

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2016

N° 120

**THESE**

pour le

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

DES de MEDECINE GENERALE

par

**Nathalie Cordelier**

née le 15/11/1985 à Rennes

---

Présentée et soutenue publiquement le 25/10/2016

---

**Caractéristiques du suivi de grossesse en médecine générale :  
étude qualitative par observation directe de consultations chez des  
médecins généralistes en Loire-Atlantique**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Paul BARRIERE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

Membres du Jury : Madame Anne-Chantal HARDY

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU

## **Remerciements**

À Monsieur le Professeur Paul Barrière, qui me fait l'honneur de présider ce travail de thèse.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Paul Canévet, merci de votre disponibilité et de vos conseils précieux pour cette thèse, de m'avoir donné goût à une certaine approche de la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Stéphane Ploteau, qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

À Madame le Docteur Maud Jourdain, qui me fait l'honneur d'être membre dans ce jury de thèse.

À Madame Anne-Chantal Hardy, d'avoir acceptée de prendre part à ce jury de thèse.

À mes confrères, consœurs du cabinet médical, préservons la richesse de notre entraide au quotidien.

À tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible, merci de votre aide et du temps accordé.

À mes parents, pour m'avoir soutenue durant toutes ces années d'études. Votre présence et vos attentions m'ont été des plus précieux. Vous m'avez donné tout le courage nécessaire à la réalisation de cette thèse, à l'exercice de la profession de médecin généraliste.

À mon amour, Arnaud, pour tes attentions, ton amour, tous ces moments de bonheur partagés. Merci de ton soutien durant ce travail de thèse.

À ma fille, Clémence, pour ta joie de vivre communicative, tu émerveilles notre quotidien.

À mes grands-parents, mon frère, belle-sœur, petite Axelle, toujours présents pour partager de bons moments.

À mes amis, au loin, que la distance préserve notre amitié pour des années encore.

## **Serment médical**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Table des matières

<b>Liste des abréviations</b>	<b>8</b>
<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b>	<b>13</b>
<b>1. Matériel</b>	<b>13</b>
1.1. Population cible et échantillon	13
1.2. Protocole du recrutement	13
<b>2. Méthode</b>	<b>14</b>
2.1. Le type d'enquête	14
2.2. L'observation directe	15
2.3. Le protocole d'étude	16
2.3.1. Une observation armée	16
2.3.2. Le recueil des données	16
2.3.3. L'analyse des données	17
<b>III. RESULTATS</b>	<b>18</b>
<b>1. Caractéristiques de l'échantillon</b>	<b>18</b>
1.1. Caractéristiques des médecins généralistes	18
Tableau n°1	19
1.2. Caractéristiques des patientes	20
Tableau n°2	21
<b>2. Caractéristiques des consultations</b>	<b>22</b>
Tableau n°3	23
<b>3. Description des pratiques</b>	<b>24</b>
3.1. LA PRATIQUE COMMUNE	24
3.1.1. Agencement des espaces de travail	24
3.1.2. Temporalité	26
3.1.3. Organisation et déroulement de la consultation	26
3.1.3.1. La première étape de consultation B1	26
3.1.3.2. La deuxième étape : l'examen clinique	30
3.1.3.3. La troisième étape de consultation B2	34
3.1.4. Les thèmes abordés	41
3.1.4.1. Asthénie et douleurs	41
3.1.4.2. Place du corps et rapport à la maternité	42
3.1.4.3. Les inquiétudes	45
3.1.4.4. Prise en charge de motifs intercurrents	46

3.1.5. Les interactions médecin-patiente	47
3.1.5.1. Le climat des consultations	47
3.1.5.2. La place du corps dans les échanges	50
3.1.5.3. Humour et familiarités	51
3.1.5.4. Horizontalité de la relation	52
3.1.5.4.1. Adaptabilité des médecins	52
3.1.5.4.2. Des patientes expertes de leur grossesse	54
3.2. LES VARIATIONS INTER-MEDECINS DES PRATIQUES	57
3.2.1. Pratique principalement protocolaire : biomédicale et directive	57
3.2.2. Pratique centrée sur la patiente : l'écoute active neutre	63
3.2.3. Pratique centrée sur la patiente avec implication affective du médecin	69
3.3. DES SINGULARITES DANS LES RENCONTRES	76
3.3.1. Dans la temporalité	76
3.3.2. Dans l'individualité des rencontres	77
3.3.3. Dans les thématiques abordées	79
<b>4. Les difficultés rencontrées</b>	<b>80</b>
4.1. PAR LE MEDECIN	80
4.1.1. L'administratif	80
4.1.2. La réception des comptes rendus	80
4.1.3. Formation continue, évolution des techniques	82
4.2. PAR LES PATIENTES	82
4.2.1. Le choix des professionnels dans leur suivi de grossesse	82
4.2.2. Disponibilité des médecins et accès aux soins	82
4.2.3. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité	84
<b>5. La collaboration entre les professionnels</b>	<b>85</b>
5.1. LE DOSSIER MATERNITE	85
5.2. AVEC LES PROFESIONNELS MEDICAUX	85
5.2.1. Gynécologues médicaux et Gynéco-obstétriciens	85
5.2.2. Sages-femmes	86
5.2.3. Radiologues	87
5.2.4. Anesthésistes	88
5.2.5. Pharmaciens	89
5.2.6. Pédiatres, PMI, Lactarium, Médecine du travail	89
5.3. AVEC LES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX	90
5.3.1. Kinésithérapeutes	90
5.3.2. Laboratoires d'analyses médicales	90
5.3.3. IDE	90
5.3.4. Ostéopathes, Acupuncteurs	90
<b>IV. DISCUSSION</b>	<b>91</b>
<b>1. La méthode</b>	<b>91</b>

1.1. Les forces	91
1.2. Les limites	91
<b>2. L'échantillon étudié</b>	<b>92</b>
2.1. Les forces	92
2.2. Les limites	92
<b>3. L'offre de soins des médecins généralistes</b>	<b>94</b>
3.1. UNE CERTAINE HOMOGENEITE DES PRATIQUES	94
3.1.1. Le déroulement de la consultation prénatale	94
3.1.2. Les interactions	95
3.1.3. Les thèmes abordés	98
3.1.4. Une image idéalisée du suivi de grossesse face à des contraintes réelles	100
3.1.5. L'examen clinique et l'intimité des femmes	101
3.1.6. L'arrêt de travail	104
3.2. DES VARIATIONS DE PRATIQUES INTER-MEDECINS	105
3.2.1. Des consultations de tonalités différentes	105
3.2.1.1. Des modes de communication différents	106
3.2.1.2. Une différence de pratique selon le sexe du médecin	111
3.2.2. Exploration du contexte psycho-social, environnemental et affectif	112
3.2.3. La préparation à la naissance et à la parentalité	114
<b>4. Comparaison avec l'offre de soins des sages-femmes</b>	<b>116</b>
4.1. Les spécificités propres aux SF	116
4.2. Les interactions	117
4.3. L'agencement des cabinets	118
4.4. Le déroulement des consultations	118
<b>5. La collaboration avec les autres professionnels</b>	<b>119</b>
5.1. L'absence d'utilisation du carnet maternité	119
5.2. Les modes de collaboration et de coordination des soins	120
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>125</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>127</b>
<b>VII. ANNEXES</b>	<b>132</b>
<b>VIII. RESUME</b>	<b>139</b>

## **Liste des abréviations**

AT : Arrêt de Travail

BDCF : Bruits Du Cœur Fœtaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPA : Cours de Préparation à l'Accouchement

CPF : Centre de Planification Familiale

DDR : Date des Dernières Règles

DU : Diplôme Universitaire

GO : Gynéco-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux.

MG : Médecin Généraliste

OD : Observation Directe

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

P : Patiente

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SF : Sage-Femme

SFU : Signes Fonctionnels Urinaires

UGOMPS : Unité de Gynécologie et Obstétrique Médico-Psycho-Sociale.

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World Organization of Family Doctors

# **I. INTRODUCTION**

La grossesse est un phénomène physiologique.

Les professionnels de santé utilisent le terme de grossesse « à bas risque » en l'absence de facteurs de risque de complications ce qui met en évidence leur état de veille en matière de morbi-mortalité materno-foetale. La période qui entoure la grossesse et la naissance est susceptible d'influencer de façon importante et durable la santé physique, mentale et sociale de la mère, de l'enfant et de leur entourage [1].

En France, l'indicateur conjoncturel de fécondité se maintient à un niveau élevé par rapport aux autres pays européens avec 1,96 enfants par femme en 2015. La France est, avec l'Irlande, le pays de l'Union européenne où la fécondité est la plus forte et bénéficie d'un engagement politique fort dans le domaine de la périnatalité [2].

La France a mis en place, depuis les années 1970, une politique structurante en matière de périnatalité se traduisant par trois plans successifs en 1970-1975, 1995-2000 et 2005-2007. La pratique périnatale a évolué, de la nécessaire technique garante de la sécurité des patientes et des professionnels à l'introduction d'une dimension plus humaine, émotionnelle au projet de naissance permettant à la femme d'accoucher dans de bonnes conditions physiques et psychologiques [3][4].

Dans la région Pays-de-la-Loire le nombre des naissances dépasse 43.000 chaque année, soit environ 120 nouveau-nés par jour [5]. La grossesse et l'accouchement constituent les motifs d'hospitalisation les plus fréquents des femmes [1].

La grossesse mobilise donc fortement le système de santé par la fréquence des évènements concernés et par l'ampleur des enjeux qui s'y rattachent [1]. Or, force est de constater que l'offre de soins est dense et reste complexe pour les patientes et les professionnels de santé.

Plusieurs professionnels de santé issus de cursus et de formations différentes ont les compétences pour réaliser le suivi médical des grossesses à bas risque jusqu'au septième mois inclus : ce sont les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) et les gynécologues-obstétriciens en cas de facteurs de risque (acteurs de soins de santé secondaires). La consultation des deux derniers mois se réalise dans le centre d'accouchement prévu.

Les bases théoriques et les recommandations du suivi de grossesse sont bien établies et identiques quel que soit le professionnel concerné, il est réglementé entre autres par le code de santé publique, le décret n° 92-143 du 14 février 1992, le décret de 2003 et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les référentiels scientifiques listent les examens obligatoires à prescrire, les différents points à aborder selon le terme de la grossesse et donnent de nombreux conseils afin de mener à bien les consultations.

D'après les études déjà menées le pronostic materno-fœtal est le même quelque soit l'acteur de soin primaire choisi. (Grade A- HAS) [6].

La démographie médicale tend à s'amoinrir et les regroupements des établissements de naissance ont modifié l'offre territoriale des soins périnataux. Le nombre de gynécologues baisse entraînant un retour vers les médecins généralistes et les sages-femmes pour le suivi des grossesses. Les Pays-de-la-Loire se caractérisent par une forte implication des médecins généralistes dans le suivi des femmes enceintes, 97 % considèrent ainsi le suivi des grossesses à bas risque comme une de leurs missions, et plus de la moitié des Ligériennes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale effectuée par un généraliste en 2010 (contre 24 % au niveau national) [1]. Dans le même temps l'effectif global des sages-femmes a fortement augmenté depuis le début des années 2000, à un rythme plus marqué qu'au plan national (environ +4 % en moyenne chaque année) La fréquence du recours aux sages-femmes libérales est 1,3 fois plus élevée dans les Pays de la Loire qu'au plan national [7].

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit [8]. De nombreuses études montrent que le choix des futurs parents semble peu éclairé du fait d'une méconnaissance des compétences des différents professionnels [9][10][11]. La tendance actuelle redonne une place au généraliste dans le suivi des grossesses à bas risque. Pourtant, l'enquête de périnatalité de 2010 ne recense que 4,7% des femmes ayant eu un suivi principalement par leur médecin généraliste, 11,7% par les sages-femmes et la grande majorité des femmes reste toujours suivi par un gynécologue (66,8%) [3].

D'autres recherches soulignent une méconnaissance entre professionnels du rôle et spécificités de chacun [12][13]. Les sages-femmes libérales, comme les médecins généralistes, ont plutôt une mauvaise perception des compétences de chacun. L'information donnée aux femmes est donc erronée. Cela traduit un manque de collaboration et une indépendance manifeste de chacun. La constitution de réseaux de soins en périnatalité a pour but une meilleure coopération, une continuité dans la prise en charge et une meilleure cohérence dans le suivi.

Malgré un suivi protocolisé, il semble exister une marge d'autonomie dans les pratiques : chaque professionnel dispose de compétences spécifiques et humaines propres, valeurs ajoutées sur des bases communes. Les sages-femmes se disent spécialistes de la grossesse physiologique et revendiquent des consultations plus longues qui leur permettent d'aborder l'ensemble des aspects médicaux, psychiques, sociaux et de bien-être autour de la grossesse, une certaine approche maternelle [12]. Le médecin généraliste est le médecin de famille qui connaît la femme, son histoire, sa famille, le suivi de grossesse s'inscrit dans la continuité du suivi global et dans une relation de confiance établie par des contacts répétés. Il serait le meilleur observateur de l'environnement psychosocial [14]. Les gynécologues et obstétriciens ont une formation spécifique orientée vers la prise en charge des risques et pathologies de la grossesse, cette orientation technique est perçue comme sécurisante par certaines patientes [11]. Enfin, l'expérience professionnelle et personnelle de chacun permet probablement d'enrichir différemment sa pratique.

Les compétences demandées aux professionnels évoluent :

- Ils doivent s'adapter aux décisions des pouvoirs publics. Le plan de 2007 accorde une

grande importance aux attentes des couples et demande une humanisation des pratiques qui ne peut être codifiée par des référentiels.

- Les changements sociétaux (âge de primiparité plus élevé, précarité, obésité) amènent les professionnels à élargir leur rôle en matière d'éducation, d'accompagnement affectif, psychologique et social.

Le tout s'inscrivant dans un contexte contraignant lié aux conditions de travail de chacun qui changent elles aussi.

Ces constatations permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle les approches dans le suivi de grossesse et les interactions médecin-patiente sont différentes selon le professionnel de santé impliqué.

Les données qualitatives sur les consultations prénatales concernant le déroulement, les interactions médecin-patiente, les thèmes abordés, l'examen et les contraintes qui s'y exercent restent peu étudiées. Peu de chercheurs ont posé leur regard sur la consultation prénatale au quotidien. De multiples interactions se donnent à voir, à entendre et à comprendre.

Les objectifs de l'étude étaient de répondre aux interrogations suivantes :

- Comment se déroule la consultation prénatale réalisée par le médecin généraliste ? Quelles sont ses caractéristiques ?
- Existe-t-il des différences entre la pratique théorique et la pratique réelle ?
- La consultation prénatale est-elle identique ou existe-t-il des spécificités propres à certains groupes professionnels ? De quelle nature sont-elles ?
- Y a-t-il des différences de pratique au sein même des médecins généralistes ?
- Existe-t-il une collaboration entre professionnels ? À quel niveau ? Comment s'organise-t-elle ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?

Afin de pallier le manque actuel de données qualitatives fines au plus proche de la réalité sur les pratiques professionnelles, un travail de terrain a été réalisé par l'observation directe de consultations prénatales dans les cabinets médicaux libéraux de médecine générale, jusqu'au 7ème mois de grossesse inclus.

Ce travail s'intègre dans un projet plus vaste, le projet MATTER maternité et territoire. Il s'agit d'un travail interprofessionnel et pluridisciplinaire en lien avec le réseau des Maisons des Sciences de l'Homme. L'objectif est de mieux comprendre le fonctionnement et l'usage du système de soins en périnatalité. Il vise notamment à étudier les disparités dans l'offre de soins et la coopération entre les professionnels. Dans ce cadre la thèse de Tiphaine Witte a étudié l'offre des sages-femmes selon la même méthode qualitative d'observation directe de consultation [12].

La thèse de Justine Cuche étudiait les caractéristiques des femmes enceintes et les déterminants à l'œuvre pour expliquer les variations des consultations chez le médecin généraliste. Il s'agissait de recueillir des données quantitatives par observations directes de consultations de femmes enceintes incluant les motifs intercurrents [16].

Notre objectif, en continuité avec ces deux enquêtes, est de tenter de mieux comprendre les logiques d'action des praticiens et les ressorts de l'interaction médecin-patiente grâce à des observations directes par immersion de l'observateur dans la situation. Elles permettront de recueillir des données verbales et non verbales sur le climat de la consultation, le contenu, les interactions fines, les décisions, les gestes les plus imperceptibles du praticien et de la patiente.

L'objectif secondaire de ce travail est de comparer nos résultats avec ceux de T. Witte [12] sur les pratiques des SF pour tenter de mieux comprendre les disparités de l'offre de soins en périnatalité.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Matériel**

#### **1.1. Population cible et échantillon**

La recherche incluait toutes les consultations de suivi de grossesse, des patientes primipares ou multipares, réalisées chez les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral en Loire-Atlantique.

Les critères de non inclusion étaient le refus du médecin ou de la patiente, les consultations de femme enceinte pour motif intercurrent.

La participation reposait sur la base du volontariat.

L'échantillon devait faire varier les données sociodémographiques en termes de lieu d'exercice, d'âge et de sexe des médecins afin d'être aussi diversifié que possible.

Le recueil des données a été interrompu à saturation des idées, c'est-à-dire lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouvel élément. Un objectif de 10 à 12 consultations avait été fixé préalablement.

#### **1.2. Protocole du recrutement**

Environ 70 médecins de Loire-Atlantique ont été contactés selon différentes modalités :

✓ Par téléphone en utilisant aléatoirement la base numérique « les pages jaunes » dans la région Loire-Atlantique. Un filtre était souvent réalisé par la secrétaire ce qui rendait difficile le premier contact. Au moins une relance était réalisée lors d'un unique contact téléphonique avec la secrétaire permettant de recueillir la réponse du médecin. Souvent la secrétaire demandait au chercheur d'adresser un mail au médecin. Le projet de recherche était alors explicité ainsi que le protocole de mise en œuvre. Les mails des médecins confrères au sein des cabinets de groupe étaient recueillis.

- ✓ Par mails recueillis au sein des groupes de pair.
- ✓ Dans l'entourage professionnel de l'enquêteur.

Le projet d'étude ainsi que le protocole étaient explicités oralement ou par mail.

Les médecins généralistes choisissaient eux-mêmes les consultations prénatales, ils devaient connaître par avance le motif de la consultation : patiente enceinte venant pour son suivi de grossesse et non pour un motif intercurrent. Ils devaient ensuite prévenir l'enquêteur.

La plupart du temps, ce sont les secrétaires qui géraient le planning des RDV, elles étaient donc souvent impliquées afin de prévenir le médecin et l'observateur dès qu'une patiente prenait RDV pour son suivi de grossesse.

L'observateur devait se rendre disponible le jour et à l'heure du RDV. Ce travail impliquait donc une grande disponibilité et de nombreux déplacements.

### Le cadre éthique

Pour participer à l'étude, le consentement oral des patientes était recueilli quelques semaines avant la consultation. Elles étaient contactées par téléphone et informées des modalités de l'étude et de la présence de l'observateur lors de la consultation. Ce premier contact était établi soit par le médecin généraliste soit par sa secrétaire ou par l'observateur-chercheur sur demande du médecin.

Un consentement écrit était recueilli par l'observateur le jour de la consultation garantissant un anonymat des participants et la confidentialité des données. Une fiche d'information présentant les objectifs de l'étude était jointe. (Annexe 1).

### Grilles de recueil des caractéristiques de l'échantillon

Le recueil des caractéristiques du médecin comprenait : l'âge, le sexe, la situation familiale, la date d'installation, le mode et lieu d'exercice, la formation complémentaire. L'existence d'une informatisation, d'un secrétariat. Le nombre de suivi de grossesse moyen réalisé par mois ou année, jusqu'à quel terme. Le délai d'attente/disponibilité des RDV. (Annexe 2).

Le recueil des caractéristiques des femmes enceintes comprenait : l'âge, la situation familiale, la catégorie socio-professionnelle, la gestité-parité, l'âge gestationnel lors de l'observation, le lieu d'accouchement, le lieu d'habitation, de travail. Le suivi gynéco-obstétrical antérieur, le suivi antérieur par le médecin généraliste, les antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux, et s'il s'agissait du médecin de famille. (Annexe 3).

Ils étaient effectués à la fin de la consultation, après le départ de la patiente, ou par mail si le médecin ne disposait pas de temps le jour de l'observation.

## **2. Méthode**

### **2.1. Le type d'enquête**

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par observation directe, non participante, de consultations prénatales jusqu'au 7ème mois de grossesse inclus auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique.

Cette méthode a permis la collecte de toutes les informations observables par l'instigateur présent dans la consultation. Elle se base sur le suivi attentif des pratiques réelles sans volonté de les modifier, à l'aide d'une procédure scientifique appropriée, c'est-à-dire armée. Ce type d'enquête alterne séances d'observation, moments d'écriture et de réflexion [17].

En tant qu'espace circonscrit où convergent les interactions, la consultation médicale est un terrain privilégié pour ce type d'étude [17].

L'étude visait ainsi à :

- Décrire finement la consultation prénatale du médecin généraliste.
- Analyser la relation médecin-patient, les interactions, les échanges verbaux et non verbaux, les procédures de travail.
- Restituer certaines logiques de fonctionnement en décrivant le contexte contraignant dans lequel elles se développent.
- Avoir accès à des pratiques inconscientes mais aussi très visibles et familières auxquelles les individus ne portent pas attention.

Il ne s'agissait pas de « contrôler » les compétences ou l'application des recommandations mais d'apporter des données nouvelles permettant de mieux comprendre les logiques à l'œuvre chez les acteurs, parfois à leur insu notamment au niveau relationnel et contextuel. Ce travail devait contribuer à enrichir la connaissance sur l'offre de soin dans le domaine de la périnatalité en médecine générale et sur l'usage que les patientes en font.

## **2.2. L'observation directe**

Il s'agit d'être physiquement présent afin d'observer une situation en temps réel, repérer les comportements verbaux et non verbaux tels qu'ils se produisent et au moment où ils se produisent pour en rendre compte.

Le phénomène étudié est spontané et non créé par le chercheur : il s'agit d'une observation naturaliste [15].

La neutralité de l'enquêteur est essentielle, il a un rôle de témoin non participant. Il doit avoir la capacité de se libérer de ses a priori scientifiques, être le plus extérieur possible à la situation afin de pouvoir mettre en évidence les choses les plus anodines.

L'observation se déroule à découvert, les sujets sont avertis qu'ils sont observés. Il convient de mettre en place un dispositif qui assure le moins d'effets de l'observateur sur les pratiques.

L'observation est non participante, il convient d'adopter une position extérieure. Le statut d'observateur non participant permet de limiter les interactions avec la situation. Il peut ainsi avoir tout le recul nécessaire à sa neutralité et à son analyse.

L'observateur se positionnait en retrait du médecin et de la patiente afin d'interférer au minimum. Il était présenté comme un confrère effectuant un travail de recherche ou comme élève étudiant et ne devait pas intervenir durant la consultation. Le médecin devait conduire sa consultation comme à son habitude.

## **2.3. Le protocole d'étude**

### **2.3.1. Une observation armée**

#### Phase exploratoire

Avant de recueillir et analyser des données, il fallait tout d'abord rendre compte du contexte et des dimensions normatives pesant sur les pratiques. Une analyse de la littérature et une connaissance préalable de la situation étaient nécessaires. Le déroulement théorique de la consultation prénatale ainsi que le déroulement théorique d'une consultation médicale classique pouvaient être reconstitués à l'aide des recommandations et des nombreux guides édités par la HAS, le guide de l'URPS médecins libéraux Pays-de-la-Loire.

Ensuite une pré-enquête sur le terrain, phase exploratoire, était nécessaire. Du fait de ma formation en médecine générale, j'ai pu acquérir les bases théoriques du suivi de grossesse et réaliser de nombreuses observations libres mais participantes, en tant qu'externe puis en tant qu'interne. En effet j'avais déjà réalisé un stage de 3 mois en tant qu'externe en gynécologie-obstétrique au CHU de Rennes. Puis de 6 mois en tant qu'interne en gynécologie-obstétrique au CHU de Nantes, dont 2 mois à l'UGOMPS où j'ai pu être formée en tant qu'observatrice directe participante, à la fois par des gynécologues médicaux et par des sages-femmes. De plus, durant mon stage chez le praticien, j'ai pu observer et pratiquer moi-même des consultations prénatales chez le médecin généraliste.

Il s'agissait d'une participation active, participante, la démarche d'enseignement des soignants modifiait inévitablement la consultation. Ces observations préalables m'apportaient une idée des modalités de la consultation prénatale chez chacun des acteurs de soins primaires.

#### Élaboration d'une trame d'observation

Il convenait d'établir un document avec le corpus des données à étudier. Pour être exploitables, les données d'observation devaient être mises en forme et rapprochées. Il fallait pouvoir choisir parmi la masse d'informations et parvenir à une systématisation permettant la comparaison des données, configuration favorable à l'objectivation des comportements.

La trame d'observation a été composée d'un ensemble de catégories (étapes de consultations, thèmes théoriques, comportements verbaux et non verbaux) destinées à la classification des données. Elle n'était pas figée et pouvait être remaniée tout au long de l'étude en fonction des imprévus des situations rencontrées inhérents à cette méthode. (Annexe 4).

### **2.3.2. Le recueil des données**

Les consultations ont été observées par une unique observatrice qui est l'auteur de la recherche. Les observations ont ainsi pu être réalisées de la même manière. Les informations

verbales et non verbales recueillies par l'observation directe étaient éventuellement complétées par des données issues des dossiers médicaux.

L'investigatrice devait mobiliser ses cinq sens, en s'aidant de la trame d'observation afin de saisir tous les aspects médicaux, relationnels, verbaux, non verbaux, corporels, matériels, d'occupation de l'espace et du temps tout en prenant des notes repères durant l'observation.

L'enregistrement avec un dictaphone a permis de recueillir les données liées au discours et d'estimer la durée des différentes étapes de la consultation précédemment définies.

La prise de notes sur place a permis de recueillir les données non verbales afin de compléter le discours : gestes, mimiques, attitudes, déplacements, description du lieu et du matériel utilisé, gestes réalisés lors de l'examen clinique.

Une séance d'observation était toujours suivie d'un travail d'écriture. L'observation diffuse qui était la description détaillée de la consultation prénatale comprenant les données audio, les notes repères et le travail de mémoire de l'observatrice. Ces données constituaient les données brutes de l'enquête et le support de notre analyse.

L'observation diffuse avait pour but de révéler la réalité des actions et paroles sans critères de sélectivité. La rédaction ne devait pas porter d'interprétation ni de théorisation. Le travail d'objectivation imposait le recul scientifique et la neutralité de l'observateur afin de mettre en évidence les comportements inconscients et occultés par le médecin qui travaillait, les détails de la relation qui pouvaient paraître anodins mais emprunts de sens avec le recul.

Il s'agissait de retranscrire la consultation telle qu'elle se présentait [15].

### **2.3.3. L'analyse des données**

Les données étaient inexploitable à l'état brut et ont nécessité l'analyse du contenu de manière structurale et transversale par différentes étapes :

-La pré-analyse s'est déroulée en deux phases : la phase de lecture flottante et la phase de lecture intuitive permettant la formulation d'hypothèses et l'élaboration d'indicateurs.

-Les données brutes recueillies contenaient des informations qu'il a fallu classer et interpréter pour en extraire la signification. Il s'agissait de sélectionner dans la masse de données les informations les plus importantes, d'élaborer des catégories d'analyse et des classements thématiques après un temps de découverte intuitive [15]. Un thème qui n'apparaissait que de façon minimale dans le corps de texte, voire l'absence d'énoncé (alors qu'on s'y attendait) pouvaient constituer des catégories qui méritaient d'être analysées.

Les sources d'informations hétérogènes ont ainsi pu être rapprochées et comparées. La grille d'observation élaborée préalablement a permis une première catégorisation des données. Mais l'objectif de la méthode qualitative était de faire émerger de nouvelles catégories, de nouvelles thématiques inattendues.

### **III. RESULTATS**

Au total 13 observations directes de consultations de suivi de grossesse ont été réalisées sur la période de septembre 2015 à mai 2016. Les 13 consultations étaient réparties sur un échantillon de 9 médecins généralistes exerçant en secteur libéral en Loire-Atlantique.

#### **1. Caractéristiques de l'échantillon**

##### **1.1. Caractéristiques des médecins généralistes**

Elles sont présentées dans le tableau n°1 page 19.

L'échantillon faisait varier les données sociodémographiques afin d'être aussi diversifié que possible. Il comprenait 9 médecins, 5 femmes et 4 hommes.

Ils avaient des enfants. Un médecin attendait son premier enfant.

L'âge des médecins variait de 33 à 57 ans.

Ils déclaraient suivre 5 à 12 grossesses par an, le suivi était réalisé jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse inclus. La patiente était ensuite adressée au gynéco-obstétricien de la maternité de son choix. En cas de complication ou de grossesse à risque nécessitant une prise en charge spécialisée, la patiente était adressée au gynéco-obstétricien avant le 8<sup>ème</sup> mois.

Ils déclaraient être disponibles pour recevoir la patiente dans la journée si une urgence le nécessitait, avec eux ou avec un confrère si absence de place.

En terme de lieu d'exercice, 1 médecin exerçait en zone rurale (<5000 habitants), 2 médecins en zone semi-rurale (entre 5000 et 10000 habitants) et 6 en zone urbaine (>10 000 habitants).

Ils exerçaient en secteur libéral dans des cabinets de groupe avec d'autres confrères médecins généralistes. Un médecin exerçait dans un pôle santé pluridisciplinaire avec des IDE, podologue, diététicienne, angiologue. Il était maître de stage et accueillait des étudiants en médecine générale (internes). L'échantillon comprenait 3 médecins maîtres de stage.

Certains médecins avaient réalisé une formation complémentaire leur conférant une spécialisation :

- 2 médecins avaient une formation complémentaire (DU ou DIU) en gynécologie-obstétrique. Un était d'ailleurs salarié au sein d'un centre de planification familiale (CPF) ½ journée par semaine.
- Un autre médecin était salarié 2 jours par semaine dans un CPF mais n'avait pas de diplôme complémentaire en gynécologie-obstétrique.
- 1 médecin avait le DU de médecine préventive de l'enfant.
- 2 autres avaient une formation complémentaire sans rapport avec le domaine de la gynécologie-obstétrique : permis de conduire ou médecin coordinateur en EPHAD.

**Tableau n°1 : Caractéristiques des médecins généralistes**

Médecins généralistes	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Age	33	35	45	42	35	57	53	56	45
Sexe	Femme	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme
Date d'installation	2012	2010	2008	2006	2012	1987	1991	1988	2002
Lieu d'exercice	Urbain	Semi-rural	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Semi-rural	Urbain	Urbain
Mode d'exercice	Libéral. En groupe. Cabinet de 5MG.	Libéral Maison de santé pluridisciplinaire (5MG, IDE, angiologue, diététicienne et podologue.)	Libéral. En groupe. Cabinet de 3MG	Libéral En groupe. Cabinet de 5MG.	Mixte -Libéral en groupe de 5 MG 3 jours par semaine  -Salarié 2 jours par semaine au CPF.	Libéral En groupe. Cabinet de 2MG.	Mixte. -Libéral en groupe. Cabinet de 5 MG.  -Salarié médecin coordinateur 8H/semaine en MDR.	Mixte. -Libéral en groupe. Cabinet de 4 MG.  -Salarié ½ journée par semaine au CPF	Libéral. En groupe. Cabinet de 2 MG.
Formation complémentaire	Non	Maître de stage	Permis de conduire	DIU de l'enfant	Non	DIU de gynécologie appliquée à la médecine générale	Médecin coordinateur en maison de retraite  Maître de stage	DU gynécologie-obstétrique  Maître de stage	Non
Informatisation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Secrétariat	Physique	Physique	Physique	Physique	Physique	Partiel, physique	Physique	Physique	physique
Situation familiale	En couple 1enfant	Marié 2enfants	Marié Plusieurs enfants.	Mariée 3enfants	En couple enceinte 1 <sup>er</sup> enfant.	Mariée 3enfants	Marié 2 enfants	Mariée 2enfants	Marié 2enfants
Nombre de suivi de grossesse déclaré / année	12	5	12	5	5	-	10	10	5
Terme d'arrêt du suivi	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	« ça dépend »	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois
Délai d'attente, disponibilité	3 à 4 jours sauf urgence dans la journée, par collègue si besoin	4 à 7 jours. Urgence dans la journée.	24H. Urgence dans la journée.	7 jours. Urgence par confrère si besoin.	2-3 jours. Urgence dans la journée.	Disponible si urgence.	Urgence dans la journée.	Urgence dans la journée. Par collègue si besoin.	Urgence dans la journée. Par collègue si besoin.

## **1.2. Caractéristiques des patientes**

Elles sont présentées dans le tableau n°2.

L'échantillon comprenait 13 patientes. Elles avaient entre 25 et 37 ans.

3 patientes étaient primipares, 10 multipares : 8 attendaient leur 2<sup>ème</sup> enfant et 2 patientes leur 3<sup>ème</sup> enfant.

L'âge gestationnel des grossesses différait au moment des observations ce qui permettait une approche globale et complète du suivi de grossesse : 2 observations avaient été réalisées autour de 12SA, 2 vers 16SA, 4 autour de 20-22SA, 2 autour de 25SA et 3 après 30SA.

Les patientes habitaient à proximité du cabinet médical, à moins de 5kms, sauf pour 2 d'entre elles. Une patiente habitait à 20kms du cabinet médical, elle avait déménagé mais n'envisageait pas de changer de médecin traitant qui soignait toute sa famille (parents, fratrie, enfants). Une relation s'était construite depuis son enfance.

La plupart des patientes connaissaient leur médecin depuis plusieurs années. 2 étaient suivies depuis l'enfance.

Les enfants des patientes étaient le plus souvent suivis par le même médecin, ce qui n'était pas le cas du conjoint. Les médecins le connaissaient alors souvent au travers des consultations des enfants.

Les professions des patientes ont été classées selon les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE. Le détail des sous-catégories est présenté en annexe. (Annexe 5)

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

**Tableau n°2 : Caractéristiques des patientes**

Patientes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
Age	31 ans	36 ans	27 ans	29 ans	29 ans	28 ans	29 ans	28 ans	36 ans	31 ans	37 ans	32 ans	25 ans
Age gestationnel	11SA	22SA	30SA	16SA	22SA	23SA	33SA	17SA	27SA	12SA	24SA	30SA	23SA
Gestité - Parité	G2P1 AVB 2013	G2P1 AVB2014	G1P0	G2P1 2013	G4P1	G2P0	G2P1	G1P0	G4P2	G2P1 Césarienne	G3P2 AVB 2002 et 2014	G2P1 AVB 2013	G2P1 AVB 2014
Catégorie socio-professionnelle INSEE	4 -46	3	5-26	3-38	5	4-45	2	4-42	4-43	4	5-56	3-76	4-43
Situation familiale	Mariée, 1 enfant 2ans	Mariée, 1 enfant 2ans	En couple	Mariée, 1 enfant 2ans	En couple	Mariée	Mariée	En couple	Mariée 2enfants	En couple, 1 enfant	En couple, 2 enfants de 14 et 2 ans	En couple, 1 enfant	En couple 1 enfant 2ans
Distance domicile-cabinet médical	800m	700m	Même ville	3kms	500m	Même ville	2kms	5kms	20kms	11kms	400m	2kms	-
Distance domicile-travail	-	15minutes	-	Tramway	-	35kms Train	-	-	Même ville	-	-	10kms	-
Suivi antérieur par le MG	3 ans	2 ans	6 mois	1 an	2 ans	3 mois	8 ans	4 ans	Depuis l'enfance	Depuis l'enfance	5 ans	1 an	3 ans
Antécédents	Appendicite-péritonite en 2015	Migraines	Appendicite	SEP Asthme	Allergie pollen	Appendicit e-péritonite à 18SA	Bartholinite	Asthme d'effort Amygdalectomie	Goitre thyroïdien	Allergie pollen	Appendicite dermographisme		Varicelle scoliose PI tuberculose
Suivi antérieur gynéco-obstétrical	Gynécologue	MG ou gynécologue	MG	MG	1IVG, 1FCS	MG 1FCS 5SA	MG	MG	MG 1FCS 2015	Gynéco SOPK Césarienne	Gynéco PMA – FIV	MG	MG
Suivi du reste de la famille	Fils par le même MG	Fils par le même MG	Non	Fils et conjoint	Fils et conjoint	Non	Oui	Conjoint	Parents frères sœur enfants	Oui	Fils et conjoint par confrère	Non	Fille
Lieu d'accouchement	Clinique A	Clinique A	Clinique B	CHU	CHU	Clinique B	Clinique B	Clinique A	Clinique B	Clinique C	CHU	Clinique A	Clinique B

## **2. Caractéristiques des consultations**

Les 13 consultations observées ont duré de 11 à 39 minutes.

Le temps de consultation programmé sur l'agenda du médecin allait de 15 à 20 minutes.

Elles se sont toutes déroulées en 3 étapes : un échange autour du bureau, le temps d'examen clinique puis un deuxième temps d'échange autour du bureau. Les différentes étapes de consultation ont été chronométrées et sont présentées dans le tableau n°3.

La plupart des médecins étaient à l'heure. Pour 3 consultations le médecin avait plus de 15 minutes de retard. La patiente avait du retard dans 2 consultations.

Les patientes consultaient généralement seules. Le conjoint a été présent une fois. Les enfants ont accompagné leur mère dans 2 observations : une fois il était présent dans la salle d'examen lors la consultation prénatale et avait une consultation dédiée ensuite. Un autre était resté en salle d'attente avec un accompagnant, il était malade et consulterait sans programmation préalable après celle de sa mère.

Les patientes (sauf une) n'apportaient pas le carnet de santé maternité, la plupart venaient avec une pochette contenant les derniers résultats d'examens biologiques et échographiques.

**Tableau n°3 : Caractéristiques des consultations**

	<b>OD1 M1-P1</b>	<b>OD2 M1- P2</b>	<b>OD3 M2-P3</b>	<b>OD4 M3-P4</b>	<b>OD5 M3-P5</b>	<b>OD6 M2-P6</b>	<b>OD7 M4-P7</b>	<b>OD8 M5-P8</b>	<b>OD9 M6-P9</b>	<b>OD10 M7-P10</b>	<b>OD11 M5-P11</b>	<b>OD12 M8-P12</b>	<b>OD13 M9-P13</b>
Durée de consultation	35min	23min	25min30	17min30	11minutes	25min	22min30	37min	25min45	19min	36min	39min30	28min
Temps programmé	20min	20min	15min	15min	15minutes	15min	20min	20min	20min	15min	20min	20min	20min
Horaire de consultation	9H40 A l'heure	8H40 Patiente 5min de retard	11H Médecin 30min de retard	11H A l'heure	11H A l'heure	18H45 Médecin 30minutes de retard	14H A l'heure	14H A l'heure	11H20 Médecin à 10min de retard	18H45 A l'heure	16H A l'heure	18H Patiente 15 min de retard	17H. Médecin 15 min de retard
Age gestationnel	11SA	22SA	30SA	16SA	22SA+3	23SA	33SA	17SA+6	27SA+3	12SA	24SA	30SA	23SA
Dossier maternité	Absent	Pochette avec examens	Pochette avec examens	Pochette avec examens	2 enveloppes avec analyses biologiques	Echographie	Echographie	Pochette avec examens	Pochette avec examens + Dossier maternité papier	Echographie	Pochette avec examens	Pochette avec examens	Pochette avec examens
Personnes présentes	Seule	Seule	Seule	Seule	Seule	Seule	Avec son fils	Conjoint	Fille et père en salle d'attente	Seule	Seule	Seule	Seule
<b>Étapes de consultation</b>													
1 <sup>ère</sup> partie au bureau	11min40	9min45	5min	11min30	2min	6min30	5min30	16min30	7min	1min	27min20	18min	3min
Examen clinique	12min	8min	6min	2min Au bureau	2min Au bureau	10min	8min	9min	10min50	6min30 + 1min	5min	6min30	11min40
2 <sup>ème</sup> partie au bureau	11min	4min15	14min30	4min	7min	8min30	9min	12min30	8min45	10min30	2min30	15min	13min20
Caractéristiques du mode de règlement.	Carte vitale Repassera payer	Carte vitale tiers payant 100% maternité	Carte vitale 23 euros carte bancaire	Carte vitale 23 euros carte bancaire	Carte vitale 23 euros carte bancaire	Carte vitale 23 euros carte bancaire	Carte vitale tiers payant 100% maternité	Carte vitale non à jour. 23 euros en chèque	Carte vitale tiers payant 100% maternité	Carte vitale. 23euros carte bancaire	Carte vitale tiers payant 100% maternité	Carte vitale tiers payant 100% maternité	Carte vitale 23 euros carte bancaire

### **3. Description des pratiques**

L'observation des consultations médicales de suivi de grossesse révélait une pratique commune à l'ensemble des médecins généralistes en termes d'organisation, de déroulement de la consultation et de contenu biomédical. Les RDV de suivi de grossesse étaient mensuels. La recherche des signes cliniques par l'interrogatoire et l'examen physique, ainsi que les prescriptions biologiques et échographiques, étaient adaptées à l'âge gestationnel de la patiente.

