

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2015

N° 032

**THESE**

pour le

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

DES de Médecine Générale

par

**Typhaine WITTE**

née le 1<sup>er</sup> Décembre 1985 à Ploemeur

---

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 2015

---

**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 des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique*

---

Président : Madame le Professeur Leïla MORET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

Membres du jury : Madame Isabelle DERRENDINGER

Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU

## Remerciements

À Madame le Professeur Leila MORET, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean Paul CANÉVET pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Merci de m'avoir si bien guidée et d'avoir été si disponible.

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

À Madame Isabelle DERRENDINGER, qui me fait l'honneur d'avoir accepté de juger mon travail.

À toutes les sages-femmes ayant participé à l'étude. Merci pour votre accueil et pour votre aide.

À mes parents adorés,  
Merci pour votre soutien et vos précieux conseils. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Vous êtes formidables. Je vous aime fort.

À mon petit frère Adrien,  
Quelle chance de t'avoir. Je te souhaite beaucoup de bonheur. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime fort.

À toute ma famille que j'adore, vous êtes fantastiques.

À Morgane, Briec, Arthur et Victoria pour nos aventures Doëlanesques !

À Mamie,  
Je suis heureuse de te présenter ce travail. L'année passée a été difficile. Nous sommes avec toi. Je t'aime profondément.

À Nicolas mon amour,  
Merci pour ton soutien et ton aide inestimable ces dernières semaines mais surtout, merci pour tous ces moments de bonheur passés ensemble. Je suis tellement heureuse avec toi. Je t'aime de tout mon cœur.

À mes amis,

À Marion,

Nous avons partagé tellement de choses depuis la rue Bossuet. J'espère que nous plaisanterons encore longtemps de nos aventures Australo-Indiennes ! Merci d'être mon amie.

À mes amies de Brest,

À Kat, Cécile Trom., la p'tite Steph, la grande Steph, Lolo, Cess, Audette... Vous me faites tellement rire mes Greluches ! Je vous adore !

À Marie et Hélène, les triplettes d'Haiphong ont encore de belles années devant elles avant de se coucher tôt !

À Sidonie ma chère cousine,

Merci d'être là pour moi. Merci pour tous nos « rendez-vous » téléphoniques ! Merci pour cette amitié et cette complicité. Un clin d'œil à Sacha le plus mignon des bébés !

À Christelle,

Merci pour ton aide ces dernières semaines, Des années concours poneys aux années concours universitaires, c'est passé vite ! Merci pour ton amitié.

Aux amis du Pouldu,

Caille, Béné, Toipette, Fred, Edouard, Guillaume, Roud, Buzz, Greg et Margot, Antoine et Sutet... à tous nos souvenirs d'enfance et à tous les beaux moments d'amitié qui nous attendent.

Aux amis de Nantes,

À Myriam et Justine,

À toutes nos soirées passées sur les terrasses Nantaises, merci pour votre amitié dans les bons moments, comme les difficiles.

À ma chère Cécile, à tous les super souvenirs Nantais et Lao ensemble.

À Albé, Ben, Marie, Pierre, Maëlen, Gaëlle... Aux années d'internat !

À Zélia, Morgane, Pauline, Steph, Jérémy et Ronan qui ont toujours été disponibles pour une mini-pause pendant les révisions !

## Liste des abréviations

API	Allocation Parent Isolé
BDCf	Bruits du Cœur Fœtaux
CMU	Couverture Maladie Universelle
CU	Contractions Utérines
DIU	Diplôme Interuniversitaire
DMP	Dossier Médicale Partagé
DPC	Développement Professionnel Continu
Drees	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EPP	Entretien Individuel Précoce
FC	Fausse Couche
FM	France Métropolitaine
GM	Gynécologue Médical
GO	Gynécologue Obstétricien
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier(e)
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LA	Loire-Atlantique
MAF	Mouvements Actifs Fœtaux
NFS	Numération Formule Sanguine
PDL	Pays de la Loire
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNP	Préparation à la Natalité et à la Parentalité
PRS	Projet Régional de Santé
RAI	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSN	Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble
SA	Semaine d'Aménorrhée
SF	Sage-Femme
TA	Tension Artérielle

# Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>20</b>
2.1	LA METHODE.....	20
2.2	POPULATION ET ECHANTILLON.....	21
2.3	L'EXPLOITATION DES DONNEES.....	23
<b>3</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>24</b>
3.1	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	24
3.1.1	<i>Les sages-femmes.....</i>	24
3.1.2	<i>Les communes.....</i>	29
3.1.3	<i>Les séances d'observation directe.....</i>	29
3.2	TYPLOGIE DE PRATIQUE.....	32
3.2.1	<i>La pratique académique.....</i>	32
3.2.2	<i>Les variantes de pratique.....</i>	37
3.2.2.1	Orientation hospitalière.....	37
3.2.2.2	Médecines parallèles.....	38
3.2.2.3	Accouchements à domicile.....	40
3.3	RECURRENCES ET SINGULARITES.....	44
3.3.1	<i>Réurrences.....</i>	44
3.3.1.1	Le confort de vie, le bien-être.....	44
3.3.1.2	Le respect de l'intimité et le souci de la confidentialité.....	44
3.3.1.3	Le déroulement des consultations.....	45
3.3.1.4	L'agencement des cabinets.....	46
3.3.1.5	La continuité des soins.....	47
3.3.2	<i>Singularités.....</i>	47
3.3.2.1	L'agencement du cabinet.....	47
3.3.2.2	L'organisation et le contenu de la consultation.....	48
3.3.2.3	La coopération.....	49
3.3.2.4	L'administratif.....	49
3.4	INTERACTIONS ENTRE LES SAGES-FEMMES ET LEURS PATIENTES.....	49
3.4.1	<i>Le climat.....</i>	49
3.4.2	<i>L'humour.....</i>	51
3.4.3	<i>L'affectivité, projection de l'expérience personnelle des sages-femmes.....</i>	54
3.4.4	<i>L'appréciation de l'environnement.....</i>	54
3.4.5	<i>Les attentions portées au bébé.....</i>	56
3.4.6	<i>L'adaptabilité et la disponibilité des sages-femmes.....</i>	57
3.4.6.1	L'adaptabilité.....	57
3.4.6.2	La disponibilité.....	58
3.5	LA COOPERATION ENTRE LES PROFESSIONNELS.....	59
3.5.1	<i>Entre sages-femmes.....</i>	59
3.5.2	<i>Avec les médecins.....</i>	60
3.5.2.1	Généralistes.....	60
3.5.2.2	Gynécologues.....	63
3.5.2.3	Biologistes et échographistes.....	65

3.5.3	<i>Avec les kinésithérapeutes, ostéopathes et podologues</i> .....	65
3.5.4	<i>Avec les pharmaciens</i> .....	65
3.5.5	<i>Avec les autres professionnels de santé</i> .....	66
3.5.5.1	Les autres médecins .....	66
3.5.5.2	Les dentistes .....	66
3.5.5.3	Dans le cadre des maisons de santé .....	66
3.5.5.4	Le réseau Sécurité Naissance – Naitre ensemble RSN .....	66
3.5.5.5	Les infirmiers .....	67
3.5.5.6	Non médicaux.....	67
3.5.6	<i>Le dossier médical partagé (DMP) et le carnet de maternité</i> .....	67
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>68</b>
4.1	VALIDITE INTERNE .....	68
4.1.1	<i>La méthode</i> .....	68
4.1.1.1	Points positifs .....	68
4.1.1.2	Points négatifs .....	70
4.1.2	<i>La population</i> .....	71
4.1.2.1	Points positifs .....	71
4.1.2.2	Limites de l'étude .....	71
4.1.3	<i>L'analyse</i> .....	71
4.1.3.1	Points positifs .....	71
4.1.3.2	Points négatifs .....	72
4.2	VALIDITE EXTERNE.....	72
4.2.1	<i>Caractéristiques de l'offre de soins des sages-femmes</i> .....	72
4.2.1.1	Typologie de pratique : la pratique académique et ses variantes .....	72
4.2.1.2	Interaction entre les SF et leurs patientes.....	81
4.2.1.3	Spécificités du suivi de grossesse par les sages-femmes .....	84
4.2.2	<i>La liberté de choix du professionnel source d'inégalités</i> .....	90
4.2.3	<i>La coopération entre les professionnels de la périnatalité</i> .....	93
4.2.3.1	Mise en pratique et influence sur le parcours de soins .....	93
4.2.3.2	Coopération dans la relation sage-femme - patiente.....	101
4.2.3.3	Améliorations possibles.....	102
<b>5</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>103</b>
<b>6</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>105</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>112</b>

# **1 Introduction**

Le système de santé évolue de façon accélérée depuis quelques décennies.

Il évolue du fait des avancées scientifiques mais aussi car la société évolue et qu'il doit s'adapter aux besoins de la population, aux pratiques et à la démographie des professionnels de santé ainsi qu'aux difficultés financières qu'il connaît.

Dans le contexte des soins en périnatalité, les observateurs du système de santé sont inquiets face à l'augmentation des inégalités sociales mais ils sont aussi préoccupés par la question des inégalités de répartition territoriale des professionnels de santé et de l'offre de soins proposée.

Au cours des cinquante dernières années, les structures familiales se sont écartées peu à peu des modèles traditionnels (1) et le rapport au travail a changé (augmentation du chômage, nécessité d'être plus disponible pour son travail, mobilité professionnelle) aboutissant à un éloignement voire un éclatement des réseaux familiaux. Cet éloignement des individus entraîne un isolement et une plus grande vulnérabilité.

Le nombre de familles monoparentales augmente et le nombre de femmes seules et qui travaillent augmente. La part des femmes en activité est en augmentation puisque le pourcentage était de 58,1 % en 1998 et de 61,0 % en 2003. En 2010, 67,2 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse (2).

L'enquête périnatale de 2010 a montré que le pourcentage de ménages ne bénéficiant plus que de leur salaire comme ressource est en baisse, il est passé de 78 à 71 % entre 2003 et 2010 (3). Le pourcentage de ménages ayant eu une allocation chômage, le RSA, l'API ou le RMI a beaucoup augmenté entre 2003 et 2010 passant de 18,7 % à 22,9 % (2).

Dans cette même étude, il a été noté qu'au moment de la naissance de l'enfant, les femmes vivant seules sans emploi, les couples où l'homme et la femme n'avaient pas d'emploi et les couples où l'homme ou la femme était au chômage représentaient au total 19,3 % de l'ensemble des ménages (2).

Les inégalités sociales augmentent entraînant une plus grande précarité qui influe à plusieurs niveaux sur le suivi médical.

Le pourcentage de femme ayant renoncé à des soins pour des raisons financières est de 4.4% en 2010 contre 2.3% en 2003 (mais les soins dentaires ont été inclus en 2010) (2).

Selon la Drees, précarité et pauvreté sont associées à une médiocrité voire une inexistence du suivi de grossesse (4) qui peuvent être responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales (5).

La déclaration de la grossesse après 15 semaines d'aménorrhée (SA) est quatre fois plus élevée chez les femmes qui vivent seules que celles qui sont en couple, cette déclaration au 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre touche 8.5 % des femmes au chômage contre 2.5 % des femmes qui travaillent. 4% des femmes françaises ont déclaré leur grossesse tardivement contre 10 % des femmes d'Afrique du Nord et 21 % des femmes d'Afrique sub-saharienne (4).

L'enquête périnatale de 2010 a d'ailleurs montré que les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, ont augmenté, passant de 4,9 % à 7,8 % entre 2003 et 2010 (2).

La part des femmes qui n'ont pas eu les 7 visites prénatales réglementaires (6% des femmes interrogées) atteint 23.8 % des femmes qui n'ont pas fait d'études contre 4.4 % des femmes qui ont le niveau BAC ou plus, 19 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession contre 5 % des femmes cadres ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre (4).

Le nombre insuffisant d'échographie touche 14% des femmes non scolarisées contre 0.4 % des femmes qui ont le niveau BAC (4).

La catégorie socio-professionnelle, la situation familiale, le salaire, le niveau d'études et la couverture sociale influent aussi dans le choix par la patiente du praticien qui va suivre sa grossesse. En effet, 64% des femmes cadres ou des femmes sans profession dont le conjoint est cadre font leur suivi de grossesse chez un gynécologue contre 29 % des femmes ouvrières non qualifiées ou sans profession et dont le conjoint est ouvrier non qualifié et 21 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession. Le recours au médecin généraliste concerne surtout les femmes ouvrières ou sans emploi dont le conjoint

est ouvrier (38%) ou les femmes sans emploi et dont l'éventuel conjoint est sans emploi (37%) et les femmes vivant seules (31 % contre 23 % de celles qui vivent en couple) (4).

Des inégalités en santé périnatale (pas seulement sociales) ont donc été mises en évidence. Pourtant ce domaine devrait être épargné : recommandations très protocolisées des sociétés savantes, développement des réseaux de périnatalité qui devraient assurer une homogénéité de suivi quel que soit le professionnel impliqué et quel que soit le profil de la patiente, consultations et examens obligatoires et possibilité de pratiquer le tiers-payant sur ces derniers (pris en charge à 100% par la sécurité sociale) pouvant permettre l'absence d'avance de frais.

Cela signifie que d'autres facteurs interviennent pour expliquer ces inégalités.

Est-ce le manque de lisibilité du système de soins, un manque d'information et une méconnaissance du système de soin par les usagers ?

Y-a-t' il des inégalités dans l'offre de soins entre les professionnels de la périnatalité qui suivent les grossesses ?

Y-a-t-il un manque de coopération entre les professionnels impliqués ?

En France, la loi 2004-806 du 9 août 2004 article 101 du code de santé publique, stipule que toute femme enceinte doit bénéficier d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte des examens pratiqués ou prescrits par un médecin ou une Sage-Femme (SF).

Le système de santé français est complexe : professionnels multiples pour les mêmes actes, types de maternités différents, étendue et moyens des réseaux de soins variables sur le territoire...

Le suivi de la grossesse à bas risque peut être assuré par un médecin spécialisé en médecine générale, un médecin spécialisé en gynécologie médicale ou obstétrique ou une SF.

La formation des SF commence par un concours d'entrée (PAES depuis 2009) puis dure 4

ans. Les 2 premières années sont consacrées à l'étude du physiologique et de l'eutocie alors que les 2 dernières années forment au dépistage et à la prévention du pathologique en gynécologie, en obstétrique et en pédiatrie. Durant ces 4 années, la formation comporte une partie théorique, des stages pratiques ainsi que des travaux dirigés avec chaque année des épreuves écrites et orales. Elles se finalisent par la rédaction d'un mémoire avec une soutenance orale (6).

Les études de médecine sont composées de 3 cycles. Les étudiants doivent d'abord passer le concours d'entrée (PAES depuis 2009) puis ont six ans de formation commune à la faculté avec un premier cycle de 2 ans (dont l'année de préparation du concours) et un deuxième cycle de 4 ans (stages pratiques les trois dernières années) avec des examens écrits tous les ans. A la fin du deuxième cycle, les étudiants passent un concours leur permettant de choisir leur spécialité. Le troisième cycle, l'internat, a une durée variable selon la spécialité choisie (3 ans pour la médecine générale, 4 ans pour la gynécologie médicale et 5 ans pour la gynécologie-obstétrique). La thèse permet l'obtention du titre de Docteur en Médecine (7).

La formation des médecins généralistes leur permet d'assurer le suivi des grossesses à bas risque. Ils peuvent passer un DIU de gynécologie qui leur permet d'approfondir leurs connaissances dans le domaine.

Les gynécologues et les SF peuvent avoir une activité hospitalière (privée ou publique) ou une activité libérale.

Le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les SF et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différences (8).

