximité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

## **B. L'enquête**

### **1. Les objectifs de l'étude**

L'objectif du travail était de comprendre le parcours de soins des femmes enceintes pour leur suivi de grossesse en zone sous-médicalisée.

En étudiant leur suivi de grossesse, l'étude visait à savoir sur quels éléments les femmes enceintes s'étaient appuyées pour élaborer leur parcours. Celui-ci avait-il été choisi librement ou y avait-il eu des contraintes ? Existait-il des déterminants au parcours de suivi de grossesse ? L'intérêt s'était porté également sur l'évaluation du degré de satisfaction des femmes enceintes, afin de savoir quelles stratégies elles pourraient mettre en place si elles devaient élaborer de nouveau un parcours de suivi de grossesse.

### **2. Type d'étude**

Le travail a été réalisé sous forme d'enquête qualitative car l'objectif était de comprendre et non pas de décrire le parcours du suivi de grossesse en zone sous-médicalisée. La technique de l'entretien semi-directif a été utilisée pour tenter de laisser libre cours à un discours spontané et recueillir les représentations et opinions individuelles des femmes enceintes face à leur suivi de grossesse dans le contexte de sous médicalisation (15).

### **3. Construction du guide d'entretien**

Les thèmes à aborder ont été fixés à l'avance dans un guide d'entretien afin de rester dans le cadre de l'enquête, mais l'ordre de présentation a été laissé libre, faisant éventuellement l'objet de relances au fil du discours des interviewées. En effet, l'interviewer avait laissé celles-ci discourir le plus possible afin qu'elles puissent lui exposer leur propre logique.

Les thèmes abordés dans le guide d'entretien étaient :

- Le suivi de grossesse
- L'accouchement
- Les connaissances sur la grossesse
- La satisfaction sur le suivi de grossesse

- Le suivi médical et gynécologique
- Le contexte socio-professionnel
- Le bassin de vie
- Réflexions sur la sous-médicalisation
- Réflexion sur le suivi d'une prochaine grossesse

#### **4. Constitution de l'échantillon**

L'enquête a donc intéressé les femmes enceintes ou ayant accouché depuis le début de l'année 2012 et résidant en zone sous-médicalisée. Sous le terme sous-médicalisé, étaient regroupées les zones fragiles définies par l'ARS et les cantons dont la densité médicale est inférieure à 6 médecins généralistes pour 10000 habitants.

Chacune des femmes interviewées a participé volontairement à l'enquête. Elles ont été recrutées par l'intermédiaire de médecins généralistes exerçant en zones fragiles ou dans les cantons de faible densité médicale, contactés par téléphone ou rencontrés à leur cabinet, ou par la sage-femme de la PMI de Grandeville. L'objectif de l'enquête leur avait été exposé, et, ceux-ci, en se faisant le relais auprès de leurs patientes concernées, ont fourni à l'enquêteur, les coordonnées des femmes volontaires.

#### **5. Recueil des données**

Les entretiens ont été réalisés sur une période de quatre mois de mai à août 2012. Chacune des femmes ayant accepté de participer à l'enquête a d'abord été contactée par téléphone afin de se voir expliquer l'objectif et les modalités du travail, puis un rendez-vous à son domicile a été fixé à un moment de la journée qui lui convenait pour la réalisation de l'entretien.

A l'arrivée à leur domicile, l'enquêteur a réexpliqué l'objectif ainsi que le déroulement de l'entretien. Il avait également été précisé à chaque femme que sa participation resterait anonyme. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes, le plus court : 21 minutes et le plus long : 1 heure et 17 minutes.

## **6. Analyse des données**

Chaque entretien a été retranscrit intégralement de manière littérale. Les noms et lieux cités ont été anonymisés en se référant à la méthode décrite par Emmanuelle Zolesio(16).Lors des citations, l'abréviation des prénoms a été utilisée, et l'intervention de l'enquêteur a été signalée par la lettre I.

Chaque entretien a été relu afin de dégager les articulations du discours puis d'en établir des phases chronologiques dans le suivi de grossesse. Les différentes phases des entretiens ont alors été mises en parallèle.

### **III. RESULTATS**

#### **A. Les caractéristiques communes des parcours**

La comparaison des phases de chaque parcours de suivi de grossesse a permis de les regrouper et de les classer en fonction de leurs caractéristiques communes. Une typologie des parcours a alors été établie.

- Les parcours imposés : ces femmes ont vu leur parcours s'imposer à elles pour des raisons qu'elles n'ont pu maîtriser. D'autres, en l'occurrence des professionnels de santé, sont intervenus pour décider de leur parcours à leur place.
- Les parcours contrariés : ces femmes avaient un projet de suivi initial, mais celui-ci s'est vu contrarié dans le contexte de l'offre de soins. Elles ont alors fait appel à leurs ressources pour élaborer leur parcours.
- Les parcours adaptés : ces femmes ont cherché à faire suivre leur grossesse en mobilisant des critères de praticité en fonction de l'offre de soins.
- Les parcours spontanés : ces femmes avaient une bonne connaissance de l'offre de soins locale, elles l'avaient intégrée et s'étaient dirigées spontanément vers tel professionnel ou institution pour leur suivi de grossesse sans chercher à confronter les possibilités qui s'offraient à elles.

Tableau représentant les caractéristiques des femmes interviewées et le type de leur parcours de suivi de grossesse

N°	Prénom	Age	Parité	Age de la première grossesse	Secteur géographique	NIV	PCS	Suivi de la grossesse					Accouchement		Suivi gynécologique	Type de parcours
								Secteur de suivi	Suivi mensuel	Echographies	Autre(s) professionnel(s) consulté(s)	Risque de la grossesse	Lieu	Secteur		
1	Hélène	26	3	20	GV	NR	SP	PUBLIC	SF/GO	GO	SF PMI	2	GV	PUBLIC	GO	imposé
2	Stéphanie	21	2	18	PV	NR	CHO	PUBLIC	SF	GO	MG/SF PMI	1	AV	PUBLIC	MG	imposé
3	Laura	27	1	27	PV	II	PI	PUBLIC	GO	GO	MG/SFAD	3	AV	PUBLIC	NR	imposé
4	Florence	32	2	29	GV	II	PI	PUBLIC	GO	GO	MT/MG/Radiologue/autre GO/SF	1	HV	PUBLIC	MG	contrarié
5	Émilie	30	1	30	PV	II	PI	PRIVÉ/LIBÉRAL	SF	SF	GM/MT	1	AV	PUBLIC	GM	contrarié
6	Virginie	33	2	29	GV	V	EMP	PUBLIC	PLUS	GO	MG	2	GV	PUBLIC	GO	adapté
7	Alice	NR	2	NR	GV	III	EMP	PUBLIC	PLUS	GO	Endocrinologue	2	GV	PUBLIC	GO	adapté
8	Frédérique	29	2	25	PV	III	PI	PUBLIC	SF	GO	Psychologue/MT	1	AV	PUBLIC	GO	spontané
9	Delphine	28	3	24	PV	III	PI	PRIVÉ/LIBÉRAL	SF	SF	0	1	AV	PUBLIC	MG	spontané
10	Julie	21	2	17	GV	V bis	CHO	PUBLIC	SF	SF/GO	SF PMI	1	GV	PUBLIC	GO	spontané
11	Charlène	23	1	23	PV	NR	EMP	PRIVÉ/LIBÉRAL	GM	GO	MT	1	AV	PUBLIC	MG	spontané
12	Laetitia	NR	1	NR	GV	V	EMP	PUBLIC	SF	GO	MG	1	GV	PUBLIC	MG	spontané

Abréviations :

NIV : niveau de diplôme, PCS : professions et catégories socioprofessionnelles : SP : sans profession, CHO : chômage, PI : professions intermédiaires, EMP : employée

Professionnels : MT : médecin traitant, MG : médecin généraliste (différent du médecin traitant), GM : gynécologue médical, GO : gynécologue obstétricien, SF : sage-femme, SFAD : sage-femme à domicile, PMI : protection maternelle et infantile, PLUS : une sage-femme différente à chaque consultation de suivi mensuel

Lieux : GV : Grandeville, PV : Proxiville, AV : Aggloville, HV : Horsville

Risque de la grossesse : 1 risque faible, 2 : risque intermédiaire, 3 risque élevé

NR : non renseigné

## **1. Les parcours « imposés » d'Hélène, Stéphanie et Laura**

Ces trois femmes avaient vu leur parcours de suivi de grossesse s'imposer à elles à cause de risques pour le déroulement de leur grossesse.

### **a. Résumé des parcours de suivi de grossesse**

Hélène (H) était multipare. Il s'agissait de sa troisième grossesse encore en cours lors de l'entretien. Celle-ci n'était pas désirée car survenue sous contraception. Lorsque cela avait été découvert, Hélène avait envisagé d'avorter mais il était trop tard. Elle avait été suivie à la maternité de l'hôpital de Grandeville conjointement par une sage-femme et un gynécologue.

Stéphanie (S) avait été suivie par une sage-femme du CPP, au sein de l'hôpital local de Proxiville, et avait fait réaliser ses échographies par le gynécologue du même centre. Elle avait prévu d'accoucher à la maternité de l'hôpital d'Aggloville. Il s'agissait de sa deuxième grossesse.

Les grossesses d'Hélène et de Stéphanie avaient également été suivies par la sage-femme de la PMI de Grandeville.

Laura (Lr) était primipare. Elle avait présenté au début de sa grossesse une pathologie kystique ovarienne qui avait nécessité une intervention chirurgicale à l'hôpital d'Aggloville. Elle y avait ensuite été suivie et y avait accouché.

### **b. L'existence d'un risque pour le déroulement de la grossesse**

Les grossesses de ces trois femmes avaient présenté un risque pour leur bon déroulement.

- Un risque social

Deux des trois femmes étaient en situation de précarité en matière d'emploi. De plus, leurs faibles niveaux socio-culturels, leur jeune âge lors de l'entrée dans la maternité, et leur relative dépendance à leur

entourage avaient également représenté un risque pour leur grossesse. Enfin, la survenue, non désirée, de cette grossesse avait placé, de surcroît, l'une d'elles en situation de vulnérabilité.

- Un risque médical

En ce qui concernait la troisième, il s'agissait d'un risque médical. Dès le début, sa grossesse avait été marquée par l'apparition d'une complication : un kyste ovarien qui avait dû être opéré à trois mois de grossesse. Cela avait ensuite conditionné le suivi : suite à l'ablation de ce kyste, sa grossesse avait été considérée à risque, elle avait donc eu un suivi spécialisé par un gynécologue du Centre Hospitalier Départemental.

**c. Le rôle des professionnels de santé dans le suivi de grossesse : un rapport autoritaire dans la relation à la femme enceinte.**

Un rapport de supériorité des professionnels de santé dans la relation à la femme enceinte avait été perçu. Cela s'était manifesté de différentes façons.

- L'institutionnalisation du suivi

Chacune des trois femmes avait évoqué dans sa prise en charge le rapport à une structure de soins plutôt qu'à un professionnel. À travers l'asymétrie de ce rapport femme enceinte-structure, transparaissait une certaine déshumanisation du suivi de grossesse.

Lors de l'existence d'un risque d'ordre médical cela semblait imposé par une procédure à suivre :  
« Lr : Et donc ensuite le suivi a été fait à l'hôpital (...) Parce que du coup c'était une grossesse plus ou moins à risque » (I16-17).

Lorsque le risque avait été d'ordre social, les grossesses avaient été dirigées vers le secteur public :

« S : Ben... Là, en fait, il y a la sage-femme de la PMI qui vient là, en fait, qui m'en avait parlé en fait. Et elle m'a dit, ben c'est mieux, ben, que si votre médecin ne fait pas les prises de sang, c'est mieux d'aller voir une sage-femme. Du coup je suis allée voir une sage-femme à l'hôpital, et du coup, ben là je fais mes prises de sang... » (I156 à 159).

« H : Ben avant j'étais à Proxiville. (...)Mais après ils m'ont envoyée sur Grandeville... à partir du septième mois, ils m'ont envoyée là-bas. Et après, ben j'ai toujours été suivie à Grandeville. » (I247 à 252).

- Un parcours prédéterminé : l'impossibilité de le contourner

Ainsi, comme illustré précédemment, aucune des trois femmes n'avait pu échapper à son parcours de suivi de grossesse.

Hélène, multipare, avait l'expérience de ses deux précédentes grossesses, vécues dans des conditions similaires. Elle savait ce qui l'attendait pour cette troisième grossesse. Elle s'était donc dirigée d'emblée vers la maternité de Grandeville.

Stéphanie avait pour projet de se faire suivre par son médecin traitant et d'accoucher à domicile pour sa deuxième grossesse, cependant, l'intervention de la sage-femme de la PMI lui avait fait modifier son parcours.

Laura qui mesurait le risque lié à sa grossesse avait accepté son parcours sans le remettre en question :

*« Lr : donc du coup j'ai pas eu à pousser ma réflexion jusqu'à la fin parce que... J'ai eu des soucis, donc... » (188-89).*

- Des grossesses sous contrôle de l'autorité des professionnels de santé

- L'existence de professionnels référents

Chacune des trois femmes avait eu un professionnel référent pour sa grossesse même si leur suivi avait eu lieu au sein d'une institution.

Deux d'entre elles avaient consulté la même sage-femme mensuellement, et le même gynécologue-obstétricien pour leurs échographies.

La dernière avait été suivie par un seul gynécologue-obstétricien.

- Le rôle particulier de la sage-femme de la PMI

De plus, les femmes, dont les conditions de déroulement de leur grossesse avaient constitué un risque social, avaient également été suivies par la sage-femme de la PMI. À travers son implication, son intervention non sollicitée, celles-ci avaient perçu une certaine forme de surveillance.

*« H : Ben, elle a appris comme ça que j'étais enceinte (...) donc elle vient surveiller ma grossesse en plus... des autres... » (1199-200).*

*« S : Là, en fait, il y a la sage-femme de la PMI qui vient là, en fait » (1156).*

- L'absence d'implication dans le suivi

Ces trois femmes n'avaient pas montré de réelle participation lors de l'élaboration de leur parcours de suivi de grossesse ni au cours du suivi.