L'analyse plus fine nous a permis de mettre en évidence des variations de pratiques inter-médecins, tant au niveau de la tonalité des consultations qu'au niveau du contenu. Les problématiques ou thématiques abordées en lien avec la grossesse variaient. La prise en charge globale bio-psycho-sociale était réalisée à différents niveaux.

#### **3.1. La pratique commune**

##### **3.1.1. Agencement des espaces de travail**

L'enceinte des cabinets médicaux était partagée entre plusieurs confrères médecins généralistes, ce qui permettait la mise en commun de la salle d'attente, des toilettes et du secrétariat.

Pour un médecin, les lieux étaient partagés avec un médecin spécialiste et des professionnels paramédicaux dans une maison de santé pluridisciplinaire.

Dans un cabinet médical, les médecins généralistes partageaient les bureaux de consultation. Ils changeaient de bureau selon des horaires ou jours préétablis (5 à 6 demi-journées par semaine chacun). Ils exerçaient une activité salariée ou des visites à domicile le reste du temps.

Tous disposaient d'un secrétariat avec présence physique d'une secrétaire. Cette présence humaine permettait un accueil personnalisé des patientes au sein du cabinet. Elle connaissait les patientes, leur famille, leur dossier médical. Le secrétariat était séparé de la salle d'attente, laissant une place à la confidentialité et permettant les échanges.

Elle assurait l'accueil téléphonique, évaluait les délais de RDV, l'urgence des situations et gérait les tâches administratives. L'amplitude horaire variait de 8h30-12h30 et 14h-18h à 19h en général. En dehors de ces horaires les médecins assuraient l'accueil téléphonique pour les urgences et la prise des RDV jusqu'à 19H. Certains avaient un répondeur.

Les salles d'attente disposaient généralement d'une décoration neutre, elles étaient plutôt rudimentaires.

Elles se composaient pour l'assise de chaises en bois, en plastique ou de banquettes en tissus, en velours rouge pour l'une d'entre elles.

Des affiches de prévention et de dépistage diverses et variées étaient disposées sur des murs blancs en lien avec l'activité diversifiée du médecin généraliste (cancer du sein, intestin, col

de l'utérus, VIH, vaccinations, conduite-à-tenir lorsque bébé tousse, violences faites aux femmes, AVC, arrêt tabac, informations sur les arrêts de travail).

Des porte-documents étaient disposés avec différents dépliants concernant l'alimentation, la prévention des cancers, la contraception, l'IVG, la BPCO, les rhumatismes.

La salle d'attente disposait parfois d'un espace « jeux d'enfants », d'une table avec des magazines de société.

Une bénéficiait d'un fond musical.

Deux des cabinets disposaient d'une entrée sécurisée avec interphone.

Une des salles d'attente était plus cloisonnée, il n'y avait pas de poignée pour accéder au palier « espace médecin ». Elle disposait d'un œil de judas sur la porte. Le cabinet se situait dans un quartier plus défavorisé.

Dans deux autres salles d'attente, les patients récupéraient des documents ou ordonnances personnelles à leur guise sur une table ou sur un panneau d'affichage.

Les toilettes étaient communes aux différentes salles de consultation. Il n'a pas été observé de matériel pour le change des enfants.

La distribution des salles de consultation était semblable :

- Un espace bureau avec 2 chaises disposées en face du médecin. Tous étaient informatisés et disposaient d'internet. Les logiciels médicaux différaient d'un médecin à l'autre, ils permettaient la visualisation de l'agenda des RDV et la gestion des dossiers médicaux.
- Un espace pour les enfants constitué d'une table, chaises, jeux, livres, crayons, nounours.
- Un espace examen constitué d'une table d'examen avec étriers repliés, d'une paillasse médicale avec lavabo et matériel médical divers. Du matériel gynécologique : spéculum à usage unique, doigtiers, doppler fœtal observé chez 7 médecins sur 9, matériel de prélèvement vaginal. Du matériel thérapeutique : antiseptiques, cotons, pansements, médicaments...et du matériel diagnostique tel que thermomètre, saturomètre, tensiomètre, stéthoscope, marteau réflexe, otoscope, bandelettes urinaires. Pèse-personne, lampe, tabourets médicaux.

Il a été observé, une fois, une séparation entre les espaces bureau et examen par un paravent.

Il n'a pas été observé de lieu d'intimité pour le déshabillage. Les vêtements étaient généralement posés sur les chaises devant le bureau au milieu de la salle de consultation. Le respect de l'intimité était marqué vis-à-vis de l'extérieur par des fenêtres floutées.

On a remarqué une liberté dans la décoration des salles de consultation selon la sensibilité individuelle des médecins. Les murs étaient généralement blancs avec parfois un pan de couleur vive. Le sol était en carrelage pour une question d'hygiène.

Un bureau se démarquait avec de la moquette au sol et du lambris aux murs.

Des étagères et bibliothèques recevaient des livres médicaux divers.

On a retrouvé des éléments décoratifs non médicaux permettant aux médecins de s'affranchir du côté médical trop aseptisé. Ils avaient le souci de créer une atmosphère plus chaleureuse,

vivante : dessins d'enfants, tableaux paysagers, tableaux cousus colorés de scènes de vie, des photos de voyages humanitaires, cartes postales, des fleurs, des rideaux fleuris, miroirs.

### **3.1.2. Temporalité**

La durée totale des consultations était très variable allant de 11 à 39 minutes 30.

Le temps programmé par les médecins était de 15 à 20 minutes ne faisant aucune distinction avec les autres consultations. On remarque pourtant que le temps de consultation des femmes enceintes était plus élevé, les médecins dépassaient 12 fois sur 13 le temps de consultation programmé.

### **3.1.3. Organisation et déroulement de la consultation**

Les consultations médicales étaient ritualisées. Elles se sont déroulées en 3 grandes étapes dans les 13 observations:

- La première étape comprenait le temps d'accueil suivi d'un premier temps d'échange autour du bureau médical. Nous la nommerons B1 (Bureau 1).
- La deuxième étape était celle de l'examen clinique, l'interrogatoire médical du médecin se poursuivait durant cette étape. Nous la nommerons EC (Examen clinique).
- La troisième étape de discussion autour du bureau médical. Nous la nommerons B2 (Bureau 2).

#### **3.1.3.1. La première étape de consultation B1**

- Elle commençait par une phase d'accueil.

Les médecins allaient chercher la patiente en salle d'attente, la saluaient par une poignée de main ou par salutations orales. Le médecin et la patiente s'installaient naturellement autour du bureau de consultation, la patiente en face du médecin.

L'antériorité de la relation était visible, les patientes connaissaient les lieux et semblaient à l'aise d'emblée. Pour une consultation la secrétaire était saluée par son prénom renforçant le lien de proximité (OD1).

Les médecins vouvoyaient leurs patientes, un seul médecin tutoyait sa patiente qu'il connaissait depuis l'enfance (OD10).

Les médecins portaient tous une tenue vestimentaire civile, neutre.

Une seule patiente avait apporté le carnet de santé maternité. Les autres patientes venaient avec une pochette personnelle dans laquelle elles rangeaient les différents documents en lien

avec la grossesse (résultats des analyses biologiques et échographiques, RDV médicaux). 3 patientes avaient seulement apporté la dernière échographie. Une n'avait aucun document.

- Les entretiens au bureau B1 ont duré de 2 minutes à 27 minutes.

**Le plus souvent, les médecins débutaient la consultation par un questionnement ouvert** faisant place au récit de la patiente :

- OD4/M3 « *M : Alors pour commencer comment allez-vous ?* »
- OD7/M4 « *M : Comment ça va vous ? P : Ça va, fatiguée un peu toujours. soupire. M : Vous faites légèrement fatiguée un peu là ouais.* »
- OD8/M5 « *M : Alors comment ça va ? P : Bof. rires avec le conjoint. M : Ah, alors dites-moi.* »
- OD9/M6 « *M : ça va ?* »
- OD11/M5 « *M : Alors dites-moi* » « *M : Des choses particulières depuis le mois dernier ?* »
- OD12/M8 « *M : Comment allez-vous ? P : Ça va. M : Ça va ?* »

Le questionnement ouvert recueillait le discours, les inquiétudes des patientes. Cette étape n'a pas été observée en B1 dans 2 consultations (OD5/M3, OD10/M7). Elle a eu lieu pendant l'EC dans l'OD10 et en B2 dans l'OD5. Les médecins s'intéressaient ensuite différemment aux questionnements et inquiétudes des patientes, leur accordant plus ou moins de temps. Ceci sera détaillé dans le chapitre suivant.

**Le plus souvent, les médecins ou les patientes commençaient par discuter d'une problématique en cours** qui était source d'inquiétude : douleur, trisomie 21, virose, résultats d'échographie ou d'analyse.

Le médecin consultait alors son dossier informatique pour disposer de toutes les informations :

- OD3/M2 « *M : Alors oui, du coup, vous avez vu ma collègue la dernière fois, il y avait toujours des douleurs ligamentaires.* »
- OD13/M9 « *M : Vous êtes enrhumée.* »

Les résultats du dépistage de la trisomie 21 :

- OD4/M3 « *P : Vous avez reçu ?* »
- OD2/M1 « *M : Et donc avec l'histoire du triple test* »

À deux reprises la patiente a tendu d'emblée son échographie au médecin :

- OD6/M2 « *M : Merci, il n'y avait rien d'anormal ? P : non mais il m'a dit qu'il n'était pas grand.* »
- OD7/M4 « *P : Oui la fatigue, et j'ai fait l'écho.* »

Pour une consultation le premier sujet abordé était d'ordre relationnel, médecin-patiente discutaient de l'absence du médecin et de son congé maternité. Elles ne s'étaient pas vues depuis 2 ans :

- OD1/M1 « *P : Et vous, vous étiez en congé mat' aussi, vous avez eu un bébé. M : Oui tout à fait. P : Ça lui fait quel âge ? M : 1 an. P : D'accord, 1 an, ah déjà (ton surpris). M : Oui c'est pour ça que je n'étais pas là pendant un moment. P : Déjà. M : Oui ça passe vite, je ne vous le fait pas dire, Alors et vous racontez-moi.* »

### **S'ensuit une phase d'interrogatoire médical précis dirigé par le médecin.**

Le médecin prenait le contrôle de l'échange et l'orientait par le biais de questions fermées. Cette seconde phase était destinée à recueillir les éléments de suivi et à rechercher d'éventuels signes pathologiques.

Les médecins s'efforçaient d'établir un interrogatoire médical le plus complet possible et conforme aux recommandations.

- Le recueil des antécédents médicaux-chirurgicaux-familiaux-psychiatriques, traitement, allergie était peu observé, probablement du fait de la continuité des soins en tant que médecin référent et de l'antériorité de la relation. Ils précisait les antécédents si des troubles apparaissaient.
  - OD6/M2 « *M : Pas de diabète dans la famille? Ah oui votre sœur j'avais noté. Et c'est votre père qui fait du diabète* » « *Il n'y a pas de tension dans votre famille ? Ah si votre mère. P : Oui si ma maman.* »
- Le recueil des antécédents gynéco-obstétricaux, date du dernier frottis cervico-vaginal, antécédents familiaux était réalisé si le suivi gynécologique était conjoint avec le gynécologue.
  - OD1/M1 « *M : Et votre dernier frottis ?* »
- Datation du début de grossesse et détermination de l'âge gestationnel : utilisation des « roulettes » de suivi de grossesse.
  - OD9/M6 « *Donc je vais regarder mon petit machin (rond de grossesse) que je vais avoir du mal à trouver comme d'habitude.* »
- Recueil des résultats échographiques, d'analyses sanguines (sérologies toxoplasmose, rubéole, groupe sanguin, RAI) et analyse urinaire (glycosurie et protéinurie). Les médecins prenaient le temps d'expliquer les résultats aux patientes avec l'intention manifeste de les rassurer.
  - OD6/M2 « *M : Les analyses étaient bonnes hein.* » « *M : J'ai arrêté de m'inquiéter avec ça surtout que votre glycémie était bien et c'est du 100%* »
  - OD4/M3 « *M : Vous avez vu que le risque était le plus faible possible.* »
  - OD8/M5 « *M : Ah oui donc ça c'était bon, la prise de sang c'était bon, l'analyse d'urine également.* »

- Recueil des signes sympathiques de grossesse : asthénie, pyrosis, mastodynie, nausées, vomissements.
  - OD1/M1 « *M1 : Oui et donc beaucoup de nausées ? P : Oui beaucoup, beaucoup tout le temps. »*
  - OD10/M7 « *M : T'as pas mal aux seins ? P : Ah bah c'est pas une partie de plaisir hein -rires- »*
  
- Présence des mouvements actifs fœtaux : en B1 ou EC parfois les 2. Ce point prenait plusieurs aspects : élément médical rassurant, d'investissement psychologique par la prise de conscience de la réalité de la grossesse, d'interactions pour la mère et la famille avec le bébé mais aussi source d'inconfort et de troubles du sommeil
  - OD2/M1 « *M : Est-ce que vous le sentez ce bébé ? »*
  - OD13/M9 « *M : Vous sentez les mouvements là ? » « M : Depuis combien de temps ? »*
  - OD9/M6 « *M : ça bouge bien ça va impeccable? P : Ah oui a pour bouger il bouge, les grandes sœurs peuvent le sentir. Après ça leur a fait bizarre. »*
  - OD12/M8 « *P : Je ressens les coups, je me mets d'un côté il tape je me mets de l'autre côté il tape – rires- M : Il n'y a pas de position très confortable P : Non je cherche M : Donc ça vous réveille en fait P : Ouai ça m'empêche de dormir. »*
  
- La recherche de signes pathologiques se poursuivait lors de l'examen clinique : douleurs pelviennes, contractions utérines, SFU, leucorrhées, métrorragies, pertes liquidiennes, mouvements actifs fœtaux, céphalées inhabituelles, prurit prenant souvent la forme d'un « listing ».
  - OD4/M3 « *M : Pas de pertes de sang ? Pas de brûlures en faisant pipi ? La toxoplasmose c'est vu. Vous ne prenez aucun médicament en ce moment ? »*
  - OD12/M8 « *M : Pas de contractions hein ? (...) M : D'accord, pas de brûlures urinaires ? P : non. M : Pas de pertes vaginales anormales ? M : Pas de maux de tête non plus. P : Après j'avais surtout ça au premier trimestre mais là non M : Pas de bourdonnements d'oreilles, les petites étoiles ? »*
  
- Tous les médecins ont recherché une automédication.
  
- Exploration du champ social, environnemental : situation familiale, gestion des enfants à charge. Exploration inégale selon les médecins détaillée dans le chapitre suivant :
  - OD2/M1 « *M : Vous le portiez beaucoup sur le ventre pour l'instant ? P : Oui » « Vous l'avez dit à C. ? »*
  - OD5/M3 « *P : Quand je vais chercher les enfants, que je me dépêche un peu trop parfois. »*
  - OD9/M6 « *M : Avec le repos, quand on a déjà 2 autres petites filles à la maison. »*

- OD11/M5 « *M : D'accord. Est-ce que ça se produit en présence des enfants ?* »
- OD12/M8 « *M : Vous avez du monde pour vous aider ? P : Oui il y a ma mère qui va venir. M : Vous avez de la famille à côté ?* »
- L'environnement professionnel était toujours abordé : adaptation du poste de travail, arrêt de travail, congé maternité, temps de travail et de repos, de vacances, temps de transport :
  - OD4/M3 « *P : Lui n'a pas prévu une grosse charge de travail et ce qu'il y a c'est que c'est dans le centre et que je dois prendre le tram et le tram me fait un peu peur dans mon état.* »
  - OD7/M4 « *P : Je me dis que c'est à force de travailler sur écran* » « *M : Et ça va vous avez trouvé une remplaçante ?* »
  - OD13/M9 « *M : Bah je crois que votre boulot rendait difficile la poursuite de. P : ça devenait compliqué ouais.* »
- Les médecins (7 sur 9) recherchaient des troubles du sommeil. Certains médecins (4 sur 9) exploraient de manière plus attentive les champs psychologiques et affectifs : troubles psychiques, anxiété, violences verbales ou physiques. Ils recherchaient les situations de vulnérabilité, d'insécurité affective.
  - OD1/M1 « *M : Vous avez du mal à vous endormir ? P : C'est bizarre, sommeil bizarre, je me réveille pour aller aux toilettes, c'est entrecoupé. M : Mais par contre vous n'avez pas de grosse insomnie ? P : Non non. M : Et pas de soucis pour vous endormir ?* »
- La préparation à la naissance et à la parentalité était abordée par la moitié des médecins : les CPA étaient alors mis en avant, l'entretien prénatal individuel du 4<sup>ème</sup> mois n'a jamais été proposé lors des consultations observées. Le projet de naissance a été discuté par 3 médecins.

### **3.1.3.2. La deuxième étape : l'examen clinique**

Il durait de 2 minutes à 12 minutes

Les médecins utilisaient l'espace dédié avec table d'examen. Un médecin a réalisé l'examen sur la chaise devant le bureau lors de 2 observations.

L'échange et l'interrogatoire médical se poursuivaient le temps de l'examen clinique.

Un examen général était réalisé en complément de l'examen gynéco-obstétrical, même en l'absence de points d'appels: (12/13)

- Auscultation cardiaque (9/13) et pulmonaire (3/13)
- Pouls (5 sur 13)
- Examen cutané (lésion, cicatrice, herpes, varices) 6/13
- Examen des conjonctives, 2 fois

- Examen de la thyroïde, une fois
- Examen des fosses lombaires, 2 fois

Sur point d'appel :

- Examen ORL, recherche d'adénopathies cervicales, 2 fois
- Examen neurologique devant des céphalées, 1 fois.
- Examen orthopédique du rachis en cas de douleurs dorsales ou radiculalgies, 2 fois.
- Température, 2 fois

L'examen gynéco-obstétrical comportait :

- Le poids, il s'agissait toujours d'un moment de vifs échanges et parfois de rires au sujet des changements corporels et de l'alimentation avec la patiente.
- Tension artérielle : les médecins s'y attardaient. La tension a été prise 5 fois lors d'une consultation, après temps de repos. Elle a été prise une fois aux 2 bras malgré une tension normale. Un seul médecin utilisait un appareil automatisé.
- Examen des jambes avec la recherche d'œdèmes ou de varices.
- La palpation abdominale, un médecin s'est assis sur la table d'examen à côté de la patiente.
- La mesure de la hauteur utérine.
- Examen des seins observé une fois à 12SA, 2 médecins ont notifié l'avoir réalisé en début de grossesse.

L'examen du doppler fœtal a été réalisé dans 9 consultations sur 13 observées (par 7 médecins sur 9).

- 2 médecins ont calculé à la montre le rythme cardiaque fœtal.
- L'appareil du doppler fœtal était le plus souvent partagé au sein du cabinet entre les confrères médecins généralistes. Les médecins sortaient de leur bureau afin de récupérer l'appareil. Ceci a été observé dans 7 consultations.
- Cet examen durait de 5 secondes à 3 minutes 20. Le temps de 5 secondes le plus court a été observé chez le médecin dont le temps d'échange était le plus long (OD12) ce médecin était celui qui avait le plus développé les sujets de parentalité.
- Pour une consultation la tentative de recherche des BDCF au doppler fœtal n'a pas abouti à 11SA, elle a duré 4 minutes. Le médecin adoptait un discours de réassurance qui est apparu insistant vis-à-vis du discours de la patiente.
- Cet examen n'a pas été réalisé dans 4 observations, chez 3 médecins. Pour l'un d'eux la patiente venait de passer son échographie des 12SA. Pour un autre, l'écho des 22SA.

Le toucher vaginal n'était réalisé qu'en présence de signes cliniques, de contractions essentiellement. Il a été réalisé dans 3 consultations sur les 13 observées, 2 fois sur préconisation du médecin devant la présence de contractions et 1 fois à la demande de la patiente à 32SA.

- OD12/M8 « *P : Vous allez regarder ça (col). M : Oui oui je vais regarder. Super. »*  
« *M : Allez on va aller voir. »* »

- OD6/M2 « M : Je vais vous faire un examen gynéco du coup-là. On n'en avait pas fait jusque-là parce que vous n'étiez pas gênée en même temps. On va vérifier votre col et on va voir ça. »

Un médecin avait installé sa patiente en décubitus dorsal avec utilisation des étriers, l'autre en décubitus dorsal également n'avait pas utilisé les étriers, la patiente avaient les jambes fléchies, pieds posés sur la table d'examen. Le médecin lui avait demandé de « mettre les poings sous les fesses ».

Ces médecins se positionnaient sur le côté de la patiente pour réaliser le toucher vaginal.

L'examen gynécologique avec spéculum a été réalisé une fois, à 32SA. Le médecin a réalisé l'examen debout, la patiente installée en position gynécologique avec les pieds dans les étriers.

Les médecins observés qui réalisaient l'examen gynécologique utilisaient des gants et l'un d'eux du lubrifiant.

Souvent les médecins avaient la volonté d'impliquer les patientes à l'examen. Ils prenaient le temps de leur expliquer les gestes qui allaient être réalisés.

- OD2/M1 « M : On va juste mesurer l'utérus. Et après on va regarder le poids. »
- OD6/M2 « M : Je vais vous faire un examen gynéco du coup-là. On n'avait pas fait jusque-là parce que vous n'étiez pas gêné en même temps. On va vérifier votre col et on va voir ça. » « M : On va regarder le col. »
- OD12/M8 « Alors je vais prendre la TA assise d'abord et après vous vous allongerez. »
- OD10/M7 « M : Là je ne fais pas mal, l'utérus non plus ? Mets ton doigt là. »

Ils les informaient des résultats de l'examen, la tension artérielle et le poids étaient énoncés.

- OD6/M2 « M : Ça a baissé un peu TA 145/85. On va encore attendre un peu. »
- Toucher vaginal « M : le col est bien il est fermé mais je le trouve un peu raccourci. »
- OD13/M9 Palpation abdominale « M : Là c'est bien souple hein. »
- Mesure du pouls OD2 « M : Je trouve 88. »

Lors d'une consultation, le résultat de l'examen avait provoqué de l'angoisse chez la patiente :

- OD6/M2 « M : Le col est un peu raccourci [...] je referai un examen gynéco pour voir le col, si ça évolue. » « P : Parce que là le col est un peu modifié ? M : Un petit peu mais le bébé est assez bas mais bon le col est bien il est fermé mais je le trouve un peu raccourci. »

La patiente reposait la question sur le pas de porte, en parlant de ses douleurs :

- « M : Mais rien d'inquiétant non plus. P : Oui, même si le col est un peu. M : Oui le col mais il n'y a pas vraiment de corrélation. Là j'examine mais ce qui compte c'est surtout vos douleurs. »

Ils ponctuaient l'examen de termes empreints de positivité et de réassurance, utilisant parfois un langage familier.

- OD9/M6 « M : *Donc allez en avant toutes.* »  
« *83,5 donc 1,5 kg donc c'est bien il n'y a pas de soucis.* »
- OD8/M5 « M : *C'est la mesure de la hauteur utérine, on le fait dans le suivi pour savoir si ça correspond au terme.* »  
Lors du doppler fœtal « M : *Alors c'est le doppler c'est pour écouter les bruits du cœur.* »
- OD12/M8 « M : *C'est très bien vous pouvez vous allongez un petit peu.* »

Il existait une certaine retenue de l'examen intime de la femme. Il ne semblait pas banalisé, cela se ressentait dans les pratiques.

Les médecins expliquaient les raisons de sa réalisation ou de son absence.

Ils étaient attentifs voire précautionneux envers les patientes, cela transparaissait dans leurs paroles. Ils utilisaient à plusieurs reprises les termes « *je vais vous embêter* » « *je vous le proposerai* » Un médecin parlait du temps et des épidémies saisonnières lors de son examen.

- OD1/M1 *Prévient qu'elle ne va pas « l'embêter » avec l'examen.*
- OD3/M2 « M : *Je crois que je vais vous embêter avec l'examen gynéco cette fois car on va vérifier le col quand même.* P : *Oui oui.* »
- OD5/M3 « M : *Alors aujourd'hui à moins que vous n'insistiez je ne juge pas utile de vous proposer un examen gynéco, en revanche je vous le proposerai systématiquement les mois prochains.* »
- OD9/M6 « M : *Je vais vous examiner* » « M : *Il n'y a pas de problème, beau temps aujourd'hui hein ?* »

Le déshabillage s'effectuait le plus souvent devant le bureau de consultation, c'est-à-dire au milieu de la salle de consultation. Les vêtements étaient posés sur la chaise du bureau.

Il n'a pas été observé de lieu d'intimité dédié, un bureau de consultation disposait d'un paravent séparant le bureau de la table d'examen (OD5 et 6).

Le médecin détournait le regard en préparant son matériel médical ou en se lavant les mains la plupart du temps.

Cette étape n'était pas spontanée, les patientes questionnaient le médecin sur les vêtements à retirer s'il ne précisait rien. Elles retiraient seulement leur pull parfois le T-shirt ou le soulevait durant l'examen, retiraient parfois seulement le pantalon. 3 patientes se sont mises en sous-vêtements.

Lorsque l'examen gynécologique était réalisé elles retiraient le bas au dernier moment. Les médecins s'efforçaient de préserver la pudeur de la patiente.

- OD2/M1 « M : *Je vous laisse enlever le pantalon puis le haut, on ne fait pas l'examen gynéco comme il n'y a pas de choses particulières.* »
- OD12/M8 « M : *Ok, je vous ausculte un petit peu.* » « P : *Ouais, je me déshabille ? j'enlève* M : *Oui enfin vous enlevez un minimum quand même.* »

- OD13/M9 « P : J'enlève mon jean ? » puis lors de l'examen « P : Je peux l'enlever si vous voulez (T-shirt). M : A oui parce que là c'est du synthétique. »
- OD8/M5 « P : J'enlève les chaussures ? M : Les chaussures, le pull, vous avez beaucoup de couches de vêtements ? je vais peut-être vous faire enlever le pantalon pour vous peser parce que en plus celle-ci elle pèse plus que dans mon autre bureau. »
- OD5/M3 « M : Je vous laisse retirer le pull on va vérifier la tension. »

Parfois les médecins faisaient des allers retours vers le bureau durant l'examen afin d'effectuer des vérifications dans le dossier médical ou pour consigner des informations : antécédents, TA, poids, résultats d'analyse. (5OD/13).

- OD9/M6 « M : Vous avez un petit bouton d'herpes. P : Oui, je mets du stick à lèvres et vous me direz s'il y a autre chose à faire. M : Je vais juste l'écrire, il faut que je pense à le noter dans votre dossier. »
- OD2/M1 « M : Alors la glycémie, vous, attendez, on l'avait faite en début de grossesse? Alors oui probablement comme vous... P : Pour le diabète. M : Oui c'est ça, attendez, alors elle était bien en début de grossesse. »

Les médecins se lavaient les mains avant et/ou après l'examen.

### **3.1.3.3. La troisième étape de consultation B2**

Cette étape se déroulait autour du bureau de consultation.

La durée allait de 4 minutes à 15 minutes.

Les patientes finissaient de se rhabiller devant le bureau pendant que le médecin consignait les informations médicales dans son dossier informatique, il s'agissait d'une étape de synthèse des éléments médicaux.

Parfois les médecins complétaient leur interrogatoire sinon il s'agissait de moments de silence. Très souvent les patientes en profitaient pour poser de nouvelles questions ou reprendre les éléments qui les inquiétaient.

#### **Un nouveau temps d'examen pouvait découler de la poursuite de l'interrogatoire.**

De nouvelles problématiques pouvaient surgir rallongeant le temps de consultation. Le deuxième temps d'échange B2 était plus long pour ces médecins (10 à 14 minutes) alors que le premier temps d'échange (B1) était court (<5minutes). (OD3, OD10, OD13).

Dans l'OD 10 la patiente se plaignait de céphalées. Le médecin a effectué un deuxième temps d'examen clinique ORL et neurologique en période d'épidémie de grippe :

- OD10/M7 « M : Le travail ça va ? P : J'ai souvent mal à la tête en fin de journée. »  
« Viens là pour tes maux de tête, t'as mal où ? Derrière partout devant ? P : Ba partout oui. M : Assis toi là. Palpation des sinus, examen neurologique : pupilles, température 36,8° ça fait pas mal ça. Ouvre la bouche. M : T'es fatiguée quoi, 9 de tension, t'as pas beaucoup de tension, ça joue aussi. »

La lecture plus approfondie du dossier médical pouvait révéler des informations comme le suivi d'une primo infection-tuberculeuse :

- OD13/M9 « *M : Et il y a une chose quand même une chose c'est par rapport à la radio. P : à la tuberculose. M : oui à la primo-infection tuberculeuse. « Et après votre petite il faudra qu'on la vaccine. »*

Le médecin pouvait avoir de nouvelles hypothèses diagnostiques en réalisant la synthèse informatique du dossier maternité avec la patiente. Réalisation d'une bandelette urinaire devant un doute sur des SFU et douleurs abdominales :

- OD3/M2 « *M : Il y avait eu un ECBU de fait ? Par rapport aux douleurs, vous avez envie d'uriner là ou pas ? P : Euuu, un petit peu, enfin oui on peut. M : Ouais, on fait vite fait là une bandelette. »*

### **Les médecins effectuaient durant cette étape :**

- La déclaration de grossesse avant 15SA. Observée une fois via le formulaire papier.
- Lors des 2 consultations à 12SA, une information détaillée était délivrée lors de la prescription du dépistage de la trisomie 21 (en B1 ou B2). Les médecins avaient insisté sur le fait que le résultat n'était pas « sûre à 100% » et sur le fait que le dépistage n'était pas obligatoire.
  - OD1/M1 « *M : L'idée c'est vraiment de combiner des données de l'échographie c'est-à-dire essentiellement la clarté nucale mais pas que, et c'est sur l'échographie des 12 SA, donc on ne peut le faire qu'une fois que vous avez passé l'échographie à ce terme-là. P : D'accord. M : avec des résultats biologiques, des données de votre prise de sang à vous où on dose des marqueurs hormonaux et après on combine toutes ces données là pour vous donner une estimation, un risque que le bébé ai ou non une anomalie chromosomique. P : Oui c'est ça. M : Surtout la trisomie 21, ce n'est pas obligatoire mais c'est proposé à toute les femmes à la fin des 3 mois donc l'idée c'est que si pour vous ça ne change rien de savoir que par exemple le bébé à un risque de 1 sur 100 d'avoir.. P : Si si moi je veux savoir. M : Donc si le risque nous paraît trop important, c'est à dire supérieur à 1/250, après on propose une amniocentèse. P : Oui voilà. M : Pour vérifier qu'il n'y ai pas de problème. »*
- Ils délivraient des informations orales ou écrites de prévention et d'éducation :
  - Alimentaire sur la toxoplasmose et la listériose en début de grossesse (écrite une fois).

- OD1/M1 « *M : Essayez de repartir son alimentation le plus possible sur la journée en faisant plutôt 5 repas c'est-à-dire 3 repas et 2 collations plutôt qu'en faisant 3 gros repas. »*
- OD1/M1 « *M : Donc la toxo, vous n'avez pas de chat ? P : Si j'en ai 2 M : A oui rires, c'est toujours comme ça P : J'en ai 2 et je ne l'ai même pas chopé après. M : Elles sortent ou pas ? »*
- OD10/M7 « *Tu sais tu évites la viande non cuite, tu vas pas vider la caisse du chat, t'épluche bien tes fruits et tes légumes. P : Oui. M : Et pour la listériose pas de charcuteries artisanales et pas de fromage au lait cru, que du pasteurisé. Voilà et les fruits de mer crus les huitres tout ça à éviter. »*
- Liées aux médicaments (6 sur 9).
- Le tabac a été évoqué une fois:
  - OD13/M9 « *M : Au niveau du tabac vous en êtes où là ? P : Ah bah j'ai arrêté. M : Vous avez arrêté, ça y est ? P: Ah bah ça y est, j'ai arrêté dès le début hein.»*
- La consommation d'alcool a été recherchée une fois sur le ton de l'humour :
  - OD10/M7 « *M : Tu bois bien ? P : Ouais. M : De l'eau hein. »*
- 3 médecins délivraient des recommandations afin de limiter le contact avec des produits potentiellement toxiques pour le fœtus : (écrites 2 fois)
  - OD7/M4 « *M : Par rapport au bébé on avait parlé un peu des produits pesticides tout ça. Je ne vous avais pas donné ce papier là, sur l'environnement de la femme enceinte ? »*
  - OD3/M2 « *M : Vous mettez quoi comme crème ? Il faut prendre le moins de produit enfin le plus naturel possible. »*
- 7 médecins sur 9 délivraient des recommandations de surveillance des signes avant-coureurs de complication : contractions, douleurs, céphalées, température ou tension.
  - OD2/M1 « *M : Vous surveillez les histoires de pseudo contractions quand le ventre devient dur et si jamais vous en avez plus vous me redites, d'accord ? »*
  - OD6/M2 « *M : Comptez les contractions que vous avez. »*

Lors d'une consultation le médecin avait prêté un appareil d'auto mesure tensionnelle à la patiente :

- OD6/M2 « *M : Je vais vous prêter un appareil, ça ne m'inquiète pas trop mais vous allez contrôler chez vous. P: C'est trop haut pour une grossesse ? M : On ne traite pas ces chiffres-là de toute façon mais c'est à surveiller. C'est surtout s'il y a des œdèmes qui apparaissent ou des maux de tête ou des douleurs dans le ventre différentes de ce que vous avez. Faut revenir.»*

Un autre médecin conseillait à la patiente de surveiller sa tension à la pharmacie en cas de doute devant des céphalées.

- Les médecins étaient attentifs à la planification du calendrier de grossesse, prise des RDV échographiques et médicaux obligatoires aux dates recommandées et inscription à la maternité :

- OD5/M3 « *M : Vous savez où vous allez accoucher? Vous êtes inscrite? P : Oui. M : D'accord, vous avez déjà vos RDV pour le suivi de fin de grossesse ?* »

- **Les prescriptions**

- Les examens

Les prescriptions d'analyses biologiques, sanguines et urinaires, étaient mensuelles et avec les 3 échographies obligatoires conformes aux recommandations selon le terme de la grossesse.

Un médecin a prescrit un ECBU dans un bilan de douleurs avec BU positive en l'absence de SFU.

Un médecin a prescrit une TSH dans la surveillance d'une hypothyroïdie traitée.

Un médecin a prescrit une ferritine en plus de la NFS au 6<sup>ème</sup> mois.

- Thérapeutiques médicamenteuses

Les médecins ont prescrit :

-Doliprane pour les douleurs ou fièvre (6)

-Spasfon pour les douleurs (3)

-Uvedose (2)

-Bas de contention en prévention d'œdème, sensation de jambes lourdes. (4)

-Gaviscon pour les reflux gastro-oesophagiens (2)

-Donormyl pour les nausées et troubles du sommeil. (1)

-Tardyferon (2)

-Rophylac (1)

-Ovule gynopévaryl pour prurit vaginal. (1)

-Physiomer, pastilles au miel pour une rhinopharyngite.(1)

-Acide folique (1 fois)

-Eau hepar (2)

-Forlax pour la constipation après avoir rappelé les règles d'hygiène alimentaire. (2)

Un médecin faisait allusion à une base documentaire internet « *au centre des références* » le CRAT. Un autre médecin se référait à la banque de donnée de son logiciel de prescription informatisée Claude Bernard concernant la posologie du rophylac.

La prescription des médicaments s'effectuait avec prudence réduite le plus souvent au doliprane en cas de douleurs. Les prescriptions apparaissaient raisonnées :

- OD1/M1 « *M : Pour les nausées, est ce que vous voulez qu'on essaye, il y a un médicament qui est très bien étudié pendant la grossesse qui est absolument inoffensif pour le bébé qui. P : Qui n'est pas trop fort ?* »
- OD11/M5 « *M : Essayez de vous reposer dès que vous en avez la possibilité et si on peut éviter les médicaments c'est mieux.* »

Les patientes semblaient réfractaires à la prise de médicaments :

- OD12/M8 « *M : Mais il n'y a pas grand-chose à faire pour ça, à par vous étirer. Le paracétamol il fait quelque chose si vous en prenez. P : J'essaie de ne pas trop en prendre. Non parce que sinon j'en prendrai tous les jours.* »
- OD8/M5 « *P : J'avais mal à la tête tout le temps, j'ai pris pas mal de doliprane. M : D'accord. Conjoint : ce n'est pas trop dangereux d'ailleurs ? P : C'est écrit qu'il n'y a pas de risque mais. M : Le doliprane ? non il n'y a pas de risque, ça fait partie des médicaments que vous pouvez prendre pendant la grossesse. P : je n'aimais pas trop ça en prendre mais bon il n'y a que ça qui me calmait.* »
- OD2/M1 « *M : ça passe avec le doliprane ? P : mais en même temps je n'ai pas envie d'en prendre trop. M : Après c'est le seul effectivement que vous pouvez prendre.* »
- OD1/M1 « *P : Quel doliprane on peut prendre pour les maux de tête, enfin je n'aime pas en prendre mais* »

Beaucoup de patientes avaient eu recours à l'automédication, elles s'appuyaient sur leur expérience personnelle, parfois les patientes avaient été conseillées par un autre professionnel de santé :

- Sur conseil du pharmacien elles avaient pris du gingembre pour les nausées « qui écœure la patiente », des compléments vitaminiques dont elle ne se souvenait pas du nom et n'en connaissait pas la composition, de l'homéopathie pour les maux de gorge.

- OD13/M9 « *P : J'ai été chercher de l'homéopathie en pharmacie pour les maux de gorge. Homeo 9 ou un truc comme ça.* »

- Sur conseil d'une sage-femme du magnésium et du spafon.

Cette part d'autonomie des patientes face aux médicaments potentiellement tératogènes n'était pas commentée par les médecins mais toujours recherchée.

- OD1/M1 « *M : Au niveau des nausées donc à part le gingembre vous ne prenez rien d'autre ?* »
- OD3/M2 « *M : D'accord et quand vous avez mal vous prenez quelque chose ?* »

- OD12/M8 « *M : Vous n'avez rien pour les brûlures, vous ne prenez rien pour l'instant? P : Non je ne prends rien mais j'ai du gaviscon si j'ai besoin. »*
- Thérapeutiques paramédicales

Pour les douleurs dorsales, rachidiennes les médecins proposaient systématiquement de la kinésithérapie :

- OD1/M1 : « *M : Ça serait bien de faire du kiné quand même, vous savez qu'avec la grossesse il y a plein de choses qui bougent au niveau du dos. P : Ouais bah ça, ça »*  
*« M : Je n'ai pas mis nombre de séances c'est le kiné qui voit ça. »*  
*« M : j'ai juste mis que c'est des lombalgies enfin c'est des douleurs du bas du dos qui sont mécaniques qui sont liées au début de grossesse et c'est assez fréquent, et si vous ne voulez pas que ça s'aggrave. »*

La sophrologie ou la relaxation avaient été proposées par 3 médecins s'attachant aux questions de parentalité, ils adressaient généralement leur patiente aux sages-femmes pour une prise en charge adaptée à la grossesse.

### ➤ L'arrêt de travail

Un arrêt de travail a été prescrit au cours de la grossesse dans plus de la moitié des observations. Il était soit proposé naturellement par le médecin sans nécessité de négociation devant une fatigue importante, des douleurs ou des contractions soit prescrit à la demande de la patiente. Les médecins ont adopté une attitude bienveillante et compréhensive envers leur patiente qu'ils ont laissé plusieurs fois choisir la durée de l'arrêt.

- OD1/M1 « *M : Je vais vous arrêter un petit peu. Comment vous voyez les choses par rapport au travail, est-ce que vous vous dites qu'une semaine déjà c'est bien pour commencer ? »*
- OD7/M4 « *P : Oui normalement enfin peut-être aujourd'hui si vous étiez toujours d'accord. Rires. M : Ah bah vous connaissez ma position il n'y a pas de souci sur le congé pathologique. »*
- OD3/M2 « *M : Bon je vais vous prolonger hein, de toute façon si les douleurs heu dès que vous êtes active. »*
- OD13/M9 « *M : Alors je ne sais plus ce qu'on avait dit avec l'histoire de l'état pathologique. Je vous avais mis en rapport ou sans rapport ? »*
- OD4/M3 « *M : Donc je vous avais mis en arrêt jusqu'au 13, et du coup vous avez envie de reprendre ? [...] Comme je vous l'ai déjà dit je suppose c'est vous qui décidez, moi il suffit que vous me demandiez de faire l'arrêt et moi je prolonge à la demande. Je ne vous empêcherais pas si vous voulez travailler mais si vous ne voulez pas il n'y a pas de souci. »*
- OD8/M5 « *M : Alors après effectivement il y a plusieurs signes qui montrent qu'il y a de la fatigue, et puis si c'est passager on peut prévoir un arrêt et puis on voit comment*

*ça se passe à la reprise. Mais ce sont des éléments qui doivent vous alerter et notamment cette sensation de ventre qui se durcit, c'est une contraction. »*

Le médecin pouvait laisser la décision de la durée de l'arrêt à la patiente :

- OD4/M3 « *M : Alors je vous mets jusqu'à quand ? »*
- OD8/M5 « *M : Si vous voulez on peut partir sur 1 semaine ou 2 semaines ça dépend de comment vous envisagez la suite. P : Bah je n'arrive pas à savoir, je ne sais pas, t'en penses quoi toi ? (à son conjoint) »*

Le travail pouvait être considéré comme facteur de risque de complication des grossesses :

- OD4/M3 « *P : Oui parce que pour moi je suis presque prête mais il me manque pas grande chose, je ne préfère pas prendre de risque. »*
- OD3/M2 « *P : Après je serais assise je dirais ça pourrait le faire mais là-bas, connaissant, ça va être compliqué. »*
- OD13/M9 « *M : Bah je crois que votre boulot rendait difficile la poursuite de. P : ça devenait compliqué ouais. M : Ou alors faut leur demander de changer de métier. »*

L'employeur préconisait parfois l'arrêt :

- OD8/M5 « *P : Mon chef m'a vu il m'a dit tu m'appelles en sortant du médecin. M : Et ce week-end vous ne travaillez pas ? P : Non. M : Donc ce sera effectivement à partir de la semaine prochaine, j'imagine que votre employeur ne va pas être franchement étonné. P : Non ils m'ont dit ce n'est pas grave, ils ont déjà prévu un remplaçant. »*
- OD3/M2 « *P : J'ai très envie de reprendre mais j'en ai parlé avec mon chef mais comme il me reste encore quelques symptômes, il m'a fait changer un peu d'avis. M : C'est votre chef qui vous a fait changer d'avis ? P : Oui enfin en en discutant comme ça, en toute convivialité avec d'autres personnes. »*

Un médecin semblait plus retenu dans la prescription d'arrêt de travail. Il préférait se laisser du temps, évaluer dans la durée une situation où la patiente présentait de manière très récente quelques contractions, elle avait un col raccourci mais fermé. Cela avait été perçu comme anxiogène pour la patiente qui en reparlait sur le pas de la porte. Chez ce même médecin une autre patiente s'était longuement justifiée sur son impossibilité à reprendre le travail.