Selon la HAS toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soin pour le suivi des grossesses, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), l'accouchement et la période post-natale afin qu'elles puissent choisir librement le professionnel à qui elles confieront le suivi de cette grossesse (8).

Le niveau de risque de la grossesse est défini idéalement avant la grossesse sinon lors de la première consultation et ensuite tout au long du suivi de la grossesse. Il est déterminé en fonction des antécédents médicaux, familiaux et personnels, généraux ou gynéco-obstétricaux de la mère, ainsi qu'en fonction de l'évolution de cette grossesse, des résultats des examens, de l'apparition ou non d'une pathologie pendant le suivi. La classification du niveau de risque de la grossesse n'est donc pas fixée mais dynamique.

Selon le niveau de risque, les intervenants de santé varient, d'où la nécessité d'une collaboration entre les professionnels concernés selon leur niveau de compétence.

En dehors des situations à risque où les gynécologues sont sollicités (2ème recours), c'est la patiente qui décide qui va suivre sa grossesse (sauf pour les consultations du 8ème et du 9ème mois qui devront être assurées par un des gynécologues obstétriciens exerçant dans l'établissement de santé où l'accouchement est prévu) (9).

Cette liberté dans le choix du professionnel de santé qui va suivre la grossesse peut-elle engendrer des inégalités ?

Selon l'enquête périnatale de 2010, la déclaration de grossesse est effectuée dans 47.6 % des cas par un gynécologue de ville, 26.5 % des cas par un gynécologue exerçant à la maternité, 22.4% des cas par un médecin généraliste, 3.6% par une SF de maternité, 0.6% des cas par une SF de PMI et 1.1% des cas par une SF libérale.

Par la suite, les médecins généralistes suivent 4.7% des grossesses, les SF libérales 11.7% et les gynécologues 66.8%. Il y a donc une différence entre le choix initial de la patiente et le choix final. La réorientation est faite en fonction du niveau de risque de la grossesse, des préférences des patientes et des praticiens (10).

Par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations par une SF, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une SF en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et une SF hors maternité de 5,0 % à 19,8 % (2).

La région des Pays de la Loire (PDL) est la plus féconde de France avec plus de 45000 naissances par an en 2011. En 2009, le taux de natalité<sup>1</sup> est de 12.8 pour mille (12.6 en France métropolitaine (FM)) (3).

Concernant la démographie médicale, cette dernière évolue.

D'après un rapport de l'Observatoire Régional de Santé de 2013, les SF étaient 132/100000 femmes entre 15 et 49 ans dans les PDL contre 130/100000 femmes de 15 à 49 ans en FM au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

La densité de SF a augmenté de 53 % dans les PDL entre 2001 et 2012 (contre 29 % en FM). Le taux d'exercice libéral des SF est élevé en Loire Atlantique (LA) (26 % des SF en LA contre 20 % en FM). Il y a 1 SF pour 44 naissances dans les PDL contre 1 SF pour 43 naissances en FM en 2012 (3).

D'après les données de démographie du Conseil National de l'Ordre des SF, au 1<sup>er</sup> janvier 2014, il y avait 27116 SF inscrites au Conseil de l'Ordre. 3424 avaient une activité libérale et 1566 une activité mixte (libéral plus salariée) (11). D'après un article de la Drees et le Répertoire partagé des professionnels de santé, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, 18 % des SF exercent en libéral (exclusif ou mixte) (12).

En maintenant constants les comportements des SF et en l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre de SF en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu. En 2030, une sur trois exercerait en libéral. Du fait d'une diminution annoncée du nombre de gynécologues obstétriciens entre 2011 et 2020 et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes, leur activité pourrait évoluer malgré une baisse du nombre de naissances par SF<sup>2</sup> et par an (12).

Les gynécologues obstétriciens (GO) sont 191 dans les PDL et les gynécologues médicaux (GM) 128 soit une densité de 24 GO pour 100000 femmes de 15 à 49 ans et 16 GM pour

---

<sup>1</sup> Taux de natalité : nombre de naissances rapporté au nombre d'habitants.

<sup>2</sup> La densité de SF est passée de 77 SF pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1991 à 126 en 2011, en raison d'une croissance du nombre de SF en activité supérieure à celle des femmes en âge de procréer (+0,2 % par an entre 1991 et 2011). Le nombre de naissances a augmenté de façon beaucoup plus modérée : en moyenne +0,3 % par an de 2000 à 2010, selon les estimations de population et statistiques de l'état civil de l'INSEE. Ainsi, le nombre de naissances par SF a diminué de près d'un quart en dix ans (12).

100000 femmes de 15 à 49 ans dans les PDL (vs 28 GO et 26 GM pour 100000 femmes de 15 à 49 ans en FM).

Il y a 1 GO pour 360 naissances dans les PDL contre 1 GO pour 220 naissances en FM (3).

Selon l'atlas national de la démographie médicale du conseil de l'ordre des médecins, le nombre de médecins généralistes dans les Pays de la Loire en 2013 était de 3147 soit 9.2 pour 10000 habitants (baisse de 3.4 % entre 2007 et 2013), les gynécologues étaient 96 avec une densité de 0.5 pour 10000 femmes.

Au niveau national, les données de l'atlas en 2015 indiquent :

- 1287 gynécologues médicaux au total soit 3.7/100000 femmes (baisse de 25.9% entre 2008 et 2015) (13).
- 4206 gynécologues obstétriciens au total soit 12.1/100000 femmes (baisse de 32.8% entre 2008 et 2015) (14).
- 1377 gynécologues médicaux et obstétriciens soit 4/100000 femmes (baisse de 36.8% entre 2008 et 2015) (15).
- 89788 médecins généralistes au total soit 133.5/100000 habitants ( baisse de 7.4% entre 2007 et 2015) (16).

D'après l'enquête périnatale de 2010, après la déclaration de grossesse, au cours de la surveillance de leur grossesse, les femmes ont consulté au moins une fois un généraliste dans 23,8 % des cas (contre 15,4 % en 2003), une SF en maternité dans 39,4 % des cas (26,6 % en 2003), et une SF libérale dans 15,6 % des cas (3.4% en 2003). On constate un retour vers le médecin généraliste et les SF pour assurer le suivi grossesse (2).

Les chercheurs se penchent tout particulièrement sur ce milieu car il devrait être un exemple d'égalité d'accès aux soins et ne l'est pas, mais aussi car la grossesse est une préoccupation de santé publique. Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir (5).

De plus, la grossesse et l'accouchement constituent le motif d'hospitalisation le plus fréquent des femmes en France (3).

C'est aussi une cause importante d'arrêts de travail. 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.

78,5 % des femmes ont arrêté de travailler à 32 semaines ou avant, c'est-à-dire avant la limite correspondant au début du congé maternité pour un premier ou deuxième enfant (si on y ajoute les deux semaines pour grossesse pathologique) (2).

Les dépenses de l'assurance maladie liées à la maternité en 2012 s'élèvent à 9.1 milliards d'euros ce qui représente 6.2% des dépenses totales de l'assurance maladie (17).

Le profil sociodémographique de la femme enceinte a changé (études, départs du foyer parental, emploi stable). Ces caractéristiques sociales ont un lien avec le déroulement de la grossesse et la santé de la mère et du nouveau-né (3). L'âge moyen de la mère à l'accouchement augmente, il est de 29,9 ans en 2010 dans les Pays de la Loire (30,1 ans en France métropolitaine) (3). Le pourcentage des mères de plus de 35 ans est en augmentation puisqu'il est passé de 6% en 1981 à 19 % en 2010. Celui des mères de moins de 25 ans a diminué, il est passé de 37 % à 14% sur la même période (3). Ce dernier élément a un impact sur la santé de la mère puisque le niveau de risque de la grossesse augmente avec l'élévation de l'âge maternel.

La grossesse est aussi une étape déterminante dans la trajectoire de vie d'une femme et d'un couple. La psyché maternelle est modifiée, c'est une phase très complexe d'émotions contradictoires, une phase de développement psychoaffectif à part entière ayant une importance dans la préparation à la parentalité. Le désir de grossesse et d'enfant ne coïncident pas forcément. L'enfant imaginaire, symbolique, va laisser place au bébé à naître. Les enjeux psychiques et physiques du suivi médical sont décuplés pendant cette période toute particulière de grande fragilité, vulnérabilité, où le rapport au corps se modifie, citée par les femmes et les médecins comme « n'étant pas une maladie mais état de santé particulier » rendant les attentes envers le professionnel de santé spéciales, avec besoin de beaucoup de disponibilité, d'écoute, de réassurance (18).

Ces dernières années, les attentes des couples se modifient : les associations d'usagers souhaitent plus d'humanité, ils voudraient une approche centrée sur le couple, la mère et l'enfant en laissant plus de place au naturel et en évitant la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement « la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait

pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels » (5).

Du fait de la vulnérabilité croissante des individus mais aussi de l'évolution sociétale, les professionnels de santé doivent non seulement adapter leur prise en charge en maintenant la sécurité et la qualité du suivi mais également en apportant plus de soutien psychologique, d'accompagnement social et de prévention.

Le dernier plan périnatalité 2005-2007 ayant pour principaux objectifs de réduire la mortalité périnatale et maternelle a entraîné des mesures visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins mais aussi une offre de soins plus humaine, plus proche avec un travail en réseau pour satisfaire les usagers, « le développement des réseaux de santé facilite la coordination de l'accueil et du suivi, ainsi que le partage de l'information » (5).

Plusieurs constats mettent en lumière la nécessité de développer les coopérations entre les professionnels de santé pour mieux faire face aux défis que doit relever la politique de santé:

- les besoins croissants (maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population)
- l'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale
- les progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé
- la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé
- l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie (19).

Les pouvoirs publics ont mis en place un ensemble de réformes qui incitent à la coopération et à la collaboration entre les professionnels de santé dont les réseaux de périnatalité.

Les objectifs sont de diminuer les frais, d'améliorer la qualité du suivi et des prises en charge et donc la satisfaction des usagers (humanisation et approche globale, formation continue et

donc prise en charge optimale...) et de diminuer les inégalités en santé pour les personnes en difficulté sociale et/ou professionnelle (homogénéisation et encadrement du suivi, accompagnement psycho-social).

Les réseaux de santé en périnatalité regroupent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social (5).

Les recommandations de la HAS encouragent aussi la coopération: «Le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice. », « 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. » (20).

A la suite du Plan Périnatalité, un nouveau carnet de santé a été mis au point, qui donne une large place à l'information des femmes sur leurs droits et leurs besoins pendant la grossesse et permet le partage d'information entre professionnels pour plus de cohérence dans le suivi de grossesse mais 37,9 % des patientes affirment ne pas l'avoir reçu (sa distribution est sous la responsabilité des services de PMI de chaque département) (2).

Pour faciliter la compréhension de l'organisation des soins et expliquer pourquoi les femmes doivent être transférées dans une autre maternité en présence de certaines complications, il est recommandé d'informer les femmes sur le réseau de santé en périnatalité auquel la maternité appartient. Dans les faits, plus des deux tiers des femmes déclarent ne pas avoir eu d'information sur ce sujet ou ne pas s'en rappeler. Seulement 31,7 % des femmes déclarent avoir été informées sur le réseau de santé en périnatalité (2). Ce résultat peut être mis en regard de la mise en place encore limitée de l'entretien individuel, qui est un moment privilégié pour parler de la régionalisation des soins.

L'entretien individuel précoce (EPP) a été mis en place progressivement après les recommandations du Plan Périnatalité 2005-2007 (Ministère de la Santé 2004). « L'entretien

individuel ou en couple, prévu par la réglementation, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte » (20) . Son but est de permettre aux parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins et de leur donner des informations en préparation de l'arrivée de leur enfant. Il est encore peu diffusé : 21,4 % des femmes déclarent avoir eu cet entretien (donc il n'est pas réalisé dans 75,8 %), soit 30,7 % chez les primipares et 14,3 % chez les multipares. Il a été le plus souvent réalisé par une SF de la maternité (49,8 %) ou une SF libérale (35,3%) (2).

Notre travail s'est intégré dans le projet MATTER (maternité-territoire), projet de recherche financé par le réseau des maisons des sciences de l'homme, pluridisciplinaire, associant des chercheurs en sciences humaines et sociales et des professionnels de la périnatalité, visant à étudier dans les Pays de la Loire les inégalités sociales et territoriales en santé, les disparités d'offres de soins en périnatalité et la coopération entre les professionnels de santé.

Dans le même cadre, plusieurs enquêtes ont été menées sur l'offre de soins de périnatalité notamment dans la thèse de Lucile Clautour qui a étudié le parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zones sous médicalisées dans le sud-est de la Vendée, dans la thèse de Justine Floret qui a étudié les caractéristiques des consultations de suivi de grossesse chez des médecins généralistes et dans la thèse de Benoite Catimel qui a étudié le parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zone sous médicalisée en Loire Atlantique.

Ici, nous avons travaillé sur l'offre de soins des SF et sur leur coopération avec les professionnels de santé.

Il y a très peu de données dans ce domaine, notamment sur la collaboration entre les professionnels de santé (3).

Cette coopération à laquelle incitent les pouvoirs publics pour des raisons sociales, budgétaires et culturelles existe-t-elle vraiment ?

Est-elle mise en pratique sur le terrain ? Comment ?

Influence-t-elle la qualité des soins ? Le parcours de soin ?

Comment, au sein de la relation entre patientes et SF, apparaît cette coopération entre les professionnels de santé ?

Quelle est l'offre de soin caractéristique de la profession de SF ?

Quelles interactions spécifiques existe-t-il entre les SF et les patientes ?

Y a-t-il une différence entre la pratique protocolisée par les recommandations des sociétés savantes et la pratique réelle ?

Comment au sein d'une pratique protocolisée se manifestent les variations de l'offre de soin ?

Y a-t-il une différence dans l'offre de soins entre les SF ?

Ces questions appellent de nombreuses enquêtes de terrain pour dénombrer les pratiques des acteurs professionnels et des usagers, et en préciser leurs déterminants. En amont de cet objectif, pour tenter de comprendre les processus à l'œuvre dans le suivi de la grossesse par les SF, une enquête a été menée par observation directe de consultations de suivi de grossesse à bas risque par des SF libérales de Loire-Atlantique.

L'objectif était de recueillir des informations sur les caractéristiques de ce suivi, sur les interactions entre les SF et les patientes au cours de la consultation, sur les pratiques professionnelles des SF et les coopérations interprofessionnelles qu'elles mettent en œuvre dans le cadre du suivi de ces grossesses.

## **2 Matériel et méthode**

### **2.1 La méthode**

Nous avons choisi une méthode qualitative d'observation directe, non participante, à découvert des consultations.

Une étude qualitative permet de recueillir un grand nombre d'informations (détaillées, denses) sur un nombre faible d'individu. Elle s'intéresse à des situations sociales examinées de façon intensive pour rapporter le maximum d'informations, elle permet une exploration en profondeur de thèmes peu connus. Elle a pour objectif de comprendre, de décrire, de tirer des constats. Il existe une certaine flexibilité dans l'approche qui permet de laisser de la place à l'inattendu.

Le raisonnement n'est plus hypothético-déductif mais de l'ordre de l'induction.

Le terrain d'observation est circonscrit pour permettre une observation intensive.

L'observation directe signifie que l'observateur se trouve sur le terrain pour recueillir les informations. Il doit capturer le maximum d'informations sans les interpréter et les consigner de façon à permettre leur analyse ultérieure.

L'enquêteur est à découvert, cela signifie que son activité d'observation est connue des enquêtés (par opposition à l'enquêteur incognito, « à couvert »).

L'observation est non participante, l'observateur n'intervient pas au cours de la consultation, il ne fait que prendre des notes (et enregistrer avec un dictaphone) et doit interférer le moins possible avec le déroulement de l'action observée.