En témoignait la forme passive utilisée pour rapporter leur suivi de grossesse :

« *H : Euh oui. Oui. Ben...oui. Oui, oui. J'étais bien suivie. Oui, oui.* » (1902).

« *Lr : enfin, il fallait que je sois suivie par le gynécologue et pas par les sages-femmes à cause de l'opération* » (141 à 43).

Si les femmes n'avaient pas semblé impliquées dans leur suivi de grossesse, cela tenait en partie à la pauvreté de leur relation aux professionnels de santé.

En effet, ceux-ci avaient rarement été cités par leur nom, mais plutôt par leur fonction : « *H : le gynécologue et une sage-femme* » (1742), « *S : la sage-femme de la PMI* » (1562), « *Lr : le gynécologue* » (1300). Les pronoms possessifs n'avaient pas non plus été utilisés.

De plus, deux d'entre elles avaient rapporté un échange limité lors des consultations :

« *S : Il passe juste les échos et il dit que ça, en fait. Il parle pas après* ». (129).

« *Lr : Parce que finalement, c'est vrai que là donc c'était une première grossesse, j'avais beaucoup d'interrogations et des fois la consultation était très rapide, j'avais même pas le temps de penser à tout ce que je voulais demander. Donc ça c'est un peu frustrant quand même...* » (1265 à 268).

Il apparaissait alors, à travers les récits de ces femmes, que cela tenait à l'attitude des professionnels de santé. En privilégiant l'abord technique du suivi de grossesse, ceux-ci en avaient occulté l'aspect humain et avaient empêché ces femmes de s'investir dans leur suivi de grossesse.

#### **d. La difficile adhésion au suivi : le niveau socio-culturel**

Le faible niveau socio-culturel de certaines d'entre elles ne leur avait pas permis d'avoir les ressources pour critiquer leur suivi notamment sur l'aspect humain. En effet, celles-ci avaient tenté de s'approprier leur prise en charge sur le plan technique :

« *H : Je lis, je regarde mes prises de sang souvent, je regarde tout. Pour comparer tous les mois...comment ça se passe... faut pas être trop... trop bas, trop haut, faut être dans la limite bien ! Oui !* » (1992 à 994).

Cela avait parfois été difficile et il avait fallu accepter de s'en remettre totalement aux professionnels en leur conférant même la possibilité de maîtriser la date de leur accouchement :

« S : Ben, oui, ça m'inquiète, parce que si il faut que j'accouche au mois d'août, qu'ils me disent. » (1294-295).

En ce qui concernait Laura, son niveau socio-culturel élevé lui avait permis de comprendre l'enjeu d'un tel suivi mais aussi de le remettre en question, a posteriori :

« Lr : enfin, il fallait que je sois suivie par le gynécologue et pas par les sages-femmes à cause de l'opération, mais, voilà il n'y avait pas vraiment de problème » (141 à 43).

D'autres rencontres, notamment lors de la préparation à l'accouchement, lui avaient fait prendre conscience de la possibilité d'un suivi de grossesse bien différent, plus proche de ses aspirations :

« Lr : « Oui, oui, quand même. Parce que du coup, c'est deux approches différentes avec le gynécologue, c'est vraiment très médicalisé, alors qu'avec la sage-femme c'est plus... côté naturel, physiologique... » (1300 à 302).

#### e. Synthèse

À cause de l'existence d'un risque, ces femmes avaient dû s'oublier au profit de leur grossesse. Elles avaient accepté de remettre leur suivi de grossesse à l'autorité d'un tiers, professionnel de santé. La relation avait alors été inégale et, à travers leurs trois discours, l'emprise de la technique au détriment de la qualité relationnelle avait été manifeste.

#### 1. Les parcours « contrariés » de Florence et d'Émilie

Ces deux femmes n'avaient pu réaliser leur projet initial de suivi de grossesse et avaient dû mettre en place un suivi différent.

##### a. Résumé des deux parcours de suivi de grossesse

Florence (Fl) avait pour projet de faire suivre sa grossesse par son médecin traitant, cependant cela n'avait pas été possible à cause de l'indisponibilité de celui-ci. Son parcours s'était ensuite avéré compliqué. Elle avait consulté, dans l'ordre : un interne des urgences gynécologiques de l'hôpital de Horsville, le remplaçant de son médecin traitant, un gynécologue de l'hôpital de Grandville, la gynécologue de l'hôpital de Horsville qui avait suivi sa grossesse, son médecin traitant, une autre

gynécologue de l'hôpital de Horsville et un médecin généraliste homéopathe avant de revoir la gynécologue de l'hôpital de Horsville qui finalement avait accepté de suivre sa grossesse.

Émilie avait voulu faire suivre sa grossesse par sa gynécologue habituelle qui exerçait à l'hôpital d'Aggloville, cependant cela lui avait été refusé. Elle s'était ensuite tournée vers son ancien médecin traitant puis vers son nouveau médecin généraliste qui avaient tous deux refusé. Elle avait finalement bénéficié d'un suivi de grossesse auprès d'une sage-femme libérale.

Elle avait également eu des difficultés à faire réaliser ses échographies : elle souhaitait consulter à l'hôpital d'Aggloville, en vain. Elle s'était dirigée vers un gynécologue obstétricien qui exerçait au sein de l'hôpital local, plus proche de chez elle, à Proxiville, cependant celui-ci n'était pas disponible. Elle avait finalement réalisé ses échographies au cabinet d'une sage-femme libérale à Aggloville.

#### **b. Un parcours compliqué**

La complexité des parcours de ces deux femmes était manifeste à travers la multitude des professionnels de santé rencontrés avant de trouver le professionnel qui avait accepté de suivre leur grossesse.

Pour l'une d'elles, cela avait pu être accentué par l'apparition de pathologies sans gravité mais angoissantes au début de sa grossesse.

#### **c. Un projet de suivi de grossesse impossible à réaliser**

Chacune de ces deux femmes avait eu un projet pour leur suivi de grossesse auprès d'un professionnel de santé connu d'elles-mêmes : pour l'une il s'agissait de son médecin traitant, pour l'autre, de son gynécologue habituel.

- La confrontation à la réalité de l'offre de soins

Toutes deux n'avaient pu voir leur projet se réaliser en raison du contexte de l'offre de soins.

- L'indisponibilité de certains professionnels

Chacune d'entre elles avait été confrontée à l'indisponibilité de certains professionnels. Cela pouvait être une indisponibilité physique, réelle, mais aussi une indisponibilité qualifiée de relative.

En effet, certains professionnels, notamment médecins généralistes, avaient opposé à ces femmes leur refus pour suivre leur grossesse au motif du manque de temps à leur consacrer :

*« E : c'est pas que je veux pas mais là en plus tu vas tomber enceinte pendant l'hiver, là où on a le plus de demande, et elle dit j'ai peur de ne pas pouvoir répondre à tes attentes, à tes questions, de ne pas avoir le temps de bien te suivre, donc essaie de te diriger vers quelqu'un d'autre et si vraiment... tu trouves pas ben écoute je te suivrai » (137 à 41).*

D'autres, en l'occurrence des professionnels non connus de ces femmes mais sollicités face à l'indisponibilité des premiers, n'avaient pas souhaité s'impliquer et avaient laissé leur secrétariat gérer la situation, soulignant alors la difficulté de trouver un interlocuteur disponible pour cette prise en charge particulière du suivi de grossesse :

*« Fl : Non, ce que j'aurais peut-être aimé c'est que les secrétaires médicales au lieu de faire des barrages, qu'elles me proposent... des gens. Enfin, au moins des structures » (11258-1259).*

- Des standardisations des suivis

Toutes deux avaient également été confrontées à des procédures standard du suivi de grossesse. En effet, elles s'étaient vu refuser un suivi par un gynécologue au sein des Centres Hospitaliers Départementaux au motif que les grossesses normales ne relevaient pas d'une prise en charge spécialisée et devaient être suivies par un médecin généraliste :

*« E : Parce que... vous n'êtes pas une grossesse à risque a priori, et puis la gynéco qui me suivait était plus spécialisée dans les cas d'infertilité, ce qui n'était pas du tout mon cas puisque moi je suis tombée enceinte très rapidement. » (133 à 35).*

*« Fl : À partir du moment où le médecin traitant peut le faire, ils nous disent vous verrez un gynécologue... les deux ou trois derniers mois. Ils disent en attendant, vous faites avec votre médecin traitant. » (1782 à 785).*

- Une sectorisation du suivi

Mais encore, plus particulièrement dans le Sud-Est de la Vendée, le suivi échographique par un gynécologue obstétricien avait semblé sectorisé : il n'était pas possible qu'une femme résidant dans ce secteur soit suivie au sein du Centre Hospitalier Départemental :

*« E : Et donc j'arrive pour prendre mon rendez-vous, et là elle me dit... mais vous habitez où ? Donc à Semirural85. Et elle me dit mais Semirural85, c'est beaucoup plus près de Proxiville donc là elle me dit*

*mais vous prenez des places des gens d'Agglo quoi. (...) Ben oui, vous prenez des... il vaudrait mieux aller sur Proxville. Elle dit il y a un gynéco qui fait les échographies et euh voilà quoi. » (195 à 100).*

- L'origine urbaine : la non-maîtrise de l'offre de soins rurale locale

Par ailleurs, ces femmes étaient toutes deux originaires de milieu urbain. Elles s'étaient installées en zone rurale pour une question d'accès à la propriété mais ne s'étaient pas véritablement intégrées au sein de leurs communes d'habitation. Elles avaient gardé des habitudes de recours aux services en zone urbaine : l'une d'elles et son mari travaillaient dans le chef-lieu du département voisin. Chacune avait gardé des relations urbaines et cela avait été également le cas pour leur recours aux soins : chacune d'entre elles avait d'abord cherché à être suivie au sein du pôle hospitalier départemental le plus proche plutôt que par un professionnel de santé exerçant au sein de leur territoire d'habitation.

Ainsi, maîtrisant mal l'offre de soins locale, toutes deux avaient éprouvé des difficultés pour trouver le professionnel qui allait suivre leur grossesse.

**d. La volonté de rester maître de son parcours : décider du professionnel à qui confier sa grossesse**

Ces deux femmes avaient voulu établir seules leur parcours de grossesse. Cela se traduisait par leur implication, l'utilisation récurrente du « je » et la forme active de leurs récits.

Si l'une d'elles avait accepté les conseils de sa mère après plusieurs échecs, au départ, aucune d'entre elles n'avait cherché à solliciter son réseau, notamment familial ou amical. Aucune d'entre elles n'avait également rapporté avoir été orientée par son réseau de soins.

- Le niveau socio-culturel élevé, l'âge élevé

Toutes deux avaient un niveau socio-culturel élevé et avaient démarré leur première grossesse plus tardivement que les autres femmes de l'échantillon. Cela témoignait d'une certaine forme de maturité et pouvait présumer de leur persévérance dans l'élaboration de leur parcours.

- Le lien avec le milieu de la santé, la difficulté à accorder sa confiance

De plus, toutes deux avaient un lien avec le milieu de la santé : direct, par leur profession, ou indirect, par leur entourage, notamment familial. Leurs connaissances en la matière leur avaient alors conféré une position d'expertes, l'une d'elles n'avait pas hésité à critiquer les pratiques de certains des professionnels de santé rencontrés :

« Fl : de me donner des médicaments un mois après le prélèvement... ça ça ressemblait à rien du tout. » (1134-1135).

Cela avait contribué à sa difficulté à accorder sa confiance au professionnel qui allait suivre sa grossesse.

#### **e. La difficulté éprouvée à la mise en place du suivi de grossesse**

En voulant trouver seules un professionnel de santé qui accepte de les suivre et, maîtrisant mal l'offre de soins, ces deux femmes avaient exprimé des difficultés :

« E : ... c'est... le début a été un peu compliqué à se mettre en place » (187-88).

« E : j'ai dit je vais pas rappeler Agglo sachant qu'ils viennent de me dire que je prenais des places, enfin vous voyez, je venais de me faire gentiment remercier, j'ai dit ben c'est bon, enfin ça va, je vais pas faire que ça non plus » (1617 à 619).

« Fl : Donc, ce qui est pas évident c'était de toujours changer en fait. I : De toujours changer, vous voulez dire, entre les intervenants ? Fl : Et ben le temps de trouver le circuit qui marche, le temps d'être suivie uniquement par mon gynéco, chercher à droite à gauche, de pas savoir si... untel va pouvoir nous prendre, va pouvoir faire le suivi, ça c'est... » (1707 à 713).

#### **f. La remise en question de leurs habitudes de recours aux soins**

Enfin, pour chacune, ce parcours de suivi de grossesse avait été l'occasion de remettre en question leurs habitudes en matière de recours aux soins.

En effet, si chacune avait, au début de leur grossesse, cherché à être suivie préférentiellement par un médecin, généraliste ou spécialiste, les rencontres effectuées au cours de leur parcours avaient modifié leur perception de leur relation aux professionnels lors du suivi de la grossesse et toutes deux avaient plébiscité l'approche relationnelle des sages-femmes rencontrées. Toutes deux auraient recommandé ou réitéré un suivi par une sage-femme :

*« Fl : Elle m'a dit qu'elle travaillait à l'hôpital, qu'elle faisait de la rééducation post-partum et du coup ben j'ai fait ma rééducation avec elle on avait bien accroché avant et j'étais vraiment très contente de... c'est une dame qui j'ai trouvée sérieuse. (...) Par contre, elle, je la recommande. » (11462 à 1468).*

*« E : Donc du coup... moi je suis ra... enfin vraiment... hyper satisfaite des... des différentes personnes que j'ai pu rencontrer, donc je pense que si c'était à... à refaire, je referais pareil » (1851 à 853).*

Mais encore, l'indisponibilité ou les refus essuyés de la part de professionnels repères, connus d'elles-mêmes avant leur grossesse : gynécologue habituel, médecin de famille... semblaient avoir marqué définitivement un tournant dans leur relation à ceux-ci. Si l'une d'elle s'interrogeait sur l'opportunité de consulter de nouveau son ancien médecin traitant, l'autre avait changé de cabinet.