- OD6/M2 « *M : Vous allez surveiller cette histoire de contractions. Je ne vous mets pas en arrêt là, vous allez voir. Si ça se précise les douleurs un peu plus nettes, il faudra peut-être refaire le point avant le prochain RDV. »*

### ➤ **Le règlement de la consultation**

Le tiers payant n'était pas pratiqué par tous les médecins : les patientes ont payés 8 fois sur 13.

Dans 2 cas la déclaration de grossesse n'était pas encore effectuée et dans 1 cas la carte vitale n'était pas à jour.

Pour 5 consultations la prise en charge à 100% était possible mais n'avait pas été pratiqué. Les patientes n'étaient pas toujours informées du tiers payant maternité:

- OD2/M1 « *Vous savez vous n'avez pas à me payer parce que je fais passer le tiers payant.* »

#### ➤ **Discussion du pas de porte**

De nouvelles discussions pouvaient avoir lieu sur le « pas de porte ». Au moment de régler la consultation ou au moment de prise de congé, des patientes évoquaient parfois un nouveau problème. Cela a été observé dans 3 consultations chez des médecins de pratique très différente. Lors de l'OD9 qui a duré 25minutes la patiente évoque des douleurs du bassin, dans l'OD12 qui a duré 39 minutes des troubles du sommeil et un reflux, dans l'OD6 qui a duré 25 minutes la patiente redemande des explications concernant la modification de son col et la surveillance des contractions.

### **3.1.4. Les thèmes abordés**

L'homogénéité relative des pratiques s'est vérifiée aussi par l'observation des thèmes abordés par les patientes et les médecins qui touchaient le corps, les pathologies.

Les thèmes évoqués spontanément par les patientes étaient l'asthénie, les douleurs abdominales ou dorsales, le travail et sa pénibilité. Secondairement les troubles du sommeil, les céphalées.

Les médecins ont alors utilisé un interrogatoire fermé afin d'éliminer ou d'affirmer le caractère pathologique des symptômes présentés dans un cadre nosologique connu.

#### **3.1.4.1. Asthénie et douleurs**

11 patientes sur 13 exprimaient de la fatigue. Les médecins recherchaient des troubles du sommeil, exploraient la pénibilité du travail. Certains la charge familiale avec les autres enfants et l'état physique en lien avec la grossesse ce qui sera détaillé dans le chapitre suivant. Certaines patientes utilisaient des termes forts :

- OD1/M1 « *P : Je suis à bout de mes forces et je n'en peux plus, ça m'a bien claqué et je suis au-delà de mes limites là, j'en peux plus.* » « *en fait là je tire la corde, je tire la corde et en fait j'en peux plus, j'y arrive plus.* »
- OD6/M2 « *P : J'ai l'impression que j'ai mes jambes et mes bras qui vont lâcher.* »

11 patientes sur 13 étaient douloureuses. La douleur pouvait être multiple, prendre différents aspects, termes chez une même patiente, pouvait. La gestualité était prépondérante, les

patientes mimaient, grimaçaient. Les médecins s'attardaient longuement à l'analyse, au diagnostic et à la thérapeutique, ils étaient soucieux de caractériser précisément la douleur, probablement du fait de leur formation médicale et du potentiel caractère pathologique. Ils en expliquaient le caractère bénin ou pathologique.

- Les douleurs ligamentaires : OD5/M3 « M : ça pèse et ça tire, donc c'est probablement ce que l'on appelle les douleurs ligamentaires, vous connaissez ça déjà ? »
- Les contractions : les médecins étaient préoccupés par le diagnostic d'éventuelles contractions, ils passaient beaucoup de temps à leur caractérisation. Les patientes étaient elles aussi très attentives au dépistage d'éventuelles contractions.  
OD7/M4 « M : Et est-ce que vous avez des contractions ? Un peu dur ? ça coupe la respiration ou pas ? M : Et vous avez l'impression que ça monte complètement enfin que ça fait comme une vague, ça fait comment ? M : Tout dur partout, et ça dure combien de temps ? Et ça revient pas régulièrement ? »
- Les douleurs rachidiennes, costales et radiculalgies (5 sur 13) : OD1/M1 « P : J'ai toujours eu des douleurs de lombaires donc j'ai toujours mal au dos mais là je n'avais jamais eu cette douleur et j'ai vraiment été bloquée je ne pouvais plus du tout bouger. » OD12/M8 « P : J'ai tout le temps la douleur là sous la cote. »
- Les céphalées (6 sur 13) : OD2/M1 « P : J'ai aussi beaucoup de maux de tête, beaucoup plus que pour la première grossesse. »
- Le RGO et douleurs épigastriques : OD2/M1 « P : Je commence un peu à avoir des brûlures au niveau de l'œsophage. » OD12/M8 « P : Et j'avais beaucoup de remontées acides aussi. »

#### **3.1.4.2. Place du corps et rapport à la maternité**

Les changements physiques induits par la maternité et la prise de poids étaient systématiquement abordés. Ils donnaient lieu à de vives discussions empreintes de rires et d'humour.

Le rapport à la maternité et le vécu vis-à-vis de ce bouleversement corporel différaient selon les patientes. Les femmes y étaient en général très attentives.

##### ➤ Les changements corporels

- OD8/M5 « M : A un moment donné vous allez prendre du ventre- rires- P : Ah bah déjà là euu, en 2 semaines c'est apparu d'un coup. Je ne rentrais plus dans mes vêtements. »

- OD6/M1 « *M : C'est vrai que la cicatrice elle va s'étendre avec la grossesse. P : Oui. M : Et là avec la grossesse ça se verra un peu. Ça va se distendre encore. Il y a la ligne blanche la marque là. »*
- OD13/M9 « *P : Désolé j'ai une vessie de.. M : de femme enceinte. »*

Un état particulier de « fragilité » :

- OD13/M9 « *P : Je suis un peu plus fragile. »*
- OD8/M5 « *Je n'aime pas ça j'ai l'impression que je ne fais que me plaindre. » « Moi je m'étais dit je vais aller loin mais je n'y arrive pas, là je n'y arrive plus. »*

Une patiente évoquait le développement corporel en lien avec l'investissement psychique de la grossesse :

- OD2/M1 « *M : Il a dépassé le nombril, ça va plus vite au deuxième hein. P : Oui c'est surtout depuis que j'ai eu les résultats du test de la trisomie là. M : Vous avez pris du ventre P : et quand on commence à le dire aussi. »*

#### ➤ Le poids

Les patientes étaient soucieuses de leur prise de poids, elles se pesaient chez elles entre les consultations. La pesée avait été observée dans chaque consultation. Un médecin (OD11) a vérifié le poids de sa patiente dans un autre bureau de consultation en l'absence de symptômes inquiétants devant une différence de mesure connue entre les balances.

Les médecins étaient toujours rassurants, ils recherchaient des troubles alimentaires, du grignotage excessif ou la présence d'œdème en cas de prise excessive.

- OD13/M9 « *M : C'est la fin de journée c'est pour ça, hein, pfff bon oui c'est pas non plus, qu'est-ce qu'elle vous a dit la radiologue ? P : Bah elle m'a dit que j'avais pris trop de poids. Ba si on prend ce poids là c'est sûr que ça fait beaucoup mais chez moi je suis à 49. M : ça fait 6kg. »*
- OD3/M2 « *P : Non mais moi ça m'embête pour moi aussi parce que je me dis que j'ai quand même déjà pris. »*
- OD10/M7 « *P : J'ai grignoté aujourd'hui - rires - je préfère le dire. M : 58,3. P : Ah bah ça va-rires. Il va falloir que je grandisse - rires- M : Ça va t'as pas trop pris là. P : Non non par rapport à ce que je me pèse à la maison j'ai dû prendre 500 grammes quoi. »*
- OD8/M5 « *P : Ah oui elle est hyper généreuse, je me suis repesée à la maison en rentrant. A la maison je pèse 58, olala j'ai l'impression d'avoir pris 30ans là. M : C'est la fatigue qui vous fait dire ça ? P : Ah oui j'arrive pas à me bouger pareil. »*
- OD2/M1 « *M : Ouais, ah bah ça va 1kg par mois P : Oui mais j'ai pris 3 kg en 1 mois. M : Bah c'est normal vous vous êtes rattrapée c'est une moyenne après faut pas*

*que vous continuez à prendre 4kg par mois pendant toute la grossesse. M : C'est bien 2 kg depuis le début de la grossesse P : Oui mais j'avais déjà un peu d'avance. »*

- OD12/M8 « *M : Ok comme ce qu'il faut dans les livres rires- P : Oui un kilo par mois je me limite à ça. Et comme j'ai des problèmes de dos j'essaie de faire attention.»*

La perte de poids liée aux nausées de début de grossesse était aussi anxiogène :

- OD4/M3 « *P : Donc je pense que c'est mieux au niveau du poids, je ne perds plus trop maintenant. »*

### ➤ L'alimentation

Les notions de plaisir et d'interdit alimentaire étaient partagées avec humour avec le médecin. Une information concernant la prévention de la listériose et de la toxoplasmose était délivrée dans les consultations de début de grossesse.

Les médecins étaient attentifs à l'alimentation sucrée en prévention du diabète gestationnel.

- OD7/M4 « *M : Vous avez l'impression de grignoter entre les repas ? P : Pas tant que ça parce que je travaille donc je n'ai pas trop le temps. M : Le sucré ? P : rires Oui peut-être un peu. En tout cas l'appétit revient parce qu'à un moment je ne mangeais presque rien et avec le plaisir de manger. M : Le plaisir ça compte aussi - rires partagés- P : Mais malheureusement ça se voit. »*
- OD1/M1 « *P : Ouais les fromages ça je le fais. M : Bon après c'est un peu dur comme régime mais globalement il faut faire attention à tout ça. P : Pâté, rillettes c'est bon tout ça. M : Ah c'est bon. P : Ah ouais, on ne peut rien manger en fait. »*
- OD2/M1 « *P : J'ai mangé pleins de choses interdites pendant les vacances. M : C'est bien, vous avez raison c'est les vacances c'est fait pour ça. rires. P : Et du coup j'attendais avec impatience les résultats de la prise de sang de la toxoplasmose mais c'est bon c'est passé. M : A oui des choses interdites sur le plan toxo. P : Oui oui toxo, listériose. M : ça c'est pas bien je devrais pas vous dire ça. »*
- OD9/M6 « *P : Oui c'est un gros bébé donc alors il faut que je limite le sucre au maximum. M : A oui, alors on a fait un test de glycémie tout ça et il n'y avait pas d'hyperglycémie. »*

Devant une TA limite haute un médecin explorait l'alimentation salée:

- OD6/M2 « *M : Vous ne mangez pas salé spécialement ? »*

### 3.1.4.3. Les inquiétudes

Les patientes exprimaient presque toutes des angoisses en lien avec la grossesse (10/13)

-De complications : OD13/M9 « P : J'ai été en contact avec la varicelle mais je l'ai déjà eu alors c'est bon ? Parce que c'est ma voisine qui me disait à bah je suis embêtée pour vous. »

-De malformations, trisomie 21 : OD2/M1 « P : ça fait ressortir pas mal d'autres angoisses en fait. Je pense que même avec l'écho j'aurais toujours quelques angoisses jusqu'à la fin. »

- Des risques liés au travail : OD4/M3 « P : Je dois prendre le tram et le tram me fait un peu peur dans mon état. » OD3/M2 « P : J'ai toujours mes douleurs en bas du ventre, même en étant en arrêt donc je me dis qu'en étant au boulot je crois que ça aurait été pire. »

-Les contractions : OD3/M2 « P : J'allais très très mal le mardi soir, je ne savais pas si j'avais des contractions ou autre chose donc c'est pour ça je me suis dit si j'attends et que c'est plus grave ou je ne savais pas trop. »

-Les résultats des examens mensuels et des échographies. Ils étaient attendus impatiemment par les patientes qui s'empressaient de demander au médecin son avis. Tous les médecins lisaient et interprétaient les examens avec leur patiente :

- OD2/M1 « P : Et du coup j'attendais avec impatience les résultats de la prise de sang de la toxoplasmose mais c'est bon c'est passé. »  
« P : Donc j'ai toujours le doute est-ce que j'ai bien compris. M : Non non vous avez bien compris, moi j'ai eu un compte rendu donc je vous le lis. »
- OD6/M2 « P : Non mais il m'a dit qu'il n'était pas grand. » « P : La glycosurie est encore un peu élevée. »
- OD9/M6 « Et alors il y a toujours un petit excès de liquide amniotique mais ce n'est pas un gros excès, c'est un gros bébé donc ça l'inquiète moins. Elle a fait une écho vaginale aussi pour vérifier. »

Les médecins employaient des termes positifs et se voulaient rassurants tout au long de la consultation.

- OD13/M9 « M : Ok donc ça c'était bon. Ça va, il n'est pas en bas donc ça va. Bon très bien. ya pas de soucis hein. Là c'est bien souple hein. Bon très bien. »
- OD4/M3 « Vous avez vu que le risque était le plus faible possible. »
- OD2/M1 « Quand ils ont le moindre doute les échographistes maintenant ils vont plus loin, ils vous font revenir toutes les semaines ou ils vont plus loin. S'ils vous disent que tout est bien, tout est bien. »

Ils expliquaient en termes non médicaux la symptomatologie présentée et le caractère souvent temporaire et bénin des symptômes ou au contraire la nécessité de surveillance.

- OD2/M1 « *M : Une à deux migraines par semaine, donc après vous savez que pendant la grossesse les migraines, les maux de tête sont plus fréquents sous l'effet des hormones, souvent ça se régule après. »*
- OD5/M3 « *C'est-à-dire que l'utérus, la poche dans laquelle grandit le bébé est accrochée au bassin par des ligaments et l'utérus est extensible enfin grandit avec le bébé mais les ligaments grandissent moins bien et du coup au bout d'un moment ça tire sur ces ligaments, le bébé lui ne sent rien. Ça peut arriver n'importe quand du début à la fin de la grossesse. »*

#### **3.1.4.4. Prise en charge de motifs intercurrents de la femme et de sa famille**

Les rôles de médecin de famille et de soins de premier recours apportaient des interférences supplémentaires lors des consultations de suivi.

A plusieurs reprises le médecin était sollicité pour des conseils ou prescriptions concernant un autre membre de la famille :

- OD10/M7 « *P : Et si c'est ça je fais quoi ? Parce que si ça tombe le week-end, j'ai du doliprane et c'est tout ? M : doliprane P : On est bien d'accord M : S'il y a autre chose qui t'inquiète tu consultes hein, si il a des boutons, qu'il vomit tu consultes hein P : Ouais oui oui M : Demain matin il y a du monde ici et sinon le week-end tu fais le 15. »*
- OD2/M1 « *P : Pour le mal des transports est-ce qu'il y a des trucs à prendre pour C.»*  
OD2/M1 « *P : Euuu je continue sur C, est-ce que c'est possible d'avoir une ordonnance pour du doliprane pour lui? »*
- OD9/M6 « *M : Oui il y a des malades encore ce matin, et qu'est-ce qu'elle a C. Une gastro ? P : Elle a démarré la semaine pas trop en forme, je l'ai gardé mardi et mardi soir elle était mieux, la température a commencé ce matin 39°, et depuis mon coup de fil elle a des boutons sur les bras et les jambes. M : D'accord on va revoir tout ça. P : Oui vous allez me dire. »*
- OD11/M5 « *P : Après il m'a dit prends moi un RDV avec le médecin. »*

Les patientes le sollicitaient pour d'autres motifs les concernant: virose, vacances :

- OD13/M9 « *M : Vous êtes enrhumée P : Ouais, hier j'avais de la fièvre avec le temps et puis C. est prise. M : On va regarder la gorge. Ok c'est un peu irrité au fond, il n'y a pas d'angine. Palpation sinus, ADP cervicaux. Bon très bien. »*
- OD10/M7 : « *P : Et si C a la grippe c'est pas.. pour moi ce n'est pas grave ? M : Bah t'essaies de pas l'attraper c'est tout. Mais il a la grippe il a la grippe c'est quoi ? Il a 40° ? »*
- OD13/M9 « *P : J'ai été en contact avec la varicelle mais je l'ai déjà eu alors c'est bon ? »*
- OD2/M1 « *P : Oui, là je vais partir en vacances à la fin du mois, il y a beaucoup d'oursins là-bas, s'il y a une piqure d'oursin qu'est-ce qu'on fait ?*

Leur rôle dans la continuité des soins était visible, ils ne s'en déchargeaient pas lors d'une consultation de suivi de grossesse. Les médecins généralistes prenaient en charge de nombreux problèmes de santé en plus de la grossesse dans le même temps de consultation :

- OD13/M9 « *M : Et il y a une chose quand même une chose c'est par rapport à la radio. P : la tuberculose. M oui à la primo-infection tuberculeuse. Et après votre petite il faudra qu'on la vaccine. P : Après C. n'est pas vaccinée non plus. »*
- OD4/M3 « *M : Je n'avais jamais vu ce truc-là. P : Si on en avait déjà parlé c'est un reste d'insecte. M : De piqure d'insecte ? P : Oui d'après la dermato. »*
- OD6/M2 « *Et donc là la cicatrice ça va mieux? »*
- OD9/M6 « *Ok, bien, on avait fait une TSH aussi. »*

On retrouvait une dimension de service dans la pratique des médecins, ceci était matérialisé par :

- Des actes gratuits pour leur patient ou leur famille : « dépannages » d'ordonnances, conseils.
- Des avis téléphoniques interférant avec les consultations.
- Une optimisation des consultations répondant à plusieurs motifs
- Une part de consultations non programmées, sans rendez-vous, des accompagnants s'adaptant au recours d'urgence à la demande.
- Un médecin ne reprogrammait pas de consultation pour prolonger l'AT en congé pathologique :
  - OD3/M2 « *P : Du coup j'aurais juste à repasser ou aller voir la secrétaire. M : Oui vous passez un petit coup de fil. P : Oui ou un coup de téléphone pour préparer le papier. »*

### **3.1.5. Les interactions médecin-patiente**

#### **3.1.5.1. Le climat des consultations**

L'atmosphère des consultations était détendue tout en restant professionnelle. Le ton utilisé était posé et calme instaurant un climat de confiance.

Les patientes paraissaient souvent anxieuses en début de consultation, elles apportaient les résultats des analyses, des échographies pour en discuter. Les médecins utilisaient un discours rassurant avec leur patiente :

- OD6/M2 « *M : Il est bien, tout le reste est bien, presque au milieu. »*
- OD9/M6 « *M : Donc tout est bien. » « Il n'y a pas de problème. » « Il n'y a pas de souci, hop allez. »*

Les consultations alternaient des phases d'interrogatoire médical sérieux et des phases de décontraction et d'humour. Nous n'étions pas dans un contexte de maladie ce qui laissait place à l'humour dans presque toutes les consultations observées.

Les médecins répondaient tous au téléphone durant leur consultation ce qui apportait des interférences soit pour donner des avis urgents soit lors de la fermeture du secrétariat.

Les patientes étaient à l'aise, elles avaient créé des liens différents, personnels avec leur médecin de famille qu'elles connaissaient depuis plusieurs années voir depuis l'enfance. Le discours des patientes était empreint de récits biographiques, elles livraient en détail leur vie quotidienne utilisant un langage souvent familier. Nous observions beaucoup de récits de vie décontractés mettant en évidence une relation de proximité installée, elles parlaient souvent de leur famille, de leur travail, de leurs craintes avec une certaine complicité avec le médecin :

- OD1/M1 « *P : Et vous, vous étiez en congé mat' aussi, vous avez eu un bébé. » « P : Ça lui fait quel âge ? » « P : Oui c'est ce que je fais, 2 repas le soir, parce qu'à six heures je mange un petit peu puis le soir je remange.. »*
- OD12/M8 « *P : Je suis partie en congé là. M : oui le Maroc ? P : Oui le Maroc. J'avais déjà été à Marrakech.»*
- OD11/M5 « *P : C'est un petit garçon. M : C'est une bonne nouvelle ? P : Oui oui oui, j'avais une préférence pour une fille mais tout va bien.»*
- OD12/M8 « *P : Chez sa nounou il y a 2 sœurs qu'ont 1 an ½ d'écart donc il a l'habitude de voir cette relation et il a vu la nounou enceinte et tout donc il comprend bien et on lui lit des livres, et il voulait un petit frère rire donc globalement il est content. »*
- OD2/M1 « *P : Bah ça va, j'ai les petits maux habituels » « P : A bah je fais des méga siestes le weekend end. M: A bah c'est bien, rires, 3h de sieste par jour par weekend ça me paraît correct, et la nuit alors vous dormez quand même ? P : Ça va - sourire-»*
- OD12/M8 « *P : Il n'y a pas de position très confortable. c'est parce que je ressens les coups, je me mets d'un côté il tape je me mets de l'autre côté il tape - rires- »*

Le médecin généraliste était souvent le médecin de l'ensemble des membres d'une même famille :

- OD10/M7 « *P : Et pour C. si c'est ça je fais quoi ? Parce que si ça tombe le weekend. »*
- OD1/M1 « *C, je ne l'ai pas beaucoup vu, oui ça fait longtemps que je n'ai pas vu C. »*
- OD7/M4 « *P : ça va être à toi (fils), tu peux enlever tes bottes. »*

Parfois les patientes orientaient voir dirigeaient la consultation. Elles donnaient leur avis et propres conclusions afin de les confronter à celles du médecin :

- OD10/M7 « *P : Il a mis le terme au 13 octobre mais moi je la date au 16 janvier. »*
- OD9/M6 « *M : Moi j'avais noté col long fermé, juste l'extérieur qui était un peu ouvert. P : Ba là elle a dit col long fermé. M : D'accord je ne fais que constater. »*

Connaissant leur patiente, les praticiens étaient capables de repérer des changements dans leur état physique ou psychologique, le diagnostic précoce en était facilité tant au niveau somatique que psychologique :

- OD7/M4 « M : Vous faites légèrement fatiguée là. »
- OD9/M6 « M : Quand je l'avais vu je lui avais dit mais ce n'est pas possible vous êtes prête à accoucher, on est bien à 7mois ? Et effectivement il y avait bien hydramnios. »
- OD11/M5 « M : Des soucis qui prennent de l'importance ? »

Sa connaissance antérieure de sa patiente permettait de délivrer des soins personnalisés :

- OD12/M8 « M : Il faut peut-être que vous trouviez quelque chose qui vous convienne, l'idée c'est de se préparer en fonction des difficultés que vous avez ressenti la première fois et puis de ce que vous connaissez de votre corps et notamment du dos. »
- OD9/M6 « M : Vous avez de gros bébé. P : Et elle a vérifié le menton pour voir si. M : Bah oui en soupirant, Oui oui vous avez bien fait de faire » « M : Ce n'est pas une grosse tension mais si vous vous sentez bien c'est l'essentiel. »

7 médecins sur 9 avaient été attentionnés vis-à-vis du confort des patientes, de leur ressenti lors de l'examen. Ils remontaient le dossier de la table, essuyant leur ventre après le doppler fœtal, mettaient à disposition des mouchoirs.

- OD6/M2 « M : Je ne vous fais pas mal ? » (TV)
- OD8/M5 « M : Est-ce qu'il me reste des petits mouchoirs ? »
- OD7/M4 « M : ça vous plait pas, vous en aviez déjà ? »
- OD3/M2 « M : Détendez-vous bien, posez bien la tête. »
- OD12/M8 « M : Donc ça vous inquiète où ça va ? »
- OD11/M5 « M : Je vous donne du papier pour vous essuyer. »
- OD13/M9 « M : Vous voulez peut être que je ferme la fenêtre ? »  
« M : J'arrête parce qu'il y a beaucoup de parasites. »

Les attentions au bébé étaient aussi présentes, 7 médecins sur 9 demandaient le sexe du bébé, recherchaient les MAF et interagissaient avec le fœtus au moment du doppler fœtal principalement.

- OD7/M4 « M : Je vais chercher de quoi écouter le bébé. Est-ce que tu entends le petit cœur ? Boumboumboum boum ça c'est le cœur de ta petite sœur. » « Tu as déjà vu le ventre de maman bouger ? Tu l'as senti bouger de temps en temps ? »
- OD1/M1 « M : Alors on va essayer d'écouter voir si il veut bien nous parler le bébé. Il est tout petit. Il est encore tout petit et parfois ils ne se mettent pas au bon endroit. »
- OD3/M2 « M : C'est une fille ou un garçon ? P : C'est une fille. » « M : Bon le bébé va bien, ça c'est bon. »
- OD12/M8 « M : Je ne sais plus si vous savez si c'est une petite fille ou un petit garçon ? »
- OD9/M6 « M : Gardez le bien au chaud cet enfant » « M : Alors on va essayer de l'écouter ce petit bébé, je l'ai énervé parce que c'était bien calme. »
- OD8/M5 « M : Il se met dans des positions mais on l'entend bien quand même. »

- « M : Votre bébé est bien accroché. Votre bébé est bien protégé. »
- OD2/M1 « M : Bon est-ce que vous le sentez ce bébé ? » ton complice  
« M : si vous voulez je vais aller chercher le petit doppler pour écouter le bébé. »  
« M : Alors bébé excuse-nous on te réveille un peu. »
- OD6/M2 « M : Vous sentez bien le bébé ? Et je vous n'ai pas demandé si c'était un garçon ou une fille ? »

Les médecins délivraient des consignes de surveillance, notifiaient leur disponibilité en fin de consultation en cas de besoin.

### **3.1.5.2. La place du corps dans les échanges**

Les échanges et les interactions observés étaient de nature variée, ne se limitant pas aux échanges verbaux : gestes, mimiques, soupires, rires, regards. Le médecin semblait davantage sensibilisé par le discours des patientes, introduisant une intersubjectivité.

La gestualité renforçait le discours : les patientes baillaient pour exprimer leur fatigue et leur détente corporelle, soupiraient pour marquer l'agacement, grimaçaient en parlant de leur douleur.

- OD12/M8 La patiente s'allonge sur la chaise « P : Ouais donc du coup ça m'arrive de travailler un peu en mode heuu- rires-»
- OD8/M5 Mime la taille de l'utérus qui grossit « P : Et après il montera jusqu'ici ? M : Ah non peut être pas, il faut qu'il y ai la place pour vous de respirer-rires- »
- OD2/M1 « P : Donc j'ai toujours le doute est-ce que j'ai bien compris. » Tout en faisant le geste de téléphoner, rires nerveux.

Médecins et patientes mimaient les douleurs. Cette gestualité était unique en tant que liée au vécu des patientes, elle éclairait l'échange pour le médecin aidant à déceler l'organe incriminé :

- OD1/M1 « M : De ce côté-là, là, devant, pas derrière ? Médecin mime sur lui P : Oui » en appuyant sur son ventre. « Et j'ai le bas du dos aussi ça me bloque le nerf sciatique M : Ça descend dans la jambe ou pas ? P : Dans la fesse, dans la fesse droite et après je suis bloquée - petit cri- et c'est la totale. »
- OD3/M2 « P : J'ai des douleurs en bas des reins un petit peu aussi touche le bas de son dos. J'ai toujours mes douleurs en bas du ventre, soutien son ventre avec ses 2 mains.
- OD12/M8 « M : Donc c'est une douleur qui est à gauche P : Oui juste sous la cote M : Juste sous la cote et qui va dans le dos P : Ouais. » Médecin et patient miment l'endroit de la douleur.
- OD8/M5 « M : Là c'est les douleurs ? ici non ? P : Ouais là c'est les douleurs et le fait que ce soit dur c'est là » Patiente et médecin posent leurs mains sur l'abdomen.

- OD2/M1 « P : Alors douleurs ligamentaires plutôt sur le côté, basses là, un peu au niveau de l'aine. M : Au centre ou vraiment au milieu. P : Oui au milieu. »  
« P : Un peu continu, et puis vraiment que de ce côté-là en montrant l'endroit de sa douleur le côté droit de la tête »  
« P : Je commence un peu à avoir des brûlures au niveau de l'œsophage (en montrant son œsophage de bas en haut en grimaçant) »

### 3.1.5.3. Humour et familiarités

- L'emploi de l'humour était présent dans toutes les consultations, il permettait la décontraction mais aussi parfois l'expression d'une inquiétude latente ou d'une question gênante. Ces échanges verbaux s'accompagnaient de regards, sourires, rires ou soupires marquants la connivence au sein du duo médecin-patiente et renforçaient les propos tenus.

#### Le poids, l'alimentation :

- OD7/M4 « M : Le plaisir ça compte » (alimentation). « P : Mais malheureusement ça se voit. »
- OD10/M7 « P : J'ai grignoté aujourd'hui rires, je préfère le dire. » « Il va falloir que je grandisse. »
- OD9/M6 « M : On va aller se peser, pas se mesurer parce que vous n'avez plus l'espoir de grandir. »
- OD13/M9 « P : Hormis une remontrance sur mon poids, tout s'est bien passé. Rit »
- OD2/M1 « P : J'ai mangé pleins de choses interdites pendant les vacances. M : C'est bien, vous avez raison c'est les vacances c'est fait pour ça- rires- »

#### Les changements corporels :

- OD8/M5 « M : Ah un moment donné vous allez prendre du ventre rires. »
- OD13/M9 « P : Désolé j'ai une vessie de... M : de femme enceinte- rit. »

#### Les examens :

- OD1/M1 « M : Donc la toxo, vous n'avez pas de chat ? P : Si j'en ai 2. M : A oui rires, c'est toujours comme ça. »
- OD8/M5 « P : Ah oui parce qu'elle m'a dit la dame du labo ça devrait être la dernière. M : Ah vous allez peut-être en avoir d'autre quand même. rires. P : C'est possible rires. »

#### La consommation éthylique :

- OD10/M7 « M : Tu bois bien ? P : Ouais M : De l'eau hein »

- L'utilisation d'un langage courant voir familier permettait une humanisation des pratiques et contribuait fortement à élaborer une relation de proximité, symétrique. Il permettait au médecin de faire accepter plus facilement ses propos à la patiente :
  - OD7/M4 « *M : Après moi je ne suis pas une terroriste du bio mais c'est juste* » « *P : Tout à l'air d'être impec.* »
  - OD10/M7 « *P : Ça fera un timbre en moins. M : Ça va faire gagner du temps, de la paperasse.* »
  - OD1/M1 « *M : C'est reparti pour un tour* » « *P : J'ai plus de neurones donc j'ai tout oublié.* »
  - OD9/M6 « *M : Il y a plein de fritures rires, ça va pas du tout ça. Ah, bon je l'énerve hein.* »  
«*M : Je vais regarder mon petit machin que je vais avoir du mal à trouver comme d'habitude.* »  
« *M : Quand ils naissent au début de l'hiver je me dis pauvre mignon pourvu qu'il n'attrape pas la bronchiolite le machin le truc. Les saloperies qui vont courir partout.* »
  - OD11/M5 « *M : Je peux vous laisser caler le prochain RDV avec la secrétaire.* »
  - OD13/M9 « *P : Non, je me goinfrerais, enfin je ne mange pas plus de cochonneries que* »
  - OD8/M5 « *P : Bah ça fait 2 semaines que je suis claquée quoi* » « *C'est ça une contraction, c'est vachement tôt.* » « *ça fait 3h qu'on squatte.* »
  - OD2/M1 « *P : Il y a un laboratoire dans le coin qui fait ça ou pas ?* »

#### **3.1.5.4. Horizontalité de la relation**

##### **3.1.5.4.1. Adaptabilité des médecins**

- Adaptabilité dans le langage utilisé

Les médecins adaptaient leur langage et expliquaient les termes médicaux. Ils souhaitaient gommer l'image du scientifique connaisseur :

- OD1/M1 «*M : Vous avez eu des folates ? Il vous a donné des petits comprimés à prendre tous les jours ?* » « *M : J'ai juste mis que c'est des lombalgies enfin c'est des douleurs du bas du dos qui sont mécaniques.* »
- OD12/M8 « *M : Ouais vous sentez que ça fait comme un tour un petit peu hein ? Pas de bourdonnements d'oreilles, les petites étoiles, ça ne vous démange pas partout ?* »
- OD10/M6 « *M : Tu sais, tu évites la viande non cuite, tu vas pas vider la caisse du chat, t'épluches bien tes fruits et tes légumes.* »
- OD2/M1 « *M : et c'est des céph, des migr enfin des maux de tête.* »

De leur côté certaines patientes n'hésitaient pas à interroger le médecin sur les termes qu'elles ne comprenaient pas :

- OD1/M1 « *P : C'est quoi asthénie ? M : Fatiguée, pardon, ça veut dire fatigue en langage médical mais c'est parce qu'on est un peu.. on aime bien utiliser des mots que personne ne comprend –Rires- »*
- OD9/M6 « *P : Antigène machin truc c'est quoi ? M : L'hépatite B. »*
- OD8/M5 « *P : En semaines ? M : Oui excusez-moi, je compte en semaine P : Non non c'est normal. »*

Les patientes pouvaient exprimer des sensations floues, imagées :

- OD8/M5 « *P : Je sens comme des petits coups, je sens dans le bas des bulles, des trucs bizarres mais ça ne me fait pas du tout mal c'est agréable. C'est bizarre mais ce n'est pas désagréable. Par contre en rentrant du boulot comme hier soir c'est je suis un peu pliée et je n'arrive pas à me déplier, j'attends et hop ça passe, et là je relâche. Je ne sais pas trop. »*
- OD2/M1 « *P : J'ai l'impression d'être assise sur une selle de vélo à peu près tout le temps. »*
- OD13/M9 « *P : Et effectivement je pense que le fait que le placenta soit devant je ne ressens pas pareil les mouvements que la précédente grossesse. J'ai l'impression qu'elle tape dans mes organes en fait. »*

#### ➤ Adaptabilité dans leurs prescriptions

Certains médecins se souciaient de l'avis des patientes quant aux conseils délivrés et aux propositions thérapeutiques. Ils suggéraient les choses.

Le lien affectif facilitait la négociation, nous remarquons alors une complémentarité des discours aboutissant à un consensus ou un compromis.

- OD7/M4 « *M : On peut essayer de mettre des bas. P : A bah d'accord on va mettre des bas alors. M : ça vous plait pas, vous en aviez déjà ? » « M : Est-ce que la kiné ça ne vous soulagerait pas un peu ? »*
- OD2/M1 « *M : Je ne sais pas si je vous avais proposé la dernière fois des chaussettes ou des bas de contention. Est-ce que ça vous intéresse que je vous en prescrive parce que quand on est beaucoup en position debout ça favorise le retour veineux surtout pendant la grossesse. »*
- OD11/M5 « *M : Est-ce que vous aviez décidé de faire des cours de préparation à l'accouchement ? « l'injection est-ce que vous préférez l'amener ici le mois prochain ou la faire par une infirmière » « je vous avais peut-être proposé tardyferon. »*  
« *M : Après il y a plusieurs éléments qui viennent jouer sur votre sommeil, l'idée ça serait d'essayer de vous reposer dès que vous en avez la possibilité et si on peut éviter les médicaments c'est mieux » « M : Je sais pas si la nuit le fait de faire des exercices de respiration ça pourrait vous aider à ne pas penser. »*

### 3.1.5.4.2. Des patientes expertes de leur grossesse

Les patientes revendiquaient une certaine autonomie dans leur suivi de grossesse quelle que soit la tonalité des pratiques des MG.

#### ➤ Les multiples sources d'informations

L'accès aux informations médicales en dehors de la consultation médicale et du colloque médecin-patiente est aujourd'hui facilité : réseau amical, familial, professionnel, lectures, internet. Ces informations souvent floues et mal comprises ou non adaptées pouvaient induire du stress dans le vécu de la grossesse. Le médecin devait rétablir des vérités, contextualiser les informations reçues, rassurer, négocier.

Les patientes pouvaient rapprocher les propos du médecin aux autres sources d'informations :

- OD1/M1 Les nausées « P : Oui j'ai des copines qui m'ont dit ça. »
- OD2/M1 « P : Oui c'est ce qu'ils avaient proposé à une amie. »  
Les massages avec huiles essentielles : « P : Oui et je connais une des filles, enfin une amie d'une amie qui est en train d'avoir son 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> et elle connaît »
- OD13/M9 Contage avec la varicelle « P : Parce que c'est ma voisine qui me disait je suis embêtée pour vous. Mais je me suis dit si je l'avais déjà eu il n'y a pas de souci mais je me suis dit que j'allais vous redemander. »
- OD8/M5 Les douleurs, contractions, mycose « P : Ah oui ma collègue elle m'a dit c'est pas très bien ça donc bah moi je ne sais pas. » « P : Bah je sais pas j'ai lu que du coup quand on avait une mycose, enfin faut que j'arrête de lire des trucs mais que c'était pas très bon d'avoir des mycoses et d'être enceinte. »
- OD6/M2 Changement corporel « M : Il y a la ligne blanche la marque là. P : Oui c'est ce qu'on m'a dit. M : Ça va devenir blanc. P : Oui oui tout à fait elle va blanchir. »

Les patientes pouvaient consulter différents professionnels dans leur suivi de grossesse. Le médecin ne disposait pas toujours de compte-rendu ce qui complexifiait la prise en charge. Ce sont les patientes qui livraient ces échanges à leur médecin :

- OD9/M6 « P : Non non non c'est un petit excès. Du fait que le bébé est gros. Du coup elle a bien regardé le menton et il n'y a pas de souci. »
- OD3/M2 « P : Et du coup les sages-femmes m'ont dit que c'était vraiment des douleurs ligamentaires et puis la fatigue mais il n'y avait pas de contractions et après j'ai vu le gynéco c'est pareil le col était très bien il n'est pas ouvert enfin. M : Ah oui vous avez vu le. P : Oui j'ai vu le gynéco en même temps. »
- OD2/M1 « M : Ils vous l'estiment à combien cette part d'incertitude là vous savez ? P : Ba non justement ils n'ont pas voulu me dire, ils m'ont dit grosso modo que c'était bon, il n'y avait aucun risque. »
- OD6/M2 « P : Le chirurgien m'a dit que c'était normal parce que c'est encore frais. »

### ➤ L'expérience personnelle

Elles évoquaient très souvent leurs vécus antérieurs, leurs expériences personnelles et comparaient leurs grossesses. Les médecins s'appuyaient sur ces propos afin d'étayer leur diagnostic.

- OD1/M1 « *P : Rien à voir avec ma première grossesse, j'étais en forme la première, mais là j'ai mal au crâne et j'ai des douleurs. »*
- OD7/M4 « *P : En fait quand je compare avec la précédente grossesse je ne savais pas ce que c'était maintenant je sais. »*
- OD12/M8 « *P : J'avais la même douleur à ma première grossesse. Et j'avais beaucoup de remontées acides aussi pour le premier » « M : Vous aviez eu des séances pour votre premier ? P : Ouais mais je crois que ça ne m'avait servi à rien. »*
- OD9/M6 « *P : Après C ce n'était pas un petit bébé non plus. M : Oui vous avez des gros bébés. »*
- OD13/M9 « *P : Pour C. ça m'avait fait ça aussi. »*
- OD10/M7 « *P : Parce que si j'éternue. Je sais plus à C si j'en ai pris. » « M : Alors tu te souviens on te donne pas une certitude P : Oui.»*
- OD2/M1 « *P : Je vais essayer, je l'avais fait pour C » « M : Et pour C vous aviez fait quoi comme préparation ? Standard ? »*
- OD6/M2 « *P : Alors vu que c'est ma première grossesse je ne sais pas trop mais j'ai eu des douleurs au bas du ventre. »*

Elles évoquaient aussi les grossesses de leurs proches et leurs difficultés afin de se rassurer sur la normalité des choses:

- OD3/M2 « *P : Je sais que depuis le début de grossesse ça me tirait pas mal donc vaut mieux ça vous allez me dire, il y a pire que ça. »*
- OD12/M8 « *P : Oui c'est bien, c'est vrai que je me dis que j'ai de la chance par rapport à d'autres. Ma belle-sœur a accouché d'un préma, avec des échos difficiles donc voilà quand ça se passe bien voilà. Juste les RDV classiques c'est quand même agréable. »*
- OD9/M6 « *M : Et oui, oui, oui je vois votre sœur, votre sœur ça m'avait impressionné, elle avait pris ça en fin fin de grossesse. »*

### ➤ L'autonomie des patientes

Les patientes étaient impliquées, elles connaissaient les examens à réaliser et donnaient leurs propres appréciations des résultats biologiques, urinaires.