## 2.2 Population et échantillon

La population concernée était l'ensemble des SF libérales de LA.

Leurs coordonnées téléphoniques ont été récupérées dans l'annuaire des professionnels de la région de façon à obtenir une liste des SF libérales de LA avec leurs numéros de téléphone.

Les SF étaient contactées dans l'ordre de présentation sur le site des pages jaunes (ordre alphabétique).

La première prise de contact avait pour objectif de leur présenter rapidement le projet par téléphone et d'obtenir leur accord pour leur adresser par mail plus d'informations.

Un message était laissé sur le répondeur de celles qui n'avaient pas décroché en expliquant qu'elles étaient contactées pour une thèse de médecine générale et en leur proposant de rappeler sur un numéro de portable. Si elles n'avaient pas rappelé, elles étaient recontactées une 2ème fois avec un nouveau message sur leur répondeur puis, sans retour de leur part, elles n'étaient plus sollicitées.

Les SF qui communiquaient leur adresse mail (dès le premier contact ou en rappelant) recevaient les explications sur le projet de thèse (*annexe 1*) ainsi que sur la conduite des travaux et ce dont nous avons besoin pour recueillir les données (assister à des consultations de suivi de grossesse par des SF libérales en prenant des notes). Elles donnaient ensuite leur accord pour participer à l'étude et attendaient d'être recontactées pour programmer des séances d'observation.

Un premier entretien test devait être réalisé chez une SF recommandée par le département de médecine générale. Ensuite, l'échantillon de SF devait être complété parmi celles qui avaient répondu positivement au mail avec un objectif de variation maximale : en fonction de leurs caractéristiques comme leur commune d'exercice, urbaine, péri-urbaine ou rurale et en fonction de leur tranche d'âge (démultiplication des terrains d'observation).

Les rendez-vous étaient fixés selon les disponibilités des praticiennes et de l'enquêteur.

Les séances d'observation devaient se dérouler au cabinet de consultation des SF.

La première partie de l'observation commençait en salle d'attente avec une prise de photos (aménagement, affichage et décoration).

La présentation de l'enquêteur à la patiente était faite par la SF ou directement par l'enquêteur (à la demande de la SF).

Les SF avaient demandé leur accord par téléphone aux patientes avant de confirmer le rendez-vous.

Les SF installaient les patientes comme à leur habitude et l'observateur était assis un peu en retrait dans la salle de consultation.

Avant que la consultation ne commence, le consentement éclairé (*annexe 2*) de la patiente était recueilli par écrit en insistant bien sur le fait que l'enquêteur pouvait sortir de la salle à n'importe quel moment de la consultation si la patiente le souhaitait et que toutes les données allaient être anonymisées. Ensuite, l'observation démarrait avec la prise de notes sur des grilles d'observation (*annexe 3*), enregistrement et chronométrage.

A la fin de la consultation, quelques questions à caractère informatif pouvaient être posées à la patiente et à la SF si l'observation n'avait pas suffi pour donner toutes les informations permettant de remplir les fiches patiente (*annexe 4*), SF (*annexe 5*) et structure (*annexe 6*) qui permettait de systématiser la prise de notes sans passer dans le directif.

Le nombre de consultations n'a pas été prévu à l'avance, il a été convenu de s'arrêter en arrivant à saturation des données.

## 2.3 L'exploitation des données

Après le temps du recueil des informations grâce aux grilles d'observation détaillées, les documents synthétiques (la fiche patiente, la fiche SF et la fiche structure) ont été complétés grâce à la prise de notes détaillées et à l'enregistrement.

Dans un second temps, il était prévu de réaliser pour chaque séance d'observation une analyse du contenu par thèmes issus d'une première lecture des données et une analyse structurale.

Enfin, il était prévu de réaliser une analyse transversale des consultations pour en faire ressortir une pratique type des SF libérales, et ses variantes, avec ses récurrences et ses singularités.

En anticipant les difficultés de présentation des résultats de cette enquête qualitative, nous avons prévu de laisser quelques composantes d'analyse apparaître dans les résultats pour faciliter la compréhension du lecteur.

## 3 Résultats

### 3.1 Caractéristiques de l'échantillon

#### 3.1.1 Les sages-femmes

L'échantillon de SF observées a été constitué comme suit :

- 47 SF ont été contactées. Leurs coordonnées ont été récupérées dans l'annuaire (elles ont été appelées par ordre d'affichage et donc par ordre alphabétique).
- 33 adresses mails ont été récupérées (adresse de la SF contactée par téléphone, de son associée ou adresse mail commune à toutes les SF du cabinet).
- 61 SF ont été informées du projet par l'enquêteur, leur associée ou une consœur.
- 14 SF n'ont jamais répondu au téléphone ou aux messages laissés sur leur répondeur.
- 1 cabinet de SF avait répondu positivement par téléphone mais n'a finalement jamais donné suite au mail d'information, envoyé à deux reprises.
- 2 SF n'ont pas donné leur adresse mail. L'une ne consultait qu'à domicile et l'autre a refusé, mettant en avant le fait qu'elle ne suivait que peu de grossesses physiologiques.
- la première SF contactée a été recommandée par le département de médecine générale car elle est très impliquée dans la formation à l'école de SF et dans le Développement Professionnel Continu (DPC). L'objectif était de tester les grilles d'observation directe lors d'une consultation. Cette première séance d'observation a été intégrée au corpus car elle s'est bien déroulée.
- par la suite, les SF ont été choisies en fonction de leur réponse positive plus ou moins rapide, de leur zone d'exercice (rurale, urbaine ou péri-urbaine) ainsi que leur âge de façon à obtenir un échantillon varié.
- l'effet boule de neige a été utilisé entre SF associées dans un cabinet mais aussi entre consœurs de cabinets différents (une SF a même organisé pour l'enquêteur des rendez-vous avec une consœur exerçant dans une ville proche).
- 14 consultations de suivi de grossesse ont été observées chez 9 SF différentes.

- toutes les SF étaient de sexe féminin.
- la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée 63 ans.
- 2 d'entre elles n'étaient pas associées et travaillaient seules.
- Les autres étaient associées entre SF et parfois même avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux.

Le tableau numéro 1 présente les caractéristiques des SF et des structures dans lesquelles elles exerçaient.

Certaines informations n'ont pas pu être recueillies lors de l'observation. Les cases correspondantes dans le tableau ont alors été laissées libres.

**Tableau numéro 1 : caractéristiques des SF et des structures d'exercice**

	SF 1	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	SF 6	SF 7	SF 8	SF 9
Ages, sexe	55 ans, féminin	27 ans, féminin	63 ans, féminin	48 ans, féminin	42 ans, féminin	25 ans, féminin	26 ans, féminin	27 ans, féminin	52, féminin
Milieu rural, urbain ou péri-urbain de la commune d'exercice	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Rural	Rural	Péri-urbain	Péri-urbain
Situation familiale	Mariée, 2 enfants		En couple, 2 enfants	Mariée, 3 enfants	Mariée, 4 enfants	Mariée, 2 enfants	En couple, pas d'enfant	Mariée, 1 enfant	Concubinage, 1 enfant
Formation, parcours	Diplômée en 1979	Diplômée en 2010 Installation en 2011	Activité hospitalière après le diplôme puis installation en 1993	Diplômée en 1989 Installation en 2012	Diplômée en 1996 Installation en 2000	Diplômée en 2011 Installation en 2012	Diplômée en 2012 Collaboration depuis 2013	Diplômée en 2010 Installation en 2012	Diplômée en 1983 Installation en 1996 avec activité en maternité. Exclusivement libérale depuis 2000
Modalités d'exercice	3 SF, 2 kinésithérapeutes, 1 psychologue Pas de secrétaire	Projet de maison de santé 2 SF qui se partagent un bureau de consultation Pas de secrétaire	Projet de maison de santé 2 SF qui se partagent un bureau de consultation Pas de secrétaire	1 SF titulaire, 1 collaboratrice, 1 remplaçante Centre de santé multidisciplinaire	2 SF associées	SF seule	2 SF (collaboration, association à venir) Secrétariat téléphonique IDE HAD mais pas associées à elles, location des locaux à la mairie « collocation »	2 SF associées Maison de santé (médecins, dentiste, psychologue, ostéopathe, IDE, SF) Secrétaire le matin	2 SF associées Maison de santé (médecins, dentiste, psychologue, ostéopathe, IDE, SF) Secrétaire le matin
Salle d'attente	Décoration colorée Affichage mixte : - médical préventif - psycho-social Prêt de livres et de DVD Jeux pour enfants, revues Mur de faire-part	Beaucoup d'affiches préventives, information, Page Facebook des 2 SF dépliants du RSN Grands fauteuils, jeux pour enfants Mur de faire-part	Beaucoup d'affiches préventives, information Page Facebook des 2 SF dépliants du RSN Grands fauteuils, jeux pour enfants, Mur de faire-part de naissance	Commune avec les autres spécialités Pas de décoration	Décoration non médicale, spacieux, lumineux, chaleureux	Décoration épurée, locaux neufs, musique de fond	Salle d'attente assez « neutre » Quelques affiches en rapport avec la périnatalité, quelques faireparts de naissance	Affiches préventives sur les thèmes de la périnatalité, gynécologie bien-être, soutien psychologique Peu de décoration	Affiches préventives sur les thèmes de la périnatalité, gynécologie bien-être, soutien psychologique Peu de décoration

	SF 1	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	SF 6	SF 7	SF 8	SF 9
Salle de consultation	Décoration, lavabo dans salle de consultation Tons mauve, neuf Table d'examen, coussins au sol, coussin sous la tête WC salle d'attente Paréo pour déshabillage	Se déchausser, coussins et tapis mousse au sol, jeux pour enfant, ballons Bureau et chaises Table d'examen médicale Pas de lavabo (dans les WC en salle d'attente)	Se déchausser coussins et tapis mousse au sol, jeux pour enfant, ballons Bureau et chaises Table d'examen médicale Pas de lavabo (dans les WC en salle d'attente)	Une seule salle de consultation WC dans la salle de consultation Déco mixte photos de bébés Table d'examen médicale Paravent pour intimité Machine à café, matériel pour la P	25 m2 Décoration mixte médicale et personnelle Table médicale (mais autre salle avec divan pour les autres activités) Pas d'isolement pour le déshabillage	50 m2 Déco : photos, faire-part, moulage ventre et poitrine en plâtre offert par une patiente en fin de grossesse Table d'examen + divan WC en salle d'attente Paréo pour le déshabillage	30 m2 Table d'examen WC en salle d'attente Faire-part de naissance, un coin bureau, un coin examen, un coin tapis de sol et ballons Particularité : un coin examen quasiment isolé du reste de la salle par une cloison	30 m2 Table d'examen, WC en salle d'attente, pas de zone d'intimité pour le déshabillage, un peu de décoration	30 m2 Table d'examen, pas de WC, pas de moyen d'intimité pour déshabillage, un peu de décoration
Activité, spécialités	P, SG, M, PP, G, R	Beaucoup de domicile, P, SG, R, M, PP Shiatsu, ostéopathie obstétricale, formation en psychologie	SG, M (P, R, PP ?) Ostéopathie obstétricale, Energie chinoise Posturologie (travail avec podologues)	P, SG, R, M P en piscine Conseillère conjugale et familiale agréée 50% d'activité à l'hôpital	P, R, PP, (M ?), SG, G (patientes connues) Acupuncture Gynécologie	Accompagnement global : P + accouchement à domicile + PP + R + G	P, SG, R, G, M, PP Formation hypnose (pour la P)	P, SG, R, M, PP, G (patientes connues) Formation Qi Gong pour la P P en piscine	P, SG, R, PP, G
DPC	Donne des formations		NON « journées fourre-tout », « bidon » Autoformation et « collaboration » avec une chef de clinique de l'hôpital, Association de SF	De part activité hospitalière RSN Revue de morbi-mortalité	Oui Formation en communication/gestion groupes (P) RSN		« Oui via les formations » (G, R) Conférences nationales	« Oui souvent » « Gynéco, homéopathie »	Oui « beaucoup »
Prescriptions	Homéopathie (douleurs vaginales) Echographie, biologie	Biologie SG (+ hépatite C car tatouages) Vitamines (asthénie) Uvedose Rophylac Conseils alimentaires Huiles essentielles Mot retard au travail Bas de contention	Homéopathie (nausées, pyrosis, sommeil, rhinite saisonnière) Maalox/Polysilane Exercices respiration Compléments alimentaires Huile d'Onagre (CU) Ceinture soutien abdominal	Bio SG Echo T3 Homéopathie sommeil Rophylac Magné B6, Gestarelle Eau citronnée Conseils alimentaires	Bio SG (M6) Conseils pour le rhume Rophylac +/- arrêt travail	Biologie mensuelle SG	Bio SG (toxos VHB, glycosurie, protéinurie) Doliprane/Spasfon Conseils alimentaires	Uvedose, bio (toxos, glycosurie, protéinurie)	Bas de contention, magnésium

	SF 1	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	SF 6	SF 7	SF 8	SF 9
Avis/adresse confrères	Médecin traitant pour faire le point sur l'extra grossesse et annoncer la bonne nouvelle Médecin traitant pour avis sur un diastasis des muscles de l'abdomen Dentiste : bilan buco dentaire Kinésithérapeute	MT si besoin d'un arrêt > 15 jours, si prurit augmente. GO 8 <sup>ème</sup> mois Suivi gynéco avec mammographie précoce Consœurs pour P différentes : Yoga sophrologie	ostéopathe	IDE Ostéopathe (patiente qui demande l'avis de la SF) GO 8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois	GO 8ème et 9ème mois Médecin traitant (a prescrit la biologie) Ostéopathe (patiente d'elle-même)	Kinésithérapeute, ostéopathe (patiente d'elle-même) conseille à la patiente d'appeler son médecin pour avoir un courrier pour consulter un dermato	GO (amniocentèse) Relais par GO 8 <sup>ème</sup> mois (pas de compte rendu évoqué)	Courrier pour avis dermato Compte rendu de SG pour le GO qui prend le relais 8 <sup>ème</sup> mois	La SF informe la patiente sur les médecins homéopathes du secteur, l'oriente dans le choix du médecin traitant et médecin pour le suivi de l'enfant GO 8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois
Autres			Avis négatif sur le SG par les médecins	Contre accouchement domicile	Contre accouchement domicile Avis sur la péridurale et la surmédicalisation accouchement	Avis sur l'hôpital, sur la grossesse, sur l'accouchement	Avis sur les médecins et leur opinion sur les SF	Avis sur le fonctionnement à l'hôpital	Musique de relaxation Activité mixte libérale et gardes maternité pendant 4 ans

P : Préparation à l'accouchement et à la parentalité, SG : Suivi de grossesse, R : Rééducation, M : Surveillance fœtale (monitoring) à domicile sur prescription GO, PP : Suivi mère et nouveau-né en post partum, G : Suivi gynécologique

### 3.1.2 Les communes

Les informations sur la SF, la structure et la commune d'exercice étaient recueillies avant ou après la consultation auprès de la SF.

Quatre SF avaient une activité urbaine, les cinq autres avaient une activité péri-urbaine ou rurale.

### 3.1.3 Les séances d'observation directe

Les grilles initiales ont été modifiées entre les 2ème et 3ème séances d'observation car les premières n'étaient pas adaptées : elles imposaient un cadre trop rigide à l'observation directe.

Les informations complémentaires sur la patiente étaient recueillies juste au décours de la consultation, dans la salle de consultation (ou dans la salle d'attente selon l'emploi du temps de la SF).

Le tableau numéro 2 présente les caractéristiques des patientes et des consultations observées.