*« Fl : Donc... si elle reprend je retournerai volontiers avec elle, à partir du moment où cette année de transition l'affecte pas dans son travail... juste le temps de refaire une mise au point... j'y retourne sans problèmes. » (11585-1587).*

*« E : Et puis du coup ben la médecin, moi après je suis retournée la voir ma médecin d'Agglo pour... je sais plus pourquoi je suis retournée la voir... enfin si c'est pour lui demander en fait de clôturer le dossier pour pouvoir ouvrir un dossier puisque je venais ici du coup... » (1118 à 121).*

## **g. Synthèse**

Ainsi, ces deux femmes de niveau socio-culturel élevé avaient présenté des difficultés à mettre en place leur parcours de suivi de grossesse dans le contexte de l'offre de soins locale. Influencées par leurs origines, elles avaient cherché à élaborer un parcours à l'image de leur mode de vie antérieur mais n'avaient pu le réaliser. Par la suite, leur suivi de grossesse avait alors été l'occasion de reconsidérer leur réseau de soins.

## **2. Les parcours « adaptés » de Virginie et Alice**

Virginie (V) et Alice (A) avaient eu un parcours qualifié d'« adapté ». En effet, elles avaient élaboré leur parcours en fonction de l'offre de soins locale et avaient toutes deux laissé percevoir un sentiment de frustration à ce propos.

**a. Résumé des parcours de suivi de grossesse**

Les parcours de ces deux femmes avaient été similaires. Elles avaient toutes deux été suivies à la maternité de l'hôpital de Grandeville par des sages-femmes, mensuellement, et avaient réalisé leurs échographies de suivi avec l'un des gynécologues de la maternité.

**b. L'absence de projet défini de suivi de grossesse**

Aucune des deux femmes n'avait évoqué de projet précis de suivi au début de leur grossesse.

Toutes deux étaient multipares, il s'agissait de leur deuxième grossesse et leurs premières grossesses dataient de quatre et six ans. Ce délai les avait poussées à s'interroger sur les possibilités de suivi pour leur nouvelle grossesse.

**c. La mobilisation du réseau pour connaître les possibilités de suivi de grossesse**

Chacune avait fait appel à son entourage et plus particulièrement à son réseau amical pour se renseigner sur l'offre de soins obstétricale dans son secteur :

« V : *Et puis ben le bouche à oreille fait que voilà avec les copines, les copines m'ont dit : tu devrais aller voir Monsieur C<sup>1</sup>... » (I166-167).*

« A : *La première chose que j'ai demandée quand j'étais enceinte c'était... ce que mes relations connaissaient... pensaient de la maternité, euh du service maternité tout ça... » (L464 à 466).*

Aucune n'avait rapporté avoir sollicité ou avoir été guidée par son réseau de soins, notamment son médecin généraliste.

**d. La perception d'un espace de choix restreint**

Il n'avait pas été question d'un suivi auprès de leur médecin généraliste. Cela transparaissait à travers leur rapport à la santé, notamment pour leur suivi gynécologique. Que ce soit pour des raisons de mise en doute de la compétence attribuée à la non-spécialisation du professionnel \_ de la part du médecin ou de sa patiente \_ ou de pudeur vis à vis de leur médecin de famille, chacune était suivie par un

---

<sup>1</sup>Monsieur C. était un des gynécologues de la maternité de l'hôpital de Grandeville.

gynécologue. Cela présupposait alors de la qualification du professionnel à qui elles allaient confier leur suivi de grossesse :

« V : Elle m'a pas refusée, elle m'a dit : je suis pas gynéco, si ça se trouve le frottis je vais mal le faire, je préfère vous orienter vers des gens qui sont plus à même de le faire que moi qui n'en fais jamais quoi, enfin pratiquement jamais » (1642 à 645).

« A : Ça reste un généraliste quand même, (...) ça reste un généraliste, c'est pas un gynéco. (...) Chacun sa spécialité, son domaine. Ben oui, moi je trouve ça important. » (L644 à 650).

« A : Oui. Le fait que ce soit le côté pudique, la pudeur... Il y a des choses que je montre à mon gynéco que je ne montre pas à mon médecin de famille quoi. » (1539-540).

Ainsi, fortes de cette conception des soins, et s'appuyant sur les recommandations de leur entourage, toutes deux avaient eu connaissance de deux possibilités de suivi dans leur secteur : au sein de la maternité de l'hôpital ou faire appel à la seule sage-femme libérale du secteur. Elles avaient alors exprimé avoir eu le sentiment d'un choix restreint au sein de leur secteur d'habitation :

« V : De toutes façons il n'y a rien d'autre ! Dans le coin, il n'y a rien d'autre ! » (1878-879).

« A : On a le choix, soit on fait venir une sage-femme à domicile, soit effectivement, on fait tous les examens, tout le nécessaire là-bas. » (115-16).

#### **e. La multiparité : l'expérimentation d'autres types de suivis de grossesse**

De plus, lors de leur précédente grossesse, chacune avait expérimenté un type de suivi dans un contexte d'offre de soins différent. Pour l'une d'elle, l'offre était plus diversifiée antérieurement à cause du départ en retraite de spécialistes, pour l'autre, son origine, urbaine, lui avait permis de faire un choix au sein d'un panel plus varié.

Toutes deux avaient été suivies par des professionnels exerçant en secteur libéral et avaient eu un référent unique :

« V : Non, non. Mon premier, c'était avec Monsieur Se. » (1183).

« A : Moi je sais que quand j'ai accouché à Océanville de Thomas, j'avais ma gynéco à la clinique » (1187-188).

**f. Dans un nouveau contexte d'offre de soins : l'expression d'un choix**

- La prise en considération de la disponibilité des professionnels de santé : un choix par défaut.

Ces deux femmes avaient alors dû se déterminer pour le professionnel à qui elles allaient confier leur grossesse entre deux possibilités.

Elles avaient craint que la sage-femme libérale, exerçant seule sur le secteur, ne puisse être suffisamment disponible pour elles. Elles avaient choisi de se tourner vers la maternité la plus proche, privilégiant alors l'assurance de pouvoir, en toutes circonstances, être accueillies et écoutées par n'importe quel membre de l'équipe de la maternité :

« V : Puis vu que cette dame avait pas mal de monde, c'est ça en fait, cette sage-femme avait pas mal de monde déjà en suivi de grossesse, je me suis dit, bon pff, les filles là-bas elles sont aussi bien... Et voilà quoi, donc... » (L573 à 576).

« A : C'est vrai qu'on m'aurait dit ben attend il y a un cabinet de sages-femmes là à cinq kilomètres, elles sont dix à travailler dedans, ça aurait peut-être changé mon suivi quoi. Là, le fait de savoir qu'il n'y en avait qu'une, si jamais elle est pas là, si jamais elle est malade, si jamais elle est pas dispo je fais comment quoi ? » (L487 à 490).

- La référence au suivi de la première grossesse : une tentative d'appropriation

Ces deux femmes s'étaient également appuyées sur leur expérience de la première grossesse pour guider leur décision. L'une d'elle avait été suivie par l'équipe de la maternité dans laquelle elle avait accouché. L'autre avait cherché à avoir le même type de suivi, au sein d'une unique structure :

« A : J'avais déjà fait ça pour le premier, d'avoir tout au même endroit, donc c'est vrai que ça me semblait logique de faire la même chose pour le deuxième » (127 à 29).

**g. La critique du défaut de personnalisation du suivi**

Enfin, toutes deux ayant été suivies par l'équipe de la maternité la plus proche de leur domicile, avaient émis des réserves sur leur suivi de grossesse.

Suivies par une équipe de sages-femmes et un gynécologue pour leurs échographies, elles avaient regretté l'absence de personnalisation de leur prise en charge.

Elles avaient effectivement regretté l'absence d'investissement du gynécologue dans leur suivi. Elles avaient critiqué la rapidité des consultations de suivi échographique :

« V : *Parce que d'abord, Monsieur C., je le vois que pour, en fait, que pour les échos. Donc je l'ai vu pour les trois échos. Et, après, je vois les sages-femmes.* » (I189-190).

« A : *Donc... Euh... Mes impressions par rapport aux trois grands rendez-vous avec l'échographie sont assez négatives, parce que on est assez expulsées... C'est assez expéditif, c'est ultra rapide et on s'assoit et hop voilà c'est fini merci au revoir ! Donc c'est vrai que c'est très frustrant, c'est très rapide* » (I180 à 183).

Mais, toutes deux avaient particulièrement souligné la difficulté, au sein de leur relation aux professionnels, d'avoir un interlocuteur différent à chaque consultation :

« A : *Parce que c'est vrai que à chaque fois que j'allais à l'hôpital, c'était tout le temps une personne différente, donc tout le temps on répétait la même chose, tout le temps se représenter, donc c'est vrai qu'à la longue en fait pendant neuf mois c'est un petit peu fatigant, c'est un petit peu embêtant aussi ! (Rires)* » (L423 à 426).

## **h. Synthèse**

En conclusion, ces deux femmes, multipares, avaient perçu avoir un espace de choix restreint pour faire suivre leur deuxième grossesse en comparaison de ce qu'elles avaient vécu lors de la première dans un contexte d'offre de soins différent.

## **3. Les parcours « spontanés » de Frédérique, Delphine, Julie, Charlène et Laetitia**

Ces cinq femmes avaient eu un parcours qualifié de « spontané » : celles-ci s'étaient dirigées spontanément vers les professionnels qui allaient suivre leur grossesse sans chercher à confronter d'autres possibilités de suivi.

### **a. Résumé des différents parcours de suivi de grossesse**

Frédérique (Fr) avait été suivie au sein d'un CPP par une sage-femme pour ses consultations mensuelles et par un gynécologue-obstétricien pour ses échographies.

Delphine (D) avait été suivie par une sage-femme libérale pour ses consultations mensuelles et consultait une autre sage-femme libérale, à Aggloville, pour ses échographies.

Julie (J) et Laetitia (Lt) avaient été suivies par une sage-femme au sein d'un hôpital local pour leurs consultations mensuelles et se rendaient à la maternité la plus proche pour faire leurs échographies par un gynécologue-obstétricien.

Charlène avait été suivie par un gynécologue libéral pour ses consultations mensuelles et se rendait au sein du même CPP que Frédérique pour consulter un gynécologue-obstétricien pour ses échographies.

#### **b. Un parcours direct**

Chacune des cinq femmes savait à l'avance à quel professionnel ou équipe elle allait confier son suivi de grossesse. Chacune estimait avoir connaissance, plus ou moins précise, de façon directe ou rapportée par d'autres, du type de suivi de grossesse qu'elle allait avoir. Cela leur avait convenu et aucune n'avait cherché à confronter les possibilités de suivi qui s'offraient à elle.

#### **c. La maîtrise de l'offre de soins : être originaire du même territoire**

Ces cinq femmes avaient en commun leur origine rurale et avaient toujours vécu au sein du territoire étudié.

Pour certaines, leur multiparité, le fait d'être mères de famille, leur avait permis de se constituer un solide réseau de soins local et elles savaient d'emblée qui elles allaient consulter.

Pour d'autres, primipares, c'était leur réseau familial et amical bien ancré localement, qui les avaient guidées au sein de l'offre de soins obstétricale. Avec ce que mère ou amies leur avaient rapporté de leur propre expérience, elles avaient pu se diriger en toute confiance vers tel professionnel ou structure :

*« C : Ben moi j'ai vu en fait avec ma maman. (...) C'était Monsieur D<sup>2</sup>. qui la suivait, donc du coup... Du coup j'ai pris le même gynéco » (1151 à 1155).*

---

<sup>2</sup>Monsieur D. était le gynécologue-obstétricien du CPP de Proxville

Parfois, cela ne relevait pas de l'expérimentation directe ou indirecte du suivi de grossesse, mais plutôt du souhait de rester proche de ses repères : réseau familial, amical, réseau de santé. Cela avait notamment conduit l'une d'elles à se diriger vers la maternité de l'hôpital le plus proche de son réseau pour son suivi malgré la distance à son domicile.

#### **d. Des antécédents dans la relation avec le professionnel ou la structure**

- La multiparité : une expérimentation positive

Deux des multipares avaient reproduit un parcours de suivi à l'identique de celui de leurs premières grossesses. Elles avaient été satisfaites de ce qu'elles avaient vécu et n'avaient pas le désir d'expérimenter autre chose. Elles s'étaient donc naturellement tournées vers ce qu'elles connaissaient.

*« Fr : Et là en plus, la sage femme qui m'a suivie pour mon deuxième enfant, c'est elle qui m'avait suivie pour mon premier ! » (I121-122).*

*« I : Comment est-ce que vous avez décidé de vous faire suivre comme ça en fait ? D : Ben j'ai toujours fait ça. Mes trois, en fait, ça a été tout le temps comme ça. » (I217 à 221).*

Toutes deux avaient rapporté le besoin d'avoir un parcours sécurisant. Elles avaient employé le terme « rassurant », cependant cela n'était pas rapporté à d'éventuelles qualités techniques mais plutôt aux qualités humaines des professionnels qui avaient suivi leur grossesse. Ainsi, avec l'expérience positive des premières grossesses, elles savaient toutes deux qu'elles pouvaient être confiantes quant à la qualité technique des soins, cela était acquis. Elles avaient alors fait émerger un autre élément important à leurs yeux dans le suivi de grossesse : la personnalisation.