- OD13/M9 « *P : Les analyses étaient bien sinon toxo négative, pas de protéinurie. Et l'écho ça s'est bien passé aussi. »*
- OD8/M5 « *P : Du coup on refait une prise de sang ? Même si je suis immunisée contre la toxo ? »*
- OD6/M2 « *P : La glycosurie est encore un peu élevée. »*

Les patientes donnaient leurs hypothèses diagnostiques :

- OD12/M8 « *Oui c'est peut-être ma scoliose hein je sais pas. »* »
- OD10/M7 « *Il a mis le terme au 13 octobre mais moi je la date au 16 janvier. »* »
- « *J'ai souvent mal à la tête en fin de journée. Bon après je pense que c'est la fatigue ce n'est pas quotidien mais presque. Après je mets ça sur le compte de la fatigue. »* »
- OD8/M5 « *Et du coup les chutes de tension ce n'est pas dû à une carence ? »* »

Elles pouvaient diriger l'interrogatoire, l'examen clinique, les prescriptions :

- OD1/M1 « *P : Vous le trouvez ? Vous arrivez à distinguer ? ah oui là vous avez senti un truc là, il y a un truc là Oui vous étiez pile, vous êtes pile là vous avez trouvé. »* »
- OD4/M3 « *P : Vous avez reçu ? »* »
- OD8/M5 « *P : Du coup vous allez me redonner pour l'analyse d'urine parce que j'ai voulu y aller cette semaine mais je n'ai pas de »* »
- OD6/M1 La patiente donne d'emblée son échographie des 22SA qu'elle tenait à la main. « *M : Merci, il n'y avait rien d'anormal ? »* »
- OD13/M9: « *P : Oui de toute façon je reviens vous voir début juin comme ça vous me faites la prescription. »* »
- OD10/M7 « *P : Avec les beaux jours qui arrivent je peux prendre de la cetirizine ou quelque chose comme ça ? »* »

Un médecin avait réalisé la déclaration de grossesse sur déclaration orale de la patiente :

- OD4/M3 « *M : Mais c'est quand même bizarre, moi j'ai fait la déclaration de grossesse parce que vous m'avez dit « ils m'ont dit que c'était pour le 9 mai » c'est ça. P : Sur ma seule parole du coup. »* »

Le médecin leur demandait des informations :

- OD2/M1 « *Rappelez-moi votre groupe sanguin » « Rappelez-moi on a dit que c'était le 16 avril ou non. »* »

Le médecin gardait son rôle d'expert référent :

- OD12/M8 « *P : Et j'ai ma 3<sup>ème</sup> écho le 31 mars. Si tout se passe bien, après sauf si vous pensez qu'il faut que je le vois avant mais sinon. » « Oui, je mets du stick à lèvres et vous me direz si il y a autre chose à faire. »* »
- OD3/M2 « *P : Là je me suis repesée, il me semble que j'ai repris un kilo à peu près mais je ne suis pas certaine. »* »
- OD6/M2 « *M : ça ressemble à des contractions, affirmatif. »* »
- OD1/M1 « *Alors après je dis mais je ne sais pas du tout ce que c'est du coup. »* »

### **3.2. Les variations inter-médecins des pratiques**

Les variations dans les pratiques observées permettent de répartir les médecins en 3 profils différents. Tous intégraient une pratique académique mais la tonalité des consultations différait notamment par l'approche relationnelle.

#### **3.2.1. Pratique principalement protocolaire : biomédicale et directive**

Quatre médecins avaient une pratique dite « protocolaire directive ». Il s'agissait des 4 médecins hommes observés (M2-M3-M7 et M9). Les consultations étaient orientées vers le champ biomédical, l'essentiel de leur préoccupation était tourné vers la sécurité biomédicale de la grossesse.

Leurs discours étaient directifs, ils utilisaient surtout un interrogatoire à questions fermées afin de préciser le caractère normal ou pathologique de la situation dans un tableau nosologique connu. Une grande partie de la consultation était consacrée à la recherche et à la caractérisation de la symptomatologie médicale. Les questions prenaient parfois une forme de « listing » : douleurs, contractions, SFU, métrorragies, leucorrhées.

- OD4/M3 « *M : Vous n'avez pas de douleurs dans le bas du ventre le soir ? P : Non juste quelques tiraillements de temps en temps. M: Pas de nausées ou vomissements ? »*
- OD5/M3 « *M : Pas de pertes de sang ? Pas de brûlures quand vous faites pipi ? Vous savez où vous allez accoucher ? Vous êtes inscrite ? »*
- OD10/M7 « *M : Pas de saignements ? P : non. M : Pas de douleurs ? P : non M : Pas de pertes sales P : Non. M : pas de brûlures pour faire pipi ? Pas de fièvre ? P : Je digère mal. M : Des remontées acides ? »*

Les discussions s'établissaient autour des examens biologiques et échographiques médicalisant la grossesse.

- OD3/M2 « *M : On arrive sur la fin là c'est sûr, vous avez vu les résultats de la prise de sang, enfin l'analyse d'urine là. »*
- OD5/M3 « *M : Pour vous alors vous avez dû faire une prise de sang pour la toxoplasmose. »*
- OD4/M3 « *M : La toxoplasmose c'est vu. Vous ne prenez aucun médicament en ce moment ? »*
- OD6/M2 « *M : Les analyses étaient bonnes hein. »*
- OD13/M9 « *M : Bon alors il me semble que vous avez fait des analyses il n'y a pas trop longtemps. Et l'échographie sinon »*

Les médecins ne rebondissaient pas toujours sur les questionnements ou plaintes ne cadrant pas dans la dimension biomédicale.

- OD6/M2 «*M : D'accord. Ok. Comment ça va autrement ? P : Bah ça va, fatiguée un peu, par les trajets mais ça va. P : Il n'y a pas de douleurs de contractions, chose comme ça? »*
- OD10/M7 «*P : Je digère mal. M : des remontées acides ? P : Non juste que je digère mal, je mange moins. M : fatiguée ? P : Oui un peu. »*
- OD13/M9 «*P : Non je n'ai pas de pertes de sang, j'ai des pertes. M : Et bien vous avez l'ordonnance pour la prise de sang dans un mois. »*

Dans une consultation durant le temps B1 la patiente décrivait son incapacité à reprendre le travail et sa pénibilité, le médecin M2 lui s'efforçait de caractériser les douleurs de la patiente.

Dans l'OD4 le médecin M3 ne commentait pas le poids ni l'alimentation de la patiente alors qu'elle semblait soucieuse d'avoir perdue du poids :

- «*P : Donc je pense que c'est mieux au niveau du poids, je ne perds plus trop maintenant. M: Oui j'ai dit 54 je retiens 53 et j'avais 53 déjà en octobre. P : Ouais c'est ça, je suis descendue entre temps mais je suis remontée. M : Au départ on était partie à 55. P : Là je mange mieux. M : Est-ce que vous avez des questions ? »*

L'analyse des champs psycho-environnementaux et familiaux était peu développée voir absente.

Dans ces observations les thématiques sociales autour du travail étaient évaluées dans la prise en compte des arrêts de travail essentiellement, sur point d'appel clinique tel que de la fatigue ou des contractions :

- OD13/M9 «*M : Bah je crois que votre boulot rendait difficile la poursuite de P : ça devenait compliqué ouais M : Ou alors faut leur demander de changer de métier. »*
- OD4/M3 «*M : Donc je vous avais mis en arrêt jusqu'au 13, et du coup vous avez envie de reprendre ? P : J'ai encore pas mal de vertiges, après manger il arrive que je doive rester 2H allongée parce que je ne suis pas bien. M : Et lui vous veut à 100% ou pas du tout » « Je dois prendre le tram et le tram me fait un peu peur dans mon état. »*
- OD10/M7 «*M : Le travail ça va ? P : Ouais. M : Pas trop dur ?*
- OD6/M2 «*P : J'ai commencé à avoir des douleurs ligamentaires, et puis ça s'est un peu intensifié quand j'ai repris le travail, en fait j'étais en vacances » « M : Du coup vous faites les trajets en train. Vous êtes à temps plein là ? Vous avez des vacances ? »*

L'information sur la préparation à la naissance et à la parentalité n'apparaissait pas ou se limitait à l'organisation du « calendrier de grossesse » :

- OD4/M3 «*M : Vous savez où vous allez accoucher ? Vous êtes inscrite ? P : Oui. M : D'accord, vous avez déjà vos RDV pour le suivi de fin de grossesse ? »*

Les interactions avec le bébé s'effectuaient autour de la recherche des MAF et du questionnement autour du sexe de l'enfant dans 2 observations. Elles étaient absentes dans les 2 autres.

- OD6/M2 « *M : Vous sentez bien le bébé ? Et je vous n'ai pas demandé si c'était un garçon ou une fille ?* »

Cela n'empêchait pas une relation détendue, de bienveillance et de proximité. Leur discours était ponctué d'humour.

- OD13/M9 « *P : Désolé j'ai une vessie de.. M : de femme enceinte- rit-* »
- OD10/M7 « *P : Ça fera un timbre en moins. M : Ça va faire gagner du temps, de la paperasse* »

Dans ce contexte très technique, 2 médecins étaient plus attentifs au confort de leur patiente :

- OD13/M9 « *M : Vous voulez peut-être que je ferme la fenêtre.* »
- OD3/M2 « *M : Détendez-vous bien, posez bien la tête.* »
- OD6/M2 « *M : Je ne vous fais pas mal ?* »

Ces 2 médecins ont réalisé un doppler fœtal. Un médecin l'a réalisé dans 1 observation sur 2 observées, ce qui n'était donc pas systématique.

➤ Un de ces médecins (OD13/M9) témoignait d'une certaine « chaleur relationnelle » : il utilisait l'humour, un ton chaleureux et calme permettant une réassurance :

- « *Donc ça va. Bon très bien. On va regarder un petit peu tout ça.* »
- « *Vous pouvez dormir tranquille.* »

Des sous-entendus, sourires marquaient une certaine complicité :

« *M : Et alors vous avez demandé ? P : Le sexe ? M : Oui. P : C'est une petite fille, une deuxième -sourit-* »

Il avait été très rassurant quant à la remarque du radiologue sur la prise de poids de la patiente. Ce thème avait été repris dans les 3 temps d'examen.

- « *P : Moi je veux bien mais il faut que je me mette au régime M : Ah oui non non non.* »
- « *Ah, c'est la fin de journée c'est pour ça, hein, pfff bon oui c'est pas non plus..* »
- « *Je mange correctement mais je ne grignote pas, je ne mange pas de gâteaux. Enfin je ne mange pas plus de cochonneries que, alors effectivement j'ai arrêté de travailler.* »

➤ Le climat était moins détendu pour l'autre médecin (M2) qui était pourtant attentif au confort et à la réassurance. L'humour n'était pas présent dans ses consultations, ce qui était rare pour une consultation de suivi de grossesse. Cela pouvait s'expliquer par la présence de points d'appels potentiellement pathologiques : dans une observation (OD3) la patiente avait consulté en urgence à la maternité pour des douleurs et dans l'autre (OD6) la patiente présentait des contractions débutantes, une tension artérielle à la limite supérieure à la

normale et une glycosurie supérieure à la normale. Ce médecin était donc particulièrement attentif à la sécurité médicale materno-fœtale.

La patiente de l'OD6 était particulièrement inquiète :

- « *P : Il m'a dit qu'il n'était pas grand (échographe) M : Oui sur la longueur fémorale, le reste est bien mais il ne veut pas refaire de contrôle, d'accord. Oui par rapport à l'écho des 12 SA on va voir comment ça évolue. »*  
*« M : Les analyses étaient bonnes hein. P : La glycosurie est encore un peu élevée »*  
*« P : Et j'ai mon bas du ventre qu'est devenu tout dur. M : Bas du ventre tout dur ? (..) ça ressemble à des contractions, affirmatif. »*  
TA limite haute : *« M : Ce n'est pas grave je vais vous prêter un appareil, ça ne m'inquiète pas trop mais vous allez contrôler chez vous P: C'est trop haut ? M : Ouais un tout petit peu. P : Pour une grossesse ? »*

Le médecin était rassurant envers la patiente :

- « *M : J'ai arrêté de m'inquiéter avec ça surtout que votre glycémie était bien et c'est du 100% »*
- « *M : Mais rien d'inquiétant non plus. »*
- « *M : Il est bien, tout le reste est bien, presque au milieu. »*

Il s'était intéressé dans les 2 consultations aux produits toxiques pour la femme enceinte, il s'est également intéressé aux changements corporels de la grossesse :

- OD3 « *M : Vous mettez de la crème sur le ventre là ? P : Oui. M : Vous mettez quoi comme crème ? P : Je mets du Z. M : Ah oui, il faut prendre le moins de produit enfin le plus naturel possible. P : Oui oui, bah je l'ai pris en pharmacie surtout. »*
- OD6 « *M : C'est vrai que la cicatrice elle va s'étendre avec la grossesse, ça va faire une cicatrice moins jolie. P: Oui. M : et là avec la grossesse ça se verra un peu. P : Oui c'est ce qu'il m'a dit, après il ne faut pas m'exposer au soleil. M : C'est vrai, il faut prévenir mais c'est vrai que là il faut voir un petit peu comment ça évolue. Ça va se distendre encore. Il y a la ligne blanche la marque là. »*

➤ Un autre médecin (OD10/M7) tutoyait sa patiente, celle-ci vouvoyait le médecin. Il utilisait un ton directif lors des échanges. La patiente semblait se laisser guider, elle était à l'aise malgré un ton plutôt rude :

- « *M : Allez tu te pèses. »*
- « *M : Donc l'échographie hier, pas d'autres choses à signaler? Pas de saignements? »*
- « *M : Fatiguée ? P : Oui un peu. M : t'as 9 de tension là. »*
- « *M : Bah t'essaies de pas l'attraper c'est tout. Mais il a la grippe il a la grippe c'est quoi ? Il a 40° ? »*

La patiente était suivie par le médecin depuis l'enfance et une tonalité paternaliste chaleureuse transparaissait. Les discours du médecin et de la patiente étaient empreints d'humour :

- « P : J'ai grignoté aujourd'hui rires, je préfère le dire. »
- « M : Tu bois bien ? P : Ouais. M : De l'eau hein. »

Une pudeur s'était installée à l'évocation de troubles du transit à type de constipation.

- « M : Le transit ça va t'es pas trop constipée ? P : Baah ce n'est pas, c'est plus ralenti que la moyenne, M : Mais quand même tuu P : Ouais. M : Pas de soucis ? P : Baah bof, après.. M : t'as pas mal ? P : Non. »

Une partie de la consultation a été consacrée à l'administratif, il s'agissait d'une consultation des 12SA avec déclaration de grossesse, remise et information du feuillet de dépistage de la trisomie 21, laissant peu de place au discours de la patiente. Ni le médecin ni la patiente n'ont évoqué l'aspect émotionnel du début de grossesse. Les sujets de parentalité étaient absents.

- « M : Allez, c'est bien rhabille-toi on va faire la paperasse. »

Il a posé une question ouverte mais suivie immédiatement d'une question fermée directive :

- « M : Donc l'échographie hier, pas d'autres choses à signaler ? Pas de saignements ? P : Non. » M : Pas de douleurs ? »

La patiente avait porté un regard critique envers les interactions avec le radiologue :

- « P : Il n'était pas très agréable mais bon » « P : Il n'est pas très agréable. M : Ce n'est pas ce qu'on leur demande. »

Préoccupé par les démarches administratives du début de grossesse qui semblaient chronophages, il avait occulté une question sur les allergies :

- « P : Avec les beaux jours qui arrivent je peux prendre de la cetirizine ou quelque chose comme ça ? M : Je vais te dire P : Parce que je commence à fortement éternuer et M : Qu'est-ce qui se passe ? ça m'embête parce qu'il faudrait que j'ai une déclaration de grossesse. »

La patiente se plaignant de céphalées de fin de journée il a réalisé un deuxième temps d'examen : ORL et neurologique dans un contexte grippal.

➤ Un médecin (OD4 et OD5/M3) calculait l'âge gestationnel en mois de grossesse et non en semaines d'aménorrhées, ce qui était plus compréhensible pour les patientes selon lui. Il parlait de début de 5<sup>ème</sup> mois à 22SA + 4 jours et de 3 mois et 2 jours à 16SA + 2 jours (calcul en SA en fonction de la date d'accouchement donnée).

Il a examiné ses patientes au niveau du bureau de consultation sur la chaise. Les patientes étaient pesées habillées avec leurs chaussures par « soucis d'hygiène ».

Il travaillait dans un secteur plus défavorisé.

Une de ses consultations (OD5) a duré 11 minutes, la patiente n'ayant posé qu'une question en fin de consultation et utilisant des réponses très courtes sans approfondir sa pensée. Le médecin avait commencé la consultation de manière directive :

- « M : Vous êtes à 4mois ½ de grossesse, vous entrez dans votre 5ème mois, c'est un mois où en principe avec moi il ne se passe pas grand-chose. Pour vous alors vous avez dû faire une prise de sang pour la toxoplasmose. Qu'est là ? »

Une autre consultation chez ce même médecin (OD4) avait débuté par un questionnaire ouvert ce qui pouvait montrer une certaine adaptation à ses patientes :

- OD4 « M : Alors pour commencer comment allez-vous ? P : Ça va, de mieux en mieux. M : De mieux en mieux. »

La patiente de l'OD5 n'avait pas programmé son RDV d'échographie à 22SA :

- « M : Votre 2ème échographie est prévue pour quand ? P : Euu j'en ai pas. M : Vous n'avez pas de RDV encore ? P : non. M : Comment ça se fait ? Quand vous avez passé la première on ne vous a pas redonné de RDV ? P : Je pensais qu'en fait que c'était vous qui me faisiez l'ordonnance pour que je passe. M : Alors ce n'est pas systématique, je vais la faire, mais très souvent les cabinets d'échographie, une fois qu'ils ont fait la première ils ne réclament pas forcément d'ordonnance pour faire la 2<sup>ème</sup>. »

Il a rassuré la patiente alors inquiète et l'a adressé à sa secrétaire en fin de consultation pour la prise du RDV :

- « P : Donc là je suis dans les temps ? M : Oui, et puis la 2ème la date doit être moins précise, on a plus de marge de manœuvre » « Donc vous avez récupéré votre ordonnance d'échographie ? Vous allez peut-être la ressortir, la montrer à la secrétaire pour qu'elle vous organise un RDV. »

Il délivrait des explications rassurantes en lien avec les résultats d'examen et de symptomatologie ressentie, utilisant un langage adapté aux patientes :

- OD4 « Vous avez vu que le risque était le plus faible possible. »
- OD5 « C'est probablement ce que l'on appelle les douleurs ligamentaires, vous connaissez ça déjà ? » « C'est-à-dire que l'utérus, la poche dans laquelle grandit le bébé est accrochée au bassin par des ligaments et l'utérus est extensible enfin grandit avec le bébé mais les ligaments grandissent moins bien et du coup au bout d'un moment ça tire sur ces ligaments, le bébé lui ne sent rien. Ça peut arriver n'importe quand du début à la fin de la grossesse, ce n'est pas parce que ça commence que ça va être pire. C'est en général avec le doliprane que ça passe ou avec le repos. »

Il était compréhensif et arrangeant envers ses patientes :

- « M : Comme je vous l'ai déjà dit je suppose c'est vous qui décidez, moi il suffit que vous me demandiez de faire l'arrêt et moi je prolonge à la demande. »

Il avait déclaré une grossesse avant la consultation médicale « sur la parole de la patiente » afin d'être dans les temps :

- « *M : Ba oui je l'ai fait sur votre seule parole, d'ailleurs c'est rare voire c'est la seule fois où je le fais sur votre seule parole donc on va essayer de..* »

### **3.2.2. Pratique centrée sur la patiente : l'écoute active et neutre**

Ces consultations mettaient au centre la patiente tout en préservant la distance professionnelle médecin-patiente. Elle était observée chez 3 médecins femmes (M4-M5-M8).

Ces médecins adoptaient une attitude d'écoute neutre et active dès le début de la consultation. Bienveillants et souriants, ils disposaient leurs coudes sur le bureau, regardaient leur patiente. Ils favorisaient le dialogue, le récit de la patiente était libre. Le ton était posé et doux.

- OD11/M5 « *M : Je cherche mon cercle, je ne le trouve pas, alors je regarderai ça après. Alors dites-moi.* »
- OD8/M5 « *M : Alors comment ça va ? P : Bof rires. M : Ah, alors dites-moi.* »
- OD7/M4 « *M : Comment ça va vous ?* »

Les questions étaient majoritairement ouvertes, ils reformulaient les propos et le ressenti de la patiente. Ils reflétaient par une phrase le discours de la patiente, utilisaient le plus souvent des mots différents ce qui permettait à la patiente d'approfondir ses pensées. Des moments de silences étaient respectés, choisis.

- OD11/M5 « *M : Ok, des choses particulières depuis le mois dernier ? P : euuuu, pfff, franchement à part euuu on va dire des troubles euu du sommeil, ça va. M : C'est-à-dire ?* »
- OD12/M8 « *M : Ouais d'accord donc c'est une fatigue globale, il n'y a pas de symptômes qui vous inquiète. P : C'est une fatigue globale ouais, enfin ça fait 2 jours que je dors moins bien.* »
- OD7/M4 « *M : Comment ça va vous ? P : Ça va, fatiguée un peu toujours- soupire. M : Vous faites légèrement fatiguée un peu là ouais. P : Oui la fatigue, et j'ai fait l'écho* »

Une patiente (OD8) avait une liste de questions que le médecin a laissé dérouler librement, elle abordait de nombreux sujets : digestif, asthénie, intimes, son ressenti corporel, la partie B1 a duré 16m30 :

- « *P : ça fait 2 semaines que je suis claquée. M : D'accord. P : Je suis fatiguée, j'ai noté parce ce que je ne sais plus ce que j'ai à chaque fois -Rires- J'ai écrit ce que je ressens.* »
- « *P : Et si un dernier truc, c'était écrit tout en haut, quand on a des rapports après j'ai hyper mal, ça me brûle, alors je ne sais pas ce que c'est. Après je me lave et ça va mieux, j'ai un savon au PH neutre.* »
- « *P : Je sens comme des petits coups, alors je ne sais pas si je sens déjà le bébé mais je sens dans le bas des bulles, des trucs bizarres mais ça ne me fait pas du tout mal c'est agréable. C'est bizarre mais ce n'est pas désagréable. Par contre en rentrant du*

*boulot comme hier soir je suis un peu pliée et je n'arrive pas à ma déplier, je suis un peu comme ça, j'attends et hop ça passe, et là je relâche. Je ne sais pas trop. »*

- *« P : En fait c'est vachement plus haut que ce que je pensais, parce que les espèces de bulles ou trucs bizarres que je sens c'est plus là. M : C'est difficile à dire mais après on peut avoir des sensations mal définies. »*

Les médecins reprenaient ensuite le contrôle de la consultation un moment en utilisant des questions fermées afin de recentrer le discours et recueillir les éléments nécessaires au suivi médical.

- OD11/M5 *« M : Est-ce qu'il y a des moments de violences ? » « Vous avez des inquiétudes vis-à-vis des enfants ? »*
- OD8/M5 *« M : Du coup moi je voulais refaire un peu le point sur vos prises de sang et le dépistage de la trisomie 21 je vous avais donné le résultat hein. »*
- OD7/M4 *« M : Et vous vous sentez fatiguée, Vous êtes en arrêt quand là normalement? Et les nuits se passent comment ? »*

Ces consultations étaient orientées vers le champ psycho-social et environnemental.

L'environnement professionnel, sa pénibilité et les trajets étaient largement abordés mais aussi la gestion de l'arrêt du congé maternité :

- OD7/M4 *« M : Et ça va vous avez trouvé une remplaçante ? P : Oui oui in extremis je suis sensée avoir trouvé. Non je pars confiante déjà, il y a eu 3 semaines de binôme donc déjà »*
- OD12/M8 *« M : Je me souviens plus du coup entre chez vous et le boulot c'est ? » « P : là je suis en train de m'organiser au travail, enfin j'ai prévenu que potentiellement je pouvais prendre mon congé pathologique et donc j'adapte mon activité en conséquence pour que du coup ce ne soit pas trop »*
- OD8/M5 *« P : Je fais que des cours et du coup j'enchaîne je ne m'assoie jamais. M : Est-ce que vous en avez parlé à votre employeur, est-ce qu'il y a des possibilités d'adapter ou pas du tout ? » « P : Je pense que c'était le bruit qui me gênait au travail avec les enfants. »*

Les médecins s'intéressaient au quotidien et à la dynamique familiale. Ils exploraient l'environnement familial, évaluaient la stabilité du logement, la préparation de l'accueil du futur nouveau-né :

- OD7/M4 *« M : Par rapport au bébé on avait parlé un peu des produits pesticides tout ça. Je ne vous avais pas donné ce papier-là, sur l'environnement de la femme enceinte ? Je vous l'avais donné pour la première naissance, la première grossesse. P : Ouais. M : Et notamment on parle d'aérer les pièces, si vous faites des travaux, ne pas faire les peintures, ne pas faire de vernis et si vous achetez du matériel de bien l'aérer avant l'arrivée du bébé. P : Oui il y a des matériaux composites on a vu des reportages. M : Ouais c'est ça, et notamment si vous rachetez un matelas de l'aérer longtemps avant l'arrivée du bébé. Donc il va être temps de le faire de temps en temps quand il fait beau. »*

- OD12/M8 « M : Vous avez de la famille à côté ? » « M : Et puis pour faire garder le bébé vous avez pris des renseignements et tout ça ? » « M : Et là vous êtes en appartement pour l'instant ? P : Oui. M : Et le déménagement c'est prévu quand ? P : On est dans nos histoires d'offre de prêt et de déménagement et tout » « P : Oui ça me permet de profiter du petit et de faire la rentrée à l'école du premier aussi donc c'est bien. »

Ils recherchaient l'implication du conjoint, des enfants :

- OD7/M4 « M : Et votre conjoint il en pense quoi ? Il a tout oublié ? P : Oui – rires- M : Ça ne lui pose pas de souci ? P : Non non du moment que ça me va, ça lui va. »
- OD12/M8 « M : Votre petit garçon il parle de l'arrivée du bébé ? »

Ils discutaient du suivi du nourrisson et de la patiente en post-partum :

- OD12/M8 « M : La visite après l'accouchement ? La visite post-natale ? P : Ouais M : non vous revenez me voir.»
- OD7/M4 « Après vous verrez maintenant des fois il y a des sorties précoces proposées. P : Oui c'est ce qu'ils avaient proposé à une amie oui, c'est au bout de 2 jours. M : Oui vous allez voir donc soit les sages-femmes font le suivi à domicile soit vous venez faire peser le bébé ici enfin voilà, sinon il y a la PMI. Ne restez pas avec des questions ce n'est pas parce que vous en avez déjà eu un que vous êtes sensée tout savoir donc n'hésitez pas à appeler s'il y a besoin. P : Ok. Et pour après le suivi donc de l'enfant ça peut être vous ? »

Lors du doppler fœtal 2 médecins avaient été attentifs aux interactions mère-enfant et famille-enfant créées par ce biais :

- OD7/M4 « M : T'entends ? P : Ecoute. M : Est-ce que tu entends le petit cœur ? Boumboumboum boum ça c'est le cœur de ta petite sœur. C'est parfait. »
- OD8/M5 « M : Alors c'est le doppler c'est pour écouter les bruits du cœur. P : ça va me donner envie de pleurer. M : C'est vrai. P : à chaque fois. M : Ne pleurez pas tout de suite ce n'est pas encore les bruits du cœur- rires- »  
« P : Ne te moque pas (conjoint). Conjoint : A non je ne me moque pas, je suis content. M : Il est aussi ému que vous rires » « Est-ce qu'il me reste des petits mouchoirs ? »

De longs temps de parole étaient consacrés à la préparation à la naissance et à la parentalité. Dans les observations les patientes ne s'étaient pas inscrites spontanément aux cours de PNP, elles semblaient informées mais perdues dans les nombreux choix se proposant à elles. 3 patientes ne percevaient pas l'intérêt pour un 2ème enfant. Ces médecins encourageaient les patientes à contacter une sage-femme convaincus de leur nécessité. Leur accompagnement était toujours décisif, ils personnalisait leur discours, prenaient le temps d'expliquer les différentes possibilités adaptées à chacune.

- OD8/M5 « *M : Est-ce que du coup vous les aviez contacté pour les cours de préparation à l'accouchement? P : Ba non je m'étais dit que c'était trop tôt, je ne sais pas, je ne sais pas quand est-ce qu'il faut faire ça. M : Vous pouvez déjà les contacter, je pense qu'ils vous ont déjà proposé tout un panel.* »
- OD7/M4 « *M : Au niveau de la préparation à la naissance et tout ça, vous en êtes où ? P : Je n'ai pas refait de cours, je n'en ai pas refait. M : Pourquoi ? P : En fait c'est que j'en ai fait pour C mais arrivé le jour J j'avais tout oublié –Rires- Alors je me suis dit. M : Mais alors du coup il y a différentes techniques quand même de. P : Ouais il y a sophro et tout il faut que je ...M : ils vous ont expliqué toutes les méthodes qu'ils proposaient ? P : Mais après du coup j'étais plus dans le travail donc honnêtement je vais avoir plus de disponibilité maintenant, je me dis refaire un ou deux cours avant. Surtout pour la partie souffle et tout ça. M : Ouais ça pourrait être intéressant d'aller voir et puis vous pouvez changer de technique pour vous ouvrir à autre chose quoi. Des fois ça fait du bien de prendre un peu de temps pour soi et puis pour la grossesse aussi. Profitez de ce temps-là.* »
- OD12/M8 « *M : Vous aviez eu des séances pour votre premier ? P : Ouais mais je crois que ça ne m'avait servi à rien. M : A rien -rires conjoints- c'est pour ça que vous n'êtes pas pressée d'appeler. P : Peut-être ouais. M : ça c'était passé comment ? Les séances ? P : L'accouchement il avait été un peu dur » (..) Oui donc je pense qu'il faut que je reprenne des cours d'accouchement pour enlever ce souvenir. M : Les cours d'abord le terme de cours c'est des séances de préparation à la naissance, c'est global, il y a pleins de techniques qui existent, il faut peut-être que vous trouviez quelque chose qui vous convienne.(..) « M : L'idée c'est de se préparer en fonction des difficultés que vous avez ressenti la première fois et puis de ce que vous connaissez de votre corps et notamment du dos, que ça fasse émerger d'autres idées, d'autres solutions. »*
- OD11/M5 « *M : Est-ce que vous aviez décidé de faire des cours de préparation à l'accouchement ? P : Oui je vous avais dit peut-être pas les cours de préparation classiques mais je pensais peut être faire de la sophrologie. Mais j'ai pas appelé en fait j'en ressens pas vraiment le besoin pour l'accouchement en lui-même (..) «P : Oui je vais appeler alors, j'en ressentais pas le besoin mais oui. »*

Un médecin (OD12/M8) a consacré 12 minutes en partie B1 à analyser un premier accouchement difficile et des difficultés d'allaitement :

- « *P : L'accouchement il avait été un peu dur. M Ouais. P : Donc à Paris et c'était plutôt mon conjoint qui m'avait aidé à respirer plutôt que les cours. Les contractions étaient un peu durs et c'est à cause de ma scoliose, enfin c'est ça qu'il faut que je revois avec l'anesthésiste, comme j'ai une scoliose ils m'ont fait l'anesthésie mais elle a fonctionné que d'un côté » « Ce qui fait que j'ai tout senti. M : Donc c'est un souvenir un peu »*

- « M : Vous aviez allaité pour votre premier enfant ? P : Oui mais pas longtemps, M : hum. P : 2 semaines et demi, ça a pas trop marché en fait M : hum P : Je ne sais pas trop si je veux le faire là ou pas. M : Oui ? Vous n'êtes pas décidée. P : Pourtant j'ai des arguments pour allaiter car je suis en banque donc j'ai le droit à un congé supplémentaire. »  
« M : Alors au bout de 15 jours ½ ça c'était arrêté pourquoi ? P : J'avais pleins de crevasses, et j'avais l'impression qu'il était tout le temps au sein donc j'avais super mal quand j'allaitais et on m'avait dit qu'il ne prenait pas assez il faut passer à la machine et je ne sais pas ça m'a plus stressé qu'autre chose j'avais l'impression de et du coup j'ai arrêté. M : Hum. P : Donc je ne sais pas, pour le premier ça m'était venu un peu au dernier moment cette envie d'allaiter donc je ne suis pas fermée, je vais peut-être faire la tétée de bienvenue et voir comment ça se passe. M : Ouais. »

Un autre médecin (OD7/M4) a abordé les difficultés antérieures en lien avec la péridurale :

- « M : Vous voulez une péridurale ou pas ? P : Peut-être oui, la première j'avais trop appuyé donc je ne sentais pas quand il fallait pousser donc ce n'était pas super mais je ne suis pas fermée. M : Oui. P : L'accouchement peut se passer super rapidement ou être plus long, je suis plus dans le je vais me laisser porter. M : Mais peut-être que faire de la sophro ou des choses comme ça, ça peut vous aider à ne pas en prendre si vous ne souhaitez pas en tout cas ou à moins appuyer et puis à plus sentir si la première fois vous avez trouvé que ce n'était pas le cas. »

Ces médecins étaient attentifs aux questions du quotidien, du confort et du bien-être :

- OD7/M4 « M : Déjà les jambes surélevées un peu la nuit et puis on peut essayer de mettre des bas. Des bas de contention ou des collants sinon ça existe collant de grossesse sinon ça prend un peu plus sur les côtés. »  
« M : Vous aérez ? Il ne fait pas trop chaud ? »  
« M : Et le dos ? P : Le dos ça par contre je ne peux pas rester trop longtemps assise ça me faisait trop mal. M : Vous faites de la kiné ou pas ? »  
« Des fois ça fait du bien de prendre un peu de temps pour soi et puis pour la grossesse aussi. Profitez de ce temps-là. »
- OD8/M5 « M : Je pense que vous faites attention à ça par rapport à votre travail mais vous buvez suffisamment ? »

Ils délivraient des conseils de prévention vis-à-vis des pesticides ou toxiques potentiellement tératogènes dans plusieurs observations :

- OD7/M4 « M : Par rapport au bébé on avait parlé un peu des produits pesticides tout ça. »
- OD8/M5 « P : Petite question d'ailleurs, tout ce qui est chlore et tout ça est-ce que ce n'est pas bon ou. M: Je n'ai pas la réponse à la question mais effectivement ce n'est pas l'idéal, ça ne fait pas partie aujourd'hui des agents qui sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse auquel cas la médecine du travail vous aurait déjà dit »

Ils recherchaient les facteurs de vulnérabilité, exploraient les troubles du sommeil ou une fatigue qui pouvaient traduire une anxiété, une souffrance psychique plus profonde. La technique d'écoute active centrée sur la patiente ou les techniques d'interrogatoire ouvert étaient particulièrement adaptées pour le recueil de ces données.

Dans l'OD11 une patiente a évoqué longuement pour la première fois des violences conjugales, le médecin a pris le temps d'écoute nécessaire puis a exploré les répercussions familiales s'assurant de la protection de la femme et des enfants. Il a proposé à la femme son accompagnement, l'a informé de ses droits et des solutions de mise en sécurité.

- OD11/M5 « *P : (...) L'endormissement et je me réveille la nuit et je ne dors plus. M : D'accord. P : Alors il y a le fait d'aller aux toilettes et tout ça et il y a le fait que C se réveille beaucoup la nuit aussi et du coup j'ai beaucoup de mal à me rendormir après. M : D'accord. P : Et j'ai un petit souci à côté aussi alors je pense que mon cerveau il mouline. M : Des soucis qui prennent de l'importance. P : Ouais ouais. »*

Dans l'OD12 les échanges portaient sur un antécédent obstétrical mal vécu, un échec d'allaitement et un déménagement à venir. La discussion était ouverte, la patiente exprimait librement ses difficultés, le médecin proposait des solutions adaptées à la patiente, s'assurait du soutien des proches.

Ce même médecin a questionné la stabilité du logement, le soutien des proches et les conditions d'accueil du nourrisson dans un contexte ce déménagement.

Dans l'OD7 le médecin évoquait les difficultés lors du précédent accouchement en lien avec la péridurale, s'assurait de l'implication du conjoint et de la préparation de l'accueil du nourrisson.

Ces médecins collaboraient tous avec les sages-femmes pour plusieurs raisons :

- Pour une grossesse à risque psycho-social en lien avec une conjugopathie. Des violences verbales engendraient des troubles du sommeil, une anxiété, une fatigue physique et morale. Le médecin proposait de partager le suivi :

- OD11/M5 « *M : Ce qu'elles peuvent faire aussi les sages-femmes c'est des entretiens individuels et ça peut être aussi si vous expliquez un peu la situation c'est de faire des exercices de respiration, de séances individuelles où vous pouvez dire ce que vous savez déjà mais de voir avec elle ce qu'il vous semble important. Mais au moins de faire des exercices de relaxation et de respiration. P : Oui je vais appeler alors, j'en ressentais pas le besoin mais oui. »*

- Pour les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Les médecins prenaient beaucoup de temps pour écouter et accompagner les patientes vers une préparation adaptée, personnalisée :

- OD12/M8 « *M : Ouais, alors il y a pleins de choses qui existent, d'abord je pense que ça vaut le coup que vous rencontriez quelqu'un, il y a pleins de choses qui existent par rapport à l'accouchement, des techniques, des positions, il y a la position classique gynécologique qui en fait est faite pour les médecins il ne faut pas se voiler la face mais il y a d'autres positions. Il y a des tas de choses qui existent où on peut vous permettre de vous accroupir par exemple, ils utilisent aussi le ballon enfin voilà, là je pense que c'est important. P : Ouais je vais appeler la clinique pour voir ce qu'ils proposent. M : Ouais que vous preniez contact, l'idée c'est de se préparer en fonction des difficultés que vous avez ressenti la première fois et puis de ce que vous connaissez de votre corps et notamment du dos. »*

#### Les médecins se rendaient disponibles :

- OD7/M4 « *Ne restez pas avec des questions ce n'est pas parce que vous en avez déjà eu un que vous êtes sensée tout savoir donc n'hésitez pas à appeler si il y a besoin. »*

Dans 3 observations les médecins proposaient une consultation intermédiaire, 2 sur point d'appel (arrêt de travail en cours, grossesse à risque psycho-social) et une lors de la délivrance des consignes de surveillance :

- OD8/M5 « *P : De toute façon on se voit dans 15 jours et comme ça on refait un bilan. M : Si vous voulez on peut faire comme ça on se revoit, on fait le point et vous me dites comment ça se passe pour vous et puis à voir si dans 15 jours vous sentez la reprise ou pas. »*
- OD12/M8 « *M : N'hésitez pas en tout cas si vous avez besoin de reparler de certaines choses. P : Oui. M : Oui si il y avait une grosse fatigue ou des symptômes particuliers quoi, hein ? »*
- OD11/M5 « *M : Alors ça c'est pour dans un mois est-ce que vous souhaitez que l'on se revoit d'ici qu'15 jours pour refaire un peu le point ou peut-être reprendre contact en cas de besoin. »*

### **3.2.3. Pratique centrée sur la patiente avec implication affective du médecin**

Les observations de certaines consultations étaient empreintes d'affectivité chez 2 médecins femmes. Un médecin connaissait la patiente depuis l'enfance (M6), l'autre était une jeune médecin qui avait un nourrisson d'1 an (M1).

Les médecins étaient accueillants, souriants. Ils favorisaient l'expression des attentes des femmes qui discutaient librement.

- OD1/M1 « *M : Donc ça se passe comment alors ce début de grossesse? »*
- OD2/M1 « *M : Comment vous avez ressenti ça ? » « « Donc là on est dans le 5ème mois, comment vous vous sentez ? » « Est-ce que vous aviez des questions particulières? »*

Le discours était professionnel, ils prenaient soins d'adapter leur langage à la patiente.

- OD1/M1 « *M : C'est des lombalgies enfin c'est des douleurs du bas du dos. »*  
*« M : Surtout pour les maux de tête, vous évitez les anti-inflammatoires donc pas d'ibuprofène pas d'aspirine par contre paracétamol doliprane effergal. »*  
*« P : C'est quoi asthénie ? M : Fatiguée pardon. Ça veut dire fatigue en langage médical mais c'est parce qu'on est un peu, on aime bien utiliser des mots que personne ne comprend. »*
- OD9/M6 « *M : Donc 27 semaines, ça bouge bien ça va impeccable ? »*

Ces médecins s'impliquaient personnellement. Ils utilisaient les pronoms « nous ou on ».