Certaines informations n'ont pas pu être recueillies par l'observation. Les cases correspondantes dans le tableau ont donc été laissées libres.

Les professions des patientes et de leurs conjoints ont été présentées selon la nomenclature de l'Insee des catégories socio-professionnelles (21).

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 numéro 2 : caractéristiques des patientes et des consultations observées**

	OD 1	OD 2	OD 3	OD 4	OD 5	OD 6	OD 7	OD 8	OD 9	OD 10	OD 11	OD 12	OD 13	OD 14
Age de la patiente	38	27	33	37	27	35	23	25	27	29	27	33	26	28
Situation familiale	En couple, 3 enfants	En couple, 1 enfant	Mariée	Pacsée, 1 fille de son amie	En couple, 2 enfants	En couple, 2 enfants du conjoint	En couple	En couple	En couple, 2 enfants	Pacsée	Pacsée	Mariée, 2 enfants	Pacsée	Mariée
Niveau d'étude				Bac	Bac+3, « business communication »	BTS	coiffure	BTS - alternance	BEP sanitaire et social	IDE	Bac + 3, ergothérapeute	Bac + 3	Bac + 3, licence psychologie	Educatrice spécialisée, licence aménagement territoire
Profession/Classe socio professionnelle (INSEE)	3	6	3	4	Sans emploi	5	5	5	5 (milieu de la santé)	4	4	4	5	Sans emploi
Profession du Conjoint (INSEE)		6		3	En formation, sans emploi	4	6	5	6	4	4	1	4	4
Couverture sociale de la patiente			Sécu		Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu	Sécu
ATCD médicaux chirurgicaux	Dents de sagesse (DDS)	DDS	Allergie pénicilline	Chirurgie du genou Cancer du sein chez sa mère	Rhinite allergique saisonnière	Allergie aspirine Nævus cheville droite	Chirurgie mastoïdite, DDS	DDS, amygdales	DDS, appendicite	Appendicite, asthme d'effort	Appendicite	Hallux valgus opéré	Micro adénome hypophysaire (résolu)	0
Antécédents gynécologiques, grossesses antérieures	6 <sup>ème</sup> grossesse, 3 enfants (2FC dont une tardive)	2 <sup>ème</sup> grossesse, 1 enfant Pré-éclampsie G1	2 <sup>ème</sup> grossesse, pas d'enfant	1 <sup>ère</sup> grossesse Insémination en Espagne, donneur	3 <sup>ème</sup> grossesse, 2 enfants	1 <sup>ère</sup> grossesse	2 <sup>ème</sup> grossesse, 1 FC	2 <sup>ème</sup> grossesse, 1 IVG	4 <sup>ème</sup> grossesse, 2 enfants, 1 IVG	1 <sup>ère</sup> grossesse	1 <sup>ère</sup> grossesse	3 <sup>ème</sup> grossesse, 2 enfants G1 : HTA G2 : séroconversion toxoplasmose G3 : marqueurs	1 <sup>ère</sup> grossesse	1 <sup>ère</sup> grossesse

	OD 1	OD 2	OD 3	OD 4	OD 5	OD 6	OD 7	OD 8	OD 9	OD 10	OD 11	OD 12	OD 13	OD 14
												sériques élevés, amniocentèse		
Suivi SF ou médecin pour les grossesses antérieures	GO pour G2 et G3 puis SF pour G4 et G5	Médecin généraliste pour G1			G1 débutée à l'étranger (pas de SF), relai GO en France, G2 par un GO				Toutes par des SF pratiquant accouchement domicile			G1G2 avec médecin généraliste Préparation à l'accouchement avec SF		
Ancienneté du suivi par la SF	Début de grossesse (DDG)	DDG (RP précédente grossesse)	DDG	DDG	DDG	DDG	4 <sup>ème</sup> mois, bio DDG prescrite par le médecin traitant par téléphone	DDG	Précédente grossesse	DDG	DDG	DDG	DDG	DDG
Vouvoiement, tutoiement ?		vous	vous	vous	vous	vous	SF tutoies, patiente ?	Vous	tu	vous	vous	Vous	vous	vous
Distance domicile-consultation	6 km	14	5 km	4 km	« Juste à côté »	5 min voiture	Quelques min	5 min	30 min	5 min	10 min	10 min	10 min	10 min
Distance domicile-travail			2 km	5 km			70 km aller-retour	15 min		30 min	30 min	25 min	45 min	
Adressée par ?		Suite rééducation périnéale par SF, enchantée, souhaitait faire SG par SF	Avait pris rendez-vous en PMA avec un GO mais en fait grossesse spontanée Suivi SF d'emblée	Adressée par GO et amies Son amie avait été suivie par SF, satisfaite  GO ne faisait que SG pathologique	SF pour la préparation à l'accouchement G2, très satisfaite contact et de la prise en charge  Plus proche de chez elle	Médecin généraliste trop loin, entre prendre GO qui ne la connaissait pas ou SF qui ne la connaissait pas : SF Avis positifs amies au travail	Avait rendez-vous avec une SF hospitalière qui l'a réadressé à la SF libérale pour le SG	« choix évident d'emblée » pour la patiente, connaissait le SG par SF, échos positifs de l'entourage	Cherchait SF qui pratiquait accouchement à domicile : internet, « super entente »	déménagement, pas encore de GO ou de médecin traitant, une copine qui avait « testé » SG par SF lui a recommandé donc SF proche chez elle	Déménagement récent, GM à Nantes qui lui a dit de prendre rendez-vous après échographie 1, orientée par la secrétaire du médecin traitant chez la chez SF	« Médecin traitant m'a fortement suggéré SF »  2 amies qui avaient fait SG chez SF et retours très positifs	Première consultation chez le médecin traitant qui l'a réadressée	gynéco à Nantes, voulait suivi plus proche. Demande conseil à des amies → SF Recherche sur internet SF au plus proche

P : Préparation à l'accouchement et à la parentalité, SG : Suivi de grossesse, R : Rééducation, M : Surveillance fœtale (monitoring) à domicile sur prescription GO, PP : Suivi mère et nouveau-né en post partum, G : Suivi gynécologique, DDS : Dents de Sagesse, DDG : Début de Grossesse, G[1-6] : 1<sup>ère</sup> à 6<sup>e</sup> Grossesse

## 3.2 Typologie de pratique

L'observation des SF a permis de mettre en évidence plusieurs types de pratique de la profession de SF. Il existe une pratique idéale typique que nous avons appelée la pratique académique dans laquelle toutes les SF se retrouvent mais aussi des variations de climats, de modalités de pratique qui permettent à certaines SF de se distinguer.

### 3.2.1 La pratique académique

Nous avons nommé pratique « académique » la pratique commune à toutes les SF observées, qui applique les missions définies par le code de santé publique et le conseil national de l'ordre des SF ainsi que les recommandations des sociétés savantes concernées, de la HAS avec :

- le suivi de grossesses physiologiques selon les recommandations :
  - consultation mensuelle avec interrogatoire et examen clinique visant à évaluer le niveau de risque de la grossesse tout au long du suivi et à détecter une pathologie obstétricale.
  - examens biologiques mensuels et échographies obstétricales selon des recommandations.
  - préparation à la parentalité avec l'EPP et la préparation à l'accouchement
- le suivi des grossesses pathologiques avec surveillance fœtale (monitoring) sur prescription d'un gynécologue.
- la préparation à l'accouchement pour les patientes suivies par un médecin ou une consœur.
- le suivi post natal de la mère et du nouveau-né (« une consultation par semaine en complément du médecin »).
- la rééducation périnéale.
- le suivi gynécologique pour certaines SF (« pose de dispositifs intra-utérins, frottis cervico-vaginal, contraception orale... pour les SF diplômées après 2009, c'est intégré à la formation, sinon, il y a un DU de gynécologie sur 1 an»). Souvent les SF assuraient

seulement le suivi gynécologique des patientes qu'elles avaient suivies pour la préparation à l'accouchement, le suivi de grossesse ou la rééducation.

Les SF avaient toutes choisi d'exercer en libéral par conviction, suite à leurs études (activité libérale dès l'obtention du diplôme) ou après un temps d'exercice en maternité.

Elles étaient souvent associées avec une consœur et parfois aussi avec d'autres soignants (infirmiers (IDE), médecins...).

Elles essayaient de participer au maximum à des formations dans le cadre du DPC ou à des journées de formation du réseau « Sécurité Naissances-Naitre ensemble » (RSN) selon leur disponibilité. Certaines SF donnaient des formations.

Chez toutes les SF, la consultation était organisée en 3 temps, une première phase de parole (« discussion 1 » qui a duré entre 6 et 22 minutes), l'examen clinique (entre 7 et 15 minutes) et une deuxième phase de parole (« discussion 2 » entre 2 et 29 minutes). La durée de consultation est allée de 19 à 58 minutes au total.

- **Discussion 1:**

- formules de politesse, la SF et la patiente se serraient la main ou se faisaient la bise. Parfois les 2 femmes échangeaient sur leur environnement, la famille, les vacances...
- c'était la SF qui la plupart du temps abordait en premier le suivi de la grossesse suite aux premiers échanges de politesse ou sur l'environnement de la patiente.
- le premier thème abordé était un problème en cours ou le symptôme qui préoccupait le plus la patiente lors de la dernière consultation, lorsque l'antériorité de la relation le permettait (parfois même sur le pas de la porte ou en s'installant quand des résultats d'examens complémentaires étaient très attendus par exemple), sinon, la SF resituait le contexte en résumant rapidement le suivi de grossesse.
- récupération des résultats d'examens complémentaires (biologie et échographie surtout).

- ensuite l'interrogatoire complétait ce qui n'avait pas été abordé spontanément en premier :
  - signes fonctionnels gynéco-obstétricaux (leucorrhées, douleurs abdominales (DA), contractions utérines (CU), mouvements actifs fœtaux (MAF)), signes fonctionnels urinaires (SFU).
  - signes fonctionnels d'hypertension artérielle (HTA), dyspnée, malaises, signes d'hypotension orthostatique.
  - évaluation du transit
  - évaluation de la qualité du sommeil, de l'état psychologique, de l'environnement familial et professionnel.
  - éléments administratifs (déclaration de grossesse, explications sur les allocations familiales, congés maternité, «vous prenez bien l'heure de grossesse que votre employeur doit vous laisser ?», inscription en maternité, rendez-vous avec le gynécologue du 8<sup>ème</sup> et du 9<sup>ème</sup> mois...)
  - information sur la préparation à l'accouchement (durant plusieurs minutes, une fois plus de 6 minutes).
  - taille et poids de naissance des précédents bébés.
  - l'appétit, l'alimentation (prévention toxoplasmose et listéria, qualité et quantité des apports), les mesures hygiéno-diététiques pour lutter contre le reflux gastro-œsophagien (« petits repas le soir ») et le pyrosis (« eau citronnée »), les risques d'intoxication alimentaire (« produits bien frais. On est plus sensible pendant la grossesse »).
  - recherche d'automédication « attention avec votre rhume... il y a des médicaments dont il faut se méfier... avec des anti-inflammatoires cachés », « et vous avez pris quelque chose pour soulager les douleurs ? Du Spasfon, un peu du Doliprane ? », « Il y a eu des prises médicamenteuses depuis la dernière fois ? ».
  - efficacité des traitements de confort prescrits au préalable : « et vous prenez bien l'homéopathie qu'on a mis la dernière fois ? ».
  - prurit
  - douleurs des seins

- carte de groupe sanguin, groupe sanguin du conjoint
- questions ouvertes à plusieurs reprises au cours de la consultation « y-a-t-il d'autres problèmes ? », « Avez-vous des questions ? »
- les patientes posaient souvent des questions en rapport avec des symptômes ressentis, des inquiétudes, le bien-être et le confort et parfois des questions médicales très précises (Rophylac, Trisomie 21, diabète gestationnel...)

- **L'examen clinique**

- les SF se lavaient les mains, les réchauffaient
- mesure de la tension artérielle (TA), palpation abdominale, hauteur utérine (HU), position du fœtus
- poids
- recherche d'ictère conjonctival
- palpation seins
- examen des jambes
- doppler
- le toucher vaginal (TV) n'était pas réalisé en l'absence de symptômes sauf si la patiente le souhaitait « Est-ce que vous voulez que je vous examine ? Ce n'est pas obligatoire, c'est comme vous voulez, comme il n'y a pas de contractions utérines ou de symptôme, là, ce n'est pas obligé, mais si ça vous rassure je peux le faire... », « Souvent les contractions utérines n'ont pas d'action sur le col mais l'examen avec le toucher vaginal ce jour est indispensable car si le col est ouvert il faudra vous mettre au repos ». La patiente était en décubitus dorsal, pas en position gynécologique, les SF se plaçaient sur le côté de la table d'examen, elles mettaient des gants et un peu de lubrifiant et demandaient à la patiente si elle était prête « alors vous me dites », « quand vous êtes prête on y va »
- pendant l'examen clinique, les SF continuaient de chercher des symptômes qui pourraient les inquiéter (en complément avec discussion 1)

- **Discussion 2 :**

- les SF notaient dans le dossier les données de la consultation du jour et les résultats d'examens complémentaires pendant que leur patiente se rhabillait.
- les SF travaillaient surtout sur dossier papier. L'une d'elle avait en plus des dossiers informatisés mais elle s'était fait ses propres fiches de suivi car le logiciel « était trop cher ».
- les SF faisaient les prescriptions (biologie, échographie, médicaments) et programmaient avec la patiente la prochaine consultation ainsi que les séances de préparation à l'accouchement si cela n'avait pas été abordé plus tôt dans la consultation.
- les SF expliquaient « l'agenda » du suivi de grossesse à la patiente. Elles expliquaient ce qui serait fait aux différents temps de la grossesse : « planification de la grossesse »
- les dernières phrases des SF étaient des paroles rassurantes (concernant une inquiétude exprimée par la patiente en début de consultation), une recommandation qu'elles avaient faite ou un conseil concernant une règle hygiéno-diététique qu'il allait falloir respecter.

- **prescriptions :**

- vitamines (Uvedose, compléments alimentaires)
- Doliprane
- Spasfon
- Maalox
- Polysilane
- Magnésium
- Rophylac
- bandelette urinaire « au moindre doute sur des signes urinaires »

### **3.2.2 Les variantes de pratique**

Au cours de l'étude, nous avons observé des caractéristiques distinctes, des modalités de pratique, qui tout en intégrant la pratique académique différencient les SF entre elles.

#### **3.2.2.1 Orientation hospitalière**

Nous avons pu rencontrer deux SF avec une activité mixte hôpital-libéral.

L'une avait, après 13 années d'exercice en maternité, choisi de s'installer en libéral tout en gardant 50 % d'activité en clinique avec des gardes en salle de naissances.

En plus de la pratique académique elle avait une formation de conseillère conjugale et familiale et pratiquait la préparation à l'accouchement en piscine.

Elle participait à des DPC et à des formations du RSN et à des revues de morbi-mortalité et disait avoir une formation continue du fait de son activité hospitalière.

Cette SF exerçait dans un centre de santé multidisciplinaire avec des médecins de plusieurs spécialités différentes, des kinésithérapeutes, des psychologues. Elle louait d'ailleurs la piscine aux kinésithérapeutes pour ses cours de préparation à l'accouchement.

La salle d'attente était neutre, commune à plusieurs spécialités différentes.

La salle de consultation gardait l'agencement commun à toutes les SF avec les tapis de sol, les ballons, le paravent pour isoler le coin examen, un peu de décoration, un affichage en rapport avec la périnatalité, des photos de bébés, une machine à café... Il y avait des WC dans la salle de consultation.