*« Fr : et comme il y avait un suivi personnalisé, c'est à dire que à chaque fois que j'y vais, je vois toujours la même personne, donc c'est quelqu'un qui me connaît, qui sait ce qui s'est passé pendant ma grossesse et du coup je trouve ça plus rassurant » (I109 à 112).*

*« D : Donc elle était très très douce, rassurante et tout donc c'est vrai que elle parlait très facilement, d'un calme extrême. C'est vraiment quelque chose de... vraiment quelque chose de parfait pour moi » (I229 à 231).*

Une troisième femme multipare, s'était dirigée spontanément vers l'équipe de la maternité qu'elle avait connue lors de son premier accouchement. L'expression d'une satisfaction teintée de réticence avait laissé transparaître la force de l'habitude :

*« J : Et puis, ben pour ma fille j'ai accouché là-bas, j'ai pas forcément été déçue » (I334).*

- Le suivi gynécologique antérieur

Pour certaines de ces femmes, la connaissance du professionnel par leur suivi gynécologique antérieur \_ il s'agissait alors du gynécologue \_ les avait amenées à lui confier leur suivi de grossesse. Cela relevait pour les unes d'une relation de confiance bien établie, pour d'autres, notamment lorsque le professionnel avait été consulté à l'occasion d'inquiétude sur leur aptitude à procréer, il s'agissait également de la suite logique de leur prise en charge :

*« I : Et donc vous me disiez que c'est votre gynéco, c'est-à-dire qu'elle vous suivait déjà avant la grossesse ? C : Oui, voilà. En fait j'avais été la voir pour lui dire que... bon voilà, on essayait d'avoir un enfant... Parce que j'avais jamais été voir de gynéco en fait. » (197 à 101).*

- L'expérimentation positive d'un type de suivi au sein de la structure

L'une d'entre elles, en revanche n'avait pas eu d'expérience de suivi de grossesse ou de suivi gynécologique, mais, c'était ce qu'elle avait perçu de la prise en charge d'une pathologie autre, par l'équipe de l'hôpital, qui avait eu valeur de test. Cela lui avait permis de se déterminer pour confier son suivi à la maternité de cet hôpital. Sa confiance était alors liée à l'hôpital plutôt qu'à un professionnel ou même à une équipe :

*« Lt : Ben voilà j'avais eu des petites... des opérations... voilà et puis j'aimais bien quoi. Enfin oui, il y avait un bon suivi, j'ai pas été déçue donc euh j'ai décidé d'aller accoucher là-bas. » (184-85).*

#### **e. La perception du suivi de grossesse : un suivi satisfaisant**

Les cinq femmes avaient été satisfaites de leur suivi de grossesse. Pour toutes, cela avait tenu à la relation particulière nouée avec l'un des professionnels de santé rencontré.

Pour certaines, multipares, l'expérimentation à nouveau était venue renforcer leur opinion, sur un type de suivi de grossesse :

*« D : Ben la grossesse. Elle était simple. C'est vrai que par rapport... En fait, plus j'en ai, plus je trouve que c'est simple. C'est à dire que la première elle a été... une catastrophe, c'était horrible et tout, le*

*deuxième ça a été... correct, et là, parfait ! Bon à part le huitième mois où je me suis, il fallait que je m'arrête un petit peu quoi, mais sinon, parfait quoi, très bien. » (1534 à 538).*

Elles auraient été prêtes à le réitérer ou à le conseiller à d'autres :

*« I : ... Pour une prochaine grossesse, je ne sais pas si... Fr : Si ! I : Est-ce que vous referiez exactement la même chose ? Le même parcours de suivi ? Fr : Oui, ah oui oui oui. I : Sans rien changer ? Fr : Non, sans rien changer. Non, je suis vraiment pleinement satisfaite... De ma grossesse et de mon suivi. Là pour... Même pour mon premier enfant... Donc oui, je le referais sans hésiter. » (1515 à 527).*

*« I : pour une prochaine grossesse, est-ce que vous referiez la même chose ? D : La même chose. » (1973 à 976).*

*« J : Ah ben je leur dirais, moi je leur dirais comment j'ai fait. Après, c'est elles jugent si elles aiment ou pas. Mais, franchement, j'ai pas été déçue. » (1519-520).*

Pour d'autres, primipares, qui avaient plus d'appréhension quant à leur suivi, le sentiment de satisfaction avait été véritablement lié aux professionnels intervenus :

*« Lt : Enfin tout est facile, moi j'ai l'impression que parfois c'est pas si facile que ça en fait le suivi médical... Enfin, du fait que c'est bien expliqué, moi j'ai eu les bonnes explications, ben c'était pas dur en fait » (1389 à 391).*

Plus particulièrement, l'une d'elle avait apprécié l'approche plus humaine et globale de la sage-femme rencontrée lors de sa préparation à l'accouchement :

*« C : Ben, enfin, on parle mieux, on parle un peu de tout, enfin pas que... que de la grossesse, enfin... » (1328 à 329).*

Interrogée sur ce qu'elle ferait pour une prochaine grossesse, elle avait répondu qu'elle aurait probablement confié son suivi à celle-ci :

*« C : Je me demande si... j'irais pas voir que la sage-femme pour me suivre » (1445-446).*

#### **f. Le niveau socio-culturel de certaines : peu de ressources pour expérimenter autre chose**

Les deux primipares de cette catégorie, de plus faible niveau socio-culturel, s'étaient laissées guider dans leur parcours : l'une par les conseils de son entourage, l'autre par ceux de la sage-femme de la maternité :

*« C : J'avais entendu parler de Madame C.<sup>3</sup>, donc... J'avais mes amies qui allaient là-bas, donc... Je me suis dit pourquoi pas aller là-bas. » (1167-168).*

---

<sup>3</sup> Madame C. était une gynécologue médicale exerçant en secteur libéral à Proxville.

*« Lt : cette sage femme m'a conseillée sur cette gynécologue... » (1226).*

Aucune d'elles n'avait cherché à remettre en question cette orientation, n'ayant les capacités de confronter leur parcours à d'autres possibilités dans le contexte de l'offre de soins.

Enfin, pour une autre, cela avait pris un aspect également matériel puisque les conditions de vie précaires, notamment l'absence de moyen de locomotion, ne lui avaient pas permis d'expérimenter d'autres suivis :

*« J : Euh, parce que c'est le plus près ! Oui, parce qu'on n'a pas le permis donc du coup c'est plus facile pour nous, et puis je savais qu'il y avait les bus qui allaient à Grandeville. » (182 à 84).*

#### **g. Synthèse**

Ces cinq femmes étaient toutes originaires de leur secteur d'habitation et avaient donc intégré l'offre de soins. Elles n'avaient pas éprouvé de difficultés à mettre en place leur parcours de suivi de grossesse, étaient plutôt satisfaites de leur parcours et auraient été prêtes à le réitérer.

## **B. Des déterminants au suivi de grossesse**

La classification ainsi obtenue avait fait émerger des déterminants au parcours de suivi de grossesse :

- L'offre de soins
- La parité
- Le milieu d'origine
- L'entourage
- Le niveau socio-culturel
- Les conditions de déroulement de la grossesse

### **1. L'offre de soins**

#### **a. Deux secteurs géographiques de suivi de grossesse distincts**

Le territoire d'étude comportait deux secteurs de soins obstétricaux : celui de Grandeville et celui de Proxiville.

Les femmes qui avaient été suivies dans le secteur de Grandeville avaient eu des parcours homogènes au sein de la maternité de l'hôpital de Grandeville : des consultations mensuelles réalisées par les sages-femmes de l'équipe de la maternité et un suivi échographique réalisé par l'un des gynécologues de l'équipe à la maternité. Parmi elles, celles dont le domicile était éloigné de la maternité avaient bénéficié de consultations mensuelles par une sage-femme de l'équipe de la maternité de Grandeville, « délocalisée » au sein de l'hôpital local de Proxicommune, les trois échographies ayant eu lieu à Grandeville avec un gynécologue.

Seule l'une d'elles avait été suivie à l'hôpital de Horsville par un gynécologue qui avait également réalisé ses échographies.

Les femmes qui avaient été suivies sur le secteur de Proxiville avaient eu des suivis différents.

Certaines avaient été suivies au sein du CPP de Proxiville : les consultations mensuelles étaient réalisées par une sage-femme et le suivi échographique par un gynécologue obstétricien, praticien attaché à l'équipe obstétricale de l'hôpital d'Aggloville.

D'autres avaient été suivies par des sages-femmes libérales du secteur pour leurs consultations mensuelles et faisaient leurs échographies au sein du cabinet d'une autre sage-femme libérale à Aggloville.

Une autre avait été suivie par un gynécologue libéral de Proxville pour ses consultations mensuelles et réalisait ses échographies avec le gynécologue-obstétricien du CPP.

Enfin, une autre avait été suivie intégralement par un gynécologue-obstétricien de l'hôpital d'Aggloville.

Ainsi, les parcours au sein du secteur de Proxville étaient plus diversifiés.

De plus, en matière de diversité, les parcours du secteur de Proxville avaient concerné tant le secteur public que le secteur libéral, contrairement au secteur de Grandeville où toutes les femmes avaient été suivies en secteur public. Géographiquement, le secteur de Proxville était plus proche du chef lieu du département, où l'offre de soins, notamment en secteur libéral, était plus importante.

#### **b. Des spécificités du secteur public**

Dans les récits des femmes, transparaissait l'existence de procédures dans les suivis de grossesse en secteur public, responsables d'une certaine forme de standardisation des suivis de grossesse dans le secteur du Sud-Est de la Vendée :

- Les grossesses normales devaient être suivies par les médecins généralistes pour les maternités des hôpitaux d'Aggloville et de Horsville.
- Les femmes suivies à la maternité de l'hôpital de Grandeville avaient le même schéma de suivi : consultations mensuelles assurées par l'une des sages-femmes de l'équipe et suivi échographique par l'un des gynécologues.
- Lorsque le domicile des femmes résidant sur le secteur de Grandeville était trop éloigné de la maternité, il leur était systématiquement proposé de consulter, pour leur suivi mensuel, l'une des sages-femmes de la maternité qui se déplaçait à l'hôpital local de Proxicommune. Les consultations semblaient alors être délocalisées.
- Sur le secteur de Proxville, les femmes qui avaient une grossesse normale devaient faire réaliser leurs échographies par le gynécologue-obstétricien au CPP de Proxville et non à Aggloville. Il existait vraisemblablement une sectorisation du suivi en fonction du domicile.

À l’opposé, les femmes, suivies par des professionnels exerçant en secteur libéral avaient présenté des parcours plus éparés, notamment pour leur suivi échographique réalisé à Aggloville.

Ainsi, par leur témoignage, les femmes avaient rapporté l’existence d’un véritable schéma organisationnel, un certain réseau de soins obstétricaux dans le Sud-Est de la Vendée :

- Sur le secteur de Grandeville, un suivi à la maternité conjoint par sages-femmes et gynécologue ainsi que la possibilité de délocaliser les consultations à l’hôpital local de Proxicommune.
- Sur le secteur de Proxville, un suivi conjoint au CPP par une sage-femme et un gynécologue, mais aussi la possibilité d’un suivi libéral par des sages-femmes ou un gynécologue.

**c. L’absence de suivi de grossesse par le médecin généraliste et la notion de sous-médicalisation**

En revanche, aucune des femmes de l’enquête n’avait déclaré avoir été suivie par son médecin traitant. Pour certaines, celui-ci avait pu tenir un rôle dans le diagnostic de grossesse mais cela n’avait pas influencé la suite de leur parcours.

Cependant, dans le territoire étudié où la densité de médecins généralistes est faible, seules trois des douze femmes interrogées avaient ressenti des difficultés d’accès aux soins de premier recours en raison de l’absence prolongée de leur médecin généraliste, et, de la fermeture du cabinet médical le plus proche dans le département voisin, ces femmes résidaient dans le même canton. Les autres avaient déclaré ne pas percevoir de tel problème.

Les raisons invoquées, à l’absence de participation du médecin généraliste, avaient été variées.

Pour certaines, il s’agissait d’une indisponibilité de leur médecin.

D’autres avaient été orientées dès le début de leur grossesse vers un suivi spécialisé en raison d’un risque médical ou par l’intervention de la PMI

Enfin, d’autres avaient eu un suivi spécialisé, soit à cause d’une méconnaissance du rôle du médecin généraliste dans le domaine de la grossesse, soit à cause d’un attachement particulier à la spécialisation : elles attribuaient un rôle et une confiance particulière aux professionnels de santé en fonction de leur qualification :

« A : Ben, parce que j'avais déjà mon gynéco à l'hôpital, donc je voyais pas de raison d'être suivie par mon docteur... mon médecin traitant. Voilà, je mélange pas les deux en fait. » (1517-518).

« H : Ben, c'est pas son rôle, hein. » (1500).

« I : racontez-moi un peu pourquoi finalement vous n'aviez pas choisi de vous faire suivre par une sage femme ou bien par votre médecin traitant. Lt : Ben parce que j'avais besoin de, de voir quand même un vrai... enfin... » (1194 à 197).

Il apparaissait alors que l'absence de participation du médecin généraliste au suivi de grossesse n'avait pas été uniquement liée au contexte de sous-médicalisation du territoire.

## **2. La parité**

La plupart des femmes multipares de l'enquête avaient reproduit ou cherché à reproduire un parcours à l'identique de ce qu'elles avaient connu lors de leur première expérience de suivi de grossesse.

L'expérimentation positive d'un type de suivi de grossesse avait entraîné le désir de reproduire le même parcours sans vouloir expérimenter une autre façon de procéder. Plus particulièrement, ces femmes avaient cherché à retrouver une relation personnalisée, donc rassurante avec des professionnels qu'elles connaissaient depuis leurs premières grossesses et auxquels elles allaient à nouveau confier leur suivi.

Lorsque le parcours n'avait pu être reproduit pour des raisons liées à l'offre de soins, les femmes avaient alors cherché à retrouver des éléments similaires, tels que reproduire un parcours semblable au sein d'une structure unique, ou se faire suivre par les professionnels de la maternité où elles avaient accouché précédemment. Ces éléments jouaient alors à la fois le rôle de repères, nécessaires à l'appropriation de la réalisation d'un parcours différent de ce qui avait été expérimenté, mais, également, le rôle de « tests » susceptibles de remettre en question ce parcours.

Les primipares, quant à elles, n'avaient leur propre système de référence et s'étaient aidées de l'avis d'autres personnes : amies, famille, ou avaient été guidées par des professionnels de santé.

## **3. Le milieu d'origine**

Les femmes de l'enquête avaient éprouvé différemment l'offre de soins du secteur étudié : leur milieu d'origine avait également influencé leur comportement.

Les femmes originaires du secteur étudié avaient une connaissance implicite du réseau de soins local. Elles avaient pu l'expérimenter auparavant, personnellement, pour un problème de santé quelconque, ou par l'intermédiaire d'un tiers, issu du même secteur. Elles s'étaient créées une opinion positive ou négative, cela leur avait suffi pour s'orienter vers un professionnel en particulier ou une structure de soins. Ainsi, les parcours avaient été « spontanés » chez les femmes originaires du secteur maîtrisant l'offre de soins et « contrariés » chez des femmes originaires de secteurs différents.