- OD1/M1 « *M : Bah oui on sera à 12 semaines, ça sera ça. »*
- OD2/M1 « *Ça va plus vite au deuxième hein -Tout en mimant sur elle le ventre arrondi-»*
- OD9/M6 « *Donc nous on a donc un début de grossesse... P : Oui. M : Alors, ça passe le temps hein. » « M : On est à 27 semaines et 3 jours. »*

Il existait une complicité en lien avec l'état de grossesse marquée par les sourires, des regards, des modifications de tonalité du discours : chuchotements, soupirs.

- OD2/M1 « *Bon est-ce que vous le sentez ce bébé-ton complice- P : Oui. M : Oui- en chuchotant- depuis combien de temps ? »*
- OD9/M6 Soupirs de soulagement du médecin « *P : « Oui donc c'était beaucoup plus rassurant M : Ahh- en soupirant- P : oui je suis contente. » « M : Alors, ça passe le temps hein. Ahh- en soupirant- P : Oui ça avance bien. »*

La relation était familiale, le médecin était proche de ses patientes, il était attentif au vécu de la grossesse et au ressenti de la patiente. Il s'agissait d'une approche plus « maternelle » et familiale. La famille des patientes était évoquée à de multiples reprises.

- OD9/M6 « *M : Impeccable, avec le repos, quand on a déjà 2 autres petites filles à la maison. P : qui tombent malades à tour de rôle-Rires- M : Alors oui du coup vous avez mis votre père à contribution. P : Voilà. M : Il faut bien l'occuper un peu. »*
- « *M : Il n'y a pas de souci. Et oui, oui, oui je vois votre sœur. »*  
*« P : Ah oui ah pour bouger il bouge, les grandes sœurs peuvent le sentir. »*
- OD1/M1 « *M : Vous le portez encore pas mal C. ? P : Oui -en soupirant- oui beaucoup. M: Oui c'est ça aussi. P : C'est que ça n'aide pas. M : Ce n'est pas pareil la deuxième grossesse je pense. P : A bah non ça n'a rien à voir. M : Du coup vous ne la vivez pas pareil » « M : Et vous en avez un autre qu'est pas très vieux à gérer. »*
- OD2/M1 « *Et votre conjoint ? »*

Pour les 2 médecins le doppler était un moment particulier d'interaction avec le bébé :

- OD2/M1 « *Allez-y allongez-vous et si vous voulez je vais aller chercher le petit doppler pour écouter le bébé ? » « M: Alors on va essayer d'écouter voir si il veut bien nous parler le bébé. » « Alors bébé excuse nous on te réveille un peu. »*

- OD9/M6 « *Alors on va essayer de l'écouter ce petit bébé, alors je vais mettre ça là mais je ne sais pas si c'est le bon endroit -Rires- » « Il y a plein de fritures-rires-ça va pas du tout ça. Ah, bon je l'énerve hein. »*

La jeune médecin était tournée vers le ressenti de la patiente et utilisait les termes de « *Vous en avez bien profité ?* ». Elle était la seule à avoir consacré plus de 3 minutes au doppler fœtal.

➤ La jeune médecin M1 (OD1 et OD2) rejoignait les médecins utilisant la technique d'écoute active, centrée sur la patiente. Une grande partie de ses consultations était consacrée à l'analyse du ressenti de la patiente vis-à-vis des problématiques entourant la grossesse.

- « *Oui l'attente c'était un peu compliqué, et là depuis vous le vivez bien, ça va ?* »
- « *D'accord, c'est bien, ça va peut-être vous rassurer ça.* »
- « *Donc là on est dans le 5ème mois, comment vous vous sentez ? ça va, j'ai les petits maux habituels. Oui c'est-à-dire ?* »

Le médecin partageait son propre vécu :

- OD1 « *M : Oui ça passe vite, je ne vous le fait pas dire.* » « *P : Donc ça ce n'est pas mal parce que c'était super, j'ai bien aimé là-bas. M : Oui c'était bien tout à fait.* »
- En parlant des cours d'aquagym spécifiques aux femmes enceintes : OD2 « *M : Oui c'est vrai et puis c'est sympa en plus.* »

Une patiente discutait de la vie personnelle du médecin :

- OD1 « *P : Et vous, vous étiez en congé mat' aussi, vous avez eu un bébé. M : Oui tout à fait. P : Ça lui fait quel âge ? M : 1 an, elle a eu 1 an fin août. P : D'accord, 1 an, ah déjà -ton surpris- M : Oui c'est pour ça que je n'étais pas là pendant un moment. P : Déjà.* »

Elle était particulièrement attentive :

Aux questions de confort, de bien-être, de gestion du quotidien :

- OD1 « *M : Essayez de boire encore plus, éventuellement buvez de l'hepar, une eau riche en magnésium* » « *C'est pire allongée ?* »
- OD2 « *M : Vous dormez bien au niveau de positions ? Vous n'êtes pas gênée encore ?* »  
« *M : Vous avez un coussin d'allaitement ? P : Oui mais je trouve ça trop gros. M : Ah c'est vrai ? Il faut enlever un petit peu de boules.* »  
« *Vous mettez des bas de contention ? Alors vous allez pouvoir là éventuellement, comme il va commencer à faire plus frais ça va être moins désagréable, et est-ce que je vous avais dit de relever les pieds du lit ? Vous mettre assise en mettant les pieds sur une chaise, après si vous mettez les contentions normalement vous aurez moins de crampes. Faut bien boire.* »  
« *Vous le portiez beaucoup sur le ventre pour l'instant ?* »

Le médecin a proposé de l'acupuncture dans le traitement des nausées et a délivré une information écrite sur la prévention toxoplasmose/listériose, l'environnement, les pesticides, les toxiques.

- OD1 « *M : Ça serait bien de faire du kiné quand même, vous savez qu'avec la grossesse il y a plein de choses qui bougent au niveau du dos. P : Ouais bah ça , ça . M : Et en plus vous vous portez votre petit. »*
- OD1 « *M : Oui c'est ça et normalement ça soulage un peu les nausées, après ce n'est pas toujours suffisant donc on peut voir pour vous aider soit au niveau médicamenteux. P : Ouais. M : soit par d'autres techniques, il y a l'acupuncture qui marche bien chez certaines femmes, on peut en rediscuter. »*

Aux sujets concernant la préparation à la naissance et à la parentalité :

- OD2 « *M : Et pour C vous aviez fait quoi comme préparation ? Standard ? P : Oui standard, là j'avais envie de tester la sophrologie. M : Oui P : Je ne sais pas trop j'aimerais bien, ça ou avec les ballons, mais je ne sais pas. »*
- « *Vous allez allaiter de toute façon ? Vous avez pensé à ça ? »*
- « *Ouais, tout à fait. Donc c'est aquagym prénatale, vous faites le mardi soir vous le faites quel jour ? »*
- « *Vous l'aviez fait déjà ? Et après vous aviez fait la préparation de couple en piscine ? P : Non non, mais j'hésite là, il faut que j'arrive à convaincre le papa. »*  
« *Vous l'avez dit à C ? P : On essaie- rires- mais je ne suis pas sûre qu'il comprenne très bien. »*

Les patientes étaient très à l'aise, elles abordaient tous les sujets :

- OD2 « *Et je me posais juste la question j'avais vu les massages de femmes enceintes et c'est paaaaas »*
- « *Effectivement ils ont les mélanges d'homéo comme ça, moi j'aurais préféré des trucs tout simple parce que c'est quand même moins cher. »*
- « *Et après pour moi, je vais commencer là ce soir les, les trucs en piscine pour femme enceinte. »*

Ce médecin livrait des informations très détaillées en lien avec les symptômes de grossesse : nausées, constipation, lourdeurs des jambes. Les causes et les solutions possibles, les consignes d'hygiène alimentaire comme le fractionnement des repas, prendre le petit-déjeuner au lit.

- « *M : Le principe des nausées de la grossesse c'est qu'elles sont surtout déclenchées par la sensation de faim donc le problème de base c'est d'essayer. P : Ouais c'est ça ouais ouais. M : De repartir son alimentation le plus possible sur la journée en faisant plutôt 5 repas c'est-à-dire 3 repas et 2 collations plutôt qu'en faisant 3 gros repas, du coup vous aurez une petite faim vers 10 H le matin. »*
- « *M : Je pense que là c'est vraiment le colon. La grossesse ça constipe encore plus que de base, donc faut essayer de lutter au maximum, en mangeant pas mal de fruits et légumes, beaucoup de fibres et en buvant beaucoup. Après si ce n'est pas*

*suffisant je peux vous donner aussi des petits sachets de forlax pour essayer de régulariser un peu le transit dans les moments où vous êtes le plus gênée. » « buvez de l'hepar, une eau riche en magnésium. »*

Elle consacrait du temps à expliquer les consignes de prévention, l'utilité des examens dans le cadre du suivi de grossesse : 3 minutes à l'explication des mesures de prévention de toxoplasmose et listériose, s'intéressant de manière précise au quotidien de la patiente, personnalisant les informations.

2minutes30 à expliquer en détail le protocole de dépistage de la trisomie 21, précisant qu'il n'était pas obligatoire.

Elle a consacré du temps à rechercher l'automédication, passant 2 minutes à essayer de comprendre quelle sorte de vitamines prenait la patiente en OD1. Elle a informé ses patientes des médicaments autorisés et de ceux à bannir de manière explicite et assez complète énumérant les noms de médicaments. *« Alors en automédication vous évitez surtout pour les maux de tête, vous évitez les anti-inflammatoires donc pas d'ibuprofène pas d'aspirine par contre paracétamol doliprane efferalgan » « Donc spasfon, paracétamol et forlax en gros c'est vos trois médicaments de grossesse. »*

Elle semblait réticente à la prescription de vitamines face à une patiente en demande, délivrant des consignes de bonne hygiène alimentaire et de repos :

- OD1 *« P : Est-ce qu'il y a des, enfin du coup-là avec du repos je pense que ça ira mieux, mais des vitamines mais il n'y a pas grand-chose ? Pour être plus, pour avoir la pêche quoi parce que pfff. M : Moi j'aurais envie de vous dire d'attendre un peu parce qu'en début de 2ème trimestre ça va mieux, Après vous pouvez prendre des vitamines si vous voulez mais mangez pas mal de fruits, buvez des jus de fruits riches en vitamines enfin il n'y a pas de chose miracle non, là vous êtes fatiguée parce que c'est la fin du 1er trimestre parce qu'il vous faut vous reposer. »*

Les questions techniques alternaient avec les questions d'ordre émotionnel. Dans l'OD2 la patiente avait un début de grossesse difficile du fait d'un risque élevé de trisomie 21 révélé par le triple test. L'attente des résultats était longue et les angoisses de malformation pesantes. Le sujet a été abordé à 3 reprises lors des 3 temps de la consultation :

- OD2 *« M : Ce qui finalement ça vous avait été ou ça vous avait angoissé un peu, comment vous avez ressenti ça ? » « M : Oui l'attente c'était un peu compliqué, et là depuis vous le vivez bien, ça va ? » « M : Ouais, et il y a toujours cette petite part d'incertitude. »*

Le médecin proposait en plus une consultation intermédiaire à sa patiente :

- OD2 *« M : Après si jamais ça prend trop de place vous revenez on en rediscute. »*

➤ Le médecin M6 (OD9) qui connaissait la patiente depuis l'enfance centrait les échanges autour de la famille qu'elle suivait dans son intégralité (parents, frères et sœurs, neveux et nièces). La patiente avait déménagé à plus de 20 km mais n'avait pas changé de médecin.

- « M : *Quand on a déjà 2 autres petites filles à la maison.* »
- « M : *Alors oui du coup vous avez mis votre père à contribution.* »
- « M : *Et qu'est-ce qu'elle a C ? Une gastro ?* »
- « M : *On va mesurer, votre sœur ça m'avait impressionné.* »

La consultation était ponctuée de termes positifs et familiers :

- « *Zou alors* » « *Allez hop* » « *Donc allez en avant toute* »
- « *Donc là tout est bien, il doit être assez haut parce que je ne touche pas la tête, gardez le bien au chaud cet enfant.* »
- *Speculum* « *Il n'y a pas de problème, beau temps aujourd'hui hein ?* »
- « *Je me dis pauvre mignon pourvu qu'il n'attrape pas la bronchiolite le machin le truc.* »

Ce médecin a évoqué tout au long de la consultation la grossesse de la sœur de la patiente qui avait été compliquée d'un hydramnios avec un bébé porteur d'une maladie orpheline. Il y avait eu également une suspicion d'hydramnios en début de grossesse chez cette patiente. Les inquiétudes autour de la grossesse étaient perceptibles : les échanges étaient plus marqués et les interactions fortes autour de la mesure de la hauteur utérine, du poids, de l'échographie. Ce médecin n'a pas abordé les questions de confort ni de parentalité technicisant davantage la grossesse mais tout en restant dans l'affectivité et dans le ressenti. Le médecin regardait sa patiente, utilisait l'humour et des termes rassurants, on percevait parfois des rires nerveux :

- « *Et on va bien surveiller votre hauteur utérine. Il n'y a pas de souci, hop allé.* »
- « *Oui donc 1,5 kg en plus donc c'est bien, en un mois c'est bien. La hauteur utérine c'est bien, oui vous voyez moi cliniquement je n'ai pas beaucoup plus, c'est un chiffre normal quoi.* »
- « *P : Et elle a vérifié le menton pour voir si. M : Bah oui-en soupirant-Oui oui vous avez bien fait de faire.* »
- « *Donc là hydramnios, certes moins conséquent mais c'est sûr que ça doit un petit peu vous* »

Ces médecins partageaient leurs connaissances et leurs doutes. Ils n'hésitaient pas à en discuter avec la patiente.

- OD2 « *M : Donc après moi ce que j'ai compris c'est que vous aviez choisi d'entrer dans l'étude prise oui prise de sang pour.. P : Safe 21. M : voilà c'est ça, et que donc finalement vous avez eu les résultats, ils appellent ? Comment ça se passe dans ces cas-là ?* » « *M : Cette part d'incertitude, ils vous l'estiment à combien cette part d'incertitude là vous savez ?* »
- OD9 « *P : Est-ce que je peux continuer à prendre le petit café du matin ou est-ce qu'il faut que j'arrête complètement? M : Non c'est bon, ce n'est pas contre-indiqué, à*

*moins que ce soit une nouveauté parce que vraiment actuellement c'est terrible, tout change. » « Alors je vais mettre ça là mais je ne sais pas si c'est le bon endroit. » (doppler fœtal).*

Le médecin de l'OD9 a discuté longuement de la position du bébé qu'elle n'arrivait pas à définir.

- OD9 « *M : Donc là je ne sais pas ce que je sens mais ce n'est pas sa tête, c'est quoi sa position ? il a la tête en bas ? Ce n'est pas la tête-rires » B2 « Alors le bébé je ne sais pas ce que je sens, en tout cas pas sa tête ça c'est sûr. La présentation je mets un point d'interrogation-rire. Mais c'est très bien il n'est pas décidé à descendre c'est très bien. Qu'il reste comme ça. Qu'est-ce qu'elle nous a mis, il n'est pas de travers non plus, je ne sais pas comment il est installé. Elle n'a pas noté. P : Eu quand je l'ai vu euu bah comme si il était allongé enfin. M : De travers ? Là il n'est pas de travers. Peut-être un peu comme ça mais ce n'est pas sa tête ça je suis sûre et ce n'est pas ses fesses non plus, c'est pour ça, là où j'ai trouvé le cœur c'était presque normal, comme quand on a une tête en bas. Je mets un point d'interrogation à voir pour la prochaine fois. »*

Ces médecins semblaient partager les inquiétudes des patientes et projetaient parfois leurs propres angoisses :

Lors d'une consultation l'écho-doppler fœtal n'a pas retrouvé les BDCF à 11SA, le médecin s'inquiétait de l'effet anxiogène alors que la patiente ne semblait pas s'en préoccuper préférant parler de ses nausées et de ses douleurs :

- OD1 « *M : Est-ce que vous voulez qu'on essaie d'écouter le cœur ou pas ? P : On peut. M: On peut alors à 11 semaines je n'y arrive pas toujours, ce qu'il veut dire qu'en gros si on l'entend on est content mais si on ne l'entend pas il ne faut pas que ça vous angoisse. P : Ah oui non non ne vous inquiétez pas » (...) « M : Bon désolé: ça vous angoisse pas on est d'accord hein P : Ah non pas du tout. » « P : Il est tout petit encore. (...)P : Même l'écho qu'on a faite il bougeait déjà pas mal (...) P : Pas de souci. M : ça vous angoisse pas on est d'accord hein. P : Ah non pas du tout, pas de souci, non non mais je sais qu'avec ma sage-femme elle avait essayé aussi au début, elle avait ça aussi, et des fois elle y arrivait pas, c'est tôt encore. »*

Dans l'OD9 le médecin semblait avoir été marquée par la grossesse compliquée de la sœur de la patiente et abordait ce sujet à plusieurs reprises, nous observions à certains moments une inversion des rôles de réassurance :

- OD9 « *M : Et oui, oui, oui je vois votre sœur » « M : Donc là hydramnios, certes moins conséquent mais c'est sûr que ça doit un petit peu vous » « M : Mais là du coup elle a bien regardé le menton et il n'y a pas de souci. P : Pour nous il n'y aura pas ça » « P : A non non non là elle a été très rassurante comparé à la dernière fois » « P : Non non non c'est un petit excès. Du fait que le bébé est gros. »*

### **3.3. Des singularités dans les rencontres**

Des constats ont été faits une seule fois ne rentrant pas dans les pratiques communes mais ils illustrent des caractéristiques observables en médecine générale.

#### **3.3.1. Dans la temporalité**

Les différents temps impartis à chaque étape de la consultation différaient d'une consultation à l'autre. Ces temps différaient également lors de différentes observations chez un même médecin (variations intra-médecin).

En effet chaque consultation permettait une rencontre singulière médecin-patiente, le médecin s'adaptait à chaque patiente, il adaptait sa consultation aux problématiques et aux questionnements rencontrés. Il existait une personnalisation des soins.

➤ Dans l'OD11 le premier temps d'échange au bureau durait 27 minutes<sup>30</sup>, le médecin a adapté sa consultation à l'évocation de violences conjugales par la patiente. Les temps EC et B2 étaient alors plus courts 5 et 2 minutes<sup>30</sup>. Ce même médecin avait réalisé l'OD8 dans laquelle la patiente avait une liste de questions (>9), les temps B1 et B2 étaient longs, de durée équivalente 16 min<sup>30</sup> et 12 min<sup>30</sup>, le temps d'examen 9 minutes.

➤ Dans l'OD12 les temps d'échanges B1 et B2 étaient longs, 18 et 15 minutes respectivement. Il s'agissait de la consultation la plus longue observée, 39 minutes<sup>30</sup>, le médecin ne semblait pas préoccupé par la notion temporelle de la consultation. Il s'agissait de la dernière consultation du suivi de grossesse qui était relayée ensuite au gynéco-obstétricien de la maternité. Le médecin d'approche centrée sur la patiente était particulièrement attentif au projet de naissance et de parentalité. De longs temps de discussions y étaient consacrés: CPA, techniques d'accouchements, allaitement, suivi du nouveau-né, mode de garde. Elle recherchait et analysait les difficultés obstétricales antérieures. De plus le médecin a préparé le dossier maternité résumant le suivi de grossesse.

➤ L'OD5 était la plus courte observée, elle a duré 11 minutes. La patiente répondait de manière brève et avait posé une seule question. Le médecin n'a pas abordé les questions de parentalité, il avait commencé la consultation de manière fermée « *M : Vous entrez dans votre 5ème mois, euu, c'est un mois où en principe avec moi il ne se passe pas grand-chose. Pour vous alors vous avez dû faire une prise de sang pour la toxoplasmose.* »

Le médecin avait posé une question ouverte en B2 au bout de 7 minutes. « *M : Avez-vous des questions ?* »

➤ La durée du doppler fœtal était très variable, il n'y avait pas de concordance observée avec les typologies de pratique des médecins.

### 3.3.2. Dans l'individualité des rencontres

➤ Deux patientes étaient accompagnées

L'une par son fils et l'autre par son conjoint. Il s'agissait de 2 consultations de médecins d'approche centrée sur la patiente. Les médecins cherchaient à les faire participer à la consultation.

Dans l'OD7 le médecin M4 a pris le temps de saluer et de présenter les jeux à l'enfant. L'installation était une préoccupation afin que la consultation puisse se dérouler au mieux.  
« M : C'est maman qui commence t'es d'accord, tu joues un petit peu et après ça sera à ton tour d'accord ? P : C'est où les jeux ici ? Tu les prends où ? Fils : Là. M : Bon, d'accord, tu joues un peu, je m'occupe de maman et après on s'occupe de toi. »

L'enfant interférait à de nombreuses reprises cherchant l'attention de sa mère, environ 7 fois.  
« Maman...P : s'il te plait, tu peux rejouer et quand ça sera toi, je viendrais te voir »  
«maman maman P : Oh bah t'as une belle tête -rit avec son fils- » « P : Attends maman écoute le docteur. »

Le médecin a impliqué volontairement l'enfant à 4 reprises : « M : Pierre on écoute ? » « Est-ce que tu entends le petit cœur ? » « Tu as déjà vu le ventre de maman bouger ? »

Dans l'OD8 le conjoint semblait très impliqué, il intervenait librement tout au long de la consultation (> 20 fois) : « C'est ça une contraction, c'est vachement tôt. » «C'est pas trop dangereux d'ailleurs ? » « Petite question d'ailleurs, tout ce qui est chlore et tout ça est-ce que c'est pas bon ou ? » « Je ne sais pas moi j'ai pas regardé, ah si c'est ce que t'as dit et 58,1 kg à la maison. » « Ah oui fallait le faire à la pharmacie tu sais. »

Les médecins les impliquaient lors du doppler foetal : OD8 « Il est aussi ému que vous » OD7 « Boumboumboum boum ça c'est le cœur de ta petite sœur. »

Dans l'OD9 la patiente avait demandé à son père de l'accompagner pour qu'il reste avec sa fille en salle d'attente durant la consultation.

➤ Une patiente n'avait pas encore choisi le professionnel référent qui allait suivre sa grossesse à 11SA, elle hésitait, semblait perdue (OD1). La consultation avait été particulièrement dense. Elle avait déjà consulté son gynécologue « Les échos c'est pratique pour se rassurer » mais lui reprochait un manque de disponibilité. Elle avait été suivie par une sage-femme lors de sa précédente grossesse mais trouvait qu'elle était trop éloignée de son domicile. Elle ne savait pas que son médecin traitant était en capacité de suivre sa grossesse.

- « P : Donc j'ai vu mon gynéco. M : Ah c'est ça c'est ce que je ne savais plus c'est si vous aviez un suivi gynéco ou pas. P : Oui si puisqu'il a, il peut faire des échos alors c'est assez pratique. M : Oui tout à fait, vous l'avez vu quand alors. P : Je l'ai vu juste pour me rassurer et faire une écho il y a 2 semaines. M : D'accord, c'était une écho de datation du coup ? P : Non pas encore. »

- *« M : Donc c'est lui qui va vous suivre du coup. P : Ba je ne sais pas en fait, je n'en ai aucune idée, parce pour G j'avais vu une sage-femme. Mais bon c'était un peu plus loin et là je ne sais pas trop en fait. »*  
*« P : Et du coup-là le Dr gynécologue il est très très très occupé et donc c'est très très compliqué pour avoir des RDV donc je ne sais pas trop en fait, je suis un peu.. Parce que je ne savais pas qu'on pouvait être suivi par un médecin généraliste. »*

La patiente ne semblait pas avoir trouvé l'écoute qu'elle recherchait auprès du gynécologue :

- *M : Au niveau des nausées, il vous a proposé quelque chose « gynéco » P : Mais non rien du tout. M : Vous n'avez peut-être pas eu le temps de parler de tout ça ? P : Ba non pas du tout en fait et c'est pour ça que je me suis dit que je préférais venir vous voir. »*

Le médecin a effectué une consultation de suivi de grossesse ne connaissant pas le choix de la patiente ni ce qui avait été réalisé ou discuté avec le gynécologue.

La patiente n'avait apporté aucuns documents avec elle.

Cette consultation de début de grossesse était particulièrement dense : d'une part la patiente avait une multitude de questions qu'elle déroulait librement face à un médecin à l'écoute : asthénie, nausées, douleur sous-costale, douleur lombaire, céphalées, médicaments.. Et d'autre part le médecin abordait une multitude de thématiques en lien avec le début de grossesse : le dépistage de la trisomie 21, la prévention de la toxoplasmose et la listériose, les médicaments, les thérapeutiques alternatives avec conseils d'hygiène de vie, les signes sympathiques de grossesse étaient expliqués : nausées, constipation. Dans le même temps elle a pris le temps d'explorer chacune des plaintes de la patiente de manière attentive : la charge familiale, les troubles du sommeil, l'environnement professionnel avec droits sociaux du travail en lien avec la maternité.

Le médecin a appris durant l'examen clinique que la patiente avait eu l'appendicite juste avant sa grossesse ce qui conférait une attention particulière supplémentaire en milieu de consultation.

➤ Un médecin M3 (OD4 et 5) avait une pratique plus marginale : il a examiné ses patientes devant son bureau n'utilisant par l'espace dédié avec table d'examen. Il était le seul à avoir disposé un paravent délimitant les espaces bureau et table d'examen créant une zone d'intimité.

Durant l'examen clinique il a ausculté les patientes sur le plan cardiaque et pulmonaire, pris la tension artérielle, il n'a pas examiné l'abdomen ni les jambes de ses patientes, n'a pas mesuré la HU (à 16 et 22SA). Pour une patiente il a examiné les conjonctives et une lésion dermatologique.

Les patientes ont été pesées habillées avec les chaussures « pour questions d'hygiène ».

L'examen avait duré 2 minutes dans les 2 observations chez ce médecin alors que le temps d'examen chez les autres médecins était compris entre 6 et 12 minutes. Il n'y avait pas de signes d'appels pathologiques. Ce médecin n'a pas recherché les MAF ni porté d'attention

envers le bébé à 16 et 22SA. Il a réalisé une partie de son interrogatoire médical B1 tout en appelant afin de récupérer le compte-rendu d'échographie des 12SA.

### **3.3.3. Dans les thématiques abordées**

- Un médecin (OD11/M5) a évoqué la possibilité de séances individuelles lors du repérage de violences domestiques et a adressé la patiente aux sages-femmes.
- L'allaitement a été abordé par 2 médecins.
- La consultation du post-partum, la rééducation périnéale et abdominale ont été abordées par un médecin.
- L'activité physique et l'activité sexuelle n'ont jamais été abordées.
- Deux médecins ont informés leur patiente de leurs droits et avantages liés à la maternité :
  - Les horaires de travail adaptés selon les entreprises : OD1 « *ça dépend peut-être des conventions collectives [...] Offre souvent une heure quotidienne de travail en moins, et c'est souvent le soir. Après il me semblait que c'était obligatoire mais ça dépend peut-être des conventions collectives, il faut peut-être que vous voyez avec votre DRH.* »
  - Le congé supplémentaire allaitement : OD12 « *M : Vous êtes bien protégée pour ça. P : Oui et je peux avoir un congé supplémentaire de 3mois à l'issue de mon congé maternité pour allaiter.* »
- Un médecin ne semblait pas convaincu de l'utilité des mesures préventives vis-à-vis de la listériose :
  - « *M : La listéria il faut se méfier des fromages non pasteurisés, alors la listéria c'est beaucoup moins fréquent que la toxo. La toxo globalement faut faire attention mais la listéria, je ne devrais pas vous dire ça mais c'est quand même. P : C'est plus rare. M : C'est quand même beaucoup plus rare mais après il faut éviter.* »
- La patiente de l'OD5 ne semblait pas préoccupée par son poids, ce qui était rare, elle était obèse.
  - « *M : Venez on va voir le poids. 113kg. On avait combien au départ, on avait quel poids au départ ? P : Euu je ne sais plus, je crois que vous avez marqué. M : Moi j'ai 113 le 17 novembre, c'est stable, ce n'est pas plus mal que vous ne preniez pas de poids. Il y avait 111 le 3 octobre.* »

Cette patiente avait posé une seule question en rapport avec le corps « sudation excessive et odeur corporelle » qui ne semblait pas commune au médecin qui était resté évasif dans sa réponse :

- « P : Euu juste je voulais savoir si c'était normal que enfin je ne suis pas d'une nature à transpirer beaucoup et là je trouve que je transpire beaucoup plus. Enfin je ne supporte pas au niveau des odeurs. Toute odeur je ne supporte pas quand je suis enceinte mais là je trouve que ça me dérange. M : C'est votre propre odeur que vous avez du mal à supporter ? P : Ouais M : Alors ce n'est pas une plainte fréquente ce que vous m'exprimez, je n'ai pas de données là-dessus. Après vous savez le surpoids favorise la transpiration mais vous l'aviez déjà avant la grossesse euu mais euu non ce n'est pas commun. »

## **4. Les difficultés rencontrées**

### **4.1. Par le médecin généraliste**

#### **4.1.1. L'administratif**

La charge administrative était souvent chronophage pour les médecins.

La prescription des arrêts de travail, le chevauchement des dates et la case en « rapport avec un état de grossesse pathologique » posaient question.

La déclaration de grossesse ou les arrêts de travail par internet ne fonctionnaient pas toujours selon la mutuelle ou la mise à jour de la carte vitale. Ils les effectuaient le plus souvent de manière manuscrite malgré la possibilité de les faire par internet.

- OD10/M7 « M : C'est bien rhabille-toi on va faire la paperasse. » « M : mais comme t'es à la MGEN on n'a pas accès au service. »
- OD3/M2 « M : Oui sinon c'est toujours le bazar quand on chevauche tout, donc je vous mets jusqu'au 26 et après on fera le relai. »
- OD13/M9 « M : Alors je ne sais plus ce qu'on avait dit avec l'histoire de l'état pathologique. Je vous avais mis en rapport ou sans rapport ? Bah non mais j'ai reposé la question, j'ai vu la dame de la sécu et je lui ai reposé la question et elle savait pas trop m'expliquer non plus. »
- OD8/M5 « M : Du coup on ne va pas pouvoir faire l'arrêt en ligne je ne sais pas il y a un truc qui marche pas. P : Est-ce que c'est parce que je n'ai pas fait ma mise à jour ? M : Non non, c'est le fait de mon poste. »

Le tiers payant maternité n'était pas pratiqué dans 8 consultations sur 13.

#### **4.1.2. La réception des comptes rendus**

Les comptes rendus de consultation ou d'accouchement :

- OD1/M1 « M : C'était quand votre appendicite ? Comment ça se fait que je n'ai rien reçu, vous avez été prise en charge où ? »

- OD3/M2 « P : J'ai passé un monitoring, j'ai vu les sages-femmes à la polyclinique. M : C'était quand ça ? » « P : Oui il faisait 40 il m'a dit le gynéco donc il m'a dit c'était très bien M: Ah ça c'était au mois de septembre P : Non, eu si c'est ça, il a refait l'examen. M : Mais avec l'échographie ou examen gynéco ? »
- OD13/M9 « M : Bon bah vous nous tenez au courant parce qu'on reçoit des courriers mais parfois pas très rapidement. De la suite des évènements. »

Un médecin (OD3/M2) découvrait que sa patiente avait consulté un autre médecin généraliste, une sage-femme et un gynéco-obstétricien à la maternité du fait de contractions. Le médecin n'avait pas reçu de compte rendu médical. On percevait d'une part un trouble d'ordre relationnel voir un ressenti de la part de la patiente du fait du manque de disponibilité du médecin. D'autre part cela a engendré une rupture dans la continuité et coordination des soins de la patiente ce qui constituait un manque de données médicales pour le médecin qui n'a pas reçu de compte-rendu.

La multiplication des acteurs de soins et le manque de coordination entre eux rendaient le suivi de grossesse plus difficile.

- OD3/M2 « P : Alors en fait j'ai vu un autre médecin parce du coup il n'y avait pas de possibilités avec vous ni avec aucun médecin. M : C'est vrai ? C'était la période faste là, du mois de septembre. P : C'était la rentrée quoi, donc il y avait besoin des certificats médicaux donc on m'a dit que c'était bien pris. »

#### Les comptes rendus d'échographies :

- OD4/M3 « P : Je n'ai pas eu de compte rendu d'écho, je ne sais pas si c'est normal. M : Moi je ne les reçois jamais, c'est l'échographiste qui vous le donne et vous me l'apportez [...]. Ah d'accord, donc au CHU c'est possible, ils trainent à donner les comptes rendus. »
- OD11/M5 « M : C'était quand l'échographie ? P : C'était la semaine dernière. M : Je n'ai pas le compte rendu, vous l'avez faite où ? P : Au CHU. M : Au CHU c'est normal. »

Les patientes apportaient le compte rendu, le médecin ne le recevant pas:

- OD7/M4 « P : Et j'ai fait l'écho. M : Oui je veux bien voir »
- OD13/M9 « P : Je vous ai emmené l'échographie je ne sais pas si vous la voulez. M : A oui ça je veux bien parce qu'on ne les reçoit pas. »
- OD6/M2 Elle donne d'emblée son échographie des 22SA qu'elle tenait à la main. « M : Merci, il n'y avait rien d'anormal ? »

#### Les analyses du laboratoire :

Un médecin s'interrogeait sur les normes du laboratoire, beaucoup de ses patientes avaient une glycosurie élevée.

- OD6/M2 « M : Je ne sais pas ce qu'il se passe au laboratoire mais je n'ai pas une patiente que je suis qui ai une glycosurie normale. P: C'est vrai ? Ah bon. M : Alors j'ai arrêté de m'inquiéter avec ça surtout que votre glycémie était bien et c'est du 100%. Ils ont dû changer la norme, ça doit être encore plus sensible. »

#### **4.1.3. Formation continue, évolution des techniques**

Il était parfois difficile pour les médecins de se mettre à jour des constantes évolutions techniques et théoriques :

- OD9/M6 « M : Ce n'est pas contre-indiqué, à moins que ce soit une nouveauté parce que vraiment actuellement c'est terrible, tout change. »
- OD2/M1 « M : Ils vous avaient un peu expliqué comment ça fonctionnait, ils vont chercher de l'ADN du bébé dans le sang ? Parce que nous on ne connaît pas bien, ça nous intéresse. P : Je crois qu'il y a une page safe 21 sur internet. M : Je vais regarder. »

## **4.2. Par les patientes**

### **4.2.1. Le choix des professionnels dans leur suivi de grossesse**

Une patiente en tout début de grossesse partageait son suivi entre le gynécologue et son médecin généraliste, elle hésitait sur le professionnel qui allait suivre sa grossesse. Elle avait été prévenue tardivement que son médecin traitant pouvait suivre les grossesses.

Les patientes demandaient conseils à leur médecin concernant les autres professionnels devant prendre en charge leur grossesse, notamment la SF pour les CPA, les médecins ne connaissaient pas toujours leur manière de travailler :

OD12/M8 « M : Parce que je n'ai pas l'habitude de travailler avec eux moi alors, eu mais je sais qu'à W ils font comme ça. »

« P : Vous avez des noms à me conseiller ? M : J'en ai une qui est bien mais ça ne va pas être à côté de chez vous, vous habitez où ? » « Je ne vous la recommande pas forcément. »

- OD9/M6 « P : Ouais mais l'avantage là c'est que je pourrais éventuellement tomber sur une sage-femme qui pourrait m'accoucher ou j'aurais. M : Alors là je n'en ai aucune idée, je ne sais pas comment ils s'organisent. »

### **4.2.2. Disponibilité des médecins et accès aux soins**

Deux patientes avaient consulté un autre médecin du fait d'un manque de disponibilité de leur médecin référent.

- OD3/M2 « *Alors en fait j'ai vu un autre médecin parce du coup il n'y avait pas de possibilités avec vous ni avec aucun médecin ici.* »

Les médecins se disaient pourtant disponible au moindre souci :

- OD7/M4 « *M : Ne restez pas avec des questions ce n'est pas parce que vous en avez déjà eu un que vous êtes sensée tout savoir donc n'hésitez pas à appeler si il y a besoin.* »
- « *P : Et pour après le suivi donc de l'enfant euu ça peut être vous ? ou il n'y a plus de place ? M : Ah oui complètement oui oui oui. Ça peut être avec moi, ça peut être en PMI, avec la pédiatre, c'est vous qui choisissez et ça peut être complémentaire quoi.* »
- OD12/M8 « *M : Là ce n'est pas moi qui vous revoit pour les examens systématiques par contre si il y a un souci je suis là. N'hésitez pas en tout cas si vous avez besoin de reparler de certaines choses.* »
- OD2/M1 « *M : Si jamais ça prend trop de place vous revenez on en rediscute.* »
- OD6/M2 « *M : Si vous avez un doute vous revenez et on refera le point.* »
- OD13/M9 « *M : Bon vous faites ça et puis on se revoit dans un mois ou avant si besoin.* »

Les médecins donnaient facilement des avis par téléphone, ils étaient soucieux de la continuité des soins, de la gestion des urgences, les patientes pouvaient les contacter. Ils étaient par contre souvent interrompus durant les consultations pour ces avis téléphoniques.

Ils appelaient leur patiente pour les informer de certains résultats comme celui du triple test :

- OD8/M5 « *Je vous avais donné le résultat hein. P : D'ailleurs merci parce que c'était cool direct après le résultat Conjoint : Ah oui c'était rapide.* »

Les patientes devaient s'adapter à la pénurie des médecins, les RDV médicaux n'étaient pas toujours cohérents vis-à-vis des dates d'examens.

- OD12/M8 « *M : A ouais vous allez à la consultation avant l'écho. P : Ouais je sais pas si c'est bien. M : Ce n'est pas grave mais je pense que l'obstétricien aime bien avoir l'écho avant mais bon il s'adaptera. P : En fait oui ça a été mis comme ça, je vais peut-être rappeler du coup pour voir en fonction de l'écho. M : Après je pense que vous allez avoir du mal à décaler votre RDV.* »

Une maternité privée avait une liste d'attente du fait de l'offre réduite par rapport aux demandes importantes de suivi de grossesse et d'accouchements.

- OD1/M1 « *M : Donc vous avez une place, vous n'êtes pas sur liste d'attente ?* » « *P : Non j'ai eu une place directe du coup.* »
- OD8/M5 « *P : J'ai renvoyé après ils ne m'ont rien redit. M : Vous êtes acceptée ou vous êtes sur liste d'attente ? Conjoint : non non non ils nous ont fait remplir un dossier. P : Oui je pense que j'ai été acceptée j'ai rempli le dossier il y a 1 mois.* »

Les médecins informaient peu les femmes du suivi post-partum ou du suivi médical ultérieur du nourrisson. Pensaient-ils qu'il était naturel de revenir vers son médecin traitant ? Ce sont surtout les patientes qui abordaient ces questions se souciant de la pénurie des médecins et des difficultés d'accès aux soins. 2 médecins ont abordé ce sujet lors de la dernière consultation de grossesse au 7<sup>ème</sup> mois.

La programmation et réalisation des examens ne semblaient pas toujours évidentes.

Une patiente ne savait pas dans quel laboratoire aller pour l'examen HGPO. Par ailleurs elle n'avait pas reçu les résultats écrits du protocole de dépistage de la trisomie 21 « safe 21 » ce qui était anxiogène pour elle.

- OD2/M1 « P : Ils appellent mais moi je n'ai rien par écrit. M : Moi j'ai eu un P : Donc j'ai toujours le doute est-ce que j'ai bien compris. »
- OD2/M1 « P : Il y a un laboratoire dans le coin qui fait ça ou pas ? J'avais fait à C la dernière fois. M : Ah bon ils ne le font pas le labo où vous allez d'habitude ? »

Une patiente n'avait pas réalisé son échographie des 22SA.

- OD5/M3 « M : Quand vous avez passé la première on ne vous a pas redonné de RDV ? P : Je pensais qu'en fait que c'était vous qui me faisiez l'ordonnance pour que je passe. »

#### **4.2.3. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité**

Les patientes étaient informées mais semblaient d'une part perdues dans le choix des CPA d'autre part elles y portaient peu d'intérêt spontanément. Les conseils du médecin étaient souvent déterminants.

- OD7/M4 « M : Est-ce que au niveau de la préparation à la naissance et tout ça, vous en êtes où ? P : Je n'ai pas refait de cours, je n'en ai pas refait. » « P : En fait c'est que j'en ai fait pour C mais arrivé le jour J j'avais tout oublié. Rires. Alors je me suis dit. »  
« P : Ba en fait je ne suis pas retournée à la réunion d'information, mais oui ils avaient pleins de choses, ils avaient l'acupuncture, la sophrologie, enfin à l'époque, je pense qu'il ont toujours ça parce que je n'ai pas regardé »  
« P : Ouais bah carrément Il me faut une ordonnance aussi pour la sage-femme ? »
- OD12/M8 « M : Vous aviez eu des séances pour votre premier ? P : Ouais mais je crois que ça ne m'avait servi à rien. (..) P : Oui donc je pense qu'il faut que je reprenne des cours d'accouchement pour. M : Oui -rire- P : rire-pour enlever ce souvenir. »
- OD2/M1 « M : Et pour C vous aviez fait quoi comme préparation ? Standard ? P : Oui standard, là j'avais envie de tester la sophrologie. M : Oui. P : Je ne sais pas trop. M : Oui, vous aviez envie ou pas envie ? P : J'aimerais bien, ça ou avec les ballons, mais je ne sais pas. »

## **5. La collaboration entre les professionnels**

### **5.1. Le dossier maternité**

Il n'y avait pas de dossier commun ou spécifique à la grossesse.