Nous avons noté pendant les deux phases de discussion de cette consultation un échange prolongé avec des explications sur le Rophylac (6 minutes). De même pour la carte de groupe de la patiente, l'autopalpation des seins et la description fine des CU devant alerter.

La SF a marqué deux temps dans la première phase de discussion :

- le premier où elle était assise sur une chaise au milieu de la pièce, face à la patiente, sans aucun documents, sans dossier, où elle a écouté les plaintes spontanées de la patiente, plutôt en rapport avec le confort, le bien être.

- puis un deuxième temps où la SF s'est rapprochée de son bureau et à l'aide du dossier papier avec les résultats d'examen et les éléments du suivi de grossesse a complété son interrogatoire, plus « médical ».

La SF a bien vérifié que la patiente avait tout compris en fin de consultation en lui faisant répéter.

Cette praticienne était opposée à l'accouchement à domicile « c'est beaucoup trop dangereux, il y a plein de choses qui peuvent se passer même si tout va bien au début... c'est trop dommage qu'il y ait besoin de médicaliser alors qu'on est à domicile.... En plus on peut facilement démedicaliser en salle de naissance, on le fait beaucoup, on met de la musique, un peu de déco, parfois même les photos et tout.... Il n'y a rien de médical sauf que s'il y a un problème... tout le monde est prêt derrière le rideau pour intervenir ».

La seconde SF avait une activité libérale exclusive au moment de l'observation directe mais elle avait eu une activité mixte libéral-salle de naissance pendant 4 ans. Elle exerçait maintenant dans une zone péri-urbaine avec une pratique « académique » incluant quelques éléments d'une pratique « médecines parallèles » (musique de relaxation pendant la consultation).

### ***3.2.2.2 Médecines parallèles***

Beaucoup de SF avaient en plus de la pratique académique une orientation vers ce que nous avons appelé les médecines parallèles.

Certaines d'entre elles avaient des formations agréées par des DU (acupuncture, hypnose, conseillère conjugale et familiale agréée) mais la plupart expliquaient s'être auto-formées ou avoir assisté à des journées de formations par des personnes référentes dans le domaine.

Dans l'un des cabinets fortement marqué par cette orientation de pratique, les consultations se faisaient pieds nus. La patiente, la SF et l'enquêteur ont dû se déchausser pour entrer dans la salle de consultation. La patiente était habituée.

La salle était agencée avec une partie médicale technique et une autre avec des tapis de sol, des ballons et des jeux pour enfants. La consultation était structurée comme les autres avec les deux temps de discussion et l'examen.

Dans le cas de la consultation observée, la patiente se plaignait beaucoup de ses allergies saisonnières, de nervosité, de fatigue et d'insomnie pour lesquelles la SF lui a prescrit des traitements homéopathiques « ça marche bien ça pour les allergies », « le café à dose homéopathiques ça a l'effet inverse du café », « l'Ignatia... pour la sensibilité... le stress, avec le café homéopathique le soir ça va aller ». Mais aussi d'un reflux gastro-œsophagien et de douleurs dans le bassin avec des petites contractions utérines et de nausées pour lesquelles la SF a proposé une approche mécanique avec des manipulations d'ostéopathie obstétricale, de posturologie et des méthodes de shiatsu et d'énergie chinoise. La patiente a accepté, s'est dévêtue pour l'examen standard au décours duquel la SF a commencé sa séance.

La patiente était dévêtue, en décubitus dorsal sur la table d'examen. La SF a mobilisé son bassin, ses hanches et ses sacro-iliaques pour la soulager, « le bassin était un peu décalé ce qui expliquait la mauvaise posture et le poids de l'utérus plus important et donc les contractions... là maintenant ça va aller mieux mais il faudra peut-être recommencer ».

Pour le reflux la SF a proposé des exercices de respiration pour remettre en place le diaphragme et diminuer la gêne digestive. La patiente s'est assise sur le bord de la table d'examen les mains croisées devant la poitrine et la SF lui a expliqué les mouvements à réaliser en lui recommandant à la fin de bien faire les exercices à la maison tous les jours.

La SF a aussi expliqué avoir utilisé des « points de pression pour stopper les nausées, ça ira mieux comme ça ». La patiente semblait très satisfaite de cette séance.

Dans un autre cabinet, il y avait un fond de musique de relaxation pendant toute la durée de la consultation. La SF préconisait à la patiente de porter la ceinture de soutien abdominal et lui a expliqué comment la mettre.

Une des SF a prescrit de l'homéopathie pour des douleurs vaginales ou encore pour des nausées ou un pyrosis.

Plusieurs SF utilisaient la phytothérapie et ses apparentées: eau citronnée pour le pyrosis, tisane au thym... ou encore les huiles essentielles « huile d'onagre pour les CU », « huiles essentielles pour le rhume » ainsi que des compléments alimentaires, des vitamines (« acides gras essentiels non présents dans l'alimentation », pour « diminuer la tension nerveuse »).

Une des SF mettait en avant son orientation vers la psychologie de la parentalité alors

qu'une autre expliquait avoir reçu une formation à la communication et à la gestion des groupes pour la préparation à la naissance.

Les cours de préparation à l'accouchement étaient aussi une source d'orientation vers ces pratiques :

- deux SF effectuaient des cours de préparation à l'accouchement en piscine.
- beaucoup d'entre elles proposaient aux patientes, avec elle ou leurs consœurs, des cours de préparation avec une orientation yoga, sophrologie, hypnose ou encore Qi Gong « alors il y a plusieurs types de préparation à la naissance... pour un premier bébé vous pouvez faire la prépa classique mais sinon il y en a qui sont plus orientées sophrologie... Yoga... Ou encore en piscine », « Pour les crampes... si le magnésium ne suffit pas on travaillera sur des exercices d'étirements en prépa, OK ? »

Les patientes semblaient à chaque fois intéressées lorsque les SF leur proposaient ces pratiques et étaient même très demandeuses spontanément : « j'aimerais faire une prépa naissance plutôt orientée sophrologie... relaxation », une des SF disait: « les patientes sont très demandeuses en fait... pour l'homéopathie surtout... même si on les rassure quant au risque tératogène... elles sont toujours inquiètes de prendre des traitements pendant leur grossesse... là avec le Forlax par exemple... son médecin lui a prescrit mais elle l'a pas pris... je vais me former à l'homéopathie pédiatrique aussi... il y a beaucoup de demande ».

Les patientes qui bénéficiaient de ces pratiques étaient très satisfaites.

### **3.2.2.3 Accouchements à domicile**

Une des SF pratiquait l'accompagnement global et des accouchements à domicile. Cela ne représentait qu'une partie de son activité qui comprenait aussi des suivis de grossesses classiques mais elle pouvait répondre à la demande de certaines patientes d'accoucher à domicile « dans la limite du possible ».

Cette SF était la plus jeune avec seulement 1 année d'activité hospitalière avant son installation en libéral. Elle exerçait seule en milieu rural (partage des locaux avec une ostéopathe). Elle était enceinte de son 3ème enfant et elle avait elle aussi prévu d'accoucher à domicile, comme pour ses deux premiers enfants, avec une de ses collègues SF.

Elle avait un vécu très négatif des stages en milieu hospitalier ou elle dénonçait la

sectorisation des actes avec un manque de liberté des SF, ce que son activité libérale avec le suivi global lui permettait d'éviter.

Le cheminement vers l'accompagnement global avait commencé pour elle lors de ses stages étudiants dans les DOM-TOM où elle avait pu réaliser de nombreux accouchements, dont beaucoup sans péridurale (notamment à Mayotte) « la femme est faite pour accoucher », « c'est physiologique », « si tout est OK pendant le suivi bien sûr ... et aussi sur le plan psychologique... par exemple il faut être plus attentif avec les patientes de PMA »

L'agencement du cabinet était proche de celui des autres SF avec une salle d'attente décorée de façon épurée, dans des tons neutres, avec une musique d'ambiance. Les WC étaient équipés d'une table à langer. La salle de consultation était très grande organisée en 5 parties avec un espace bureau (le bureau de la SF était contre le mur et la SF et la patiente étaient assises du même côté du bureau), un espace médical (table d'examen et meuble pour ranger le matériel), un espace salon (fauteuils, très grand canapé d'angle et table basse), un espace lavabo (avec une bouilloire pour faire du thé) et un espace rangement (tapis de sol, jeux pour enfants et ballons).

La décoration était dans le thème de la périnatalité avec des faire-part de naissance, des photos et un moulage en plâtre du ventre et de la poitrine d'une femme enceinte, décoré de fleurs.

La consultation d'accompagnement global observée s'est déroulée dans un climat détendu, presque amical. La patiente était venue avec sa petite sœur qui avait un rendez-vous de rééducation périnéale après (elle était en salle d'attente avec son bébé pendant la consultation observée). L'antériorité de leur relation était forte car la SF avait accouché assez récemment la patiente de son deuxième enfant à domicile en présence du conjoint et a fait des consultations de préparation à l'accouchement à domicile avec le conjoint « la dernière fois c'est vrai qu'il faisait un peu froid... Faudrait prévoir un petit radiateur d'appoint ».

La SF et la patiente se sont fait la bise, la SF finissait un thé (qu'elle s'était servi avant le début de la consultation) pendant le premier temps de discussion. Les deux femmes se tutoyaient, la patiente s'est livrée longuement et en détails sur sa conjugopathie (10

minutes) « il me dit que c'est de la comédie quand je suis fatiguée... bah tiens !! Prend mon utérus !! ». La SF a écouté et a rassuré la patiente et lui a donné aussi son avis sur certains points (elle connaissait le conjoint et était au courant des tensions dans le couple).

La SF soutenait la patiente et la rassurait en lui disant qu'elle allait « faire passer l'info au conjoint », « avec moi il est tout gentil... je vais lui dire que moi, c'est comme ça... il me faut ça... si c'est moi qui lui dit il ne pourra rien dire, avec moi ça passe bien », « bon si tu sens qu'il ne va pas assurer... tu m'appelles un peu plus tôt... ». La SF dédramatisait les conflits en trouvant des excuses contextuelles pour expliquer les difficultés du couple « une grossesse inopinée comme ça peut rendre difficile la projection du bébé pour le père ».

Elle a réorienté l'entretien sur des choses plus concrètes, positives pour la future maman « vous vous projetez comment après la grossesse ? », « il va prendre un congé paternité ? » « Et il va dormir où le bébé ? ». De même pendant l'examen, la SF appuyait sur les points positifs (bonne taille du fœtus, bonne présentation).

On a pu observer une réciprocité dans la relation, la patiente a posé des questions intimes à la SF « et toi comment ça se passe ? Tu as trouvé quelqu'un pour t'accoucher ? ». Et en parlant du moulage en plâtre : « Oh c'est le tien ? Moi je vais le mettre au mur avec une ampoule derrière pour faire une applique ».

Lors de cette consultation, il y a eu peu de prescriptions. La patiente avait rendez-vous la semaine suivante chez le gynécologue et la SF lui a expliqué qu'il allait lui prescrire les examens de biologie.

La SF a orienté sa patiente vers une collègue ostéopathe en raison de douleurs du bassin, mais la patiente a expliqué qu'elle connaissait un ostéopathe aussi kinésithérapeute qui « lui fait passer l'ostéo sur de la kiné pour que ce soit remboursé ». La SF lui a donc conseillé de demander une ordonnance de kinésithérapie au gynécologue : « tu demanderas au gynéco de te faire une prescription de séances de kiné ».

La patiente se plaignait également de leucorrhées discrètement colorées, isolées. La SF n'était pas inquiète et n'a pas prescrit de prélèvement mais elle a suggéré à la patiente d'en parler au gynécologue, trois jours plus tard : «tu verras avec le gynéco, il te fera un prélèvement pour le streptocoque de toute façon quand tu le verras ».

La SF a suggéré à la patiente, réticente à l'idée de se déplacer une fois de plus pour aller voir le gynécologue, d'annuler le rendez-vous d'anesthésie : « Tu l'as déjà vu la dernière fois... on

peut peut-être annuler si tu fais la biologie, la carte de groupe... ils ont déjà ton dossier ».

La patiente expliquait avoir trouvé cette SF sur internet. En effet elle était sûre, avant même d'être enceinte, de vouloir accoucher chez elle « j'ai lu un livre de la Biocoop sur la grossesse, j'ai eu un coup de cœur ». Elle a cherché une SF qui pratiquait comme cela et était très satisfaite : « super entente ».

La deuxième consultation observée chez cette même SF était un suivi de grossesse classique (l'accouchement était prévu en maternité), chez une femme professionnelle de santé au tempérament inquiet. La SF s'est bien adaptée aux besoins de la patiente. La consultation a suivi le modèle académique, la SF a accordé du temps à la patiente pour exprimer ses inquiétudes, poser des questions.

La patiente avait un nævus qui s'était modifié et a demandé son avis à la SF qui lui a expliqué le rôle que peut jouer la mélanine pendant la grossesse mais lui a avoué « c'est en dehors de mon champs de compétences ça ».

La SF semblait réticente à l'idée d'adresser sa patiente au médecin généraliste. Elle disait « je ne pense pas qu'ils fassent ça ici de toute façon... faudrait aller voir un dermato... Mais bon c'est toujours pareil... ça fait plein de rendez-vous.... Le médecin traitant puis encore le dermato... », « Moi si j'appelle vous l'aurez pas plus vite votre rendez-vous chez le dermato .... Bon appelez votre médecin, demandez à lui parler au téléphone et demandez-lui si c'est possible d'avoir un courrier pour aller voir le dermato... vous dites qu'on s'est vues... ».

Nous avons remarqué que la SF semblait se préoccuper des propos tenus à son sujet « et ça va, il n'a pas fait de remarque déplacée parce que vous accouchez à la maison ? », « alors ça va là-bas (en parlant de la maternité), ils ne vous ont pas catégorisée accouchement à domicile ? »

Cette SF n'a pesé aucune de ses patientes.

Elle a examiné une patiente qui voulait être rassurée (« tu regardes mon col quand même ? ») en l'absence de symptôme.

## **3.3 Récurrences et singularités**

### **3.3.1 Récurrences**

Plusieurs aspects des pratiques ou du contexte sont apparus de façon récurrente lors des observations de suivi de grossesse par les SF libérales

#### ***3.3.1.1 Le confort de vie, le bien-être***

Les SF donnaient beaucoup de conseils aux patientes pour améliorer leur quotidien. Elles proposaient des positions pour mieux gérer la gêne du volume abdominal (notamment la nuit pour dormir), elles donnaient des conseils pour lutter contre les jambes lourdes ou aider à la digestion.

Quatre des SF utilisaient des coussins pour rendre le dossier de leur table d'examen plus confortable, elles donnaient à chaque fois une feuille de papier à leur patiente pour qu'elle s'essuie le ventre après l'application de gel pour le doppler fœtal. Dans un des cabinets, la SF mettait une musique de relaxation en fond sonore pendant toute la durée de la consultation.

Les SF s'inquiétaient de savoir si cela s'était bien passé avec le gynécologue, s'il avait plu à la patiente.

Les SF étaient très attentives à l'état de fatigue de leurs patientes, elles les encourageaient à demander un arrêt si elles en avaient besoin (« ne pas hésiter à en parler »). Les congés pathologiques ont été plusieurs fois suggérés par les SF et semblaient acquis pour certaines patientes, comme s'il n'appartenait qu'à elles de décider de « les prendre » ou non.

#### ***3.3.1.2 Le respect de l'intimité et le souci de la confidentialité***

Une SF fermait la porte à clé pour l'examen. Trois SF fermaient les volets (il y avait une fenêtre dans la salle de consultation).

Dans presque toutes les salles de consultation il y avait un moyen d'isolement pour le déshabillage. Deux SF utilisaient un paréo, une SF avait un paravent, deux SF avaient une cloison isolant l'espace dédié à l'examen.