Certaines femmes, originaires de milieu urbain, avaient gardé leur précédent mode de vie. Cela se traduisait par leurs relations, leurs loisirs, mais aussi leur recours aux soins, tous situés en milieu urbain. Leur couple avait choisi la vie en milieu rural pour une question de facilité d'accès à la propriété et elles étaient peu intégrées au sein de leur commune d'habitation. Chacune, à des moments différents de son parcours, avait alors eu recours aux grands pôles obstétricaux, que constituaient les maternités des Centres Hospitaliers Départementaux, préférentiellement aux professionnels de leur secteur d'habitation.

Mais encore, pour d'autres femmes, également originaires de milieu urbain ou ayant expérimenté un suivi de grossesse dans ce milieu, le contraste entre une offre de soins très diversifiée et une offre plus restreinte avait été responsable d'un sentiment de frustration et avait influencé négativement leur jugement du suivi de grossesse.

Enfin, d'autres comportements avaient également été observés, notamment chez des femmes originaires de secteurs différents de leur secteur d'habitation pendant leur grossesse mais peu éloignés. Il s'agissait de primipares. Des liens familiaux et amicaux forts avaient été conservés. Elles y avaient également gardé leur réseau de soins, notamment leur médecin traitant, et, de fait, elles effectuaient régulièrement ce trajet. Elles avaient en fait souhaité s'entourer de repères : de professionnels connus, de leur réseau de soins, pour leur première grossesse.

#### **4. L'entourage**

Pour la plupart des femmes, le réseau social, constitué de l'entourage amical, familial ou professionnel, avait joué un rôle dans l'élaboration du parcours de suivi de grossesse. Il était intervenu directement, quand il avait été sollicité, ou indirectement, quand l'expérience du tiers (souvent une relation amicale) était utilisée comme système de référence. La plupart de ces personnes « référentes » étaient des relations amicales ou des collègues de sexe féminin.

Certaines femmes avaient été aidées de leur mère, il s'agissait de primipares. Celles-ci avaient pu se référer directement à l'expérience de leur mère, en choisissant le même gynécologue obstétricien par exemple. Lorsque l'âge de la primipare n'était pas élevé, il était logique de supposer que celui de sa mère ne l'était pas non plus et que cette dernière pouvait alors participer à son système de référence. En effet, dans ce cas, la relation mère-fille avait été décrite comme « *très fusionnelle* ». Mais encore, pour d'autres, leur mère avait joué le rôle de personne recours, d'expérience, à solliciter pour trouver un professionnel qui accepte de suivre leur grossesse.

En revanche, aucune des femmes n'avait impliqué le futur père dans leur parcours de suivi de grossesse.

En effet, certaines femmes avaient considéré que leur grossesse ne le concernait pas :

« *A : Ça ne concerne que moi, c'est... moi qui décide ! (Rires) C'est ma grossesse donc c'est moi qui décide !* » (1693-694).

D'autres avaient estimé qu'il ne pourrait être d'aucune aide puisqu'elles l'avaient jugé incompétent en la matière :

« *Fl : Et puis le médical lui c'est pas son truc, donc il pouvait pas avoir une idée de génie supplémentaire quoi...* » (11333 à 1337).

« *E : après il a pas forcément donné son avis parce qu'il y connaissait rien !* » (1896-897).

Certains hommes, lorsque le sujet avait été abordé dans le couple, avaient délégué cela à leur compagne, à leurs yeux, seule capable de déterminer ce qui était bon pour elle et pour leur enfant à venir :

« *V : Et puis il me le dit, il me dit du moment que toi tu sois bien, il me dit, qu'est-ce que tu veux que je te dise... Il me dit je ne veux pas t'imposer d'aller quelque part...* » (11231-1232).

Enfin, dans un cas, le futur père avait exprimé son avis mais il n'avait pas été pris en compte.

Il apparaissait alors que l'opinion des futurs pères, concernant le suivi de grossesse, n'avait pas semblé pertinente à leurs compagnes.

## **5. Le niveau socio-culturel**

La profession de certaines femmes, notamment l'appartenance au milieu de la santé, avait influencé leur parcours. En effet, leurs connaissances, imparties à leur formation, à leur domaine d'exercice, avaient guidé leur trajectoire en leur faisant, à chaque rencontre, remettre en question les compétences techniques ou relationnelles des professionnels consultés pour se diriger finalement vers un suivi spécialisé par un gynécologue-obstétricien. À travers leur témoignage, il semblait que cela ait plutôt

contribué au sentiment de difficulté à établir une relation de confiance avec le professionnel à qui confier son suivi.

Le niveau socio-culturel élevé de certaines femmes, mais également leur âge plus élevé, indépendamment de leur rapport à la santé, les avait poussées à vouloir chercher seules un professionnel pour leur suivi de grossesse. Confrontées aux contraintes de l'offre de soins, elles avaient alors éprouvé des difficultés à mettre en place leur suivi.

A contrario, le faible niveau socio-culturel d'autres femmes de l'enquête, les avait obligées à s'en remettre à l'autorité de tiers compétents, en l'occurrence, les professionnels de santé. Et, si elles avaient perçu avoir eu un parcours « sous contrôle », elles n'avaient en fait pas les ressources pour y opposer un suivi différent et fiable aux yeux de leurs référents.

Enfin, pour certaines femmes, les conditions de vie précaires et, plus particulièrement, l'absence de moyen de locomotion, avait orienté directement leur parcours vers une solution de proximité. En effet, lorsqu'avait été évoquée la question de la distance du domicile au lieu de suivi, la plupart des femmes avaient souligné l'importance d'être autonomes pour leurs déplacements dans le mode de vie rural.

## **6. Les conditions de déroulement de la grossesse**

Enfin, trois femmes de l'enquête avaient eu un parcours qualifié d'« imposé » car perçu comme dépossédé, déshumanisé, à cause d'un risque lié à la grossesse.

- L'existence d'un risque social : une précarité ou une grossesse non-désirée avaient entraîné l'implication de la PMI dans le parcours.
- L'existence d'un risque médical dès le début de la grossesse, avait imposé un suivi spécialisé par un gynécologue en centre hospitalier.

Ainsi, ces déterminants avaient orienté les parcours des femmes enceintes. Cependant, aucun n'avait pu à lui seul influencer un type de parcours, il s'agissait en fait d'un enchevêtrement qui avait guidé les femmes dans leur suivi de grossesse.

De plus, si l'existence de déterminants montrait que les femmes n'avaient pas opéré de véritable choix, elles avaient tout de même formulé, au cours des entretiens, des attentes vis à vis de leur suivi de grossesse.

## **C. Des critères préférentiels pour faire suivre sa grossesse**

Ces critères, ces attentes exprimées par les femmes pour leur suivi de grossesse, étaient en fait apparus comme des éléments mobilisés pour valider une orientation. Dans leur discours cela avait été exprimé sous forme d'attentes mais aussi sous forme de critiques négatives ou positives de leur suivi.

### **1. La proximité**

Toutes les femmes de l'enquête ont eu un suivi de grossesse dans leur secteur d'habitation, à l'exception de deux d'entre elles. Il s'agissait pour la plupart d'une question de proximité à leur domicile, facilitant ainsi leur organisation.

Pour l'une, cela avait été légèrement différent, car, bien que domiciliée à quarante kilomètres de son lieu de suivi, elle devait déménager à la fin de sa grossesse et avait alors souhaité se rapprocher de son nouveau domicile pour son accouchement.

Pour d'autres, il avait été question de proximité par rapport au lieu de travail.

La proximité avait donc été un élément primordial, mais relatif, pour la mise en place du parcours de suivi de grossesse.

En effet, en matière de déplacements, toutes avaient pris l'habitude de trajets plus ou moins conséquents, quotidiens, notamment pour leur travail ou leurs loisirs. Cela faisait partie d'un compromis de la vie à la campagne. Ainsi, pour celles-ci, le fait de recourir à un professionnel ou une structure plus ou moins éloignée du domicile entraînait dans leur schéma organisationnel.

### **2. La compétence technique**

La compétence technique du professionnel auquel elles allaient confier leur suivi de grossesse avait été un critère important pour la plupart des femmes de l'enquête. Une majorité d'entre elles avait d'ailleurs perçu que cela relevait de la spécialisation du professionnel, plus particulièrement du médecin en gynécologie-obstétrique.

### **3. Les qualités humaines des professionnels**

Le terme « qualités humaines » regroupait ce qui n'était pas du ressort de la compétence technique, c'est à dire plus particulièrement les qualités relationnelles, la disponibilité et la personnalisation du suivi. Par qualités relationnelles, s'entendait l'interaction entre la femme et le

professionnel assurant son suivi, et, à travers cet échange, les qualités pédagogiques de celui-ci ou ses capacités d'empathie. Cela se mesurait notamment en temps passé lors de la consultation. La disponibilité du professionnel impliquait la possibilité de le joindre ou de le consulter rapidement à n'importe quel moment de la grossesse. Enfin, la notion de personnalisation sous-entendait le fait d'être suivie par un professionnel unique qui connaisse la femme sur le plan médical pour sa grossesse, son histoire, mais également qui la reconnaisse pour son vécu de la grossesse, sa conception du suivi.

En effet, si cela n'avait pas été un critère mobilisé pour se déterminer pour un parcours au même titre que la compétence ou la proximité, l'approche relationnelle avait eu un rôle prépondérant dans l'appropriation de leur suivi par les femmes. Certaines avaient effectivement été déçues lorsque cela n'avait pas été au rendez-vous.

#### **4. La recherche d'une relation de confiance**

À travers la formulation de leurs attentes, il était apparu que toutes avaient recherché une relation de confiance au professionnel qui allait suivre leur grossesse.

Cette relation avait pu prendre différentes formes.

Pour certaines, la confiance avait pu être liée à la qualification du professionnel ou de la structure de soins.

Pour d'autres, elle avait été liée à une relation bien ancrée, souvent ancienne.

Ces deux aspects pouvaient également être intriqués dans le cas d'une femme qui avait accordé toute confiance à « son » gynécologue parce que celui-ci était un spécialiste et qu'ils se connaissaient depuis plusieurs années.

Enfin, cette relation de confiance pouvait être bien établie et inconditionnelle, ou, être réévaluée à chaque rencontre. Cela dépendait notamment du rapport à la santé de chacune des femmes.

## **IV. DISCUSSION**

### **A. Sur la méthode de l'étude**

#### **1. Choix du lieu**

L'enquête s'était intéressée aux femmes résidant en zones sous-médicalisées. Ce terme regroupait les zones définies comme fragiles par l'agence régionale de santé et les cantons dont la densité médicale était inférieure à 6 médecins généralistes pour 10000 habitants. Cependant, il s'agissait de définitions statistiques et cela ne correspondait pas forcément à ce que ressentait la population.

L'absence de réponse de la part de certains professionnels de santé exerçant en zone fragile sollicités pour la constitution de l'échantillon avait été un facteur limitant l'enquête au territoire du Sud-Est de la Vendée.

De plus, dans la zone étudiée, deux secteurs distincts avaient été identifiés en matière de recours aux soins obstétricaux : le secteur de Proxiville et celui de Grandeville au sein desquels l'offre de soins n'était pas la même. En effet, les femmes résidant dans le secteur de Proxiville étaient plus proches d'Aggloville et pouvaient bénéficier de plus de diversité. Cependant, si cela avait marqué une différence dans leurs orientations, d'autres éléments en jeu dans l'élaboration de leur parcours avaient émergé.

#### **2. Le type d'étude**

L'enquête réalisée avait été de nature qualitative, sur un échantillon de douze femmes. Cela n'avait donc pas d'objectif de représentativité. L'objectif avait été de comprendre plus que de décrire, les articulations du parcours de suivi de grossesse.

#### **3. Le recrutement de l'échantillon**

Certaines des femmes interviewées avaient été recrutées par l'intermédiaire de médecins généralistes. Ceux-ci avaient pu, plus ou moins consciemment, choisir des femmes de leur patientèle

susceptibles de s'exprimer facilement, témoignant d'un certain niveau socio-culturel. Or, d'autres femmes, en difficulté, avaient été recrutées par l'intermédiaire de la sage-femme de la PMI, permettant de diversifier les catégories sociales de l'échantillon. De plus, les femmes recrutées par les médecins généralistes avaient des professions et catégories sociales variées. L'échantillon était également diversifié sur le plan de l'histoire obstétricale de chaque femme puisque il comprenait quatre primipares et huit multipares. Enfin, les parcours et les déroulements de grossesse étaient diversifiés, mais lorsque les médecins généralistes du secteur avaient été contactés pour constituer l'échantillon, tous avaient répondu qu'ils ne suivaient pas de grossesses, les données de l'échantillon étaient alors parvenues à saturation.

L'échantillon incluait des femmes dont la grossesse était encore en cours mais à un terme avancé. Cela a pu être un biais dans la perception de leur parcours car le déroulement de l'accouchement pouvait influencer leur opinion.

#### **4. Le recueil des entretiens**

- Un biais lié à l'interviewer

Le choix de la technique avait été porté sur la réalisation d'entretiens semi-directifs afin de tenter d'obtenir un discours spontané de la part des femmes. L'objectif était de mieux montrer, à travers les articulations dans leur discours, les éléments en jeu dans leurs trajectoires. Cependant, cette technique de l'entretien semi-directif demandait une bonne maîtrise de l'exercice auquel l'interviewer n'avait pas été formé dans son cursus, et des lacunes avaient pu transparaître lors de l'introduction de l'entretien et de certaines relances.

De plus, l'interviewer s'était présenté comme médecin généraliste en fin d'études et cette position de médecin avait pu influencer le discours de certaines femmes, notamment celui de femmes en situation de précarité qui voyaient en la personne de tout professionnel de santé une surveillance supplémentaire de leur grossesse.

Cependant, son statut de femme, d'âge parfois proche des femmes rencontrées, lui avait permis de s'entretenir plus librement, au sujet de la grossesse et de ce qui avait trait à la féminité.