Les médecins ne recevaient plus le dossier papier maternité. Les patientes n'apportaient pas celui qu'elles recevaient. Elles avaient une pochette personnelle regroupant les différents résultats des examens biologiques et échographiques.

Une seule patiente avait apporté le carnet santé maternité reçu par la CPAM en consultation. Le médecin avait rempli son dossier informatisé et le dossier papier qu'il remettait à la patiente.

Les médecins intégraient les résultats des consultations de suivi de grossesse dans leur logiciel médical informatique indépendant. Certains avaient un dossier spécialisé « obstétrique » qui calculait l'âge gestationnel et répertoriait les signes fonctionnels à rechercher.

Les médecins leur remettaient en fin de suivi, souvent au cours du 7ème mois une synthèse des consultations du suivi de grossesse et les éléments médicaux importants sous forme de courrier pour l'obstétricien. Un médecin remettait un résumé à chaque consultation.

- OD3/M2 « *Je vais vous imprimer votre dossier parce qu'après vous avez votre RDV avec l'obstétricien derrière.* »
- OD12/M8 « *Je vais vous imprimer vos consultations et vous donner un petit courrier pour l'obstétricien.* »

### **5.2. Avec les professionnels médicaux**

#### **5.2.1. Gynécologues médicaux et Gynéco-obstétriciens**

Les médecins généralistes partageaient parfois le suivi de la patiente :

- OD1/M1 « *M : Ah c'est ça c'est ce que je ne savais plus c'est si vous aviez un suivi gynéco ou pas* » « *M : D'accord, c'était une écho de datation du coup ? Il vous a daté la grossesse ?* »  
« *M : Au niveau des nausées, il vous a proposé quelque chose Mr T (gynéco) ?* »

Ils adressaient leurs patientes :

Sur point d'appel pathologique :

- OD3/M2 « *P : J'ai vu le gynéco c'est pareil le col était très bien il n'est pas ouvert enfin* »

Pour les échographies :

- OD7/M4 « *P : J'ai fait l'écho donc le bébé va bien, bonne position, tout à l'air d'être impec, M : Qui est-ce qui vous l'a faites ? P : Toujours Dr(obstettricien), en 3D, on le voit bien. »*

Pour la fin du suivi des 8 et 9<sup>ème</sup> mois dans la maternité choisie par la patiente :

- OD7/M4 « *M : Et donc c'est l'obstétricien qui vous fera la suite après. »*
- OD12/M8 « *M : Je vais vous imprimer vos consultations et vous donner un petit courrier pour l'obstétricien. »*
- « *M : Bon bah vous nous tenez au courant parce qu'on reçoit des courriers mais parfois pas très rapidement. De la suite des évènements. »*
- OD3/M2 « *M : Je vais vous imprimer votre dossier parce qu'après vous avez votre RDV avec l'obstétricien derrière. Donc c'est la dernière fois qu'on se voit du coup et puis après c'est lui qui reprend la suite. P : C'est lui qui reprend, d'accord. »*

### **5.2.2. Sages-femmes**

4 médecins adressaient leurs patientes aux sages-femmes pour les cours de préparation à l'accouchement :

- OD7/M4 « *M : Est-ce que au niveau de la préparation à la naissance et tout ça, vous en êtes où ? »*
- OD2/M1 « *M : Vous aviez fait quoi comme préparation ? Standard ? P : Oui standard, là j'avais envie de tester la sophrologie, je ne sais pas trop. »*
- OD8/M5 « *M : Alors ça peut-être avec eux ou ça peut être avec une sage-femme en libéral. Enfin avec les sages-femmes qu'ils proposent mais après il y a aussi des sages-femmes en libéral qui proposent des cours de préparation à l'accouchement. »*

Pour la réalisation d'un monitoring :

- OD3/M2 « *P : Ce n'est pas des contractions parce que j'ai passé un monitoring, j'ai vu les sages-femmes à la polyclinique, et du coup les sages-femmes m'ont dit que c'était vraiment des douleurs ligamentaires et puis la fatigue mais il n'y avait pas de contractions. »*
- Pour des entretiens individuels lors d'une grossesse à risque psycho-social avec facteurs de vulnérabilité. Le médecin (OD11/M5) orientait sa patiente pour des séances de relaxation, de sophrologie.

Pour le suivi à la sortie de maternité et d'allaitement :

- OD12/M8 « *Et puis ce sont les sages-femmes normalement qui viennent vous voir, parce que maintenant on est de plus en plus dans les sorties précoces. Donc si votre accouchement s'est bien passé on vous propose de sortir assez précocement avec possibilité effectivement, une sage-femme qui passe enfin qui doit passer vous voir et répondre à vos questions. »*

- « P : J'avais pourtant pris des RDV avec une sage-femme pour qu'elle m'accompagne à domicile pour m'aider, pour regarder et m'aider à bien positionner le bébé. »
- OD7/M4 « Oui vous allez voir donc soit les sages-femmes font le suivi à domicile. »

Un médecin informait sa patiente de la possibilité d'être suivi par une sage-femme pour sa grossesse, elle émettait un avis positif :

- OD1/M1 « M : Vous pouvez être suivi par un médecin généraliste, par une sage-femme, ou par un gynéco, c'est vous qui voyez. P : Ouai c'est ça, oui du coup moi ma précédente grossesse je ne savais pas donc on m'avait dit sage-femme. M : Oui c'est très bien les sages-femmes aussi. »

Une patiente demandait un certificat médical pour pratiquer des cours d'aquagym prénatale donnés par une sage-femme en dehors des cours de préparation à l'accouchement :

- OD2/M1 « M : C'est l'aquagym, aquagym prénatale? P : C'est avec X qu'est sage-femme, c'est vraiment pour avoir une activité physique. »

Les médecins ne connaissaient pas toujours les pratiques des SF :

- OD8/M5 « Ouai mais l'avantage là c'est que je pourrais éventuellement tomber sur une sage-femme qui pourrait m'accoucher là où j'aurais. M : Alors là j'en ai aucune idée, je ne sais pas comment ils s'organisent. »

### **5.2.3. Radiologues**

Les médecins ne recevaient pas le résultat des échographies qui était remis directement aux patientes. Les radiologues donnaient leur avis et conclusions oralement directement aux patientes.

- OD13/M9 « P : Hormis une remontrance sur mon poids, tout s'est bien passé-rit » « c'est pas non plus, qu'est-ce qu'elle vous a dit la radiologue ? P : Ba elle m'a dit que j'avais pris trop de poids. »
- OD10/M7 « M : Il t'a rien dit à l'écho hier ? P : Non il a dit que c'était un peu tôt mais que c'était bien à 12 semaines donc M : 12 semaines c'est ce qu'il faut. 12 semaines c'est à 12 semaines normalement P : Ba oui, il était pas très agréable mais bon. » « P : Il est pas très agréable M : ce n'est pas ce qu'on leur demande. »
- OD6/M2 « M : merci, il n'y avait rien d'anormal ? P : non mais il m'a dit qu'il n'était pas grand. M : Oui sur la longueur fémorale, le reste est bien mais il ne veut pas refaire de contrôle, d'accord. »
- OD9/M6 « P : J'ai fait l'écho de contrôle lundi. M : D'accord, et alors ? P : Et alors il y a toujours un petit excès de liquide amniotique mais ce n'est pas un gros excès, c'est un gros bébé donc ça l'inquiète moins » « P : A non non non là elle a été très rassurante comparé à la dernière fois. »

Les médecins n'effectuaient pas de prescription pour les échographies des 22 et 32SA qui étaient programmées de manière systématique par le radiologue, ce qui n'avait pas été fait pour une patiente engendrant un retard de prise en charge :

- OD5/M3 « *M : Vous n'avez pas de RDV encore ? P : non. M : Comment ça se fait ? Quand vous avez passé la première on ne vous a pas redonné de RDV ?* »

Ils étaient sollicités pour des échographies de col lors de contractions, de manière informelle :

- OD3/M2 « *M : Vous parlerez de vos douleurs quand même pour l'écho d'accord.* »
- OD6/M2 « *M : D'accord. On va vérifier le col, vous aviez signalé à l'échographe?* »
- OD9/M6 « *P : Elle a fait une écho vaginale aussi pour vérifier* »

Ils laissaient le radiologue décider des échographies complémentaires :

- OD2/M1 « *M : Quand ils ont le moindre doute les échographistes maintenant ils vont plus loin, ils vous font revenir toutes les semaines ou ils vont plus loin. S'ils vous disent que tout est bien, tout est bien.* »
- OD6/M2 « *M : Le reste est bien mais il ne veut pas refaire de contrôle, d'accord.* »
- OD9/M6 « *Je pense que si ça aurait été inquiétant elle vous aurait, elle vous aurait* »

La transmission des informations était parfois difficile. Elles transitaient par la patiente, retard des comptes rendus :

- OD9/M6 : « *M : Je n'ai pas le compte rendu, vous l'avez faite où ?* »
- OD4/M3 « *M : Vous n'avez pas le compte rendu, ba il faut le réclamer, c'était dans quel cabinet ? Moi je ne les reçois jamais, c'est l'échographiste qui vous le donne et vous me l'apportez.* »

#### **5.2.4. Anesthésistes**

Les médecins s'assuraient de la prise de ce RDV inscrit dans le calendrier de la grossesse.

- OD7/M4 « *M : Oui, et le RDV d'anesthésiste est prévu aussi ?* »

Ils discutaient de la technique de la péridurale :

- OD12/M8 « *M : Peut-être que la péridurale, il y a des choses à voir pour qu'elle soit plus bénéfique. P : Je vais voir avec l'anesthésiste, il m'a dit justement de ramener certaines radios de ma scoliose pour essayer de voir. Parce qu'en lui montrant mes radios il m'a dit qu'il pouvait éventuellement voir, comment réorienter l'aiguille ou certaines choses. Ça il faut que je revoie ça avec lui. M : Oui moi ça je ne suis pas trop capable de vous dire* »
- OD7/M4 « *Vous voulez une péridurale ou pas ?* »

### **5.2.5. Pharmaciens**

Les patientes demandaient conseils aux pharmaciens pour certains produits : vitamines, crème, homéopathie.

- OD1/M1 « *P : J'étais vraiment très fatiguée et comme je bosse j'ai voulu prendre des vitamines et à la pharmacie ils m'ont donné ces compléments (..) ça c'est un anti-nausée, c'est du gingembre* » « *P : Il y a quoi dedans ? M : A bah j'en sais rien il ne me note pas la composition. Mais je pense que c'est des compléments vitaminiques.* »
- OD3/M2 « *M : Vous mettez quoi comme crème ? M : Ah oui, il faut prendre le moins de produit enfin le plus naturel possible P : Oui oui, bah je l'ai pris en pharmacie surtout.* »
- OD13/M9 « *P : Oui j'ai été chercher de l'homéopathie en pharmacie pour les maux de gorge, homéo 9 ou un truc comme ça.* »

Un médecin conseillait à sa patiente demandeuse d'homéopathie de se renseigner auprès du pharmacien.

- OD2/M1 « *M : A oui en granules vraiment comme ça je ne sais pas, demandez en pharmacie ils s'y connaissent mieux que moi.* »

Mise à jour carte vitale afin de bénéficier du tiers payant maternité :

- OD8/M5 « *M : Et du coup vous avez fait une mise à jour de votre carte vitale après la déclaration de grossesse ? P : oui fallait le faire à la pharmacie. M : Faites le du coup, pour que ce soit pris en compte.* »

Contrôle de la tension artérielle :

- OD7/M4 « *M : Vous savez que chez la femme enceinte quand on a mal à la tête il faut contrôler la tension. Surtout vers la fin de la grossesse. Donc si jamais vous avez mal à la tête allez au moins en pharmacie la contrôler.* »

### **5.2.6. Pédiatres, PMI, Lactarium, Médecine du travail**

Un médecin informait sa patiente des possibilités de suivi pour son enfant après la naissance :

- OD7/M4 « *P : Et pour après le suivi donc de l'enfant ça peut être vous ? M Ça peut être avec moi, ça peut être en PMI, avec la pédiatre, c'est vous qui choisissez et ça peut être complémentaire quoi. P : C'est surtout la pesé au début où. M : Oui oui aucun souci.* »

Un médecin conseillait la consultation allaitement au lactarium :

- OD12/M8 « *M : sinon il y a une consultation d'allaitement au lactarium qui est très bien aussi.* »

Le conjoint d'une patiente évoquait les risques liés à l'exposition aux toxiques au travail (chlore), le médecin faisait intervenir la médecine du travail :

- OD8/M5 « Conjoint : Petite question d'ailleurs, tout ce qui est chlore et tout ça et ce que ce n'est pas bon ou. P : ce n'est pas bon même pas enceinte. M : Je n'ai pas la réponse à la question mais effectivement ce n'est pas l'idéal, ça ne fait pas partie aujourd'hui des agents qui sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse auquel cas la médecine du travail vous aurait déjà dit. »

### **5.3. Avec les professionnels paramédicaux**

#### **5.3.1. Kinésithérapeutes**

Les médecins prescrivaient des séances de kinésithérapie de manière assez systématique devant des douleurs rachidiennes ou radiculalgies :

- OD7/M4 « M : Est-ce que la kiné ça ne vous soulagerait pas un peu ? »
- OD1/M1 « M : Alors là je vous ai fait l'ordonnance pour le kiné pour votre dos. P : D'accord. M : Je n'ai pas mis nombre de séances c'est le kiné qui voit ça. »
- OD8/M5 « J'ai vu mon kiné, vous m'aviez donné des séances. Et du coup il en profité pour faire un petit bilan et il m'a dit que c'était normal les femmes enceintes ont parfois des douleurs genre sciatique. »

#### **5.3.2. Laboratoires d'analyses médicales**

Les patientes y effectuaient leurs analyses mensuelles.

- OD6/M2 « M : Je ne sais pas ce qu'il se passe au laboratoire mais je n'ai pas une patiente que je suis qui ai une glycosurie normale. »
- OD8/M5 « P : Ah oui parce qu'elle m'a dit la dame du labo ça devrait être la dernière. M : Ah vous allez peut-être en avoir d'autres quand même -rires- P : C'est possible -rires- »

#### **5.3.3. IDE**

Réalisation d'une injection de rophylac à 28SA.

- OD11/M5 « M : Ok alors du coup, l'injection est-ce que vous préférez l'amener ici le mois prochain ou la faire par une infirmière ? »

#### **5.3.4. Ostéopathes, Acupuncteurs**

Evoqué dans le traitement d'une douleur dorsale.

- OD12/M8 « M : Vous avez été voir un ostéopathe ? P : Oui un ostéopathe pendant la première grossesse et qui m'avait donné des exercices à faire et ça n'avait rien changé donc »

Un médecin évoque l'acupuncture dans le traitement des nausées de début de grossesse (OD1/M1).

## **IV. DISCUSSION**

### **1. La méthode**

#### **1.1. Les forces**

L'observation directe par le chercheur présent dans la situation étudiée permet de saisir sur le vif la réalité des pratiques, sans avoir à redouter de recueillir des récits suspects de sélectivité ou de reconstruction de la réalité. Elle permet de rendre compte des pratiques, de leurs écarts éventuels avec les pratiques prescrites, ce qui amène les acteurs à leur donner telle forme [15].

L'originalité de notre étude réside dans la rareté de la méthode en médecine. Elle permet d'enrichir les nombreuses études existantes quantitatives ou qualitatives par entretiens, focus-groupes portant sur le suivi de grossesse. L'observation directe permet de constater les interactions fugitives agissant à l'insu des acteurs, des faits inattendus ou routiniers, la richesse des données non verbales au sein de la relation médecin-patient pouvant éclairer les pratiques. Le professionnel en action ne peut ni analyser ni avoir le recul de l'observateur.

Les observations ont été réalisées par un unique observateur ce qui a permis d'approfondir à posteriori l'analyse dans le rapprochement des données, d'assurer un recueil exhaustif. La capacité d'étonnement face à de nouvelles situations était facilitée par la répétition des observations. A l'inverse le recours à l'enquête collective sur un même objet aurait permis de limiter les risques de subjectivité de l'observateur.

Il s'agissait d'une observation armée, avec :

- Grilles de recueil des caractéristiques de la population étudiée.
- Trame d'observation qui permettait d'appréhender la consultation de manière plus ordonnée avec comme a priori que celle-ci n'était pas entièrement réglée d'avance, elle a sa dynamique propre où se joue des interactions entre les personnes.
- Dictaphone qui a permis un recueil complet des informations verbales, un chronométrage.
- Des prises de notes sur place des données non verbales.

Un travail de retranscription intégrant les données verbales de manière intégrale avec les données non verbales permettait une analyse approfondie.

La complexité des caractéristiques individuelles, des situations singulières, du contexte pouvait être mise en évidence par un examen détaillé des consultations.

#### **1.2. Les limites**

La présence d'un observateur dans une situation peut avoir des effets perturbateurs [15].

- Les enquêtés devaient accepter l'observateur afin qu'ils ne le confondent pas avec un contrôleur, ils risquaient alors d'adopter pour la circonstance un comportement de conformité aux règles qui sont censées normer leur pratique, en rupture avec ce qu'ils font d'ordinaire.

- 4 médecins ont interféré avec l'observateur pour demander son avis (l'observateur était lui-même médecin généraliste en activité de remplacement) ou pour expliquer une situation particulière sous forme d'aparté ce qui pouvait cependant éclairer de manière non négligeable l'orientation de la consultation.

Nécessairement, il faut prendre en compte le caractère interactif de la recherche. Il n'est pas nécessaire de chercher à contrôler à tout prix cette relation observateur-observé mais, mieux vaut investir dans la qualité de l'interaction entre ces derniers. L'observateur était souriant, s'en tenait à des commentaires de courte durée. Des avantages certains pouvaient être tirés de ces interactions limitées, à savoir la réduction des effets dus à l'observateur [15].

Les patientes ne semblaient pas gênées de la présence de l'observateur et n'interféraient pas avec lui hormis lors de l'explication de l'étude et du recueil du consentement en début de consultation ou en salle d'attente. Elles ne semblaient pas gênées lors de l'examen clinique.

Quelle que soit la manière dont un observateur veut observer un fait, il ne peut pas tout observer. Ce dernier est obligé de faire des choix de « vision ». Voici donc une limite de l'observation, basée essentiellement sur celui qui cherche, sa connaissance spécifique [15].

## **2. L'échantillon étudié**

### **2.1. Les forces**

Le recrutement a été aléatoire, les échantillons des 9 médecins et des 13 patientes étaient diversifiés. Notre enquête n'a pas de valeur de représentativité en terme statistique mais l'échantillon était pertinent en terme de variation sociodémographique. La répartition des consultations prénatales était variée en terme d'âge gestationnel, de gestité et de parité ce qui permettait une approche globale du suivi de grossesse.

### **2.2. Les limites**

Plus de 70 médecins ont été appelés aléatoirement parmi la liste des pages jaunes dans les communes de Loire-Atlantique ou contactés par mail.

Le recrutement a été fastidieux du fait d'un manque de réponse de la plupart des médecins :

- Par manque de temps à consacrer à notre recherche.
- Les consultations pour suivi de grossesse semblaient peu fréquentes chez les médecins généralistes ce que nous retrouvons dans la littérature.
- Les médecins ne suivaient pas tous des grossesses.

- L'acceptation de la présence d'un observateur/étranger au sein de la consultation médicale, lieu d'une rencontre singulière médecin-patient restait complexe quand bien même dans la cadre de la recherche en médecine générale. Nous pouvons comprendre le malaise d'être scruté par un confrère.

- Le fait de devoir impliquer directement leurs patientes pouvait complexifier le recrutement  
- L'exercice libéral est un exercice solitaire, indépendant et la crainte du jugement ou du contrôle des compétences semblaient difficilement levés.

12 médecins ont accepté de participer à l'étude. 9 ont été inclus, 3 n'ont finalement pas été inclus :

-Absence de consultations de suivi de grossesse durant la période d'observation.  
-Oubli de prévenir le chercheur avant les consultations.  
-L'observateur ne pouvait pas toujours se rendre disponible à la date de la consultation.

Le recrutement se basait sur le volontariat, les personnes participantes étaient probablement les plus intéressées par la recherche en gynécologie-obstétrique et motivées pour y consacrer du temps. 2 médecins avaient un DU de gynécologie, 1 travaillait à mi-temps en CPF, 1 avait un DU de pédiatrie, 3 médecins étaient maîtres de stage.

5 des médecins inclus faisaient partie de l'entourage professionnel de l'observateur, chez lesquels il avait effectué des remplacements. La connaissance préalable du médecin par l'observateur permettait une meilleure acceptation de sa présence au sein de la consultation médicale. Le médecin était probablement plus à l'aise et naturel lors de la consultation.

L'observateur était issu du même milieu professionnel que la population observée. Cette situation pouvait complexifier le travail d'observation directe où la neutralité et la distanciation de l'observateur sont essentielles. Il devait se dégager des éléments familiaux, tant au niveau des lieux qu'avec les confrères, afin de mettre en évidence les choses les plus routinières prenant du sens dans les procédures de travail. L'observateur devait se dégager de son jugement personnel, de ses propres expériences afin de garantir l'objectivité de l'étude.

Dans le protocole le médecin choisissait les consultations, il pouvait alors les sélectionner selon ses relations avec les patientes. La seule condition était une consultation prénatale et non un motif intercurrent. Bien souvent les secrétaires choisissaient les premiers RDV sans critères de sélectivité évitant un biais de recrutement de la part du médecin.

### **3. L'offre de soins des médecins généralistes**

#### **3.1. Une certaine homogénéité des pratiques au sein de la profession**

##### **3.1.1. Le déroulement de la consultation prénatale**

Les consultations médicales étaient mensuelles, les patientes étaient rarement accompagnées, une fois du conjoint et une fois d'un enfant lors de nos observations. Le découpage des consultations était ritualisé en 3 temps : 2 temps d'échanges entrecoupés d'un temps d'examen physique. Le contenu biomédical, les consignes de prévention et les prescriptions obligatoires recommandées (médicamenteuses, examens biologiques, échographiques) étaient adaptés à l'âge gestationnel des patientes, conformes aux recommandations éditées par la HAS et par les sociétés savantes comme l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux. Les médecins étaient soucieux d'assurer la sécurité materno-fœtale, ils adaptaient leur prise en charge recherchant continuellement des facteurs à risque de complications principalement biomédicaux. Ils étaient attentifs au respect du calendrier de grossesse et à la prise des différents RDV médicaux.

Le calendrier actuel comporte 7 consultations prénatales obligatoires fixées par le décret du 14 février 1992 (article L. 154 du Code de la santé publique). La réglementation impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA puis prévoit 6 consultations (1 par mois) à compter du premier jour du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'à l'accouchement ce que nous avons observé chez tous les médecins. Il est actuellement recommandé que la première consultation prénatale ait lieu précocement avant 10 SA soit un suivi en 8 consultations au total [8]. Une patiente n'ayant pas choisi un professionnel référent pour son suivi de grossesse (OD1) avait bénéficié de 3 consultations à 12SA, le médecin avait semblé surpris du terme « avancé » de la première consultation de suivi à 11SA « *A oui ça fait un moment dis-donc, alors* » montrant la pratique réelle de la consultation avant 10SA.

Les médecins avaient tous le souci de la sécurité et du respect des recommandations biomédicales. Selon la HAS, ce suivi médical doit être complété par : l'énoncé d'un projet de naissance, un accompagnement global psychosocial afin de prévenir toute forme d'insécurité [6], une préparation à la naissance au cours de séances collectives (« séances préparatoires à l'accouchement psycho-prophylactiques »), dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive [18]. Nous avons observé des différences de tonalité dans l'approche relationnelle médecin-patient et dans les thématiques abordées lors des consultations. 5 médecins sur 9 n'ont pas discuté de la PNP ni du projet de naissance. Ceci sera développé en partie 3.2. Nos observations ne permettaient pas de dire s'ils l'avaient réalisé lors de consultations précédentes ou ultérieures. En effet la surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive jusqu'à son terme [38].

Le tiers payant maternité n'était pas pratiqué dans 8 consultations sur 13. Dans 3 cas cela n'était pas encore possible (déclaration de grossesse non effectuée, carte vitale non mise à jour) mais dans 5 cas les médecins ne l'ont pas réalisé alors que cela était possible. Il deviendra obligatoire à partir de 31 décembre 2016 selon la loi santé du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [19].

### **3.1.2. Les interactions**

Le climat était détendu et bienveillant tout en restant professionnel. Les patientes paraissaient à l'aise connaissant les lieux, la secrétaire, le médecin.

Les médecins travaillaient une relation de proximité, ils utilisaient un ton calme, apaisant, un langage adapté à chaque patiente voire parfois familial. Leur discours était ponctué de mots de réassurance. Un médecin tutoyait sa patiente qu'il connaissait depuis l'enfance, la patiente le vouvoyait.

Le discours des patientes était empreint de récits biographiques, elles livraient en détails leur vie quotidienne, cela était rendu possible par une relation souvent installée depuis plusieurs années. Un des rôles du médecin généraliste étant la délivrance de soins continus, de proximité et de premier recours.

Les médecins étaient à l'écoute, ils délivraient des soins adaptés à chaque patiente. Ils connaissaient le contexte familial, culturel et professionnel de chacune d'entre elles. Les références à la famille étaient prépondérantes. Le diagnostic précoce en était facilité. Ils prenaient en compte et géraient simultanément plusieurs problèmes de santé des patientes durant les consultations de suivi de grossesse.

➤ Cette proximité relationnelle se retrouvait dans plusieurs études :

Dans l'étude de Prévot-Stimec I. la connaissance antérieure des patientes facilitait un climat de proximité, de confiance permettant une écoute particulière où l'intime pouvait être livré. Les médecins se positionnaient comme des guides, des confidents [20].

Boulnois C. retrouvait que 84% des médecins apprécient le rôle de médecin de famille qui trouve toute sa place dans le suivi des grossesses. 66% apprécient la relation privilégiée qui peut s'établir avec sa patiente dans ce moment si particulier de sa vie [9].

L'étude de Yildiz H. soulignait une relation de qualité qui s'inscrit dans un dialogue privilégié presque familial au sein duquel la compétence médicale reste au premier plan. Le médecin a un rôle de guide, de conseiller favorisé par la connaissance du passé, de l'environnement de la femme [21].

PetitPrez S. notait que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié grâce à sa proximité et à son accessibilité ce qui était vécu comme bénéfique et rassurant pour les

patientes. Les liens qu'elles avaient créés depuis l'enfance, avec leur médecin de famille, leur permettaient d'être plus à l'aise avec lui, de poser des questions plus librement [10].

Les consultations alternaient des phases d'interrogatoire médical sérieux et des phases de décontraction et d'humour. L'emploi de l'humour était partie prenante des consultations observées lors des discussions autour du poids, des changements corporels, de l'alimentation. Il ne s'agissait pas de consultations « maladie » mais un suivi physiologique de grossesse à bas risque permettant des moments de relâchement. Parfois l'humour exprimait une inquiétude latente concernant une pathologie ou un examen.

Tiphaine Witte retrouvait cet aspect de détente dans le suivi de grossesse des femmes réalisé par les SF, dans sa thèse « Caractéristiques du suivi de grossesse par les sages-femmes libérales et coopération entre les professionnels de santé » l'emploi de l'humour était systématique dans toutes les consultations autour du poids, de l'alimentation, du doppler fœtal ou pour traiter de thèmes plus intimes [12].

### **L'autonomie des patientes**

Dans notre étude les patientes laissaient apparaître une certaine autonomie dans leur suivi de grossesse. Une seule patiente semblait se laisser totalement guider par son médecin (OD5/M3) selon un modèle asymétrique de relation médecin-patient. Les patientes paraissaient même « expertes de leur grossesse » : elles donnaient leurs avis et hypothèses diagnostiques concernant les symptômes présentés. Aujourd'hui le médecin n'est plus considéré comme seul possesseur et gestionnaire du savoir. Les patientes s'impliquaient dans leur suivi, se le réappropriant à leur manière : elles avaient souvent déjà interprété les résultats d'exams avant la consultation médicale (sérologies toxoplasmose et listériose, protéinurie et glycosurie, échographie) et livraient leur conclusion au médecin, voire des préconisations les concernant.

Les patientes ont accès à la connaissance au travers des nouveaux réseaux de communication. Elles avaient régulièrement consulté des articles dans les médias (internet, magazines), demandé l'avis de leurs proches au sein de leur réseau amical, familial, professionnel ou même leur voisinage. On peut souligner l'importance de la prise en charge sociétale de façon complémentaire au médecin autour de la grossesse [20]. Elles s'appuyaient également sur leur propre expérience de grossesse antérieure.

Cette autonomie était également visible par le recours à l'automédication ce dont tous les médecins semblaient avoir conscience puisqu'ils la recherchaient. Les patientes semblaient pourtant réfractaires à la prise de médicaments. Cette automédication qu'elles ne semblaient pas maîtriser totalement, concernait le plus souvent des produits dénués d'effets tératogènes connus (doliprane, gaviscon) ou des alternatives perçues comme plus naturelles, aux traitements médicamenteux, vendues sans ordonnance sur conseil de la pharmacie (homéopathie, phytothérapie, gingembre, vitamines). Les médecins ne commentaient généralement pas, ni de manière positive ni de manière négative. Ils se limitaient lorsque cela était perçu comme nécessaire à des thérapeutiques allopathiques « classiques » qu'ils

connaissaient mieux du fait de leur formation ou au repos par la prescription d'un arrêt de travail.

Les patientes consultaient différents intervenants dans leur suivi (radiologue, laboratoire, sages-femmes, gynéco-obstétricien, kinésithérapeute) et ce sont souvent elles qui se chargeaient de la synthèse auprès du médecin qui bien trop souvent ne disposait pas de compte-rendu. Cela renforçait leur implication propre, leur part d'autonomie mais complexifiait la prise en charge pour les professionnels de santé. Cette part d'autonomie n'était quant à elle pas choisie par les patientes mais « subie » puisque inhérente à l'organisation du système de soin. Elles étaient soucieuses, doutaient souvent des informations transmises oralement cherchant confirmation auprès de leur médecin généraliste qui restait le référent.

Le médecin gardait en effet son rôle d'expert, porteur du savoir médical, auprès de patientes très informées. Il recontextualisait et permettait la légitimation de l'état de grossesse et des symptômes présentés. Il autorisait les patientes à exprimer leurs plaintes et questionnements dans un espace porteur du secret médical.

La médecine n'a pas pu ignorer cet état de fait et a elle aussi impliqué le patient en développant le principe du consentement éclairé : la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est une étape majeure de l'évolution de la relation médecin-malade [22]. La loi renforce les droits des patients : liberté de choix, respect de la dignité, égalité par rapport à l'accès aux soins. Le médecin doit à son patient une information claire, loyale et appropriée à son état. Il doit rechercher son consentement éclairé. La relation médecin malade se réorganise, les patients sont responsabilisés et leur autonomie est reconnue, obligeant le médecin à modifier sa façon de communiquer avec le patient qui est amené à participer et à prendre sa part dans la décision [23]. Dans nos observations cet aspect était visible à différents niveaux selon la tonalité et le contenu des consultations, certains médecins étant plus protocolaires que d'autres.

### **Les échanges non verbaux**

La gestualité des patientes avait toute son importance dans l'interaction médecin-patiente. Mimiques, bâillements, soupirs, rires, sourires, grimaces, positionnements pouvaient être quasi-linguistiques. Les signes para-verbaux traduisaient ou renforçaient l'expression d'un trouble, d'un ressenti ou d'une sensation.

Certains gestes à centrage corporel coïncidaient avec des propos concernant le corps. Le geste renforçait alors les propos, leur donnant de la vie et de la vigueur. L'ancrage corporel de la pensée était un processus informatif et référentiel permettant au médecin d'étayer ses hypothèses diagnostiques. L'exposé des problèmes par les patientes était souvent profane et subjectif, il devait rejoindre le décryptage, l'interprétation experte du médecin [24]. Les signes para verbaux facilitaient des processus identificatoires. Il s'agissait parfois de données intimes. Ils avaient un rôle empathique fort, le médecin s'identifiant parfois à sa patiente par le geste corpo-centré allo-référent [25].

### **3.1.3. Les thèmes abordés**

Les thèmes évoqués spontanément par les patientes touchaient le corps, les pathologies et les examens complémentaires. Les médecins s'attachaient quant à eux à explorer principalement les plaintes pouvant évoquer une pathologie ou un risque : douleurs, asthénie, troubles du sommeil signes d'alerte d'anxiété et de dépression, l'automédication et le travail. Cela reflétait la formation médicale du médecin généraliste qui porte principalement sur la recherche et l'analyse de symptômes permettant d'établir un diagnostic.

La plupart des patientes exprimaient des inquiétudes quant au risque de complications liées aux symptômes ressentis ou aux examens complémentaires, la peur d'anomalies. Les examens étaient souvent tendus impatientement au médecin en début de consultation. La demande de réassurance était perçue comme prépondérante. Les médecins y étaient attentifs, ils prenaient le temps d'expliquer les symptômes et les examens en adaptant leur langage à la patiente, ils utilisaient des termes positifs afin de les rassurer. Ils ne multipliaient pas les examens inutiles mais délivraient des consignes de surveillance tout en mettant en avant leur disponibilité en cas de besoin, parfois ils reconvoquaient la patiente.

Petitprez S. retrouvait que la grossesse était perçue comme angoissante pour les primipares tandis que les multipares vivaient leur grossesse avec plus de sérénité [10]. Dans notre étude les multipares exprimaient elles aussi des angoisses mettant en avant le fait que chaque grossesse est particulière, ne ressemblant pas à la précédente. Des antécédents obstétricaux mal vécus étaient source d'inquiétude, parfois une certaine résilience transparaisait à ce sujet, les médecins d'approche centrée sur les patientes les guidaient vers une PNP personnalisée soucieux d'instaurer une sécurité psycho-émotionnelle autour de la naissance.

Ces médecins tentaient également d'aider à démedicaliser un suivi de grossesse très protocolisé, technicisé en cherchant à le rendre plus humain, en adaptant le suivi au vécu de chaque femme. Prévot-stimec I. retrouvait que cette surmédicalisation était vécu par les MG comme excessive et irritante. En outre, la multiplicité des intervenants possibles à disposition permet à la femme de choisir celui qui lui est le plus adapté. La demande des femmes à ce sujet reste ambivalente, la technicité est perçue comme rassurante mais elles aspirent à une grossesse plus naturelle [20].

Les changements corporels, le poids et l'alimentation étaient largement abordés dans l'ensemble des consultations. Les tonalités dans une même consultation variaient entre inquiétudes et humour soulevant les notions d'interdits et de plaisirs, les interactions autour de ces sujets étaient prédominantes. La grossesse est un moment de bouleversement corporel dont les contraintes sont souvent difficiles à vivre pour les femmes se préparant à devenir « mère ». La plupart des patientes étaient soucieuses de ne pas prendre trop de poids, la pression sociétale vis-à-vis du poids et de l'alimentation des femmes était visible. L'apparence esthétique restait une préoccupation pour les femmes enceintes, elles souhaitaient rentrer dans un certain « cadre normatif ». Une patiente évoquait le développement de son corps en lien avec l'investissement psychique de sa grossesse. Une autre s'inquiétait d'avoir perdu du poids.

Dans sa thèse, Witte T. montrait que l'alimentation et le poids étaient des préoccupations majeures récurrentes chez les SF comme chez les MG [12].

Prévot-Stimec I. retrouvait que durant la grossesse le bien-être physique n'était pas considéré comme complet [20]. Les modifications physiques réelles inhérentes à la grossesse induisent une modification de l'image du corps que ce soit dans le regard que la femme porte sur elle-même que sur celui que l'entourage lui porte. La notion de séduction au sein du couple ou de la société est également perturbée en fonction de la façon dont la femme perçoit les modifications de son corps.

Toutes les femmes ont évoqué cet aspect. Aucune n'est restée indifférente aux modifications physiques de son corps. Les médecins paraissaient toujours rassurants, prenant du recul face à des patientes soucieuses.

Les SF donnaient beaucoup de conseils aux patientes pour améliorer leur quotidien. Le confort et le bien-être étaient des préoccupations récurrentes [12]. Ces points ont été abordés par 4 MG sur 9.

Le rôle de médecin de famille et la prise en charge de motifs intercurrents, un rôle propre au MG était visible dans nos observations. Les MG sont le plus souvent les médecins référents de leur patiente bien avant leur grossesse. Ils disposent de leur dossier médical regroupant l'ensemble des comptes rendus médicaux, chirurgicaux, des consultations antérieures avec leurs notes personnelles.

Nous avons observé qu'ils assuraient la continuité du suivi antérieur durant les consultations dédiées au suivi de grossesse : ils prescrivaient et interprétaient les examens dans le même temps de consultation : radiographie pulmonaire pour le dépistage d'une primo-infection tuberculeuse, surveillance d'une hypothyroïdie, d'une scoliose, d'une cicatrice post-opératoire.

Ils prenaient également en charge des motifs intercurrents sur le même temps de consultation : viroses avec examen cardio-pulmonaire et ORL, examen neurologique devant des céphalées, conseils pour un voyage, examen dermatologique d'une lésion cutané.

Ils étaient souvent sollicités pour des conseils ou des prescriptions pour les autres membres de la famille.

Une dimension de service codifiait la pratique des MG : ils répondaient au téléphone pour avis durant les consultations, établissaient des prescriptions ou des prolongations d'arrêt de travail sans revoir systématiquement les patientes, acceptaient des RDV non programmés pour les autres membres de la famille.

Dans son étude Alexanian C. montrait également que les médecins généralistes prenaient en charge de nombreux problèmes de santé en plus de la grossesse ou du post-partum, dans la même consultation; 51,6% des consultations étaient concernées par ces prises en charge multiples [26].

### **3.1.4. Une image idéalisée du suivi de grossesse face à des contraintes réelles**

La représentation de la grossesse est un moment de vie généralement positif. Souvent idéalisé par la société et par beaucoup de médecins d'après leurs récits dans la littérature. Dans la revue « pratiques » les médecins décrivent le suivi de grossesse comme « *un grand moment de bonheur (..) le médecin a besoin de se sentir associé à ce grand moment de vie* » « *Tout va bien, c'est cette perception de la vie qui fait du bien* » « *Lors du doppler on perçoit le déferlement de battements et nos visages se remplissent d'émerveillement* » ce qui a été observé à de nombreuses reprises dans nos observations, le partage des interactions mère-enfant-médecin qui est lui-même homme voire parent. Le doppler foetal, la recherche des MAF, la palpation abdominale ou le questionnement du sexe de l'enfant étaient souvent des moments complices, de partage.

Dans la revue « pratiques » le médecin souligne la symbolique de la vie, qui s'inscrit dans la continuité de son travail, qui commence par l'annonce de la grossesse. Elle va ensuite façonner la vie du médecin généraliste, par un moment de vie que médecin et patiente écrivent ensemble. » [28].

#### **La pratique réelle semble pourtant contraignante :**

Du côté des praticiens le protocole, la demande d'information et de réassurance, l'exigence de la sécurité médicale, semblent pesants.

Boulnois C. montrait dans son étude que les femmes ont des attentes importantes en termes d'écoute et de besoin de réassurance vis-à-vis du médecin qui suit leur grossesse. Lorsque la grossesse se déroule sans encombre, il faut savoir informer et rassurer les parents tout en restant parfaitement rigoureux, sans inquiéter. Lorsque celle-ci devient plus compliquée ou pathologique, l'attitude du médecin lors de l'annonce du diagnostic est fondamentale pour le déroulement de la suite de la grossesse [9].

#### **Pour les patientes la grossesse est source d'inquiétudes variées :**

- Médicales, la sécurité médicale pour la mère et l'enfant doit être accrue. Le protocole est lourd pour les professionnels, le risque médico-légal particulièrement pesant en gynécologie-obstétrique. La nécessité d'une prise en charge globale et les exigences d'information demandent beaucoup de temps aux professionnels.

- Psycho-affectives. Les femmes s'accordent à dire qu'il s'agit d'un moment particulier de la vie [20] où se produit un remaniement psychique profond, une nécessaire adaptation dans la vie des femmes mais aussi au sein du couple et de la famille.

Nous avons observé que de multiples questionnements en lien avec les bouleversements physiques et psychiques.

Prévoit-Stimec I. indiquait que médecins et femmes enceintes ne semblent pas tout à fait partager le même vécu symbolique de la grossesse. Les femmes réfutent le terme d'état de grâce, elles peuvent parfois ressentir que la grossesse est un frein à leur épanouissement

personnel ou professionnel quand les médecins visualisent la grossesse comme un moment privilégié, un bonheur. De plus, les médecins voient dans la grossesse l'arrivée de la vie, là où les femmes interrogées ne situent pas vraiment la vie mais plus l'accomplissement d'une partie d'elle-même [20].

La mouvance de la société actuelle et son exigence complexifie la vie des femmes. Leur situation sociodémographique se modifie, elle s'est améliorée, avec par exemple une augmentation du niveau d'études et du taux d'activité et de la part des emplois très qualifiés [27]. En pratique les femmes doivent concilier, composer entre réussite professionnelle et vie familiale. L'exigence d'une mobilité professionnelle engendre un éloignement des familles et la perte des repères.