Les SF 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. Bien

souvent, la patiente restait habillée pour le doppler fœtal et sa SF lui demandait de « juste relever un peu son tee-shirt et de baisser un peu son pantalon ».

### **3.3.1.3 Le déroulement des consultations**

Lors des 14 séances d'observation, les consultations se sont déroulées en trois grands temps : discussion 1, examen et discussion 2.

Pendant ces consultations, il est apparu de façon récurrente que les SF prenaient le temps de détailler au fur et à mesure de leur examen ce qu'elles faisaient et rassuraient la patiente sur la normalité des choses.

Toutes les patientes sont venues en consultation avec un dossier contenant leurs résultats biologiques, les comptes rendus d'échographies ou d'autres informations concernant leur grossesse.

Certains thèmes étaient abordés préférentiellement. L'alimentation et le poids étaient des préoccupations récurrentes pour les SF. La discussion autour des repas pouvait parfois être longue, parfois c'était le fil conducteur de la consultation. Les blagues autour du poids étaient nombreuses et les SF étaient souvent préoccupées de connaître la prise de poids de leur patiente «500 grammes, ok super, impeccable ». Une des patientes était très fière de lire le résultat une fois sur la balance « ah c'est bon ! Non je suis contente je n'ai rien pris encore depuis le début, je n'ai pas grossi ! ».

La description des CU par les SF durait parfois plusieurs minutes (4 minutes pour la plus longue).

L'examen gynécologique n'était pas réalisé en l'absence de symptôme le justifiant (sauf si la patiente le demandait, « pour se rassurer »).

Les séances de préparation à l'accouchement étaient un thème longuement abordé chez toutes les SF (plus de 5 minutes pour la plus longue). Une des SF a réservé 1 heure pour le prochain rendez-vous pour avoir le temps de « débriefing sur les différents types de préparation à la naissance ».

A la fin de chaque consultation, les SF programmaient le prochain rendez-vous de suivi de grossesse et les séances de préparation à l'accouchement.

#### **3.3.1.4 L'agencement des cabinets**

Les cabinets étaient souvent décorés de façon épurée. Plusieurs cabinets étaient neufs ou récemment rénovés. Dans l'un d'entre eux les peintures aux murs étaient violettes et blanches. Dans trois autres les couleurs étaient dans des tons pastel et on retrouvait des éléments décoratifs d'ambiance « zen », avec des plantes.

Concernant les salles d'attentes on retrouvait dans trois d'entre elles des fauteuils ou une banquette. Dans les autres, le mobilier était plus classique. Il y avait toujours une table basse avec des magazines, des jeux et des livres pour enfants. Dans deux cabinets il y avait une table à langer dans les WC.

Sur les murs, on pouvait observer un affichage mixte :

- médical préventif : dépliants du RSN, d'associations, du Ministère de la Santé ou de la HAS sur des thèmes d'obstétrique (suivi à domicile, EPP, promotion de l'allaitement maternel, consommation de toxiques, accueil du nouveau-né, couchage du bébé, promotion d'une alimentation équilibrée, accueil au planning, dépistage du VIH). Mais aussi de gynécologie (contraception, frottis, intérêt du dépistage du cancer du col de l'utérus), de psycho-sociologie de la périnatalité (groupes de parole ou de soutien avec la SF comme « l'expérience de la paternité », « spécial jeunes mamans », « SOS femmes », « groupe de soutien aux femmes victimes de violences », accueil des familles), des informations concernant les journées portes-ouvertes du cabinet des SF, les dates de venue d'un intervenant de la CAF, etc...
- décoratif : faire-part de naissance, photos ou peintures d'enfants

Les salles de consultation étaient organisées en deux parties. L'une avec deux chaises, un bureau avec un ordinateur (ou dossier papier), une table d'examen, une « desserte » avec le matériel médical, un lavabo pour se laver les mains et l'autre avec des tapis de sol, des ballons, des jeux pour enfant, parfois un canapé. Le bureau était disposé traditionnellement avec une chaise de chaque côté le plus souvent mais, pour trois cabinets, les deux chaises étaient du même côté du bureau, de biais.

### **3.3.1.5 La continuité des soins**

L'antériorité de leur relation avec les patientes permettait aux SF d'avoir, pour chaque consultation avec leur patiente, comme premier thème de discussion les problèmes, symptômes ou préoccupations abordés lors de la précédente consultation. Il y avait une continuité d'une consultation à l'autre : « alors dites-moi, il dit quoi le gynéco ? », « alors ça va mieux le sommeil ? », « comment c'est les allergies là ? », « les nausées sont passées ? ».

### **3.3.2 Singularités**

A l'inverse, chez plusieurs SF, des interventions ou gestes ont semblé singuliers.

#### **3.3.2.1 L'agencement du cabinet**

Les lieux de consultation des praticiennes étaient sujets à des variations.

L'espace disponible variait d'un cabinet à l'autre. Dans deux cabinets, il n'y avait qu'un bureau de consultation que les SF se partageaient à mi-temps de consultation, l'autre moitié de leur activité étant constituée de visites à domicile. A l'inverse, dans un autre cabinet, les SF associées avaient chacune une salle de consultation « classique » avec une table d'examen et le matériel médical et paramédical (tapis de sol, ballons ...) habituel et une salle avec un divan et du matériel de préparation à la naissance.

L'agencement et la décoration pouvaient aussi changer. Chez trois praticiennes, les deux chaises étaient du même côté du bureau, en biais, non séparées par le bureau.

Dans l'un des cabinets, le coin réservé à l'examen était complètement isolé par une cloison du reste de la salle de consultation et dans un autre il n'y avait pas de lavabo dans la salle de consultation (il était dans les WC dans la salle d'attente).

La décoration pouvait être singulière : dans l'un des cabinets, il y avait un moulage en plâtre de l'abdomen et de la poitrine d'une patiente, peint de fleurs.

Un des cabinets de SF avait une page Facebook mise en avant dans la salle d'attente ainsi qu'une affiche mettant en avant le rôle de la SF dans le suivi de grossesse et le suivi global de la femme et une « charte des droits de la parturiente ».

Dans un autre cabinet (association de 3 SF, 1 psychologue et 2 kinésithérapeutes), un prêt de DVD et de livres en rapport avec la grossesse et l'accouchement était proposé en salle d'attente.

Dans une des salles d'attente, on a pu voir des annonces pour des séances de sophrologie, de yoga prénatal mais aussi des cours de chant.

Seulement deux cabinets de SF avaient un secrétariat. Téléphonique pour l'un et avec une secrétaire sur place le matin pour l'autre.

### **3.3.2.2 L'organisation et le contenu de la consultation**

Il n'y a pas eu de variantes dans l'organisation de la consultation, les 3 temps décrits précédemment ont été observés à chaque fois. Cependant, certaines SF ont eu des attitudes ou des gestes qui sont apparus comme singuliers.

Une des SF scannait les résultats d'exams complémentaires pour les mettre dans le dossier informatique pendant le temps « discussion 1 » (mais elle semblait tout de même attentive aux propos de la patiente).

Une des SF était en retard de 20 minutes dans ses consultations alors que les autres étaient plutôt très ponctuelles.

Une des SF, jeune, avec une pratique de type académique, n'a pas eu d'attentions, de mots ou de phrases pour le bébé. Elle n'a pas fait de blagues autour du poids et l'entretien était centré sur la grossesse. Il n'y a pas eu d'autres thèmes multiples abordés, sauf l'alimentation, longuement et dans le détail. Cette même SF a interrogé la patiente sur les prises de poids des précédentes grossesses.

Une de ses consœurs, elle, n'insistait pas sur la prise de poids modérée et l'alimentation équilibrée. Les deux patientes vues en consultation avec elles n'ont pas été pesées « vous vous sentez bien ? C'est le principal ».

Une des SF a demandé à la patiente « vous sentez des bulles » en parlant des MAF.

Parfois les SF s'inquiétaient du suivi gynécologique de la patiente ? « Le frottis est à jour ? ».

Pour deux consultations de suivi de grossesse, le conjoint était présent (un ostéopathe et un éducateur spécialisé, premier bébé dans les 2 cas).

Pour l'une des consultations avec le conjoint présent, la SF lui a demandé d'attendre du côté bureau pendant l'examen mais l'a appelé pour venir écouter les bruits du cœur fœtaux (BDCf) avec sa femme.

L'un des conjoints enregistrait sur son smartphone les BDCf.

Une des SF a fait un examen de la vulve sans gant.

### **3.3.2.3 La coopération**

L'une des SF avait une opinion négative du suivi de grossesse chez les médecins généralistes : « il y a plus de paraclinique que de clinique vraie avec les médecins... le suivi de grossesse ce n'est pas que de la surveillance passive...c'est de la prévention, il faut agir sur le physiologique pour ne pas entrer dans le pathologique... Les médecins ils ne travaillent que sur les résultats biologiques ».

Au cours des consultations ou en aparté, 2 SF ont exprimé spontanément, ou après un questionnement par la patiente, une opinion négative au sujet de l'accouchement à domicile : l'une d'elle avait une part d'activité en maternité : « c'est beaucoup trop dangereux, il y a plein de choses qui peuvent se passer même si tout va bien au début... c'est trop dommage qu'il y ait besoin de médicaliser alors qu'on est à domicile...».

La deuxième n'avait plus d'activité en salle de naissance mais pensait dans le même sens : « ah non, moi je ne suis pas trop pour l'accouchement à domicile... je trouve ça dangereux... pourtant je suis d'accord sur le fait qu'on médicalise trop hein... c'est mieux sans péri, ça peut éviter certaines complications traumatiques... mais à domicile non... »

### **3.3.2.4 L'administratif**

Une des SF ne pratiquait pas le tiers-payant de façon délibérée « pour qu'elles se rendent compte du prix de la consultation... sauf pour les CMU »

## **3.4 Interactions entre les sages-femmes et leurs patientes**

### **3.4.1 Le climat**

Le climat était toujours très calme, agréable et détendu tout en restant professionnel.

Au début de la consultation, les SF et les patientes se serraient la main ou se faisaient la bise.

Les deux femmes se vouvoyaient et parfois se tutoyaient selon l'antériorité de leur relation.

Pour une des consultations observées, la SF a tutoyé la patiente mais cette dernière n'a ni vouvoyé ni tutoyé la SF durant toute la durée de la consultation.

Les SF étaient toujours très à l'écoute de leurs patientes, il était rare qu'elles fassent autre chose en les écoutant parler (ordinateur, papiers).

Elles dégageaient de la sympathie, de la patience et de la disponibilité pour leur patiente.

Durant les consultations, le débit de parole était lent, ponctué de silences (parfois 2-3 minutes) pour laisser la place aux questions des patientes d'être posées. Le plus souvent les SF regardaient leur patiente dans les yeux, penchées un peu en avant, avec des sourires bienveillants.

Toutes les SF observées étaient très souriantes pendant toute la durée de la consultation. Plusieurs d'entre elles utilisaient leurs mains et faisaient des gestes pendant les explications pour mieux se faire comprendre.

Les SF prenaient vraiment leur temps pour l'installation et pendant les trois grands temps de la consultation (plusieurs fois « vous avez d'autres questions ? »).

Le contenu et le déroulement de la consultation étaient toujours expliqués avec à chaque fois une phrase de transition pour l'examen « allez on y va ? » « Quand vous êtes prête vous me dites », « on passe de l'autre côté ? ». Pendant la consultation les SF expliquaient calmement en détails ce qu'elles faisaient, ou pas, pourquoi, l'intérêt des gestes ou des prescriptions.

Les SF apparaissaient accessibles pour les patientes et rythmaient la consultation de petites phrases qui mettaient leur patiente à l'aise : « hop là », « hop super » « je vous embête pas plus aujourd'hui, tout va bien », « bon et voilà, une bonne chose de faite ! » avec même quelques expressions familières « faut pas trop se prendre la tête hein ».

L'agencement des salles de consultation renforçait cette ambiance avec les faire-part de naissances des mamans suivies, des affiches de bébé ou de femmes enceintes, des photos évoquant la maternité, des couleurs pastel pour décorer avec un style épuré et très doux. Dans un des cabinets il y avait une musique de fond relaxante, et chez une autre SF il fallait se mettre en chaussettes pour entrer dans le bureau.

Bien souvent les SF avaient une attitude de réassurance, d'apaisement, un comportement presque maternel avec les patientes notamment pendant le doppler fœtal où elles souriaient à leur patiente et semblaient ravies de la voir si heureuse d'entendre les BDCf : « super ! »

Les patientes étaient très attentives, donnaient l'impression d'être pendues aux lèvres de leur SF.

Elles semblaient très détendues, en confiance et libres de poser toutes les questions « et là le bébé il peut encore se retourner à ce terme ? » « Et les soutiens gorges d'allaitement il

faut que je les achète avant ou après ? Parce que la taille va changer non », « et pour après la naissance... pour le suivi ça se passe comment... je suis un peu perdue... ».

Plusieurs SF appelaient les patientes par leur prénom (dont une alors que c'était la première consultation, le premier contact). Une des SF a placé le prénom de la patiente souvent en début ou fin de phrase pendant toute la consultation.

Les SF étaient toujours très à l'aise avec la présence de l'enquêteur et lui demandait souvent de se présenter et de présenter le projet.

### 3.4.2 L'humour

Au cours de toutes les consultations nous avons observé des moments de rires partagés entre la SF et la patiente.

Les thèmes provoquant ces instants de détente étaient souvent les mêmes :

- **Le poids**, pendant plusieurs minutes au cours de la consultation parfois (3 minutes pour une consultation)
  - « Non mais si je me pèse je me déshabille hein ! »
  - « Moins 2 kg ! J'avais mon gilet ! »
  - « Oui mais c'est la fin de journée ... »
  - « Allez on croise les doigts ! », « On est obligé de faire le poids de toute façon ? »
- **L'alimentation**
  - « C'est OK de se faire plaisir mais pas toute la journée... Et on ne mange pas pour deux aux repas hein ! [Rires] »
  - « Je me pèse... je mange mieux j'ai moins de nausées alors... »
  - « Le grignotage ça dépend, si vous grignotez une pomme c'est pas grave ! »
  - « J'ai arrêté le muscadet ! [Rires]»
  - Parfois le conjoint intervenait : « Tu manges du fromage quand même super souvent... », « Je ne peux pas savoir moi je ne suis pas avec elle quand elle mange le midi !!»