- Un biais lié aux conditions des entretiens

Tous les entretiens avaient été réalisés au domicile des femmes qui avaient accepté d'être interviewées. Il avait été supposé que, dans leur milieu, le récit de ces femmes serait plus libre. Cependant, la présence du conjoint, du bébé ou même des animaux lors de certains entretiens s'est avérée être un élément les ayant distrait dans leur discours.

## **5. L'élaboration du guide d'entretien**

Le choix du terrain de l'enquête avait porté sur des zones sous-médicalisées en supposant que cela pouvait être une difficulté à mettre en place un suivi de grossesse. Lors de la présentation du travail puis dans le guide d'entretien, ce sujet avait été abordé et cela avait pu influencer le discours des femmes.

## **6. Le traitement de l'information**

Les entretiens avaient tous été retranscrits littéralement dans un délai court après réalisation afin d'obtenir une retranscription assez fidèle. L'analyse a donc porté sur des textes écrits.

L'analyse des discours se prêtait plus facilement à un découpage chronologique, par phases, permettant de mieux mettre en évidence les articulations dans l'élaboration du parcours de suivi de grossesse qu'avec une approche thématique. Cela avait conduit ensuite à regrouper les récits en fonction de leurs caractéristiques communes et d'obtenir une typologie de parcours.

Cette typologie n'était pas parfaite puisque il avait parfois été difficile de faire correspondre un parcours à une catégorie. En effet, des éléments caractéristiques de l'un pouvaient être proches d'éléments d'autres parcours rangés dans des catégories différentes.

## **B. Sur les résultats**

### **1. Des trajectoires de suivi de grossesse**

Ainsi, comme M. Akrich et son équipe dans l'observation de trajectoires de femmes enceintes au sein de dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques en 2000, nous constatons que les femmes de notre enquête n'avaient pas réalisé de véritable choix pour leur suivi de grossesse mais qu'elles avaient effectué des trajectoires ou des parcours au sein d'une offre de soins donnée(17).

Dans son rapport, M. Akrich avait analysé des trajectoires de suivi de grossesse au sein de territoires plus diversifiés, aussi bien ruraux qu'urbains. Elle avait constaté des fils conducteurs orientant les trajectoires de suivi de grossesse (17) :

La confiance : les femmes s'en remettaient à des instances extérieures telles que des relations personnelles, amicales ou familiales ou à des professionnels de santé, qui étaient intervenus en tant que garants.

L'expérimentation personnelle : les femmes voulaient éprouver par elles-mêmes les différentes possibilités s'offrant à elles.

L'existence d'un projet : l'existence d'un projet de suivi de grossesse permettait aux femmes d'avoir des critères à mobiliser pour faire un choix face à une alternative(17).

Notre enquête s'était déroulée au sein d'un territoire délimité, défini par une offre de soins déficiente, et la classification des parcours de suivi de grossesse obtenue à partir de leurs caractéristiques communes avait alors pris en compte ce rapport à l'offre de soins, présupposant que celle-ci était susceptible de déterminer les trajectoires des femmes enceintes.

### **2. L'offre de soins : une contrainte sur les trajectoires ou un espace de choix ?**

Les témoignages des femmes du territoire étudié et la récurrence de certains parcours nous avaient permis de délimiter les contours d'un certain réseau de soins obstétricaux dans le Sud-Est de la Vendée. Les différences observées, en matière de diversité des parcours, entre les secteurs de Proxville et de Grandeville où l'offre de soins était moins variée laissaient penser que l'organisation des soins était

susceptible d'influencer les trajectoires des femmes enceintes. M. Akrich avait noté que la conformité des trajectoires des femmes de son étude laissait percevoir comment le réseau pouvait exercer une certaine forme de contrainte sur les trajectoires des femmes enceintes(17).

Cependant, la typologie des parcoursobtenue avait démontré que l'offre de soins n'avait pas déterminé à elle seule le suivi de grossesse. Le comportement des femmes enceintes avait également été guidé par d'autres déterminants.

De plus, si le contexte de l'offre de soins présupposait une situation définie dans laquelle les femmes pouvaient prendre une décision quant au professionnel à qui elles allaient confier leur suivi de grossesse, d'autres éléments avaient été pris en considération et leur avait évité d'être placées dans une situation de choix.

### **3. D'autres déterminants**

#### **a. La parité**

Lorsqu'une femme avait vécu de façon positive le suivi de sa première grossesse, elle avait cherché à reproduire le même parcours en se dirigeant vers les mêmes professionnels. Si cela n'avait pas été possible, elle avait alors cherché à mettre en place un suivi le plus proche de ce qu'elle avait connu. Comme le notait B. Jacques, dans Sociologie de l'accouchement, une majorité de femmes avait vécu leurs premières expériences de façon positive et souhaitait donc reproduire un parcours identique. Ces premières expériences étant souvent structurées par des « rencontres », le choix de la même structure, du même professionnel, venait en fait jouer le rôle de « test de confirmation » en prolongeant la satisfaction de l'interaction à l'ensemble de la structure(18).

À l'opposé, comme M. Akrich, nous constatons que la primiparité jouait un rôle dans l'indétermination des femmes. Leur incertitude vis à vis de leur désir les avait poussées à s'en remettre à d'autres, des garants(17). Il s'agissait de personnes de leur entourage et, dans notre enquête, jamais de professionnels de santé. Pour expliquer cela, M. Akrich avait supposé que l'information médicale délivrée en début de grossesse n'était probablement pas appropriée pour guider ces femmes dans leur parcours, le langage médical n'était pas adapté pour établir une relation de confiance(17).

## **b. Le milieu d'origine**

Les femmes originaires du territoire étudié n'avaient pas éprouvé de difficulté pour réaliser leur parcours de suivi de grossesse. Maîtrisant le réseau de soins local, elles savaient où se diriger. Elles n'avaient pas remis en question leur parcours.

À l'opposé, les femmes originaires de secteurs différents, notamment de secteur urbain, en souhaitant garder leurs habitudes urbaines en matière de recours aux soins, s'étaient confrontées aux limites de l'offre de soins locale et avaient été critiques vis à vis du réseau.

Dans son rapport, M. Akrich avait également décrit de tels comportements : l'appropriation de la trajectoire tenait en premier lieu à l'intégration du fonctionnement du réseau(17).

## **c. L'entourage**

L'entourage familial (mère, tantes, sœurs) ou amical avait joué un rôle important dans l'élaboration du parcours. Il avait souvent été sollicité et avait alors eu valeur de référence lorsque les femmes n'avaient pu constituer leur propre expérience que ce soit lors de la première grossesse ou, pour les multipares, lorsqu'elles avaient à se déterminer pour un suivi différent de ce qu'elles avaient connu. Ainsi, B. Jacques, dans Sociologie de l'accouchement, avait rapporté l'importance du réseau qui intervenait, en rapportant son expérience de l'offre médicale, comme un système d'expertise profane. Il pouvait parfois exister une véritable référence médicale quand l'un des membres du réseau appartenait aux professions de santé. Dans son étude, comme dans la nôtre, les femmes avaient parfois multiplié les références pour faire le meilleur choix possible, faisant apparaître là la réputation d'un professionnel ou d'un établissement(18).

Ces personnes étaient référentes, ou « garantes », comme les avaient nommées M. Akrich dans son rapport, car elles venaient se substituer à la femme dans son système d'évaluation, en intervenant comme « d'autres elles-mêmes », elles avaient ainsi valeur de « garantes » dans l'orientation du parcours(17).

De plus, la relation mère-fille, dans ce contexte de la grossesse, était susceptible de revêtir une importance toute particulière.

Les mères pouvaient faire partie du système de référence de certaines femmes, notamment lorsqu'elles avaient conservé une relation très proche, probablement en partie à cause d'une différence d'âge peu élevée.

D'autres, en revanche, s'étaient appuyées préférentiellement sur l'avis de leurs amies. Si, pour elles, l'avis de leur mère n'avait pas eu valeur de référence, la différence générationnelle pouvait être en cause, les femmes percevant alors que celle-ci, en raison des progrès techniques rapides de l'obstétrique ces dernières années, ne pouvait être la personne la mieux placée pour les conseiller. B. Jacques avait alors comparé ces amies à des « figures maternelles » auxquelles la femme enceinte pouvait s'identifier lorsque le récit maternel ne faisait pas appel aux mêmes références(18).

Enfin, l'absence d'implication des futurs pères dans l'élaboration du parcours de suivi de grossesse des femmes de notre étude venait illustrer le fait que la grossesse restait bien une affaire de femmes. Même si ceux-ci tendaient à vouloir être plus présents lors des consultations de suivi ou des échographies obstétricales, cela relevait plutôt d'un processus de paternalisation, d'appropriation par ceux-ci de la venue au monde de leur enfant (19). Lorsque leur entourage était intervenu, c'était bien l'expérience d'autres femmes, devenues mères avant elles, qui avait guidé les femmes de notre étude dans leur parcours.

#### **d. Le niveau socio-culturel**

M. Akrich avait supposé dans son rapport une relation entre la distance socio-culturelle des femmes et le milieu médical et leur trajectoire : plus la distance était importante plus celles-ci s'en remettraient à l'autorité des professionnels, cela n'avait pas été validé(17). A contrario, nous avons relevé ce schéma dans nos parcours. Les femmes de plus faible niveau socio-culturel n'avaient effectivement pas les ressources pour pouvoir s'opposer aux recommandations des professionnels et expérimenter une prise en charge différente.

Les ressources, telles que les avaient identifiées M. Akrich pouvaient être l'accès à de la documentation, un contact avec un interlocuteur compétent ou encore une proximité avec le milieu médical(17).

En effet, les femmes de niveau socio-culturel plus élevé avaient été plus critiques sur leur parcours. Plus particulièrement, le fait d'exercer en tant que professionnel de santé avait contribué à la difficulté d'accorder sa confiance au professionnel qui suivait sa grossesse. Dans son rapport, M. Akrich, nommait ces femmes, dont les comportements en matière de santé venaient déterminer leur trajectoire de femmes enceintes, « usagers-experts »(17).

#### **4. Des préférences affirmées**

Si le parcours de suivi de grossesse s'était construit en fonction de déterminants, les femmes avaient tout de même fait émerger des critères importants à leurs yeux. Ceux-ci n'avaient pas forcément été mobilisés lors de la mise en place de leur parcours, mais avaient pu émerger au cours de leur suivi de grossesse, apparaissant alors comme éléments permettant de se réapproprier son parcours a posteriori (17).

Dans son rapport, M. Akrich avait identifié des critères génériques tels que la compétence technique, la sécurité, la continuité des soins, la place du père et des critères spécifiques tels que les qualités des personnes dans l'interaction, la personnalisation des rapports(17).

Les critères de proximité, de compétence technique et les qualités humaines des professionnels avaient été prépondérants dans notre étude.

La prédominance de ces critères correspondait aux résultats de plusieurs enquêtes. Ainsi, dans la thèse de M. Pépin-Moinard en 2012, la proximité du suivi de grossesse était un critère important, plus particulièrement, pour 46% des femmes originaires de milieu rural ou semi-rural. La compétence du professionnel avait été importante pour 79% des femmes de son étude, et, 84% des femmes qui avaient souligné ce critère étaient suivies par un gynécologue-obstétricien(20).

L'importance de la personnalisation du suivi avait été rapportée par toutes. La grossesse est en effet un moment particulier dans la vie d'une femme où la transformation du corps, les appréhensions liées tant au développement du fœtus qu'à son arrivée au sein de la famille, interrogations qui ne relèvent pas toutes du domaine médical, sont des sujets propices à l'échange. De plus, chaque femme par son histoire, ses expériences ou connaissances en matière de suivi de grossesse ou de santé, était différente, et, la connaissance de la femme, de son vécu, les capacités d'empathie du professionnel de santé, prenaient alors toute leur importance. C'est pourquoi les femmes enceintes avaient recherché une relation privilégiée avec le professionnel qui allait suivre leur grossesse. Ainsi, dans notre étude, la rapidité de certaines consultations, le défaut d'explication, avaient contribué à la perception d'une déshumanisation du suivi de grossesse.

Dans notre enquête, compétence technique et personnalisation du suivi, associées ou non, avaient pu participer à la construction d'une relation de confiance entre les femmes et le professionnel assurant le suivi de leur grossesse. B. Jacques avait également décrit différents types de confiance dans son enquête. La confiance « dépersonnalisée » était construite sur la légitimité de l'expertise médicale : la femme enceinte s'en remettait aux professionnels de santé et n'émettait pas de critères de jugement personnels au nom de l'enfant à naître en bonne santé. La confiance « totale » impliquait une dépendance de la femme

au professionnel, vécue positivement, car elle reposait sur la reconnaissance de celui-ci en tant qu'individu particulier. La confiance « processus » était sous-tendue par la recherche d'une relation personnalisée au professionnel ajoutée à la démonstration des compétences de celui-ci (18).

Ainsi, nous avons mis en évidence que le parcours de suivi de grossesse des femmes ne relevait pas d'un choix au sein d'une offre de soins donnée mais qu'il s'agissait bien d'une trajectoire orientée par des déterminants plus profonds tels que la parité, le milieu d'origine, l'entourage ou le niveau socio-culturel des femmes.

Notre profession de médecin généraliste nous avait ensuite conduit à savoir quel rôle les professionnels de santé avaient, plus particulièrement, joué dans l'élaboration de ces parcours.

## **5. Les professionnels qui ont participé au suivi de grossesse : l'absence des médecins généralistes**

Dans notre enquête, les femmes ont été suivies soit par des sages-femmes soit par des gynécologues médicaux ou obstétriciens. Aucune d'entre elles n'avait été suivie par son médecin traitant. Or, la carence en professionnels de santé spécialisés en obstétrique était évidente sur le territoire étudié, les médecins généralistes avaient donc un rôle à jouer dans ce contexte. De plus, dans d'autres études, notamment la thèse de M. Pépin-Moinard, les femmes issues de milieu rural ou semi-rural, étaient majoritairement suivies par un médecin généraliste, notamment pour une question de proximité à leur domicile(20).

Bien que notre enquête soit qualitative et n'a donc pas valeur de représentativité pour le suivi de grossesse en milieu rural, nous avons voulu comprendre pourquoi, dans le secteur étudié, les femmes enceintes n'étaient pas suivies par leur médecin généraliste.