Il semble que la situation sociale des ménages des groupes les plus vulnérables se soit dégradée. Le taux de chômage du mari ou du partenaire est passé de 5,9 % à 8,5 %. Le pourcentage de femmes qui ont déclaré leur grossesse au deuxième ou troisième trimestre a légèrement augmenté ce qui peut refléter un retard du début de la surveillance prénatale pour certaines femmes [27].

2 caractéristiques maternelles sont préoccupantes et en augmentation :

- Le report des naissances vers un âge maternel plus élevé est inquiétant dans la mesure où les risques pour l'enfant et la mère augmentent de manière sensible avec l'âge, la proportion de naissances à 35 ans ou plus est passée de 15,9 % à 19,2 % entre 2003 et 2010 [27]. L'âge moyen à l'accouchement, en constante augmentation, atteignant 30,4 ans en 2015 [2].
- Les femmes obèses (IMC>30) représentent 9,9% des femmes en 2010. Ce qui représente un faible pourcentage mais en augmentation (7,4% en 2003) [27].

### **3.1.5. L'examen clinique et l'intimité des femmes**

L'activité diversifiée du médecin « généraliste » prenant en compte les personnes dans leur globalité se reflétait dans son examen clinique : il effectuait 12 fois sur 13 un examen général comme l'auscultation cardiaque, pulmonaire, l'examen cutané. Sur point d'appel l'examen était complété par un examen ORL, neurologique devant des céphalées, cutané, thyroïde. Ce qui était propre aux MG.

L'examen gynécologique était conforme aux recommandations, il comprenait la mesure de la tension artérielle, du poids, la palpation abdominale, la mesure de la HU, l'examen des jambes. Un médecin n'a pas examiné ses patientes sur le plan gynéco-obstétrical en l'absence de point d'appel pathologique, il a par contre effectué un examen général.

Le toucher vaginal n'était réalisé que sur signe d'appel, douleurs ou contractions, conformément aux recommandations [8]. Pour une observation il était réalisé en position gynécologique « classique » la patiente en décubitus dorsal avec positionnement des pieds dans les étriers, une autre fois la patiente en décubitus dorsal sans utilisation des étriers.

Une autre position d'examen gynécologique existe absente de la formation actuelle : la position en décubitus latéral utilisée en Angleterre en obstétrique. Dans une étude comparant l'examen en décubitus latéral à celui en position «classique» (lors de l'examen gynécologique et non obstétrical) 62% des femmes le trouvaient moins douloureux, 73% moins générateur d'anxiété, 68% plus confortable et 87% plus respectueux de leur pudeur [29].

Le doppler fœtal a été réalisé par 7 médecins sur 9, durait de 5 secondes à 3 minutes 20.

La plupart des médecins étaient attentifs au confort des patientes lors de l'examen, ils adaptaient la table d'examen, demandaient aux patientes si elles étaient prêtes ou si elles avaient mal lors de l'examen. Plusieurs médecins se réchauffaient les mains. Un médecin a proposé un mouchoir pour les larmes de la patiente lors du doppler, ils essayaient le ventre des patientes après le doppler.

L'examen gynécologique était réalisé avec douceur, ils laissaient du temps aux patientes dans leur installation.

Les médecins prenaient le temps d'expliquer aux patientes la nécessité ou non de l'examen. Ils les informaient des résultats au fur et à mesure de l'examen: TA, poids, HU, ventre souple, œdèmes.. ce qui permettait d'en discuter avec les patientes.

On percevait une certaine retenue dans la réalisation de l'examen intime de la femme, les médecins respectaient d'une part la pudeur de la femme et parfois une certaine gêne du médecin plus que de la patiente pouvait être perceptible. Cette étape ne semblait ni naturelle ni banalisée. Le médecin était attentif à ne pas être trop intrusif dans l'intimité corporelle des femmes. Cela transparaissait dans leurs paroles se traduisant par des termes précautionneux, des échanges autour du temps ou de la famille qui dénotaient des échanges en cours, dans leurs attitudes détournant le regard lors du déshabillage, préparant son matériel ou se lavant les mains.

Les patientes questionnaient presque toujours les médecins sur les vêtements à retirer, l'étape du déshabillage n'était pas spontanée. Elle s'effectuait au milieu de la salle de consultation devant le bureau, les vêtements posés sur les chaises du bureau. Rarement les patientes se mettaient en sous-vêtements, elles retiraient le plus souvent leurs vêtements au fur et à mesure de l'examen clinique.

Il n'a pas été observé de lieu d'intimité pour le déshabillage, une fois un paravent délimitait l'espace bureau de l'espace examen. Cette absence de délimitation de l'intimité pointe une notable différence avec les observations faites chez les SF qui, dans la thèse de T. Witte [12], disposaient presque toutes d'un lieu d'isolement pour le déshabillage. Elles précisaient bien aux patientes de garder leurs sous-vêtements pour le début de l'examen puis leur demandaient de les enlever au moment de l'examen gynécologique. L'examen gynécologique n'était pas réalisé en l'absence de symptôme le justifiant ce qui est commun avec la pratique des MG.

Un lieu d'intimité pour le déshabillage permettrait-il plus d'aisance, à la fois pour les patientes et pour les médecins durant cette phase délicate de transition entre l'échange et l'examen corporel ?

La consultation médicale repose sur l'interrogatoire et l'examen physique. Cet aspect de pudeur est-il spécifique à l'examen gynécologique en général, au suivi de grossesse ? A la médecine générale ?

La thèse de Guillaume G. intitulée « Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale » [30] soulignait que la pudeur était une marque de respect : médecins et patients se retrouvaient pour éviter au maximum l'exposition du corps du patient. Elle constitue aussi un obstacle compliquant la relation médecin-patient qu'il convient de contourner en prenant du temps, en instaurant une confiance, en expliquant chaque geste. Elle précisait que les vêtements constituent la première barrière, la plus dure à franchir.

De son côté, le patient ne voit en face de lui que le médecin. Le médecin lui n'est pas que médecin, il est aussi être humain. Il n'est pas toujours aisé pour les médecins d'interpréter la pudeur, ils peuvent la gérer par excès ou par défaut étant influencés par leur propre pudeur physique.

Plusieurs études portant sur le suivi de grossesse retrouvaient cette question de pudeur exprimée par les patientes mais aussi par les médecins généralistes :

Dans l'étude de Petitprez S. la majorité des femmes étaient gênées de réaliser leur examen gynécologique avec leur médecin de famille, principalement chez les patientes qui le connaissaient depuis l'enfance. La relation établie de longue date ne permettait pas de passer outre cette barrière [10].

Boulnois C. révélait dans son étude que ce terme de pudeur regroupait deux sentiments différents: pudeur quant au sexe du médecin mais aussi réticence à se retrouver face au médecin que l'on connaît depuis des années, avec qui on partage beaucoup d'autres choses [9].

La relation installée depuis des années avec son médecin de famille empêcherait-elle une certaine distanciation professionnelle entraînant une gêne lors de certaines questions ou examens ?

Clautour. L. corroborait cette idée de pudeur vis-à-vis du médecin qui les avait vues grandir [31].

Guillaume G. retrouvait dans sa thèse que si le médecin se doit de cacher ses sentiments afin d'éviter toute ambiguïté néfaste pour la relation, l'évolution progressive de la médecine l'oblige à s'impliquer émotionnellement de façon plus importante. Il ne doit plus s'occuper uniquement du corps du patient, sa mission étant de préserver la santé globale autant que de traiter les maladies. Cette proximité psychique se doit d'être maîtrisée car elle pourrait gêner la proximité physique nécessaire à l'examen. Pour ces mêmes raisons, un médecin ne soigne généralement pas sa famille et ses proches (en dehors de maladies bénignes). L'implication émotionnelle ne permettant pas l'objectivité pourtant indispensable [30].

### **3.1.6. L'arrêt de travail**

L'environnement professionnel était abordé dans 11 observations sur 13. La pénibilité, les trajets, les temps de repos ou de vacances étaient évoqués à différents niveaux. Il s'agit d'un domaine que les MG ont l'habitude d'appréhender dans leur pratique quotidienne en dehors du suivi de grossesse.

Un arrêt de travail a été prescrit pour 7 patientes sur 13. Les médecins étaient bienveillants et compréhensifs envers leurs patientes, ils suggéraient les arrêts de travail face à des patientes fatiguées ou douloureuses. La prescription pouvait se produire naturellement « à la demande » des patientes. Il n'existe pas de protocole, de règles dictées concernant la durée de ce type d'arrêt de travail. En l'absence de données objectives existantes les médecins laissaient le plus souvent la patiente choisir la durée de son arrêt. De longues discussions pouvaient en découler, les patientes n'arrivant souvent pas à évaluer elle-même le temps dont elles avaient besoin.

Dans sa thèse Witte T. retrouvait cette attitude auprès des sages-femmes : elles étaient attentives à l'état de fatigue de leur patiente et les encourageaient à demander un arrêt si elles en avaient besoin [12]. Les congés pathologiques ont été plusieurs fois suggérés et semblaient acquis pour certaines patientes chez les SF comme chez les MG.

Cuche. J indiquait que les femmes médecins prescrivait moins d'arrêt de travail, ils étaient 4 fois plus fréquents aux 2ème et 3ème trimestres qu'au 1er trimestre [16]. Ces constats n'ont pas été retrouvés dans nos observations. 2 patientes du 1er trimestre avaient été arrêtées en raison d'une fatigue importante. En effet c'est souvent lors du premier trimestre de grossesse que s'expriment les signes sympathiques de grossesse invalidants pour le quotidien : douleurs, nausées, vomissements et fatigue. Puis plus tard les difficultés physiques, les contractions peuvent apparaître.

L'ENP de 2010 retrouvait des données similaires à notre étude. Pendant la grossesse, le dernier arrêt de l'activité professionnelle, sans reprise du travail jusqu'à l'accouchement, a eu lieu pendant le deuxième trimestre pour 40,0 % des femmes et dans les quatre semaines suivantes pour 29,3 % des femmes. Ainsi 78,5 % des femmes ont arrêté de travailler à 32 semaines ou avant. Ces arrêts avant le début du congé usuel ont eu tendance à augmenter dans le temps [27].

A 2 reprises l'employeur préconisait lui-même l'arrêt. Il ne semblait pas avoir demandé l'avis du médecin du travail.

Deux médecins (OD7/M4 et OD12/M8) se sont intéressés, lors de la consultation du 7ème mois aux conditions mises en place pour le départ en congé maternité.

Une patiente (OD8/M5) évoquait l'exposition à des toxiques sur son lieu de travail, le médecin l'a dirigé vers le médecin du travail. D'autres médecins recherchaient les toxiques dans la sphère privée sans se préoccuper de l'espace professionnel.

Hors congé maternité, les droits sociaux du travail en lien à la maternité ont été évoqués par 2 médecins (M1 et M8).

La protection de la maternité au travail contribue au bien-être des mères et de leur bébé : elle doit assurer une sécurité de l'emploi, économique et d'autre part assurer l'absence d'exposition à des risques pour la mère et le fœtus. La salariée enceinte bénéficie d'un ensemble de dispositions protectrices au moment de l'embauche comme pendant l'exécution de son contrat de travail, dès lors que l'employeur est informé de son état : autorisations d'absences pour examens médicaux, conditions de travail aménagées, possibilités d'être affectée temporairement à un autre emploi en cas de risques particuliers ou de travail de nuit, protection contre le licenciement etc. Des dispositions protectrices s'appliquent également pendant le congé de maternité et pendant le congé d'adoption, ainsi qu'aux salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation [32].

L'information des droits sociaux et la protection des patientes enceintes au travail semblent être limitées. Nous pouvons nous demander à qui ces tâches incombent : à l'employeur, au DRH, au médecin du travail, au professionnel suivant la grossesse, aux patientes elles-mêmes?

## **3.2. Des variations de pratiques inter-médecins**

### **3.2.1. Des consultations de tonalités différentes**

Si des pratiques partagées par l'ensemble du groupe ont pu être observées, il a aussi été mis en évidence 3 grandes modalités de pratique du suivi de grossesse au sein de l'échantillon des médecins généralistes observés. Ces variations portaient sur le climat de la consultation, l'accent mis plus ou moins sur l'environnement de la grossesse et la place donnée à la patiente dans le processus de la consultation, la tonalité relationnelle. Le contenu des consultations, les thèmes abordés s'en trouvaient modifiés.

Au sein des 3 pratiques, il existait une variabilité inter-médecins, des sensibilités individuelles, des modes d'être et de faire spécifiques à chaque médecin selon le sexe, le contexte, le type de patiente. Apparaissaient ainsi des marges d'autonomie. On dit souvent que la clientèle est à l'image du médecin, certains patients sont plutôt gestionnaires de leur santé et d'autres plus prêts à déléguer leurs problèmes de santé aux professionnels à qui ils reconnaissent cette compétence [33].

La plupart des médecins observés manifestaient le souci de la qualité relationnelle laissant place dès le début de la consultation au discours de la patiente, ils utilisaient un questionnement ouvert. Les patientes abordaient prioritairement des thèmes en rapport avec les examens ou le corps puis selon le médecin elles abordaient les sujets de la parentalité, du ressenti, du confort et du bien-être. Souvent les médecins sensibles à ces thématiques initiaient les questions et les patientes développaient.

### **3.2.1.1. Des modes de communication différents**

C'est le mode de communication qui a été le critère principal permettant de différencier trois types de pratiques :

- Communication « centrée sur le protocole » : Approche directive décrite comme mode de relation paternaliste ou informative dans la littérature, essentiellement biomédicale.
- Communication « centrée sur la patiente » : Approche globale bio-psycho-sociale avec prise en compte des aspects émotionnels, de bien-être, de parentalité et de la naissance.
- Communication « centrée sur la patiente et centrée médecin » avec investissement affectif du médecin dans la prise en charge.

La communication est une compétence essentielle à tout médecin, de nombreuses études ont montré une corrélation entre communication efficace et meilleure santé [34].

Nous observons dans notre étude des différences en termes de contenu des consultations dont une grande partie semble influencée par le mode de communication mais également à une sensibilité personnelle des médecins à aborder certains sujets.

Le contenu biomédical comme nous l'avons montré est le plus complet possible et conforme aux recommandations chez tous les médecins observés.

➤ 4 médecins, qui étaient les hommes observés avaient une communication majoritairement centrée sur le protocole. La relation était principalement paternaliste ou informative, les médecins orientaient leurs consultations vers le champ biomédical de la grossesse abordant peu les aspects psycho-sociaux. Le discours des patientes était souvent dévié par des questions fermées que le récit déclenchait, jusqu'à ce qu'elles l'abandonnent ou non au profit de la reconstruction médicale [34]. Il y avait une négociation quant au caractère normal ou pathologique des symptômes. La consultation était en grande partie consacrée à la recherche de douleurs, contractions, à l'analyse des résultats des examens biologiques et échographiques, au diagnostic et la caractérisation des symptômes permettant de repérer des risques ou complications. L'aspect médico-légal et sécuritaire est pesant tout au long du suivi de grossesse, nous parlons bien de grossesses à « bas risque ». L'aspect émotionnel, le vécu de grossesse, les thèmes de parentalité, de préparation à l'accouchement et à la naissance s'en retrouvaient absents.

A l'intérieur de ce groupe les médecins se distinguaient selon des sensibilités individuelles :

- 2 de ces médecins utilisaient un ton posé et calme, laissant du temps pour écouter les angoisses des patientes en attitude d'écoute active. Les sujets affectifs, de parentalité, de projet de naissance ou de confort n'étaient pas développés contrairement aux aspects médicaux purs, ils n'étaient souvent pas évoqués par les patientes.

- 1 médecin qui connaissait la patiente depuis l'enfance était particulièrement directif, la patiente était très à l'aise multipliant les traits d'humour. Le médecin s'était attaché à la symptomatologie biomédicale et aux tâches administratives obligatoires occultant plusieurs questions de la patiente.

- 1 médecin de pratique plus marginale paraissait néanmoins arrangeant avec ses patientes : il parlait en mois de grossesse et non en SA se démarquant du protocole afin de s'adapter à ses patientes, il livrait des explications dans un langage adapté. Le questionnement ouvert faisait rapidement place à un interrogatoire fermé protocolaire. Les patientes n'avaient posé que peu de questions et n'exprimaient pas spontanément leurs émotions, elles recevaient de la part du médecin un discours directif leur donnant peu d'implication. Ce médecin avait examiné ses patientes sur un plan général uniquement au niveau de l'espace bureau sans utiliser l'espace dédié à l'examen clinique. Il avait été pourtant le seul à avoir créé au sein de la salle de consultation une zone d'intimité avec un paravent séparant le bureau de la table de consultation.

Ces 4 médecins utilisaient essentiellement un modèle traditionnel de relation médecin-patient paternaliste qui est aujourd'hui remis en question. Une consultation se déroule en un temps imparti et bref, il est de pratique courante d'être directif. Le manque de temps et le stress diminuent les capacités d'écoute et d'attention nécessaires aux malades. L'informatisation a aussi entraîné une distance supplémentaire entre le médecin et son patient. Cette relation est généralement asymétrique sur le plan de l'autorité : le médecin pose des questions au patient, il décide en général du traitement, la communication est plutôt unidirectionnelle reflétant plus celui du soignant que du patient, ce réflexe vise l'efficacité de la consultation, non l'efficacité thérapeutique [34].

Au cours des dernières décennies, ce modèle paternaliste a fait l'objet de critiques tant de la part des professionnels de santé que des patients. Ces derniers participent maintenant beaucoup plus activement aux décisions et sont plus susceptibles d'exprimer leurs besoins et leurs opinions menant à une relation plus équilibrée entre le médecin et le patient. Tout ce qui va dans le sens d'une décision conjointe améliorera les résultats, le patient qui apprend à poser plus de questions et à participer à ses soins en est plus satisfait. La majorité des conflits est due à des problèmes de communication. Le médecin améliore lui aussi le vécu de sa pratique et de la relation avec son patient [34].

La politique de périnatalité en France repose sur des plans de santé publique. Les plans développés des années 70 à 90 s'appuyaient sur la notion de risque ce qui a généré une médicalisation croissante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes. Le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Une plus grande prise en compte des attentes des couples, une humanisation des pratiques et une attention plus particulière aux patientes en situations de précarité sont attendues de la part des professionnels de santé [4].

En 1991, la conférence de consensus de Toronto établit le manque de communication en médecine en recensant les études sur la pratique médicale. Ainsi 54% des plaintes des patients et 45% de leurs inquiétudes n'avaient pas été perçues par les médecins. Leurs problèmes psychiatriques passaient inaperçus dans 50% des cas. Le discours du patient était interrompu par le médecin au bout de 18 secondes en moyenne. Cette conférence établit l'écoute active des inquiétudes du patient comme une donnée fondamentale de la consultation, permettant une meilleure satisfaction du patient, une diminution de son anxiété et une amélioration de critères objectifs de sa santé [34] [35].

Une approche centrée sur les patientes durant le suivi de grossesse paraît répondre aux recommandations actuelles, en application du plan périnatalité 2005-2007.

➤ 3 médecins femmes avaient une approche relationnelle centrée sur la patiente, neutre : Ils écoutaient activement leurs patientes, n'interagissant pas avec leurs discours. Ils utilisaient un questionnement ouvert et renforçaient les propos des patientes. Ces dernières abordaient tous les sujets : inquiétudes biomédicales (fatigue, douleurs, céphalées, sommeil) mais aussi psycho-sociales, la famille, le travail, le confort et les questions de bien-être. Elles avaient très souvent de multiples questions apportant parfois une liste afin de ne rien oublier. Les médecins s'attardaient à analyser les sujets évoqués spontanément par les patientes. Ils les accompagnaient afin d'approfondir leur pensée et trouver des solutions adaptées. Le vécu de la grossesse, les modifications corporelles, psychiques, familiales, émotionnelles étaient abordées. Une patiente a pu évoquer des violences conjugales par le biais de troubles du sommeil face à un médecin en attitude d'écoute active. Une autre un 1<sup>er</sup> accouchement difficile qui restait un souvenir douloureux et des difficultés d'allaitement avec le 1<sup>er</sup> enfant. De longs temps de consultation ont été consacrés aux sujets concernant la préparation à la naissance et à la parentalité. Les médecins prenaient beaucoup de temps à informer les patientes, à priori peu motivées de son intérêt, des différentes possibilités de personnalisation. Ils encourageaient leur patiente à contacter une sage-femme afin d'acquiescer cette préparation essentielle.

Ce mode de communication permet par ailleurs de « dé-techniciser » la grossesse ce qui est un des objectifs du plan périnatal 2005-2007. Il permet de limiter le nomadisme médical et ainsi de réduire les dépenses de santé publique [34]. L'enquête périnatale de 2010 précisait que le nombre de consultations et d'échographies continue d'augmenter. Le taux d'hospitalisation prénatale est resté quant à lui stable. L'augmentation du nombre de césariennes (de 14 % en 1991 à 18 % en 2001) correspond à une certaine forme de progrès mais témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance, en oubliant de restituer cette période de la vie à son état naturel. Une épisiotomie était réalisée pour 27 % des accouchements par voie basse en France contre 51% en 1998. La diminution du taux d'amniocentèse montre que les recommandations récentes pour éviter les amniocentèses d'emblée sont suivies [27].

Une attitude générale de contrôle est observée, justifiée par les effets secondaires des actes.

Les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter, notamment pour le choix de la maternité, des modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement [27].

Dans l'étude de Prévot-Stimec I. les femmes se sont déclarées positivement surprises par la découverte d'un médecin qui avait une approche moins technique [20].

Houlé P. indique que certaines femmes choisissent volontairement un suivi moins invasif [11].

Dans nos observations l'approche centrée sur la patiente a permis de mobiliser des ressources et des réflexions propres à chaque patiente dans leur projet de naissance et de parentalité. L'approche de la PNP était repensée en l'adaptant aux besoins de chacune. Elle donnait également accès aux médecins au savoir des patientes, révélant leur part d'autonomie : règles d'hygiène alimentaire, entorses à certaines recommandations, automédication, médecine parallèle, adaptation du confort. Les médecins intégraient ces données dans la prise en charge, ils ont proposé à plusieurs reprises des thérapeutiques douces comme la relaxation, la sophrologie.

➤ 2 médecins femmes se différenciaient encore de cette approche s'impliquant personnellement dans le suivi de grossesse de leur patiente, ils utilisaient une communication mixte « centrée patiente et médecin » sur un plan émotionnel. Ils partageaient leur propre vécu faisant référence à leur biographie personnelle ou collective. Ils utilisaient les pronoms « on / nous », les regards, sourires, soupirs ou mimiques étaient marqués traduisant l'investissement affectif du médecin.

- Un de ces médecins avait une communication d'écoute active centrée sur la patiente tout en se référant à certains moments à son expérience personnelle (elle était jeune maman) utilisant par le fait un discours « centré médecin ». Cela renforçait le climat de proximité avec la patiente et l'aspect humain de la relation. Ce médecin était particulièrement soucieux des questions de confort, du bien-être entourant la grossesse et de préparation à la naissance et à la parentalité. Le ressenti et le vécu des patientes en rapport avec l'état de grossesse étaient plus largement explorés. Les patientes posaient de multiples questions dépassant parfois le champ médical. Ce médecin détaillait très finement les informations de prévention et d'éducation. Il proposait de multiples solutions thérapeutiques : allopathiques mais surtout alternatives « plus naturelles » aux « maux de grossesse » comme l'acupuncture, l'homéopathie, la kinésithérapie, le repos, des conseils d'hygiène de vie. Son approche rejoignait celle des SF décrites par Witte T. tout en conservant l'identité professionnelle propre aux MG.

- L'autre médecin connaissait la patiente depuis l'enfance, l'approche était plus protocolaire mais elle était attentive à l'écoute et au ressenti de sa patiente. Le médecin connaissait parfaitement la famille de la patiente et multipliait les références. L'affectivité était prépondérante marquée par les intonations, les gestes, les sourires, soupirs de soulagement. Elle a peu abordé les questions de confort et de parentalité, il s'agissait de la 3<sup>ème</sup> grossesse de la patiente. Elle développait à plusieurs reprises un discours « centré

médecin » potentiellement anxiogène décrivant ses inquiétudes autour du suivi de grossesse de la sœur de la patiente.

Nous retrouvons cet aspect dans la prise en charge des SF. La capacité à se comporter de façon maternante vis-à-vis de la patiente [12]. Cette attitude contenante, rassurante et affectueuse dépend des besoins du patient, de l'implication et de la personnalité du médecin. Cela renforce la proximité entre le médecin et sa patiente. Cependant nous avons observé dans chaque consultation des moments où rassurer le patient faisait écho à « rassurer le professionnel ». La réassurance ne portait alors pas sur les mêmes objets, ce qui donnait lieu à des questions/réponses plus ou moins cohérentes. Une inversion des rôles soignant-soigné pouvait en découler. Il en ressort que le médecin doit prendre conscience de son mode de communication et apprendre à réguler l'intensité de son vécu et de son émotion vis-à-vis du patient. Nous pouvons nous interroger sur l'impact de ce partage de vécu dans la prise en charge des patientes enceintes.

### **Une formation peu adaptée à la communication centrée sur la patiente**

L'approche centrée sur le patient est une des 6 compétences des médecins de famille énoncées par la WONCA [14].

La formation des médecins généralistes s'effectue principalement à l'hôpital auprès de patients exclus de leur milieu de vie et morcelés en organe et système [23]. Sur 9 ans d'études seulement 2 semestres d'internat en médecine générale sont proposés (et quelques semaines durant l'externat). 1 seul est obligatoire, certains médecins n'ont bénéficié que de 6 mois de formation pratique, sur le terrain en médecine générale. Les maîtres de stage qui reçoivent les étudiants ont-ils reçu une formation spécifique sur la communication médecin-patient ? Par ailleurs 1 semestre est également obligatoire à choisir entre gynécologie ou pédiatrie, les 2 disciplines sont pourtant essentielles à la pratique quotidienne des MG.

Camille Isnard étudie dans sa thèse qualitative par observation directe de consultations en médecine générale la compétence relationnelle des médecins. Elle observe un mode relationnel centré sur la maladie se confondant avec les qualités humaines du médecin qui ne peut définir une compétence relationnelle « homogène rationnelle et thérapeutique ». Pratique apparue comme inconfortable et sujette au burnout [23].

La formation actuelle hospitalière valorise l'approche des pathologies de recours secondaires, des techniques et de la spécialisation s'intéressant peu à l'aspect émotionnel et psycho-social, au bien-être ou au vécu des patients. C'est la maladie et donc le diagnostic qui monopolise la réflexion.

Le carré de White est utilisé par les enseignants de la discipline pour prouver la non pertinence du terrain de formation. La formation initiale validée, malgré une vocation, ne suffit pas à prodiguer un « soin global, par une approche centrée sur la personne ». La compétence relationnelle paraît ramenée à une compétence « innée » ou « acquise par un seul statut ». Elle découle alors d'une conception personnelle et d'une nécessaire formation complémentaire [23], ce qu'ont réalisée les 3 médecins d'approche centrée sur la patiente.

### 3.2.1.2. Une différence de pratique selon le sexe du médecin

Nous avons retrouvé une différence dans les pratiques entre les hommes et les femmes médecins généralistes.

Les hommes avaient tous une pratique protocolaire orientant leur consultation vers la sécurité biomédicale sans aborder les sujets plus intimes, émotionnels, de parentalité et de bien-être. Les patientes consultant ces médecins exposaient moins leur ressenti qu'avec les médecins femmes, elles n'abordaient pas de questions sur la parentalité et le confort. Les médecins hommes étaient-ils moins sensibles à ces sujets ? Bien souvent ils ne relevaient pas ou ne développaient pas ces sujets.

Lors des consultations menées par les médecins femmes les patientes abordaient des aspects plus larges de leur grossesse : le confort, le bien-être comme les massages pour femmes enceintes, l'inconfort physique, l'allaitement, les questions de parentalité. Les médecins femmes abordaient ces sujets de manière plus approfondie, elles y étaient sensibles et guidaient leurs patientes dans ce sens. Elles adoptaient une approche d'écoute active « centrée patiente ».

Une femme médecin se rapprochait du modèle « centré protocole » tout en s'impliquant affectivement. Elle explorait de manière répétée le ressenti de sa patiente tout en orientant la consultation vers le biomédical. Elle n'a pas abordé les sujets de parentalité ni de confort ou de bien-être. Elle semblait avoir été affectée lors la prise en charge de la grossesse de la sœur qui s'était compliquée, avec un enfant porteur d'une maladie rare.

Ces différences provenaient-elles du mode de communication, du sexe des médecins, de rencontres singulières ou de sensibilités individuelles des médecins et des patientes ? Probablement d'une association de tous ces éléments, les déterminants sont complexes. Notons que tous les médecins hommes observés avaient une approche « centrée protocole », il conviendrait d'observer des hommes utilisant la communication centrée sur la patiente.

Dans son étude Petitprez S. notait que les patientes étaient plus à l'aise avec les médecins femmes, moins pudiques et mieux comprises. La féminisation de la profession est perçue comme un atout [10].

Boulnois C. soulignait que le sexe masculin semblait gênant principalement lorsqu'il s'agissait du médecin généraliste mais paraissait moins important lorsqu'il s'agit du gynéco-obstétricien [9].

Du côté des médecins, Prévot-Stimec I. montrait que les femmes MG s'estimaient dans une relation de proximité, de compagnonnage maternel, du fait de l'existence d'un vécu commun. Elles ont d'ailleurs mentionné que les choses avaient été différentes pour elles dans leur suivi professionnel entre le moment où elles n'avaient pas d'enfant et celui où elles en ont eu. Les MG hommes s'estimaient quant à eux à capacité égale pour suivre les grossesses, le médecin étant avant tout asexué et partant du principe que le vécu est insuffisant d'une part et que

d'autre part on ne requiert pas ce vécu dans les autres suivis [20]. Minimisant le rôle du genre dans l'exercice du soin, même si l'affirmation ancienne de J-P Valabrega « un médecin n'est pas un homme » dans la relation thérapeutique a été fortement remise en question notamment par Alain Giami.

Cuche J. faisait un constat inverse lors d'un recueil de données d'observation directe de 132 consultations de femmes enceintes : contrairement aux idées reçues, le sexe du praticien n'influçait en rien les interactions (questions posées, informations délivrées). Son étude ne portait pas uniquement sur le suivi de grossesse mais également sur les motifs intercurrents [16].

### **3.2.2. Exploration du contexte psycho-social, environnemental et affectif**

L'exploration psycho-sociale se limitait au champ professionnel chez 4 médecins.

La définition européenne de la WONCA préconise une « *prise en charge globale, biopsychosociale et centrée sur le patient dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires* » qui serait la spécificité des MG par rapport aux autres spécialités médicales. Ils doivent également rester attachés à l'EBM, gage de la scientificité de leur pratique. La démarche diagnostique doit également « *se baser sur la probabilité alimentée par la connaissance de la patientèle et de la communauté* », « *les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle étant intégrées dans les modalités de négociation de la prise en charge avec les patients* »[14].

Cette prise en charge globale a été observée de manière explicite chez 5 médecins sur 9. Ce qui ne voulait pas dire que les autres médecins n'intégraient pas ces données dans leur prise en charge mais ils ne réinterrogeaient pas ces notions au moment de nos observations. La connaissance antérieure de la patiente permettait probablement d'adapter la consultation de manière implicite, sans le laisser apparaître aux yeux de l'observateur.

Dans sa thèse Lanoé J. corroborait ce propos, les MG considéraient qu'ils ont évalué le contexte psycho-social de la femme avant sa grossesse et ne s'y intéressaient de nouveau durant la grossesse que sur point d'appel : 96,7% des MG disaient s'être préoccupés de la situation sociale avant la grossesse, 67,5% ne refaisaient pas le point de manière systématique lorsqu'ils avaient déjà suivi les femmes auparavant, 64,2 % de ceux-ci le faisaient si les femmes étaient dans des situations de difficultés connues ou survenant durant la grossesse. 55% des médecins se sont informés de la situation psychologique des femmes. 80% durant les consultations de suivi, sans préférence pour une en particulier, 20% durant la consultation où les troubles étaient suspectés ce qui pouvait être en dehors d'une consultation de suivi [36].

Il s'agit bien là d'une spécificité du médecin généraliste qui occupe une place particulière en tant qu'acteur de soins primaires explicité dans la loi HPST de 2009 et déjà énoncé « pivot du système de soin » dans la loi du 13 août 2004. L'accompagnement régulier des patientes permet au médecin généraliste d'être le meilleur observateur du contexte psycho-social,

professionnel et familial dans lequel elles évoluent. Médecin de famille il crée des liens intergénérationnels avec sa patientèle, ce qui lui permet d'intégrer les données familiales au fur et à mesure du temps. Médecin de la continuité des soins il prend en charge logiquement les étapes physiologiques de la vie de ses patientes, qu'il a pu anticiper avec elle, ce qui le conduit à ne pas reprendre à chaque fois toutes les informations explicites ou implicites, faussées ou non, acquises au cours d'un passé commun.

5 médecins sur 9 (7 observations) de pratique centrée sur la patiente ou impliqués affectivement réévaluaient explicitement et de manière globale la situation des patientes (contexte psycho-social, familial et professionnel) en l'intégrant à l'état de grossesse. La dynamique familiale, la prise en charge des enfants du foyer, l'implication du conjoint, la stabilité du logement, la préparation du logement à l'accueil du nourrisson, les difficultés antérieures étaient développées.

Ces médecins exploraient également l'investissement affectif des patientes vis-à-vis de la grossesse, du bébé. Ils étaient attentifs à créer des interactions mère-enfants, multipliant les attentions ou références au bébé. Ils avaient le souci d'améliorer le confort et le vécu de la grossesse par la prise en considération du ressenti et des souhaits des femmes, construisant par ce biais la sécurité émotionnelle autour de la grossesse. Ce dialogue demandait une écoute attentive, active et un accompagnement tout en instaurant un climat relationnel de confiance.

Françoise Moléna disait « Mettre au monde un enfant n'est pas un événement simplement physiologique, c'est un événement émotionnel, affectif, symbolique. Or, notre culture médicale a mis de côté, pendant quelques décennies, les émotions et le ressenti de la femme enceinte. » [37].

Dans l'OD11 la patiente parle spontanément des violences verbales subies au sein de son foyer alors qu'elle n'en avait jamais parlé à son médecin jusqu'ici. La fréquence des violences conjugales au cours de la grossesse varie de 3 à 8 %.[8]. La grossesse représente un moment de questionnement et de réorganisation du foyer auquel les médecins doivent être particulièrement vigilants. Le dépistage de toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) est essentiel car cette insécurité peut entraîner des complications sur le déroulement de la grossesse et sur l'élaboration du « lien parent-enfant ».

Dans son étude Houlé C. montrait que les patientes ont besoin qu'on s'intéresse à leur ressenti, à leur vécu de la grossesse, besoin d'une prise en charge globale. L'écoute est indispensable car les préoccupations sont nombreuses et l'implication émotionnelle inévitable. Les femmes aimeraient trouver cette prise en charge chez les gynécologues et MG, le problème est souvent un manque de temps ou une orientation vers la pathologie [11].

### **3.2.3. La préparation à la naissance et à la parentalité**

Les professionnels sont amenés à élargir leur rôle en matière d'accompagnement.

Les médecins se différenciaient dans leur pratique selon leur sensibilité à aborder ce point avec les patientes. 5 médecins sur 9 n'avaient pas abordé les questions de PNP. Les 4 médecins de pratique centrée sur la patiente, y accordaient de longs temps de parole. Ils élaboraient le projet de naissance laissant les patientes s'exprimer sur leurs souhaits quant au déroulement des soins au cours de la grossesse, les cours de PNP, les modalités et pratiques d'accouchement, le recours à l'anesthésie par péridurale, le mode d'allaitement, les possibilités du suivi post-natal et les recours en cas de difficultés.

Chez les SF, Witte.T montrait que les séances de préparation à la naissance étaient toujours longuement abordées, programmant parfois une consultation plus longue pour en discuter [12]. Les MG accumulaient souvent du retard dans leurs consultations programmées à 15 ou 20 minutes mais ne prévoyaient pas un temps de consultation plus long ou à part.

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation à la naissance et à la parentalité structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés. Les recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle doit permettre à la femme, au couple de développer les connaissances et aptitudes nécessaires pour promouvoir la santé du nouveau-né, en particulier les soins essentiels ainsi que les pratiques parentales à l'égard de l'enfant à élever [19].

La PNP a fait l'objet de recommandations éditées par la HAS en 2005 pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007. En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels). Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1er trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple [19].

Elles doivent être proposées à toutes les femmes.

Le recours à une préparation à la naissance a augmenté, aussi bien pour le premier enfant (73,2 % en 2010 contre 66,8 % en 2003) que chez les multipares (28,5 % contre 25,1 %) [27].

## **L'entretien prénatal précoce :**

Les médecins n'ont jamais évoqué l'EPP durant nos observations. Cela peut cependant provenir du fait que nos observations ont été réalisées à des âges gestationnels variés et à un instant T du suivi de grossesse.

Une consultation dédiée permettrait une réévaluation de la situation psycho-sociale et émotionnelle des femmes en début de grossesse, leur situation n'étant pas figée. Les conditions de vie évoluent vite avec une insécurité croissante tant au niveau professionnel qu'au niveau des couples.

La pédopsychiatre Françoise Moléna a été l'auteur d'un rapport qui a servi de base au plan national périnatalité et à la mise en œuvre de l'EPP « Faire entendre auprès des professionnels le bien-fondé de la prise en compte des émotions du patient est très long à faire passer dans la pratique », elle évoquait le fait que le corps médical était réticent à sa mise en œuvre, les médecins n'étaient pas convaincus de l'intérêt de prendre en compte les émotions des patientes. La peur du regard de l'autre et la délégation aux sages-femmes constituaient des freins [37].

La HAS a rappelé son importance en éditant des recommandations précises afin de bien conduire cet entretien. Il est considéré comme la 1ère des 8 séances de préparation à l'accouchement, remboursées à 100% par l'Assurance Maladie [19].

Cet entretien prénatal « précoce » peut être réalisé en fonction de chaque situation à n'importe quel moment de la grossesse. Il peut être organisé dans chaque maternité ou réalisé en ambulatoire (médecins libéraux, sages-femmes libérales). Ce n'est pas une consultation médicale, il ne comprend pas d'examen clinique. Il est coté C 2.5 pour les médecins [38].

Il doit permettre une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social), une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte, une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque, un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale, psycho-affective), une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir.

La rédaction d'une synthèse partagée entre les professionnels est recommandée.

L'évaluation de la santé psychosociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale, l'ensemble des difficultés ne pouvant pas être détecté uniquement dans un entretien spécifique [6].

L'enquête périnatale 2010 montrait également que l'entretien précoce est peu réalisé : 21 % des femmes déclaraient en avoir eu un. Les Pays de la Loire présentaient une situation nettement favorable pour cet indicateur, puisque 33 % des Ligériennes (49 % chez les primipares) ont bénéficié de l'entretien [1].

Selon le panel régional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, fin 2011, près de 55 % des médecins considérant le suivi de la grossesse à bas risque comme une de leur mission déclarent avoir proposé et réalisé l'EPP, 20% déclarent l'avoir proposé et avoir orienté la femme enceinte vers un autre professionnel et 22 % n'ont pas proposé l'entretien. Les médecins n'ayant pas proposé cet entretien déclarent, pour 42 % d'entre eux, qu'ils n'en voient pas l'intérêt, et pour 14 % que ce n'est pas leur rôle. Diverses autres raisons sont évoquées : les médecins n'y ont pas pensé, estiment manquer de formation sur ce point, ou considèrent que les femmes sont déjà suivies pour leur grossesse par ailleurs[1].

La thèse de Lanoé J. réalisée en 2012 montrait que seulement 63,3% des médecins généralistes avaient entendu parler de l'entretien prénatal précoce, seulement 36,8% de ceux-ci l'ont proposé aux femmes enfin 3,6% des médecins l'utilisaient en plus des consultations pour évaluer le contexte social et 2,5% pour explorer le contexte psychologique. Ceux qui ne l'utilisaient pas évoquaient un manque de connaissance dans la mise en œuvre, un manque d'intérêt puisqu'ils abordaient ces thèmes durant les consultations de suivi obligatoires, d'autres trouvaient que cela médicalisait davantage la grossesse. La plupart des médecins déléguaient l'EPP aux sages-femmes [36].

#### **4. Comparaison avec l'offre de soins des sages-femmes**

Dans le cadre du projet MATTER, une étude portant sur l'offre de soin des sages-femmes dans le suivi de grossesse a été menée par Witte T. selon la même méthode d'analyse qualitative par observation directe dans la région Pays-de-la-Loire [12].

##### **4.1. Les spécificités propres aux SF :**

Les SF avaient des compétences constitutives de leur profession autour du monde de la naissance et de l'obstétrique : réalisation de la rééducation périnatale, des CPA, surveillances de grossesses pathologiques, monitoring. Ce que les MG leur délèguent puisque leur formation est différente. Les SF présentaient aussi des variations interprofessionnelles dans leurs pratiques : une orientation vers les médecines parallèles, la pratique d'accouchement à domicile ou la pratique hospitalière à 50%.