- **Le doppler pour l'écoute des BDCf et lorsque le sujet des MAF étaient abordé**
  - « Ah il est difficile à trouver bébé ! »
  - « On peut rester longtemps à écouter avant que j'en ai marre! [Rires]»
  - « Ça fait mon cadeau d'anniversaire..., c'est aujourd'hui !»
  - « C'est la zumba ! », « il vient se coller à la sonde, c'est une star il adore ça ! [Rires]»
  - « C'est la java, pas sûr que ça tienne jusqu'au 20 ! »
  - « Vous sentez bien les mouvements maintenant ? La dernière fois vous me disiez que c'était juste un petit toc toc toc!»
  - « des fois je me demande avec quoi il cogne ! »
- **Pendant l'examen**
  - « Il y a que nous les Français qui faisons le toucher vaginal à chaque fois... les études ont montré qu'en l'absence de symptômes d'alerte, ce n'est pas nécessaire... les Français sont vus comme obsédés ! [Rires] »
  - « Allez, juste pour moi... » *(En parlant de l'examen du col)*
  - « Votre utérus est... de la taille d'un pamplemousse en fait ! »
  - « Au neuvième mois il ne bouge plus si la tête est en bas... Surtout un premier bébé, ça aurait été un 5ème je ne dis pas ! »
  - « Oh le petit coquin... il n'est pas en siège j'espère ! »
  - « Alors selon la médecine traditionnelle chinoise avec le Ying et le Yang, les filles seraient le dos à droite et les garçons le dos à gauche ! Faudrait faire une thèse là-dessus ! »
- **La coopération entre les professionnels**
  - « Ah il y a un CR d'écho pour moi, c'est sympa ça.... »
  - « Il va falloir aller annoncer la bonne nouvelle à votre médecin quand même ! Il sera content ! »
  - « Ah ils me connaissent ? Et ça va ils vous ont pas catégorisée accouchement à domicile à la mater ? »
  - « Ça ne sert à rien que j'appelle le dermatologue pour avoir un rendez-vous rapide je ne suis que SF ! »

- L'humour intervenait aussi pour traiter les thèmes plus délicats comme une **pathologie obstétricale ou une conjugopathie**
  - « Au moins je suis épargnée de la toxo c'est bien ça ! »
  - « Bon je suis tranquille alors ! Plus que l'examen d'urines tous les mois ! »
  - « Bon, on peut peut-être se revoir tous les 3... je lui dirai moi... de toute façon il osera rien me dire»,
  - « J'avoue j'oublie souvent de les prendre les comprimés ... »
  - « C'est vrai que vous avez vraiment mauvaise mine... désolée ! »
  - « Et bah alors... Une toute petite tension...»
  - « Oui je sais ça fait un peu remède de grand-mère... mais ça va vous soulager ! »
  - « Bon au moins ça vous fait une excuse pour pas faire le ménage ! »

Ces échanges étaient rendus possibles par un climat de confiance et parfois même une **complicité** entre la SF et la patiente, résultant de l'antériorité de leur relation ou du climat instauré par la SF:

- « Oh lala... c'est la cata niveau périnée... en effet on voit que Luccio est pas loin ! Bon après celui-là vous ferez bien la rééducation hein... »
- Une patiente racontait : « mon fils m'a dit qu'il espérait qu'il ne serait pas mort cette fois le bébé ! »
- « J'en peux plus... l'esthéticienne c'était horrible... », « Ah l'esthéticienne à la fin ce n'est pas toujours une bonne idée hein... il y a libération d'ocytocine qui déclenche des contractions ! Enfin du coup si t'as envie d'accoucher avant ! »,
- « Non mais je fais la gueule toute ma vie si personne ne peut m'accoucher chez moi ! [rires]»,
- « Oui pendant la grossesse on fait beaucoup de rêves...vraiment bizarres même parfois ! »,
- « Mais mon chéri il commence à parler au bébé... Enfin non ! À moi comme à un bébé !! »

### 3.4.3 L'affectivité, projection de l'expérience personnelle des sages-femmes

Les SF comparaient parfois leur propre expérience de la maternité ou de femmes souvent pour rassurer les femmes mais aussi pour mieux décrire les symptômes ressentis par ces dernières ou donner leur avis sur la situation :

- « C'est sûr le fromage c'est bon moi aussi j'aime ça mais il faut faire attention quand même »
- « Tant que vous ne mangez pas une tablette de chocolat en 10 min moi ça me va, ce n'est pas que la quantité, c'est aussi ce que vous mangez, c'est sûr la brioche avec du Nutella c'est moins bien que du pain complet avec de la confiture... »
- « C'est dur le goûter avec les enfants... c'est un moment sympa, on craque... »
- « C'est vrai que c'est difficile de gérer les « on dit » pendant la grossesse... »
- « OK de se faire plaisir mais pas toute la journée... Et on ne mange pas pour 2 aux repas ! »
- Concernant les bas de contention, une SF a dit : « même moi j'en mets ! » « C'est plus du tout les trucs de grands-mères comme avant ! Ils en font des super jolis maintenant ! Vous allez voir quand vous aurez essayé vous allez plus pouvoir arrêter ! »
- Sourire « maternel » d'une SF lorsque sa patiente parle de ses appréhensions de passer de 2 à 3 bébés

### 3.4.4 L'appréciation de l'environnement

Nous avons remarqué que lors de toutes les consultations, les SF cherchaient vraiment à prendre en charge leur patiente dans sa globalité et donc à connaître son environnement :

- **Environnement professionnel :**
  - o « le col n'a pas bougé donc il n'y a pas besoin d'arrêt de travail, je vois que vous êtes contente ! » « Oui financièrement ça aurait été compliqué le fait d'être en arrêt de travail » « Bon il ne faut pas hésiter si ça devient trop dur, s'il y a trop de petites contractions, on le fera hein.... »

- une patiente trouvait que c'était dur d'être arrêtée si tôt « c'est dur à accepter », la SF était au courant du travail stressant de la patiente « je préfère que ce soit un arrêt sans reprise... vu la tension, le stress, la fatigue, les réviviscences des problèmes de la précédente grossesse... »
  - pour une patiente employée en maraîchage, la SF a été particulièrement attentive à la fatigue et au risque de toxoplasmose
  - « vous voulez un mot de retard pour le travail ? »
  - « et vous prenez bien l'heure grossesse tous les jours ? », « si vous pouvez poser une demi-journée par semaine faites le oui... »
  - « alors, tu vois les choses comment ? Tu bosses jusqu'à quand ? »
- **Environnement familial :**
- « et alors les frères et sœurs comment ils réagissent là ? Ils commencent à comprendre un peu ? »
  - les SF demandaient à plusieurs reprises à la patiente et à son conjoint s'ils avaient des questions
  - une SF expliquait comment « stimuler » le bébé pour qu'il y ait des interactions avec le papa. Une des SF, d'elle-même, a donné des conseils pour que le conjoint puisse « écouter le bébé, le sentir bouger »
  - « les journées sont fatigantes ? »
  - intérêt pour le moral, le sommeil « il faudrait faire une sieste en même temps que le petit dernier pour récupérer un peu... »
  - « et le papa comment vous le sentez ? »
  - « et vous arrivez à vous projeter ? », « Vous pensez un peu à après la naissance ? Comment ça va s'organiser ? »
  - « et il y a des moments sympa quand même dans votre couple ou c'est vraiment... pas terrible ? »
  - « comment va le chéri ? »
  - discussion autour de l'organisation le « jour J »
  - « il était avec vous à l'échographie le papa ? »
  - programmation du rendez-vous avec « le chéri »

- « bon je vais venir avant de toute façon vérifier que tout est ok pour moi sur place »
- une des SF a informé spontanément sa patiente sur les différentes modalités de déclaration du bébé selon qu'elle soit en concubinage ou mariée, elle lui explique comment éviter les difficultés (« reconnaissance anticipée »)
- **Environnement psychologique :**
  - lorsqu'il y avait des insomnies, les SF exploraient les préoccupations de la patiente, exploraient le vécu de la grossesse et l'arrivée du bébé
  - « alors les vacances ? Vous avez réussi à vous reposer un peu ? »
  - une des SF a exploré la disponibilité du père pour soutenir la mère pendant accouchement à domicile
  - une des SF a exploré les éventuels antécédents de maltraitance physique ou psychique, expliquant à sa patiente que cela pouvait avoir son importance pendant le suivi de la grossesse. De même, elle recherchait si c'était une grossesse désirée ? S'il y avait eu un arrêt de pilule, un désir d'enfant ? Quelle avait été la durée d'attente avant la grossesse ?

### 3.4.5 Les attentions portées au bébé

Pour toutes les consultations, nous avons pu constater que les attentions portées au fœtus étaient nombreuses. Le doppler des BDCf est un moment important de la consultation. Les SF laissaient parfois les BDCf à la mère plus de 3 minutes.

Les SF avaient souvent un mot pour le bébé au moment de l'écoute des BDCf notamment :

- « coucou ! », « allez, on écoute bébé », « on va l'écouter aussi quand même »
- « on va lui faire un petit coucou »
- « il se cache le petit coquin... »
- « c'est bien mon chéri ! »
- « au revoir bébé, continue de bien profiter »
- « il se balade »
- « il grandit bien »
- « alors il donne des petits coups par où ? »

- « alors le petit cœur.. »
- « super ! », « ah il bouge pas mal »
- « alors comment tu te places toi petit loup ? »
- « son petit cœur est bien régulier », « Vous sentez vers où les petits pieds ? », « vous êtes prête on dit au revoir ? »

Les patientes parlaient de leur bébé surtout lorsqu'elles décrivaient les MAF:

- « ça bouge bien ! »
- « il tape ! »
- « ça le fait réagir hein ! »
- « il a le visage caché sur l'écho, il ou elle n'aime pas les photos ! »

### **3.4.6 L'adaptabilité et la disponibilité des sages-femmes**

#### ***3.4.6.1 L'adaptabilité***

Pour chaque patiente, les SF adaptaient leur attitude, leur psychologie, le suivi.

Par exemple l'examen clinique était réalisé en cas de symptôme « je vous embête pas aujourd'hui tout va bien », ou à l'inverse « l'examen ce jour est indispensable car si le col est ouvert, il faudra vous mettre au repos ». Pour certaines patientes, aucun conseil alimentaire, aucune information sur les mesures hygiéno-diététiques à respecter pendant la grossesse n'étaient données en consultation mais les SF connaissaient leurs patientes car elles les avaient suivies pour leurs grossesses précédentes et les suivaient depuis le début de cette grossesse.

Le climat global de la consultation s'adaptait aussi à la situation, tout en restant agréable et très sympathique. Il était nettement plus professionnel et sérieux lorsqu'il y avait un problème dans le suivi de grossesse (une des patientes venait d'être mise sous Aspégic par son gynécologue pour un antécédent de pré-éclampsie et le climat est devenu beaucoup plus protocolaire que pour la consultation précédente qui était très détendue avec beaucoup plus de moments d'humour).

De même, l'information sur le risque de toxoplasmose était détaillée et longue chez cette patiente employée en maraîchage.

Chez une des SF, l'observation de 2 consultations d'affilée n'avait pas le même contenu

concernant l'intérêt porté au travail et au couple. La deuxième patiente était plus jeune et d'un niveau socio-économique plus modeste et la SF a exploré plus longuement le confort professionnel et familial de la patiente.

De même, la SF pratiquant l'accompagnement global s'adaptait aux besoins et aux demandes de ses patientes. Celle qui avait prévu d'accoucher à domicile était détendue mais avait besoin de parler de son couple alors que la deuxième était très anxieuse et posait beaucoup de questions. La SF a adapté le contenu et le climat de sa consultation et jouait un rôle de réassurance très important avec la seconde patiente (« c'est normal d'avoir hâte à l'écho, les échos rythment bien la grossesse », « c'est normal de vouloir connaître le sexe du bébé, il faut vous écouter... »).

Les SF adaptaient l'information délivrée et les explications techniques à l'investissement dans la grossesse par leur patiente et aux questions qu'elles posaient. Certaines patientes étaient très demandeuses d'explications ou de discussion et la SF était toujours disponible.

On notait aussi une adaptation de la SF dans le contenu de l'information, selon la demande de la patiente (information sur la préparation à l'accouchement, sur le retour de maternité, sur le suivi du nouveau-né, sur l'alimentation...).

Les SF demandaient de nombreuses fois « il y a d'autres questions ? ».

Les SF s'adaptaient au niveau socio-économique des patientes (discussion autour du prix des compléments alimentaires, chers, des médicaments non remboursés ou des bas de contention). Une des SF expliquait qu'elle ne faisait de suivis de grossesse physiologique à domicile que quand il y avait un problème social ou culturel.

### **3.4.6.2 La disponibilité**

Les SF faisaient toutes preuve d'une grande disponibilité auprès des patientes dans la prise de rendez-vous mais aussi parfois en dehors de leurs heures de travail (astreinte téléphonique).

Pour la programmation des rendez-vous, elles pouvaient prendre jusqu'à 5 min pour décider d'un créneau horaire ne dérangeant pas la sieste des autres enfants, le travail de la mère, l'emploi du temps du conjoint.... « Et si il y a besoin de changer vous n'hésitez pas hein... ».

De même, les SF se rendaient disponibles par une astreinte téléphonique puisqu'elles donnaient souvent leur numéro de téléphone portable à leurs patientes « s'il y a quoique ce soit, vous m'appellez, vous avez mon numéro de portable », « j'ai bien reçu votre SMS hein,

super pour l'écho... », « Bon si tu sens qu'il ne va pas assurer... tu m'appelles un peu plus tôt... je viendrais », « avec ma collègue on est d'astreinte un soir sur deux donc il y a toujours quelqu'un qui peut vous répondre ».

Lorsqu'il y avait un appel en consultation, les SF ne décrochaient pas le téléphone (il y avait un répondeur).

Une des SF expliquait, concernant le suivi en post partum : « J'assure le suivi à la sortie donc pas d'inquiétude », « mais oui c'est à la carte je vous dis [...] il y a plusieurs possibilités de suivi pour répondre aux besoins individuels »

Les SF s'adaptaient au maximum pour permettre au papa de venir en PNP

### **3.5 La coopération entre les professionnels**

Les SF collaboraient entre elles et avec les autres professionnels de santé.

La coopération entre les professionnels de santé variait selon les SF, les patientes, le déroulement de la grossesse et les professionnels impliqués.

Une des SF insistait bien sur le fait qu'elle devait être « la personne référente pour cette grossesse », « il ne faut pas multiplier les intervenants », « vous m'appellez, il y a toujours quelqu'un de disponible et je vous dirai si vous venez en consultation avec moi ou s'il faut voir un médecin ». Cette SF avait au préalable demandé à la patiente si elle lui « donnait son accord » pour qu'elle soit la référente de sa grossesse et lui avait expliqué ce que cela impliquait.

#### **3.5.1 Entre sages-femmes**

Les SF s'adressaient les patientes entre elles en fonction de leurs orientations de pratique (sophrologie, yoga, piscine) pour les séances de préparation à l'accouchement ou en cas de besoin pendant le suivi de grossesse (acupuncture, hypnose) pour répondre aux préférences de leur patiente « On s'adresse souvent des patientes ».

La plupart des SF étaient associées à des consœurs ou en collaboration « là on est deux SF associées... Enfin je suis en collaboration mais il y a un projet d'association », « on est deux

SF associées, on partage la salle de consultation donc j'ai un mi-temps en visite à domicile».

Elles échangeaient entre elles entre deux consultations ou en déjeunant.

L'exercice en libéral était souvent un choix, une décision prise rapidement après le diplôme : « en maternité, pas de suivi, il faut rendre des comptes à tout le monde »... « Le relationnel manque »

L'une des SF a exprimé son ressenti : « à l'hôpital, il y a une sectorisation des actes avec un manque de liberté des SF », ce que son activité libérale avec le suivi global lui permettait d'éviter.

## **3.5.2 Avec les médecins**

### **3.5.2.1 Généralistes**

Deux des SF conseillaient à leurs patientes de prendre RDV avec leur médecin traitant en début de grossesse :

- « pour lui annoncer la bonne nouvelle »
- « pour vérifier le cœur, la thyroïde... vérifier qu'il n'y a rien d'autre... »

Trois SF ont adressé leur patiente au MT pour un problème extra obstétrical :

- « le médecin avait vu la lésion ? Il faudrait aller voir votre médecin traitant avant le dermato et selon son avis consulter un dermato »
- « ah oui effectivement il y a des petites séquelles de la précédente grossesse au niveau des abdos... peut être même qu'il y a aura besoin de l'avis d'un médecin... pas sûr que la kiné suffise... après la grossesse vous verrez un médecin pour ça hein »
- « donc si les démangeaisons reviennent, vous consultez votre médecin d'accord »

Assez souvent, elles conseillaient à leur patientes de voir le médecin généraliste pour les arrêts de travail :

- « s'il faut plus de 15 jours d'arrêt de travail, il faudra aller voir votre médecin traitant »

- « qui a fait l'arrêt de travail ? C'est le médecin traitant ? Ok super, il le prolongera jusqu'à la fin de la grossesse car comme je vous avais expliqué je ne peux vous faire que 2 semaines au total »
- ou pour avoir un arrêt en congé pathologique plutôt qu'un arrêt maladie simple « allez voir votre médecin traitant pour avoir les congés pathos ... ils sont mieux indemnisés ».