### **a. Les habitudes de trajectoires, le milieu de vie rural**

Nous avons noté plus haut que le milieu d'origine pouvait influencer un parcours de suivi de grossesse. En effet, les femmes originaires de milieu rural avaient l'habitude de trajets conséquents dans leurs schémas organisationnels quotidiens et il apparaissait qu'il en était vraisemblablement ainsi pour leur recours à la santé, en matière d'accès aux spécialités. D'autres femmes originaires de milieu urbain, ayant fait le choix de vivre à la campagne pour accéder à la propriété, avaient gardé des habitudes en ville et

n'étaient pas non plus gênées par la distance d'accès aux soins. Toutes avaient exprimé avoir fait un compromis entre une vie « tranquille » en zone rurale et la nécessité de se déplacer pour recourir aux différents services. C'était ce que notait M. Le Manac'h dans sa thèse sur les critères de choix des femmes pour leur suivi gynécologique : en ce qui concernait le secteur rural, l'éloignement et la difficulté d'accès au gynécologue n'était pas un frein à un suivi exclusif par celui-ci puisque 54% des femmes habitant en secteur rural l'étaient contre 22% suivies exclusivement par un généraliste. Les critères de choix de l'un ou l'autre de ces médecins étaient pour le médecin généraliste : la proximité et la qualité de la relation, et pour le gynécologue la perception de la compétence(21). Cependant, il s'agissait là de suivi gynécologique pour lequel les femmes avaient généralement moins fréquemment recours aux professionnels de santé que lors de leur grossesse. Alors, en considérant la fréquence des déplacements en rapport avec leur suivi, pourquoi les femmes enceintes n'avaient-elles pas privilégié la proximité de leur généraliste ?

#### **b. L'offre de soins : l'indisponibilité des médecins généralistes**

Dans la thèse de M. Pépin-Moinard, la disponibilité des professionnels pour leur suivi de grossesse avait été importante pour 62% des femmes de son étude(20).

Une femme parmi nos interviewées avait souhaité être suivie par son médecin traitant, cependant cela s'était avéré impossible à cause de l'absence physique de celui-ci.

Une autre femme avait voulu être suivie, en deuxième intention, par son médecin traitant puis par un autre médecin généraliste à proximité de son domicile. Cependant, ceux-ci lui avaient tous deux opposé leur indisponibilité relative : tous deux pensaient qu'ils ne pourraient accorder suffisamment de temps à cette femme pour suivre convenablement sa grossesse à cause de l'intensité de leur activité de médecine générale. Il faut ajouter que ces deux médecins généralistes étaient des femmes et étaient, de fait, probablement plus sensibilisées à l'importance de la disponibilité du professionnel pour la femme enceinte.

De plus, plusieurs femmes, notamment sur le secteur de Grandeville, nous avaient rapporté des difficultés à trouver un médecin généraliste lors de leur arrivée car ceux-ci refusaient de nouveaux patients au motif de leur planning de consultations déjà bien rempli, conséquence de la faible densité de médecins sur le territoire. Ainsi, si elles avaient pensé que leur médecin traitant était déjà débordé dans son activité, probablement percevaient-elles que celui-ci ne pourrait leur accorder suffisamment de temps d'écoute

pour leur grossesse. Dans sa thèse, M. Sachot-Leblanc avait étudié la perception de l'accès aux soins de premier recours par la population de l'un des cantons de notre territoire d'étude. Elle avait constaté que le fait de vivre dans une zone déficitaire n'était pas perçu comme un problème. En revanche, certains patients de son étude avaient ressenti la surcharge de travail de leur médecin traitant et avaient alors perçu un manque d'écoute et de disponibilité de sa part (22).

Nous pouvions également émettre l'hypothèse que si le médecin généraliste avait déjà une forte activité de médecine générale, peut-être avait-il moins souvent l'occasion de pratiquer de la gynécologie et de fait était-il perçu comme moins compétent en la matière.

### **c. L'expérimentation du suivi spécialisé**

Certaines femmes multipares avaient, pour leur première grossesse, expérimenté un suivi plus spécialisé, auprès d'une sage-femme ou d'un gynécologue. Cette expérimentation positive les avait poussées à reproduire le même schéma. D'autres étaient suivies sur le plan gynécologique par un médecin spécialiste. D'autres encore craignaient d'avoir des difficultés à concevoir et avaient consulté à ce titre un gynécologue.

Dans sa thèse, B. Gros-Lenne, avait noté que le suivi gynécologique habituel avait été un critère de choix pour le professionnel auquel elles allaient confier leur suivi de grossesse pour 50,9% des femmes(23).

M. Akrich, avait noté ce comportement : en milieu rural où les spécialistes sont rares, les femmes allaient d'abord consulter un médecin généraliste sauf si des difficultés gynécologiques antérieures ou des grossesses précédentes les avaient amenée à instaurer un suivi avec un spécialiste(17).

Ainsi, ces femmes avaient instauré un suivi avec le spécialiste et avaient perçu qu'il était naturel que celui-ci suive leur grossesse. Dans ces cas, plus qu'une relation avec un professionnel en particulier, il s'agissait en quelque sorte d'une suite logique dans leur rapport à la santé : le gynécologue, spécialiste de la femme, était donc supposé suivre également leur grossesse, cela faisait partie de son champ de qualification.

#### **d. La foi en la spécialisation**

- La recherche de la qualité

Plusieurs femmes de notre enquête nous avaient rapporté leur croyance en la spécialisation de leur suivi, plaçant la compétence technique du professionnel au premier plan pour se déterminer pour un type de suivi.

La raison en était vraisemblablement une méconnaissance des champs de compétences des autres professionnels (médecins généralistes et sages-femmes). En effet, plusieurs travaux venaient confirmer cette hypothèse. B. Gros-Lenne, dans sa thèse, avait noté que 26,8% des femmes avaient mis en doute les compétences du médecin généraliste pour le suivi de grossesse et l'excluaient pour cette raison(23). Dans le mémoire d'A.L. Noel, sur la perception de la profession de sage-femme par des primigestes interrogées à 24 semaines d'aménorrhée, 38% des femmes ne considéraient pas la sage-femme comme suffisamment compétente pour assurer leur suivi de grossesse(24).

Certaines des femmes de notre enquête ne savaient d'ailleurs pas quels étaient les professionnels qui pouvaient suivre une grossesse et dans ces cas, le médecin généraliste ou la sage-femme avaient été omis.

Ainsi, les femmes n'estimaient pas le médecin généraliste et la sage-femme suffisamment compétents et préféraient avoir affaire à un spécialiste pour leur grossesse pour des raisons techniques, nous pouvions y voir un besoin de sécurisation de leur grossesse. En effet, elles nous avaient rapporté se sentir plus rassurées en présence d'un spécialiste. Les propos d'Y. Knibiehler, historienne des femmes, au sujet de la qualité des soins, dans *La naissance en occident*, venaient illustrer cette situation : pour elle, il y avait souvent « confusion des compétences et des responsabilités. Gynécologues et obstétriciens sont des médecins spécialistes, rétribués comme tels. En principe, leur présence ne s'impose pas auprès des gestantes et des parturientes en bonne santé, quand « tout se passe bien » (...) les parturientes et leurs proches, hantés par l'obsession sécuritaire, réclament des soins plus qualifiés, et croient les obtenir en s'adressant aux soignants les plus hautement diplômés. »(25)

- La place de l'échographie

Cependant, le souhait de recourir à un gynécologue pour les différentes étapes du suivi de grossesse était également lié à la possibilité d'une surveillance échographique. En effet, il nous faut préciser que, dans notre secteur, les cabinets de radiologie n'effectuaient pas de surveillance échographique de grossesse.

Lors du diagnostic de grossesse, certaines femmes avaient eu besoin de l'échographie et donc de consulter un gynécologue pour confirmer leur grossesse malgré l'existence d'un test urinaire et d'un dosage sanguin positifs. Cet examen, par la production d'une image montrant un embryon dans la cavité utérine, permettait alors aux femmes de concrétiser l'enfant à naître(18).

Pour d'autres, l'expérience de fausses-couches précédant leur grossesse avait généré une angoisse quant à l'éventualité de récurrence, la consultation du gynécologue pour la pratique de l'échographie venait alors rassurer ces femmes. Dans Sociologie de l'accouchement, B. Jacques avait noté que le recours à l'échographie, au médecin pendant la période du premier trimestre chez les femmes ayant déjà vécu des fausses-couches était le seul moyen de répondre à l'angoisse de ces femmes(18).

**e. L'ambivalence entre le souhait de sécurisation et celui de plus d'humanité dans le suivi**

Cependant, nous avons noté une ambivalence chez ces femmes qui plébiscitaient un suivi spécialisé puisque lorsque nous leur avons demandé leur avis sur leur suivi de grossesse, celles qui avaient été suivies exclusivement par un gynécologue comme celles qui avaient rencontré un gynécologue à l'occasion de leurs échographies, avaient regretté la pauvreté de leur relation, se traduisant par la rapidité des consultations ou encore un défaut d'information. Toutes avaient reconnu aux sages-femmes des qualités relationnelles d'écoute, d'empathie et de disponibilité. Y. Knibiehler avait décrit ce rôle privilégié des sages-femmes dans la relation à la femme enceinte : « Les sages-femmes règnent à leur manière sur la reproduction humaine. Elles resteront longtemps suspectes non seulement parce qu'elles touchent les corps dans leurs parties « honteuses », mais aussi en raison de leur rôle social qui déborde largement l'assistance des parturientes. L'accoucheuse est un personnage central : confidente et conseillère des femmes, elle apporte son aide à tous moments. »(25)

Si la relation au professionnel était importante qu'en était-il alors de la perception du rôle du médecin traitant par les femmes ?

**f. La relation médecin-patient**

- Une relation privilégiée

Dans sa thèse sur les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse en 2005, I. Prévot-Stimec rapportait l'importance de cette relation privilégiée médecin-patient en médecine générale et sa place dans le suivi de grossesse. En effet, cette relation

particulière, cette connaissance de la femme, de son histoire, les capacités d'empathie du médecin généraliste étaient susceptibles de lui permettre de mieux cerner les contours de la naissance et ainsi de mieux répondre aux attentes toutes particulières et renforcées de la future mère(26).

Quelques femmes de notre enquête avaient notamment expérimenté un premier suivi de grossesse avec leur médecin traitant mais n'avaient pu le réitérer (l'une à cause de l'absence de celui-ci, l'autre parce qu'elle avait déménagé et avait dû changer de médecin traitant à cause de la longueur du trajet). Toutes deux avaient souligné cette relation privilégiée qui les avait amenées à confier leur suivi de grossesse à leur médecin traitant. Pour l'une le médecin généraliste avait bien cerné ses attentes et sa pratique convenait à sa conception de la santé, pour l'autre il s'agissait de son médecin d'enfance.

- La pudeur

Cependant, pour d'autres, cette relation bien ancrée était justement un frein pour le suivi de grossesse, comme pour leur suivi gynécologique. Il était justement question de pudeur vis à vis de ce médecin qui les avaient vues grandir. Même si elles n'avaient pas changé de médecin traitant, elles avaient à ce titre consulté un spécialiste pour leur suivi gynécologique. Dans ce cas, le sexe, masculin, du médecin avait eu une importance. D'autres femmes suivies en médecine générale par un médecin homme avaient également invoqué cette raison pour le récuser de leur suivi.

Mais alors, si le médecin généraliste ne pouvait être le professionnel qui allait suivre la grossesse, comment pouvait-il intervenir dans cette étape importante de la vie de ses patientes ?

#### **g. Les rôles à jouer**

- La consultation courante

Dans sa thèse, M. Perron avait étudié les consultations de femmes enceintes de patientèles de médecins généralistes dans le Maine-et-Loire en 2012. Elle remarquait que le médecin traitant était rarement exclu du suivi de grossesse même s'il n'était pas le référent, il pouvait être sollicité pour différents motifs sur cette période (d'ordre somatique ou psychologique). Elle affirmait alors que sa position d'interlocuteur privilégié des difficultés d'ordre psychologiques, environnementales ou familiales, conférait à son intervention une complémentarité au suivi de grossesse quel qu'en soit le professionnel référent (27). Mais la plupart des femmes de notre enquête n'avaient pas mentionné de

quelconque participation de celui-ci, certaines l'avaient même exclu. Et, si d'autres l'avaient consulté pour des motifs d'ordre différent de la grossesse, elles n'avaient pas accordé d'importance à son intervention.

- Le rôle d'orientation, l'importance de la consultation diagnostique

M. Akrich notait que par son rôle lors de la consultation de diagnostic de grossesse, le médecin était celui qui instituait la grossesse, qui lui donnait sa réalité sociale et médicale. Il pouvait alors avoir valeur de prescription pour la femme en la guidant dans l'élaboration de son parcours. Cela était totalement lié à la valeur de confiance investie dans la relation médecin-patient par la femme(17).

Cependant au cours de notre enquête, nous avons constaté d'une part que le médecin traitant n'était pas systématiquement consulté pour le diagnostic de la grossesse : certaines femmes se dirigeaient d'emblée vers leur gynécologue, ou bien, il était utilisé en tant que prescripteur de « la prise de sang », la demande se faisait alors parfois par simple appel téléphonique. Certaines femmes n'avaient parfois même pas le souvenir d'avoir fait appel à un professionnel pour diagnostiquer leur grossesse.

De plus, parmi les femmes qui avaient consulté leur médecin traitant, la plupart d'entre elles n'avait pas rapporté de discussion relative à leur orientation pour leur suivi de grossesse. Dans le travail de thèse de B. Gros-Lenne, 36,8% des femmes n'avaient ni été orientées, ni reçu la proposition d'être suivies par leur médecin généraliste(23).

Il était donc possible que les femmes ne se soient pas tournées vers leur médecin traitant car celui-ci n'avait pas abordé la question du suivi au moment de cette consultation. C'était ce qu'avait soulevé B. Gros-Lenne, dans sa thèse : elle avait émis l'hypothèse que les femmes choisissaient peu le médecin généraliste pour leur suivi de grossesse car dans seulement 28,9% des cas les médecins s'étaient proposés pour le suivi ou, dans 10,5% des cas, ils avaient fait savoir antérieurement qu'ils pourraient suivre des grossesses(23).