Elles avaient toutes le souci de la sécurité médicale, comme les MG, et avaient également toutes une approche globale familiale, professionnelle, psychique et émotionnelle. Elles orientaient leur consultation autour du « monde de la naissance », avaient le souci du bien-être, du confort, de la prise en compte des souhaits des patientes en matière de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces derniers points ont été retrouvés chez 4 MG sur 9 observés.

Nous retrouvons cet aspect dans la thèse de Bergeron. C où les SF revendiquent une formation à la physiologie, des consultations longues qui leurs permettent d'aborder tous les

aspects non médicaux de la grossesse. Plusieurs estimaient le temps de consultation des MG à 10 minutes ce qui est une fausse idée.

Du fait de leur formation spécialisée autour de la naissance les SF ne prenaient pas en charge les motifs intercurrents, les pathologies extra-obstétricales ou prolongation d'AT adressant les patientes vers les MG. Elles déléguaient parfois la prescription des examens médicaux aux GO.

Les SF cherchaient à « démedicaliser la grossesse » à proposer des techniques alternatives plus « naturelles » en rupture avec les thérapeutiques allopathiques ce qui leur était propre. Elles se formaient dans ce sens vers des « médecines parallèles » : hypnose, acupuncture, conseillère conjugale, ostéopathie, posturologie, shiatsu. Certaines limitaient l'approche biomédicale au strict minimum ne pesant pas les patientes, laissant le gynécologue prescrire les examens. Elles prescrivaient des compléments alimentaires, traitements homéopathiques, phytothérapie pour les allergies, vitamines, magnésium dans un souci de confort ce qui n'a pas été observé chez les médecins généralistes. Les SF répondaient par ce biais à une évolution dans les demandes de certaines femmes vers une alternative au suivi médical classique moins technique.

Chez les MG les prescriptions étaient principalement allopathiques, réduites au strict minimum selon les recommandations actuelles, d'efficacité et d'innocuité connue. Ils pouvaient proposer en alternative de la kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, sophrologie, relaxation en collaborant avec d'autres professionnels, ne disposant pas de formation spécifique dans ces domaines.

L'efficacité et l'innocuité des thérapies complémentaires ou alternatives ont été insuffisamment évaluées pendant la grossesse comme la médecine par les plantes, l'hypnose et l'aromathérapie. Seuls le gingembre et l'acupuncture sont efficaces pour les nausées (grade A). L'intérêt des compléments alimentaires multivitaminés n'a pas été évalué, les dosages étant extrêmement variables selon les préparations [8].

#### 4.2. Les interactions :

Les SF projetaient leur expérience personnelle de la maternité ou de femme pour rassurer, aider à la description des symptômes ressentis ou donner leurs avis sur une situation. Ceci a été observé chez 1 MG (MG1). Un autre médecin s'impliquait affectivement sans se référer directement à son expérience personnelle.

Les sages-femmes tutoyaient les patientes, les appelaient par leur prénom. Elles étaient souriantes, adoptaient des postures d'écoute active. Elles se rendaient accessibles et disponibles, communiquant leur numéro de téléphone personnel. Les SF s'engageaient personnellement, la distanciation professionnelle était moindre en comparaison avec la plupart des MG qui à une exception près n'usaient pas du tutoiement et qui à deux exceptions près se tenaient à une neutralité affective.

#### 4.3. L'agencement des cabinets :

Les cabinets médicaux des MG disposaient dans leur salle d'attente des affiches d'éducation et de prévention portant sur des thèmes variés en lien avec l'activité diversifiée du médecin généraliste. Celle des SF était tournée vers le monde de la naissance.

La décoration était de style médical chez les MG cependant ils personnalisait leur bureau afin de créer une ambiance plus chaleureuse, plus humaniste en rupture avec le monde hospitalier : tableaux paysagers, fleurs, dessins d'enfants. Un espace enfant existait le plus souvent en salle d'attente et dans les bureaux de consultation ce qui soulignait l'attrait des médecins pour la pédiatrie. Chez les SF l'agencement et la décoration étaient tournés vers la naissance et la maternité avec des murs de faire-part, un buste de femme enceinte, des tapis de sol, des ballons. Les chaises pouvaient être côte à côte renforçant un climat de proximité, les échanges pouvaient se dérouler au milieu de la salle sur une chaise à distance du bureau ce qui n'a jamais été observé chez les MG. Elles créaient une ambiance relaxante créant un espace « salon » avec canapé, fauteuil, elles pouvaient consulter pieds nus ou mettre une musique de relaxation, avoir une machine à café afin d'en proposer aux patientes s'opposant à la rigidité du style médical.

#### 4.4. Le déroulement des consultations :

Tout comme chez les MG les consultations se déroulaient en 3 temps : temps d'échange (6 à 22 min) – examen clinique (7 à 15 min) – temps d'échange 2 (2 à 29 min). Ces temps étaient également très variables. Les conjoints étaient également peu présents.

Les consultations étaient également de durée très variable chez les SF de 19 à 58 minutes. La durée des consultations chez les MG allait de 11 à 39 minutes avec une moyenne de 26,5 minutes. Le temps programmé par le médecin était de 15 à 20 minutes, les médecins dépassaient 12 fois sur 13 le temps de consultation programmé. Ce temps variait selon un ensemble de facteurs propres à la patiente et au médecin : la rencontre singulière entre 2 individus ayant chacun des sensibilités particulières, une personnalité propre, des facteurs extrinsèques biomédicaux, environnementaux et familiaux dont les facteurs de vulnérabilité. Enfin la gestion des questionnements des patientes était différente selon les médecins, certains s'y attardaient, d'autres en occultaient, d'autres encore guidaient leur patiente vers certains sujets.

Les MG disposaient tous d'un secrétariat physique, les patientes connaissaient souvent la secrétaire qui faisant partie intégrante de l'accueil, elle assurait le lien relationnel entre la patiente et le médecin. Elle déchargeait aussi les médecins de tâches administratives. Les SF n'avaient pour la plupart pas de secrétariat par souci économique.

Les SF travaillaient sur dossier papier contrairement aux MG qui disposaient tous d'un dossier informatisé. Le logiciel différait les uns des autres et était souvent non spécifique à la grossesse. Les SF n'utilisaient pas non plus le carnet maternité, les patientes amenant un dossier avec les différents résultats d'examen.

## **5. La collaboration avec les autres professionnels**

Le champ de la périnatalité se caractérise par l'implication d'un grand nombre de professionnels médicaux et paramédicaux.

Les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires) [6].

La contribution des différents professionnels dans le suivi des grossesses s'est diversifiée avec un rôle plus important des généralistes et surtout des sages-femmes. La déclaration de grossesse, la surveillance est assurée par au moins un généraliste dans 23,8 % des cas, une sage-femme en maternité dans 39,4 % des cas (26,6 % en 2003), et une sage-femme libérale dans 15,7 % des cas [27].

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués [8]. Ceci est loin d'être évident en pratique par le manque de connaissance des professionnels entre eux [13]. La patiente de l'OD1 n'avait pas choisi le professionnel qui allait suivre sa grossesse à l'ISA, elle semblait perdue et s'est tournée vers son MG pour l'accompagner dans son choix. Elle avait consulté son gynécologue rassurée par son niveau de technicité mais lui reprochait un manque de disponibilité. Elle avait été suivie par une sage-femme lors de sa précédente grossesse mais estimait que la distance géographique était contraignante. Elle ignorait que son médecin traitant était en capacité de suivre sa grossesse. Le suivi partagé a été source de difficultés pour le MG.

La littérature est en faveur d'un avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte ayant une grossesse normale se sent en confiance (grade A). L'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination des soins et leur articulation pour améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant [6]. Le suivi de grossesse par les MG répond à cette exigence puisqu'elle est constitutive de leur profession.

### **5.1. L'absence d'utilisation du carnet maternité**

A la suite du Plan Périnatalité 2005-2007, un nouveau carnet de santé maternité a été mis au point, qui donne une large place à l'information des femmes sur leurs droits et leurs besoins pendant la grossesse.

Le carnet de santé maternité se présente en 3 parties : [39]

- Un livret d'accompagnement de la grossesse comportant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnels qui la suivent.
- Des fiches d'informations pratiques sur les examens à suivre, les soins, les services de préparation, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention.

- Un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé, qui peut être remplacé par le dossier de suivi médical utilisé dans leur réseau de soins.

Toute femme enceinte bénéficie gratuitement de ce carnet. La distribution du carnet est sous la responsabilité des départements : des caisses d'assurances maladie, des services de PMI, ou des caisses d'allocations familiales (CAF) [1][19]; 59,1 % des femmes ont déclaré avoir reçu le carnet et elles l'ont eu le plus souvent par la poste [27]. Les pays de la Loire ont un taux estimé à 80% [1].

Théoriquement lors de chaque examen médical, le praticien consigne ses constatations dans le carnet de santé maternité [39]. Dans notre étude il a été utilisé dans 1 observation sur 13. Les patientes regroupaient dans une pochette personnelle leurs documents de grossesse, les médecins les guidaient parfois dans ce sens. Ils consignaient les informations médicales dans leur dossier informatique. Le carnet est la propriété de la patiente, l'information n'est plus la propriété du médecin ce qui peut poser question en terme de sécurité médico-légale et juridique. L'annotation dans le carnet semble faire doublon et le manque de temps ou d'intérêt visible décourageant probablement les professionnels. Par ailleurs il semble que les femmes n'en disposaient pas toutes. Le seul médecin l'ayant utilisé soulignait sa nécessité d'utilisation pour que les patientes « *aient tout à la maternité, je note tout* » mais également les difficultés pratiques de distribution et d'information des professionnels quant à son utilisation « *Je ne sais pas pourquoi ils ne les donnent plus* ».

Les médecins établissaient à la fin du 7<sup>ème</sup> mois un courrier pour le gynéco-obstétricien de la maternité. Un médecin remettait un résumé à la patiente à chaque consultation. Le problème de ne remettre les documents de grossesse qu'en fin de suivi se posait lors de l'apparition d'un problème intercurrent ou d'une complication en cours de grossesse. Les patientes se rendaient parfois directement à l'hôpital ou consultaient un autre professionnel de santé par manque de disponibilité du professionnel référent et ne disposaient pas des données de leur dossier médical.

## **5.2. Les modes de collaboration et de coordination des soins**

Les médecins généralistes collaboraient :

- Avec les Gynéco-Obstétriciens lors du relai du suivi des 2 derniers mois à la maternité. Pour un avis ou prise en charge d'une pathologie gynéco-obstétricale.
- Avec les Radiologues pour les 3 échographies obligatoires. Les MG s'en remettaient à l'avis du radiologue quant à la nécessité d'effectuer des échographies complémentaires. Les MG demandaient oralement aux patientes s'il avait vérifié le col. Les radiologues livraient leurs conclusions aux femmes le jour de l'examen. Leurs propos pouvaient avoir une portée anxiogène non négligeable. Les MG préconisaient souvent une prise de recul recentrant le suivi au cas particulier de chaque patiente.

- Avec les Sages-femmes pour la PNP principalement. Pour un soutien à l'allaitement. Pour un suivi à domicile à la sortie de la maternité pour elle ou leur nourrisson. Un MG (OD1) avait informé sa patiente de la possibilité d'être suivie par une SF pour sa grossesse. Les médecins connaissaient mal la profession des SF. Leur manière de travailler semblait diversifiée, non homogène complexifiant l'orientation des femmes. Les patientes devaient alors se renseigner seules, ce qui peut poser question quant à l'égalité d'accès aux soins.

Bergeron. C notait que les sages-femmes insistaient sur le fait que leur profession est mal connue des médecins généralistes, ils ne connaissaient pas leurs capacités professionnelles ni leurs limites. La communication entre les 2 professions était difficile, variable selon les individus. Une notion de concurrence transparaissait : les médecins avaient l'impression que leur patiente « disparaissait » après une consultation avec une sage-femme. Ils n'étaient pas toujours informés de l'accouchement ne recevant pas de courrier de la part des sages-femmes. Le compte rendu des 8 et 9ème mois était adressé essentiellement au gynéco-obstétricien, les sages-femmes ne mettant généralement pas en copie le médecin généraliste [13].

Un médecin (OD11) a évoqué à 24SA un suivi alterné par « des séances individuelles auprès des sages-femmes » lors du dépistage d'une grossesse à haut risque psycho-sociale. La HAS recommande la collaboration entre les professionnels lors de situations à risque : la fonction de coordination peut être partagée par plusieurs professionnels au cours du suivi, en particulier lorsque la situation est complexe [8]. Bergeron C. dans sa thèse retrouvait que c'est autour du suivi de grossesse des femmes vulnérables que s'établissait une collaboration entre le médecin généraliste et la sage-femme avec surveillance alternée et rapprochée [13].

Des difficultés dans la transmission des informations, dans l'articulation des soins étaient inhérentes à la multiplicité des acteurs et à la non utilisation du carnet maternité :

- Avec les radiologues qui avaient parfois des retards dans leur compte rendu délivrant des informations orales. Elles pouvaient être mal interprétées, anxiogènes ce qui est une limite de ce système de transmission indirecte de l'information. Une déclaration de grossesse a été effectuée « *sur parole* » de la patiente. Le compte rendu était la plupart du temps directement remis aux patientes, elles le tendaient impatientement à leur MG ce qui mettait en évidence l'importance de cet examen pour les femmes. En effet il constitue d'une part un moment de grande émotion permettant d'établir les premières interactions avec le fœtus, de prendre conscience de la réalité de la grossesse et d'autre part l'échographie était source d'appréhension puisque le but premier est le dépistage pouvant potentiellement révéler une anomalie, une malformation. La lecture du compte rendu par le médecin reprenait ces 2 versants dans les interactions avec les patientes.
- Lors d'un suivi partagé. La prise en charge d'une complication gynéco-obstétricale ou une surveillance rapprochée nécessite en principe un partage d'information. Un médecin (OD3) n'avait pas reçu de compte-rendu du passage de sa patiente à la

maternité, les SF avaient réalisé un monitoring, des prescriptions, le GO une échographie et un examen clinique. C'est la patiente qui livrait l'anamnèse et la conclusion au médecin ce qui complexifiait la prise en charge et générait un risque de multiplication des examens.

Nous retrouvons cet aspect dans l'étude de Witte T. : les patientes étaient l'outil de communication entre les praticiens. Les SF demandaient à leur patiente ce que le GO avait fait, conclu ou prescrit [12].

Voisin R. retrouvait la notion que les outils de communication utilisés par les intervenants sont nombreux, fragmentés, différents les uns des autres, posant un problème de compatibilité et de duplication des documents. Une bonne coordination permet d'apporter à la patiente un suivi de qualité, centré sur celle-ci, en favorisant la complémentarité entre les intervenants et en réduisant le risque d'erreurs médicales par l'exhaustivité des données transmises. Cela permet également de réduire les coûts liés à la multiplication des consultations et des examens complémentaires [40].

#### La communication était principalement informelle :

Les médecins écrivaient un courrier au gynéco-obstétricien résumant le suivi de grossesse lors du relai à la maternité pour les 8 et 9ème mois. Ils effectuaient des prescriptions pour les infirmières (injection de rophylac), pour les kinésithérapeutes et pour le laboratoire.

La collaboration était informelle avec les sages-femmes, radiologues, anesthésistes, pharmaciens, médecins du travail, PMI, lactarium, ostéopathes, acupuncteurs. Les médecins délivraient une information orale à leurs patientes.

#### Un manque de disponibilité des professionnels :

L'accès aux soins était complexe : les dates d'échographies ne concordaient par toujours avec le RDV du GO. L'inscription dans une maternité se faisait sur liste d'attente.

Le manque de disponibilité engendrait une rupture dans la continuité du suivi avec une transmission d'informations souvent défailante. Une patiente avait consulté un autre MG durant sa grossesse, une deuxième avant sa grossesse, les MG se disaient pourtant disponibles dans les consultations observées. Dans la littérature les patientes ont une vision du médecin généraliste comme le professionnel étant le plus disponible. Leur volonté de disponibilité était manifeste : ils répondaient tous au téléphone pour des avis durant leur consultation, recevaient en consultation les enfants des patientes sans RDV, appelaient leur patientes pour les informer des résultats. Le planning est géré par un tiers, la secrétaire qui est tenue de déterminer l'urgence des situations et la nécessité de joindre « déranger » le médecin. Par ailleurs le travail en cabinet de groupe devrait permettre de contrer le manque de disponibilité en lien avec la baisse de la démographie médicale et avec l'activité diversifiée du généraliste, intensifiée en période épidémique.

En effet on observe une baisse de la démographie médicale :

- Les médecins généralistes sont touchés, ils étaient 88 886 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 131/100 000 habitants. Il existe une baisse de 8,4% des effectifs entre 2008 et 2016 au niveau national et de 6,8% en Pays-de-la-Loire [41][42].

- Les gynécologues médicaux étaient 1212 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 3,5/ 100 000 femmes avec une baisse de 37, 6% des effectifs entre 2007 et 2016. Les gynéco-obstétriciens et gynécologues médicaux étaient 1259 au 1<sup>er</sup> janvier 2016 3,6/100 000 femmes, une baisse de 42,7% entre 2007 et 2016. On note une augmentation des gynéco-obstétriciens de 31, 8% entre 2007 et 2016, ils étaient 4331 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, 12,4/100 000 femmes [41][42].

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 21 600 sages-femmes exerçaient leur activité en France. Leurs effectifs sont en croissance régulière au cours des vingt dernières années. La densité de sages-femmes a ainsi quasiment doublé au cours de la période pour atteindre aujourd'hui 148 praticiennes pour 100 000 femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans. Le salariat reste largement majoritaire, l'exercice libéral est en progrès dans cette profession : il concerne en 2015 plus du quart des sages-femmes (26 %) [7].

- On note une progression du nombre de radiologue de 3,2% entre 2007 et 2016 [41].

La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés quels que soient la discipline et le mode d'exercice [8]. Il est essentiel que les réseaux de santé en soins périnataux (RSP) contribuent à améliorer l'articulation entre soins de ville et soins hospitaliers afin d'optimiser le parcours de la femme enceinte du pré au post-partum, avec un accompagnement constant, sans redondances ni perte d'information. Pour ce faire, les RSP doivent rassembler l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quel que soit leur mode d'exercice, leur proposer des formations communes et des outils partagés [52].

Il existe un réseau de soin au niveau des Pays-de-la-Loire : Le réseau « sécurité naissance naître ensemble » qui a pour mission la coordination de ces acteurs dans la région et l'amélioration de la qualité des soins de la grossesse, de l'accouchement et de la période néonatale. Nous n'avons pas observé de liens des MG avec ce réseau. Dans sa thèse Bergeron C. relate une interview du Dr Branger médecin coordinateur du réseau qui déclare un manque de moyen technique pour communiquer avec les professionnels libéraux. Les MG et SF participent peu aux formations. Dans son étude les SF et MG expriment clairement leur besoin de travailler en collaboration avec une meilleure organisation et une meilleure communication au quotidien [39].

Nous retrouvons au travers de nos observations qu'il était parfois difficile pour les médecins libéraux indépendants de se mettre à jour des constantes évolutions techniques et théoriques. Une plus large participation de l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi de grossesse dans le réseau, l'organisation de rencontres, de formations communes permettraient

probablement une meilleure connaissance du travail de chacun et de mettre en place des outils de communications communs et plus performants. Il est important que chacun des acteurs développe ses écrits, ses comptes rendus de consultation à destination de l'ensemble des intervenants impliqués dans le suivi de grossesse. La prise en charge, qui reste encore trop cloisonnée, ne pourra qu'être enrichie des différents points de vue. Enfin il serait intéressant en l'absence d'utilisation du carnet santé maternité de remettre aux patientes un résumé à la fin de chaque consultation évitant ainsi toute rupture d'information dans la continuité des soins.

Tout ceci reste difficile dans le contexte actuel marqué par une distorsion entre l'offre et la demande de soins qui conduit les médecins généralistes à limiter le temps de consultation. Le mode de rémunération à l'acte qui ne prend en compte que la quantité des actes mais pas leur complexité ni la qualité des soins prodigués ne favorise pas non plus l'investissement des MG dans les pratiques complexes et interprofessionnelles.

## **V. CONCLUSION**

Les objectifs de l'étude étaient de décrire et de comprendre les caractéristiques réelles du suivi de grossesse en médecine générale, quels qu'en soient les écarts éventuels avec les pratiques recommandées.

Les observations ont permis de mettre en évidence des pratiques largement partagées constitutives de la profession :

Le souci de la sécurité biomédicale par le respect des recommandations et du calendrier de grossesse.

Le climat des consultations était en partie homogène, les patientes sont apparues en confiance. Une relation de proximité, familiale s'était construite par des contacts répétés dans le temps. Les médecins utilisaient un langage adapté à chaque patiente, parfois familial. L'humour était partie prenante des consultations, notamment au sujet des modifications corporelles et de l'alimentation.

Les patientes s'impliquaient dans leur prise en charge par différents moyens, tout en recherchant auprès du médecin un expert du savoir médical. Elles exprimaient un besoin de réassurance. Les médecins développaient davantage les thèmes concernant les pathologies, les médicaments, la famille et la profession, ce à quoi ils ont été le plus sensibilisés durant leurs études et dans leur pratique quotidienne.

Les médecins généralistes prenaient en charge de multiples demandes concernant les femmes ou leur famille, en complément du suivi de grossesse. Conformément à leur mission de médecin traitant ils associaient examen physique général et examen ciblé gynéco-obstétrical.

À ces pratiques communes à l'ensemble des généralistes se superposaient 3 modalités différentes de pratiques repérées principalement dans la tonalité des interactions médecin-patientes. Ces nuances n'étaient pas strictement homogènes, certains médecins se différenciant un peu plus par des caractéristiques individuelles. Ces 3 types de pratiques ont été nommés :

- « Approche centrée sur le protocole » pour 4 médecins, qui étaient les hommes observés. L'approche relationnelle était majoritairement directive et orientée essentiellement vers l'aspect biomédical, ce qui semblait bien accepté par les patientes. L'aspect émotionnel, le vécu de grossesse, les thèmes de préparation à l'accouchement et à la parentalité s'en retrouvaient absents.

- « Approche centrée sur la patiente » pour 3 médecins femmes. Elles adoptaient une attitude d'écoute active de leur patiente avec distanciation affective professionnelle. La prise en charge était globale, bio-psycho-sociale, de manière explicite, avec prise en compte des aspects émotionnels, de bien-être, de confort, de parentalité et liés à la naissance.

- « Approche centrée sur la patiente et sur le médecin » pour 2 médecins femmes. Elles manifestaient une grande proximité relationnelle, l'aspect émotionnel et le vécu de la grossesse étaient plus largement abordés par l'implication affective du médecin.

Le sexe du médecin semblait influencer : les médecins femmes de l'échantillon ont toutes abordé l'aspect psychique, émotionnel et le vécu de la grossesse avec leur patiente, contrairement aux médecins hommes.

Le mode de relation centré sur la patiente apparaît particulièrement adapté au suivi de grossesse en conformité avec le plan périnatal 2005-2007 qui vise à développer une offre plus humaine. Renforcer l'apprentissage d'une communication efficace auprès des étudiants et maîtres de stage apparaît essentiel afin d'appréhender le patient dans son entité globale notamment lors du suivi de grossesse. Il conviendrait d'étudier l'impact positif et négatif du partage de vécu auprès des patientes.

Les différences essentielles avec les observations pratiquées antérieurement chez les SF portaient sur une pratique non exclusivement centrée sur la grossesse pour les généralistes, ainsi que sur le constat d'une certaine tension perceptible au moment de l'examen intime chez ces derniers. Le souci du confort de la patiente, les propositions de techniques alternatives, l'intérêt porté au « monde de la naissance » (préparation à la naissance et à la parentalité et entretien prénatal précoce) se manifestaient chez toutes les SF mais pas chez tous les MG. Ces derniers étaient eux nettement plus centrés sur les risques médicaux et les aspects corporels de la grossesse.

La collaboration avec les autres professionnels est apparue plutôt informelle et peu spontanée. Les outils de communication n'étaient pas toujours adaptés à la pratique et le carnet de maternité n'était pas utilisé.

Ces différences interprofessionnelles font apparaître que l'offre de soins en périnatalité n'est pas uniforme, qu'au-delà des différences individuelles, l'identité professionnelle et la culture professionnelle y jouent un rôle. Cette diversité constitue une possibilité de choix pour les patientes. Il importe de préserver la diversité des caractéristiques des professionnels qui assurent le suivi de grossesse et l'égalité des choix pour les femmes par l'information des futurs parents.

Pour prolonger cette approche, une étude similaire auprès des gynécologues médicaux et obstétricaux permettrait une comparaison avec le travail effectué chez les médecins généralistes et les sages-femmes. La surveillance d'une grossesse étant un processus étalé dans le temps, l'observation longitudinale du déroulé de la surveillance apporterait un complément nécessaire à ces études transversales.

## VI. **BIBLIOGRAPHIE**

1. Observatoire régional de la santé. Réseau « Sécurité naissance - Naitre ensemble dans les Pays-de-la-Loire » La santé périnatale dans les Pays-de-la-Loire [En ligne]. Nantes; Avril 2013. 196 p. Disponible sur : [http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Perinatalite/2013\\_rapport\\_sante\\_perinatale.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Perinatalite/2013_rapport_sante_perinatale.pdf)
2. INSEE. Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre [En ligne]. Insee Première n° 1581; Janvier 2016. 4 p. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1581/ip1581.pdf>
3. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. Evaluation de plan périnatalité 2005-2007. Rapport final [En ligne]. Planète publique; Mai 2010. 140 p. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation\\_du\\_plan\\_perinatalite\\_-\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf)
4. Ministère de la Santé. Le plan de périnatalité 2005-2007 "humanité, proximité, sécurité, qualité" [En ligne]. Novembre 2004. 42 p. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
5. INSEE. Natalité en 2014 : comparaisons régionales et départementales [En ligne]. Mai 2016. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=TCRD\\_053#tab\\_1=2](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_053#tab_1=2)
6. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne] Recommandations professionnelles. Avril 2005. 51 p. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes\\_enceintes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf)
7. Observatoire régional de la santé des Pays-de-la-Loire. La santé observée dans les Pays-de-la-Loire. Sages-femmes [En ligne]. Juin 2016. 10 p. Disponible sur : [http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/AccompSoinsPrev/SagesFemmes/pdf\\_sagesfemmes\\_lsoonline.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/AccompSoinsPrev/SagesFemmes/pdf_sagesfemmes_lsoonline.pdf)
8. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles [En ligne]. Mai 2007; mis à jour en mai 2016. 42 p. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
9. Babinet Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés [En ligne]. [Thèse de doctorat]. U.F.R. de médecine et pharmacie de Rouen; 2013. 104 p. Disponible sur : [http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/845720/filename/Boulnois\\_Capucine.pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/845720/filename/Boulnois_Capucine.pdf)

10. Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2015. 70 p. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229907/document>
  
11. Houlé C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Rouen : U.F.R. de médecine et pharmacie; 2013. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751>
  
12. Witte T. Caractéristiques du suivi de grossesse par les sages-femmes libérales et coopération entre les professionnels de santé. Observation de 14 consultations de suivi de grossesse chez les sages-femmes libérales en Loire-Atlantique [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2015. 115 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/188552782>
  
13. Bergeron C. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2012. 154 p. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-ea36a22855a9>
  
14. World Organization of Family Doctors (WONCA EUROPE). La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille [En ligne]. 2002. 52 p. Disponible sur le site : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
  
15. Arborio A-M, Fournier P. L'enquête et ses méthodes : l'observation directe. 3ème édition. Paris : Armand Colin, 2005, 2011. 128 p.
  
16. Cuche J. Etude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste : observation de 132 consultations [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2014. 55 p. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=9c4b4d57-8341-4956-abc9-cfdc1e9c7b44>
  
17. Arborio A-M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. Recherche en soins infirmiers. Association de recherche en soins infirmiers, N°90-septembre, 2007.
  
18. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles [En ligne]. Novembre 2005. 56 p. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

19. République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [En ligne]. Légifrance version consolidée au 26 septembre 2016. Article 83. 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20160926>
20. Prévot-Stimec I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2005. 134 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/145483355>
21. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nancy 1: Université Henri Poincaré; 2010. 158 p. Disponible sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED T 2010 YILDIZ HABIBE.pdf>
22. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [En ligne]. Légifrance. JO n° 54 du 5 mars 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
23. Isnard C. La compétence relationnelle dans le soin en médecine générale. Enquête ethnographique: pour une éthique située dans la dimension de care [En ligne]. [Thèse de doctorat] Bordeaux: Université Victor Segalen Bordeaux 2; Mai 2011. 163p. Disponible sur : <http://www.voixmedicales.fr/documents/theses/ISNARD%20comp%C3%A9tence%20relationnelle.pdf>
24. Cosnier. J, Grosjean.M, Lacoste. M. Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins. Collection éthologie et psychologie des communications. Presses universitaires de Lyon. Broché. 1993
25. Vaysse J. Les Rôles Spécifiques de la gestualité et ses implications psycho-corporelles en clinique [En ligne]. Université Paris X. 2005. Disponible sur : [http://gesture-lyon2005.ens-lyon.fr/IMG/pdf/ISGS\\_Texte\\_J\\_VAYSSE\\_word\\_1\\_.pdf](http://gesture-lyon2005.ens-lyon.fr/IMG/pdf/ISGS_Texte_J_VAYSSE_word_1_.pdf)
26. Alexanian C. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum ? (à partir de l'étude ECOGEN)[ En ligne]. [ thèse de doctorat ]. Rouen : Université de médecine de Rouen; 2013. 59 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/169983064>
27. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [En ligne]. Inserm, Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. Drees; Mai 2011. 132 p. Disponible sur : <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>

28. Ménard. D, Maurel-Arrighi E. Mettre au monde. Revue Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique. N°50; juillet 2010. P 30-34.
29. Grange Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Bordeaux : U.F.R. des sciences médicales; 2015. 77 p. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164656/document>
30. Guillaume G. Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Paris : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012. 197 p. Disponible sur : [http://www.urps-med-idf.org/iso\\_upload/GUILLAUME\\_BETTAN.pdf](http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/GUILLAUME_BETTAN.pdf)
31. Clautour L. Parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zones sous-médicalisées. Etude qualitative dans le sud-est de la Vendée [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de Nantes; 2013. 73 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/178624292>
32. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Les garanties liées à la maternité ou à l'adoption [En ligne]. Droit du travail. 2010 mis à jour en 2016. Disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/maternite-paternite-adoption/article/les-garanties-liees-a-la-maternite-ou-a-l-adoption>
33. Rolland. C, Mantovani. J, Pascal. J, Afrite. A, Membrado. M, Lang. T. Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE) [En ligne]. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé. Les inégalités de santé 2008. Marseille. Disponible sur : <http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/Projet-Lang-communications.pdf>
34. Belliot L. Emergence et concept de soins centrés sur le patient : enquête documentaire [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2015. 60 p. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f4ac0d6c-f1fe-4902-97dc-0ce1697cef6d>
35. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ; 1991; 303(6814):1385.
36. Lanoé J. Exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes : quelles sont les pratiques des médecins généralistes [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Nantes : Université de médecine de Nantes; 2012. 70 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/159354765>

37. Moléna F. Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques ! L'entretien prénatal : un tournant dans la relation mère/professionnels. La santé de l'homme; 2007. N°391 :28-30. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/391/03.htm>
38. URPS-ml Pays de la Loire. Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque. Du projet de naissance à l'accouchement [En ligne]. 2011. 69 p. disponible sur : <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/Rapports%20et%20recommandations/Suivi%20grossesse%20bas%20risque-%20version%20finale-mai%202011.pdf>
39. République française. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) [En ligne]. Code de la santé publique. Article L2122-2. 2016. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>
40. Voisin R. La coordination du suivi de grossesse à travers le dossier de suivi prénatal [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard-Lyon 1; 2016. 79 p. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/192586157>
41. Conseil national de l'Ordre des médecins. Démographie médicale interactive [En ligne]. Données de l'atlas 2016. Disponible sur : <http://demographie.medecin.fr/demographie>
42. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016 [En ligne]. Paris; 2016. 326 p. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
43. DREES. Les autres professionnels de santé : combien sont-ils ? Portrait des professionnels de santé [En ligne]. Edition 2016. 6 p. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche2-4.pdf>

## **VII. ANNEXES**

### **ANNEXE 1**

#### **Note d'information pour la patiente :**

Nous effectuons actuellement un travail de thèse dont l'objectif est d'étudier l'offre de soin en périnatalité et de comprendre les choix des patientes enceintes dans leur parcours de soins.

Le travail est mené par le département de médecine générale de Nantes.

Le projet s'intègre dans une recherche pluri-professionnelle au niveau des Pays de la Loire : l'étude MATTER maternité et territoire dont l'objectif principal est d'apporter des connaissances sur les pratiques en santé périnatale, la coopération entre les professionnels, l'organisation et l'usage de l'offre de soin sur le territoire.

J'ai besoin pour pouvoir réaliser ce travail :

- D'observer des consultations de femmes enceintes qui font suivre leur grossesse par un médecin généraliste
- De pouvoir prendre des notes pendant les consultations
- De pouvoir accéder à votre dossier médical afin de compléter mon recueil de données.

L'ensemble des informations sera utilisé de façon anonyme pour l'étude.

#### **Consentement :**

Je soussignée....., accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Nathalie Cordelier, médecin généraliste remplaçante.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués ni les relations avec mon médecin.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à

Le

Nom et signature de l'investigateur

Signature de la patiente

## **ANNEXE 2**

### **Caractéristiques médecin**

DATE d'observation

LIEU

Age :

Date d'installation :

Mode d'exercice (libéral, salarié, mixte, seul ou en groupe) :

Formation complémentaire ?

Informatisation :

Secrétariat :

Situation familiale, enfants ?

Nb de suivi de grossesse déclaré / mois ou année :

Jusqu'à quel terme ?

Délai d'attente des RDV, disponibilité ?

## **ANNEXE 3**

### **Caractéristiques patiente**

DATE d'observation

LIEU

Age :

Age gestationnel lors de l'observation :

Gestité-Parité :

Lieu d'habitation (pour calcul distance/cabinet) :

Lieu de travail ( distance domicile-travail) :

Situation familiale :

Profession :

Antécédents médicaux, chirurgicaux :

Antécédents gynécologiques, obstétricaux :

Suivi antérieur gynéco-obstétrical :

Ancienneté du suivi par le médecin généraliste

Suivi du reste de la famille?

Lieu prévu accouchement :

## ANNEXE 4

### Trame théorique d'observation de la consultation prénatale par le médecin généraliste, après phase exploratoire

#### Déroulement :

- Organisation de la consultation: structuration des espaces de travail, enchaînement des actes, les étapes de consultation.
- Temporalité : durée de la consultation + temps imparti à chaque étape (chronométrage).
- Exploitation de l'espace, description du lieu, du cabinet : structure, atmosphère, mobilier.
- Contenu de la consultation : thèmes abordés

#### Interactions, communication :

- Qui est présent à la consultation, femme seule/accompagnée? Relations.
- Attitude, comportement (posture, regards, mouvements)
- Tenue vestimentaire
- Nature et durée des échanges verbaux, ton, niveau sonore rythme et fluidité des échanges.
- Données verbales, les référentiels linguistiques.
- Matériel et objets utilisés.
- Données non verbales : indices émotionnels (sourire, regard, moue, soupir), refus, silences, mimiques, attitude, gestualité, stratégies physiques.

#### Etapas théoriques de consultation.

Salle d'attente, accueil, secrétariat.

##### 1) Entrée en contact

2) Récit : Echanges, contenu, thèmes.

Implication du médecin aux propos de la patiente. Questions directives, ouvertes/fermées ?

##### 3) Interrogatoire – Anamnèse :

- **Médical :**

- Général :

- Antécédents médicaux-chirurgicaux-familiaux-psychiatriques

- Traitement, allergie, vaccinations, toxiques (tabac, oh, autres)

- Gynéco-obstétrical :

- Antécédents, gestité, parité (déroulement, mode d'accouchement, délivrance, allaitement)

- FR grossesse à risque (HTA, diabète, troubles de la coagulation, cf HAS)

- DDR, confirmation de la grossesse, datation du début de grossesse, de l'âge gestationnel et terme théorique.

Signes sympathiques de grossesse (asthénie, somnolence, pyrosis, mastodynie, nausées).

Signes d'appel : leucorrhée, métrorragies, pertes liquidiennes, douleurs pelviennes, contractions utérines, mouvements actifs fœtaux, pyrosis, épigastalgies, céphalées inhabituelles, prurit, SFU.

- **Social, environnemental, économique** : accompagnement, préparation à la naissance et à la parentalité, logement (stabilité, salubrité), entourage, situation familiale et professionnelle, profession du père, enfants à charge.
- **Psychologique, affectif** : troubles psychiques, dépression, anxiété, troubles du sommeil, violences verbales ou physiques. Repérer des situations de vulnérabilité, d'insécurité affective.

#### 4) Examen clinique :

Actes réalisés et ordre, déplacements patiente/médecin.

Intimité, positionnements.

Hygiène

Matériel utilisé

- Examen général : prise des constantes, TA, pouls, température, poids, taille, œdème, état réseau veineux, digestif, urologique, neurologique, cutané, cardio-pulmonaire, dentaire, conjonctives.
- Examen gynéco-obstétrical : vulve et périnée, speculum, TV score bishop, HU, BCF, mouvements actifs fœtaux, seins, abdomen.

#### 5) Information, prévention, éducation.

Orale ou écrite

-Planification du projet de naissance : Calendrier de grossesse + lieu d'accouchement

-Déclaration de la grossesse avant 15SA

-Préparation à la naissance et à la parentalité : 8séances. Allaitement, post partum, rééducation périnéale et abdominale, entretien prénatal individuel du 4<sup>ème</sup> mois.

-Mesures hygiéno-diététiques : Alimentation, Prévention CMV, listériose, toxoplasmose

-Toxiques : toxicomanie, tabac, oh, médicaments tératogènes.

-Profession : Adaptation du poste de travail, congé maternité, temps de travail, temps de transport, toxiques.

-Sommeil, activité physique

-Droits sociaux : droits et avantages liés à la maternité

-Signes fonctionnels imposant une consultation : céphalées inhabituelles, brûlures mictionnelles, fièvre, présence de pertes vaginales anormales (leucorrhées, métrorragies, pertes liquidiennes), diminution mouvements fœtaux, contractions utérines douleurs abdominales, pelviennes.

#### 6) Synthèse, formulation des problèmes.

Dossier médical de suivi, utilisation d'un dossier périnatal partagé ?

Informations consignées.

Collaborations avec professionnels médicaux et paramédicaux, réseaux, moyens de communications entre correspondants.

#### 7) Demande d'examen et prescription : biologie, imagerie, thérapeutique, paramédical, autre.

Justification, temps d'information et de négociation.

#### 8) Paiement : 100% maternité ? tarif de la consultation.

#### 9) Fin de consultation, prise de congé du médecin, programmation RDV.

## ANNEXE 5

### Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles INSEE. 2003

#### **CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES**

<b>Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)</b>	<b>Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)</b>	<b>Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)</b>
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermé- diaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité profes- sionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : CORDELIER

PRENOM : Nathalie

**Titre de Thèse :**

Caractéristiques du suivi de grossesse en médecine générale : étude qualitative par observation directe de consultations chez des médecins généralistes en Loire-Atlantique.

---

RESUME

Il existe une méconnaissance des femmes enceintes de l'offre de soins dans le domaine de la périnatalité et des compétences des professionnels entre eux.

Afin d'en étudier les disparités au plus proche de la réalité, une étude qualitative par observation directe de 13 consultations médicales dédiées au suivi de la grossesse auprès de 9 médecins généralistes en Loire-Atlantique a été réalisée. L'objectif principal était d'étudier les caractéristiques des consultations et les interactions médecin-patiente. L'objectif secondaire était la comparaison avec les pratiques des sages-femmes déjà explorées lors d'une enquête antérieure.

Ces observations ont permis de mettre en évidence des pratiques partagées par l'ensemble des médecins généralistes en termes d'organisation, de proximité relationnelle presque familiale, de prise en charge non exclusivement centrée sur la grossesse en continuité des soins antérieurs. Les médecins orientaient leurs échanges autour du corps, des pathologies et de la sécurité biomédicale. Les patientes s'impliquaient et exprimaient un besoin de réassurance autour de ces sujets. Les médecins généralistes collaboraient avec les autres professionnels de manière principalement informelle. Des nuances dans les tonalités relationnelles ont été observées définissant 3 modalités de pratiques : centrée sur le protocole, centrée sur la patiente et centrée à la fois sur la patiente et le médecin avec implication affective du médecin. Le sexe du médecin et les sensibilités individuelles semblaient également influencer sur le contenu des consultations. La prise en compte des aspects psycho-sociaux, émotionnels, de bien-être entourant la grossesse et de préparation à la parentalité et à la naissance n'étaient pas abordés par tous les médecins ce qui était une différence notable avec l'approche des SF. Les SF orientaient davantage leurs pratiques autour des questions de confort et de techniques alternatives.

L'identité professionnelle des praticiens paraît jouer un rôle dans la diversité de l'offre de soins en périnatalité constituant un espace de choix pour les patientes.

---

Mots clés : Médecine générale ; Grossesse ; Etude qualitative ; Observation directe ; Suivi de grossesse ; Interaction médecin-patiente