Ainsi, il semblait y avoir une carence de l'information sur le suivi de grossesse par les médecins généralistes. Cependant, aucune des femmes de notre enquête n'avait paru gênée par cela probablement parce que le médecin traitant n'était pas l'interlocuteur privilégié pour discuter de l'orientation de leur parcours de suivi de grossesse, ou même de la grossesse en elle-même. Pour la plupart, lorsque celles-ci avaient voulu évaluer les possibilités de suivi qui s'offraient à elles, c'était bien un autre réseau, notamment l'entourage familial et amical qui avait joué ce rôle. La grossesse était une affaire de femmes. Ainsi, ayant eu recours à l'expérience d'autres femmes proches, qui avaient été, statistiquement, plus

suivies par des gynécologues ou des sages-femmes, les femmes étaient plus susceptibles de ne pas être suivies par leur médecin traitant.

## **6. Synthèse : comparaison des comportements avec un secteur sous-médicalisé en Loire-Atlantique**

Une enquête identique avait été réalisée sur un secteur sous-médicalisé de Loire-Atlantique. Des différences de parcours avaient été constatées au sein de ces deux secteurs pourtant déclarés « sous-médicalisés ». Cela venait confirmer nos résultats : les comportements en matière d'accès aux soins ne sont pas superposables au sein de deux territoires sous-médicalisés et cela venait illustrer le fait que l'application de ce terme à un territoire donné était relative.

### **a. Des différences dans les caractéristiques des populations**

- Le taux de natalité plus faible dans les territoires du Sud-Est de la Vendée

Les communautés de communes du Sud-Est du département de la Vendée étaient caractérisées par un taux de natalité plus faible que les territoires étudiés dans le Nord de la Loire-Atlantique. En Vendée, certaines communautés de communes avaient un taux de natalité situé entre 10,5 et 13,0 pour 1000 habitants, d'autres, un taux de natalité situé entre 13,1 et 15,9 pour 1000 habitants. En Loire-Atlantique, les communautés de communes étudiées avaient un taux de natalité plus élevé de 16,0 à 19,9 pour 1000 habitants (8).

En conséquence, nous pouvions supposer que les femmes des communautés de communes étudiées en Loire-Atlantique ne pouvaient toutes prétendre à être suivies par des professionnels spécialisés en obstétrique.

- Une population vieillissante dans le Sud-Est de la Vendée

La population du Sud-Est de la Vendée est vieillissante. La part de personnes âgées de plus de 80 ans est plus importante que dans le Nord de la Loire-Atlantique (11).

La durée et la fréquence des consultations de médecine générale consacrées aux personnes âgées est plus importante (28). Cela pouvait alors participer de l'indisponibilité des médecins généralistes pour le suivi de grossesse.

- Une population plus précaire dans le Sud-Est de la Vendée

La population du Sud-Est de la Vendée était également caractérisée par un certain niveau de précarité. En matière d'accès aux soins, cela était susceptible de se traduire par un recours plus fréquent au secteur public.

#### **b. L'absence de suivi par le médecin généraliste en Sud-Est Vendée**

- Une question d'indisponibilité liée à la faible densité de médecins généralistes sur le secteur

Les femmes de notre enquête qui avaient sollicité leur médecin traitant pour leur suivi de grossesse nous avaient rapporté que le principal motif de refus de ceux-ci avait été le manque de temps à leur accorder. D'autres travaux ayant étudié l'activité en gynécologie obstétrique des médecins généralistes, notamment en Ile-de-France, avaient décrit les mêmes explications de la part des médecins pratiquant peu d'obstétrique(29).

Cependant, les données de l'ARS montraient des chiffres d'activité comparables pour les médecins généralistes des territoires du Sud-Est de la Vendée et du Nord de la Loire-Atlantique où plusieurs femmes avaient été suivies par leur médecin traitant(9). Nous avons alors émis l'hypothèse d'une activité en gynécologie-obstétrique différente liée à l'âge des médecins généralistes car, dans les territoires étudiés dans le Sud-Est de la Vendée, plus de la moitié des médecins était âgée de 55 ans ou plus(13). En effet, une autre thèse réalisée dans la région des Midi-Pyrénées avait observé que les médecins généralistes femmes de moins de 40 ans pratiquaient plus d'obstétrique que leurs confrères (30). La question de la formation lors des études médicales avait alors été évoquée. Dans son travail, M. Perron avait également noté que les femmes médecin généralistes étaient plus sollicitées que leurs confrères pour le suivi de grossesse (27). Nous n'avons pas une connaissance exacte de la répartition des médecins généralistes en activité sur le secteur en fonction du sexe, mais, dans notre enquête, des femmes enceintes dont le médecin généraliste était une femme, jeune, n'avaient pu être suivies par celui-ci lorsqu'elles l'avaient sollicité, quelle pouvait alors en être la raison ?

Il faut alors prendre en considération que la population du Sud-Est de la Vendée était vieillissante et que cela avait un fort impact sur l'activité des médecins généralistes de ce territoire. Nous pouvions

donc supposer que l'indisponibilité de ceux-ci pour suivre les femmes enceintes de leur patientèle relevait de cette caractéristique de leur activité.

- L'existence de réseaux obstétricaux sur la Vendée

Nous avons également émis l'hypothèse que, dans ce contexte de forte activité de soins, l'existence d'un réseau de soins obstétricaux bien dessiné, à proximité, dans le Sud-Est de la Vendée, inexistant dans le Nord de la Loire-Atlantique, avait conduit les médecins généralistes à déléguer plus facilement la partie obstétricale de leur exercice.

Mais cela pouvait également se vérifier dans le comportement des femmes enceintes : l'existence de la maternité de Grandeville ou du CPP de Proxville à proximité pouvait les conduire à se diriger plus spontanément vers ces structures plutôt que vers leur médecin généraliste.

### **c. Une majorité de suivis en secteur libéral en Loire-Atlantique**

Afin d'expliquer cette différence, nous avons émis plusieurs hypothèses :

L'absence de réseau de soins public dans les territoires ruraux de Loire-Atlantique était probablement due à la proximité du chef lieu du département qui regroupait un large panel de professions spécialisées dans le suivi de grossesse ainsi que le Centre Hospitalo-Universitaire, maternité de niveau III.

Les professions libérales, en matière de soins obstétricaux, étaient plus proches et plus accessibles en Loire-Atlantique qu'en Vendée. Plusieurs cliniques privées disposant de nombreux lits d'accueil en maternité étaient situées en périphérie de l'agglomération du chef-lieu du département. Les sages-femmes libérales étaient également plus nombreuses.

L'existence d'un réseau de soins public en Vendée palliait le manque de professionnels spécialisés en soins obstétricaux du secteur libéral.

## V. CONCLUSION

L'objectif de ce travail avait été de comprendre le parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zone sous-médicalisée. L'hypothèse de départ avait été que le contexte de l'offre de soins constituait un espace de choix limité pour les femmes enceintes.

Cependant, si l'offre de soins délimitait bien un champ de possibles, il s'était avéré que d'autres déterminants tels que la parité, le milieu d'origine, l'entourage, le niveau socio-culturel, l'existence d'un risque étaient entrés en jeu évitant alors aux femmes de se trouver dans une réelle situation de choix pour leur suivi de grossesse.

Il apparaissait également que les professionnels de santé, en dehors d'une situation de risque pour la grossesse où ceux-ci avaient fait autorité, n'avaient pas guidé la mise en place du parcours des femmes enceintes. Le médecin généraliste, notamment par sa relation privilégiée avec ses patientes, était pourtant le plus susceptible d'orienter celles-ci dans leur démarche.

Cependant, les femmes enceintes avaient utilisé préférentiellement leur propre expérience ou celle de leur entourage comme système de référence. Il semblait alors que le discours médical ne soit pas approprié.

De plus, si le contexte de sous-médicalisation rendait les médecins généralistes relativement indisponibles pour prendre en charge la grossesse de leurs patientes, l'existence d'hôpitaux locaux ou d'une maternité à proximité semblait également avoir favorisé le recours aux professionnels spécialisés que sont les sages-femmes et les gynécologues.

Il conviendrait alors d'étudier l'organisation, au niveau local, des différents professionnels impliqués dans la prise en charge de la femme enceinte et, plus précisément, de connaître l'opinion de ceux-ci sur leur activité et leur rapport aux femmes enceintes dans ce contexte de sous-médicalisation.

## **VI. ANNEXE**

Les verbatims des entretiens ont été déposés sur un CD-ROM joint en dernière page.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005.
2. Mandelbrot L, Ceccaldi P-F. Surveillance de la grossesse normale. Elsevier Masson Gynécologie obstétrique. 2006;(5-007-M-10).
3. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque. Synthèse des recommandations professionnelles. 2007.
4. Puech F. Naître en France: l'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Le Plan Périnatalité 2005-2007. déc 2007;(61-62:):35- 45.
5. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai.
6. Insee - Définitions et méthodes - Densité médicale [Internet]. [cité 20 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/densite-medicale.htm>
7. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale. Situation au premier janvier 2012- Tome II. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012 janv.
8. Buyck J, Tallec A, Branger B. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » des Pays de la Loire; 2013 p. 192.
9. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. C@rtoSanté [Internet]. [cité 20 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/C-rtoSante.92744.0.html>
10. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. déc 2011.
11. Gallard E, Laco F, Lebouteux G, Allain B, Martineau D, Seguin S. Observation sociale des territoires de la Vendée. Cahier départemental. Insee Pays de la Loire, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale; 2011 déc.
12. Gicquaud N, Rodrigues A. Conséquences sur les disparités sociales et l'organisation du territoire. Déplacements domicile-travail : ça bouillonne. Insee Pays Loire. oct 2010;(38).
13. Médecins : effectifs et densité - ORES Pays de la Loire [Internet]. [cité 20 mars 2012]. Disponible sur: <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm>
14. Ordre des sages-femmes - Conseil National [Internet]. [cité 20 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/rubrique/Annuaire/>
15. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2ème ed. Paris: Armand Colin; 2010.

16. Zolesio E. Anonymiser les enquêtés. *Rev. Pluridiscip. En Sci. L'homme Société*. juin 2011;(12. Quoi de neuf dans le salariat ?).
17. Akrich M, Develay A, Naiditch M, Pasveer B, Bourgueil Y. Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. Paris; 2000 p. 127- 171.
18. Jacques B. *Sociologie de l'accouchement*. Presses Universitaires de France. Paris: Le Monde; 2007.
19. Ezanno V. *Vécu des pères autour de la naissance: entretiens semi-directifs avec des pères d'enfants âgés de six à vingt mois*. Université de Nantes; 2012.
20. Pepin-Moinard M. *Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque*. Université de Nantes; 2012.
21. Le Manac'h M. *Quel praticien pour un suivi gynécologique ? Critères de choix des femmes: Enquête auprès de 112 patientes de la région de Dinan [Thèse d'exercice]*. Université de Rennes 1; 2009.
22. Sachot-Leblanc M. *L'accès aux soins primaires en zone rurale déficitaire: étude auprès de la population de la communauté de communes de la Châtaigneraie*. Université de Nantes; 2011.
23. Gros Lenne B. *Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi*. Université de Paris-Val-de-Marne; 2005.
24. Noël A-L. *Perception actuelle de la profession de sage-femme par les primigestes*. Caen; 2005.
25. Cesbron P, Knibiehler Y. *La naissance en occident*. Paris: Albin Michel; 2004.
26. Prévot--Stimec I. *Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse*. Université de Nantes; 2005.
27. Perron M. *Le généraliste et les femmes enceintes : étude de patientèles en Maine et Loire*. Université d'Angers; 2012.
28. Labarthe G. *Les consultations et visites de médecins généralistes. Un essai de typologie*. Drees Etudes Résultats. juin 2004;(315).
29. Dias S. *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France*. Université de Paris Diderot-Paris 7; 2010.
30. Costes M. *Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2006.

## **PARCOURS DE SUIVI DE GROSSESSE DES FEMMES RESIDANT EN ZONE SOUS-MEDICALISEE.**

### **Enquête qualitative dans le Sud-Est de la Vendée**

---

#### **RESUME**

Face à une offre diversifiée, les femmes enceintes sont en situation de faire un choix concernant le professionnel auquel elles confient le suivi de leur grossesse en l'absence de risque : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux ou sages-femmes. Certains territoires sous-médicalisés n'offrent pas les conditions d'un choix totalement libre. Dans ces situations, quels sont les déterminants, les étapes et les processus de ce choix ? Pour éclairer cette question, une enquête qualitative à visée compréhensive a été menée dans le Sud-Est de la Vendée, territoire rural où l'offre de soins était restreinte. Douze femmes de ce territoire, ayant récemment accouché ou enceintes au dernier trimestre de leur grossesse, avaient été interviewées selon la technique de l'entretien semi-directif.

Une typologie des parcours de suivi de grossesse a pu être mise en évidence en fonction du rapport de ces femmes à l'offre de soins : parcours « imposés », « contrariés », « adaptés » ou « spontanés ». Si l'offre de soins a constitué un éventail de possibilités de suivis de grossesse plus ou moins restreint, les femmes enceintes n'ont pas effectué de véritable choix mais des parcours, orientés par d'autres déterminants tels que la parité, leur milieu d'origine, leur entourage, ou leur niveau socio-culturel. L'enquête a soulevé l'absence des médecins généralistes dans leur suivi de grossesse et cela a pu être attribué aux deux protagonistes : aux femmes, par leur désir de sécurisation, aux médecins, par leur indisponibilité dans un contexte d'activité intense. Cependant, la comparaison avec un territoire sous-médicalisé du Nord de la Loire-Atlantique permet de retenir l'hypothèse que l'existence d'un réseau de soins obstétricaux est susceptible d'absorber cette partie de l'activité des médecins généralistes.

---

#### **MOTS-CLES**

PARCOURS  
SUIVI DE GROSSESSE  
FEMMES ENCEINTES  
MEDECINE GENERALE  
ACCES AUX SOINS  
ZONE DEFICITAIRE  
SERVICE DE SOINS EN MILIEU RURAL