Les patientes consultaient souvent d'elles-mêmes leur médecin traitant pour des pathologies aigües extra-obstétricales (viroses) « j'ai vu mon médecin là pour une sinusite », « mon médecin je lui en ai parlé de la constipation ... il m'a donné du Forlax mais je ne sais pas... »

Une des SF a demandé à sa patiente si elle avait informé son médecin traitant du suivi de grossesse par une SF et ce qu'il en avait pensé. La patiente a répondu « oui, oui, il a donné son accord »

Trois patientes avaient été adressées à une SF par leur médecin traitant :

- « la secrétaire de mon médecin traitant m'a dit que dans le coin les femmes se font beaucoup suivre par les SF pour leur grossesse »
- « mon médecin traitant avait suivi mes 2 premières grossesses, il m'a fortement suggéré pour celle-ci de contacter une SF »
- « c'est lui qui m'a adressé mais c'est un peu de la collaboration en fait... »
- « j'ai été adressée par mon médecin traitant dès le début, il préfère que les femmes soient suivies par les SF ou les GO pour leur grossesse »

Les SF appelaient parfois les médecins traitants des patientes pour récupérer des résultats (biologie du premier mois prescrite par le médecin traitant, résultats du dernier frottis cervico-vaginal).

Une des SF envoyait un double du courrier récapitulatif du suivi de grossesse au médecin traitant de la patiente « je vous prépare le courrier pour le gynéco et j'enverrai un double à votre médecin comme ça il sera au courant de tout... »

Les SF expliquaient qu'elles assuraient aussi le suivi du nouveau-né « une consultation par semaine en complément du médecin ».

Des SF ont éclairé leur patientes sur le système de soin.

La première qui insistait sur l'importance de définir en début de grossesse « une personne référente », a expliqué à sa patiente qu'il fallait éviter d'avoir trop d'intervenants pendant la grossesse. La patiente avait consulté trois échographes différents depuis le début de sa grossesse. Une méconnaissance du système de soin (elle pensait que le gynécologue lui ferait ses échographies de grossesses) et un délai trop long dans les prises de rendez-vous en étaient responsables.

La seconde répondait à une demande de la patiente « et d'ailleurs comment ça se passe après la sortie ? Je suis un peu perdue... qui s'occupe de moi après la maternité ? », « Et pour le bébé il faudra voir qui ? », « Je dois forcément aller en PMI ? », « Et vous connaissez des médecins homéopathes ? ». La SF a donc expliqué comment cela se passait, a expliqué que l'enfant pouvait être suivi par un pédiatre ou un médecin généraliste : « le médecin généraliste fera très bien ça ». Elle a conseillé un suivi alterné entre le médecin homéopathe et le médecin généraliste car elle a expliqué que les délais de rendez-vous chez le premier étaient souvent très longs (discussion pendant 7 minutes du suivi post natal et 4 minutes du choix du médecin traitant).

Parfois l'opinion des SF sur les médecins généralistes était négative : « il faut mettre les bas de contention en préventif... Les médecins parfois ils mettent des médicaments en fin de grossesse... mais ce n'est pas obligé, il vaut mieux mettre les bas dès le début ! ».

Une des SF a évoqué spontanément des tensions avec les médecins qui « pensent qu'on leur vole leurs patientes. Je suis la seule SF à pratiquer le suivi gynécologique, il n'y a pas de gynéco dans le secteur, les médecins ils m'en veulent parce que je fais du suivi de grossesse et de la gynéco. Mais il va y avoir une maison de santé avec des médecins, une diététicienne, des SF, des IDE, deux kinésithérapeutes, une psychologue, un podologue..., j'espère que ça va apaiser les tensions entre les médecins et les SF, l'objectif c'est qu'il y ait plus d'échanges en fait... ».

Une des SF a spontanément évoqué son opinion du suivi de grossesse par les médecins généralistes « il y a une mainmise des médecins sur les suivis de grossesses

physiologiques... c'est la culture traditionnelle des médecins de vérifier qu'on n'est pas dans le pathologique mais il n'y a pas d'action sur le physiologique pour faire de la prévention... il y a plus de paraclinique que de clinique vraie avec les médecins... le suivi de grossesse c'est pas que de la surveillance passive... c'est de la prévention, il faut agir sur le physiologique pour ne pas entrer dans le pathologique... là avec le bassin remis en place, la patiente elle aura moins de tension et risquera moins de faire des contractions utérines. Les médecins ils ne travaillent que sur les résultats biologiques et donc ne peuvent pas percevoir les choses... Pour suivre une grossesse il faut connaître la patiente et donc discuter avec elle et pas juste regarder des examens. Pour un bon suivi il faut qu'il y ait une approche globale et il faut bien connaître la patiente et donc c'est par les SF... il nous faudrait plus d'autonomie... il faudrait que ce soit comme en Hollande où les femmes sont suivies par les SF »

Une SF semblait éviter d'adresser ses patientes à leur médecin traitant : « Je ne pense pas que ce soit inquiétant... pendant la grossesse on sécrète plus de mélanine... ça augmente la pigmentation de la peau... C'est la ligne brune tout ça... ça peut aussi foncer les grains de beauté... éventuellement on pourrait demander un avis dermato... mais on n'aura pas un rendez-vous rapidement et puis il faut un courrier du médecin traitant.... Moi je veux bien appeler le dermato hein mais je suis SF donc.... », « Je ne pense pas que ça serve d'aller voir votre médecin traitant, ils ne font pas ça dans le coin je pense (*exérèse de nævus*)... appelez-le et demandez-lui juste un courrier pour aller voir le dermato », « Non mais demande l'ordonnance de kiné au gynéco hein... t'embêtes pas à aller voir ton généraliste pour ça... ».

-Cette SF expliquait qu'elle travaillait peu avec les médecins généralistes du secteur. Elle pensait qu'ils ne lui adressaient que les cas compliqués sur le plan médico-social donc « moins intéressants » car plus difficiles à suivre sur le plan administratif et très chronophages.

### **3.5.2.2 Gynécologues**

Les SF adressaient leurs patientes à un gynécologue de la structure ou l'accouchement était prévu au 8ème et au 9ème mois de grossesse « donc vous avez bien pris les rendez-vous du 8ème et du 9ème mois à la maternité ? »

Trois des SF observées réalisaient un courrier que la patiente devaient donner au gynécologue en fin de grossesse « je prépare un courrier pour le gynécologue pour résumer

ce qu'on a fait ensemble, le suivi de la grossesse avec toutes les informations », « donc je vous examine aujourd'hui (*toucher vaginal*) pour tout noter dans le courrier pour le gynéco »

Concernant les prescriptions, « je précise sur l'ordonnance qu'il faut envoyer le double des résultats au gynéco comme ça vous les aurez pour la consultation du huitième mois avec lui , d'accord ? »

Parfois la collaboration s'imposait au vu du niveau de risque de la grossesse : « et donc le gynéco il a dit quoi des résultats de l'amniocentèse ? », « comment s'est passée la consultation avec le gynécologue ? Il va vous suivre comment ? »

S'il y a besoin d'un avis gynécologique : « On travaille normalement avec le public pour les avis mais c'est la patiente qui décide »

« Les patientes ont souvent déjà décidé de l'endroit où elles accouchent, nous on s'adapte, on ne les oriente pas vers telle ou telle structure ».

Une des patientes expliquait avoir été adressée par son gynécologue « mon gynéco il ne faisait que les suivis de PMA ou de grossesse pathologiques, c'est lui qui m'a dit de voir avec une SF libérale ».

Pour une des patientes, un manque de coopération avait rendu son parcours compliqué : « j'avais une gynéco à Nantes pour mon suivi habituel... j'ai appelé quand j'ai su que j'étais enceinte mais elle m'a dit de revenir après la première échographie à 3 mois, je ne pouvais pas attendre jusque-là, j'avais trop de questions... du coup je ne savais plus qui voir. C'est la secrétaire de mon médecin traitant qui m'a conseillé de venir ici ».

Pour les consultations observées, les GO n'avaient pas envoyé de compte-rendu à la SF ni prévenu par téléphone de l'attitude thérapeutique, « donc il vous appelé pour les résultats oui c'est bon ? Moi je n'ai rien reçu... », « Ah il vous a mis du fer le gynéco ? ».

Les patientes racontaient à la SF la consultation chez le gynécologue (même en cas de pathologie obstétricale) : « donc il m'a dit qu'on commençait l'Aspégic », « il m'a appelé pour me dire que les résultats de l'amniocentèse étaient bons ».

Nous avons remarqué que la patiente était souvent utilisée comme « moyen de communication » entre les professionnels de santé « vous lui direz quand il fera le prélèvement pour le streptocoque que les pertes sont un peu colorées pour qu'il fasse une recherche plus globale... mais moi je pense que c'est le bouchon muqueux, y a pas d'odeur pas de démangeaisons... je ne suis pas inquiète », « et le col il était comment quand le gynéco vous a examiné ? »

### **3.5.2.3 Biologistes et échographistes**

Les SF collaboraient toutes avec les biologistes et les médecins échographistes en prescrivant les biologies mensuelles et les échographies des 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres : « C'était qui l'échographe ? », « vous avez eu besoin de l'ordonnance au fait pour l'écho ? Ils vous l'ont demandée ? », « Un compte rendu d'écho pour moi, c'est sympa ça ! »

### **3.5.3 Avec les kinésithérapeutes, ostéopathes et podologues**

Les SF orientaient presque toutes leurs patientes vers un kinésithérapeute ou ostéopathe lors de douleurs du bassin et des lombalgies : « il faudra prévoir une consultation d'ostéopathie le mois prochain ». Elles le faisaient « à l'oral », pas par courrier. Parfois elles suggéraient aux patientes de demander une ordonnance à un médecin « vous demanderez au gynéco la prochaine fois de vous faire une ordonnance de kiné... ».

Trois des patientes vues avaient déjà pris contact d'elles-mêmes avec un ostéopathe sur les conseils d'amis et demandaient juste son avis à leur SF. Une des SF orientait vers un ostéopathe en particulier mais la patiente préférait aller en voir un autre qui faisait « passer ça sur de la kiné pour que ce soit remboursé ».

Une des SF expliquait aussi travailler avec les podologues. Elle pratiquait la « posturologie obstétricale » et collaborait avec les podologues pour améliorer les douleurs de l'appareil locomoteur.

### **3.5.4 Avec les pharmaciens**

Plusieurs des patientes observées avaient pratiqué l'automédication. Les patientes avaient demandé l'avis du pharmacien devant un symptôme ou le plus souvent pour renouveler un

traitement (sans ordonnance) initié par la SF « j'ai voulu reprendre du magnésium que vous m'aviez prescrit, il m'a donné celui-là en une seule prise par jour ».

### **3.5.5 Avec les autres professionnels de santé**

#### ***3.5.5.1 Les autres médecins***

Une des SF a fait un courrier pour un avis dermatologique « je prépare un courrier pour le dermato, quand vous appelez précisez bien que vous êtes enceinte... ça sert à rien d'avoir un rendez-vous dans 2 mois, ces démangeaisons auront peut-être disparu... et si le rendez-vous est trop loin, passez par votre médecin traitant »

#### ***3.5.5.2 Les dentistes***

Une des SF préconisait une consultation chez le dentiste « c'est l'occasion de faire le point, il y a depuis peu un bilan bucco-dentaire remboursé pendant la grossesse »

#### ***3.5.5.3 Dans le cadre des maisons de santé***

« Il va y avoir une maison de santé avec des médecins, des diététiciennes, des SF, des IDE, des kinésithérapeute, un psychologue, un podologue... l'objectif c'est qu'il y ait plus d'échanges »

« Il y a des médecins, un dentiste, une psychologue, un ostéopathe, des IDE »

« Nous les SF et les IDE, on n'est pas vraiment associées, on loue les locaux ensemble »

« On est associées mais ma collègue va partir en retraite... ça colle bien avec un projet de maison de santé dans le secteur.. Avec des SF, des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmières... il y aurait vraiment un confort d'exercice...»

#### ***3.5.5.4 Le réseau Sécurité Naissance – Naitre ensemble RSN***

Le réseau n'a été évoqué par les SF qu'au moment où l'enquêteur complétait le recueil de données par des questions ouvertes. Elles n'évoquaient le RSN qu'en parlant du DPC.

Dans les salles d'attentes de plusieurs cabinets, on pouvait retrouver des dépliants informatifs distribués par le RSN.

Nous n'avons pas constaté d'échange entre les SF et les patientes au sujet du RSN.

### **3.5.5.5 Les infirmiers**

« Vous voulez que je fasse passer une infirmière pour l'injection ? »

« Pas besoin d'une infirmière, passez au cabinet, c'est plus simple on se connaît »

### **3.5.5.6 Non médicaux**

Une des SF a orienté sa patiente vers un maître-nageur « spécialisé » dans les cours de piscine pour femmes enceintes

## **3.5.6 Le dossier médical partagé (DMP) et le carnet de maternité**

Nous n'avons pas constaté l'usage du DMP.

« Pas de DMP pour le suivi de grossesse, il existe un dossier de suivi de grossesse de la clinique mais c'est 10-20 euros par mois et c'est que pour le suivi de grossesse pas pour la rééducation donc ça vaut pas le coup »

Toutes les patientes venaient en consultation avec un dossier papier où elles rangeaient tous les résultats et comptes rendus d'examens complémentaires réalisés dans le cadre du suivi de leur grossesse.

## **4 Discussion**

### **4.1 Validité interne**

#### **4.1.1 La méthode**

##### ***4.1.1.1 Points positifs***

Nous avons utilisé une méthode d'observation directe qualitative non participante à découvert.

Cette méthode a été choisie car nous étions dans une démarche inductive et elle permettait de laisser la place à l'inattendu. En effet, l'utilisation de grilles d'observation non directives et l'observation non participante permettaient d'observer des faits spontanés et d'obtenir des informations différentes de celles rapportées par un questionnaire.

L'observation non participante a permis à la présence de l'enquêteur de se faire oublier plus facilement. Cela a pu être constaté pendant les consultations observées. Les patientes semblaient complètement libres et très à l'aise avec leur SF. Elles ne semblaient pas du tout préoccupées par la présence de l'enquêteur, les thèmes abordés étaient très intimes (sexualité, conjugopathie, rapport à leur corps, anticipation négative de l'arrivée du nouvel enfant) et la nudité ne semblait pas être un problème. Les SF étaient aussi très à l'aise avec l'observateur et sa présence ne semblait pas du tout interférer avec le déroulement classique de la consultation (thèmes abordés, enchaînement des actions) ni avec les échanges entre les 2 femmes.

En revanche, les SF n'oubliaient pas complètement l'enquêteur puisqu'il est arrivé à 2 reprises que la SF le sollicite pour un avis médical. Cela était vraisemblablement plus lié au statut de l'observateur, qui dans le cadre de cette étude à découvert s'était présenté comme médecin généraliste, qu'à la méthode appliquée.

Les grilles d'observation permettaient un recueil systématique pour assurer une certaine homogénéité dans le recueil de données d'une consultation à l'autre.

De même, un seul et même enquêteur a observé toutes les consultations ce qui permettait d'éliminer un biais de recueil lié à l'enquêteur (selon son caractère, sa capacité de prise de

note, son opinion sur le sujet...). Il reste le biais lié à la personne sensible qu'est l'observateur, au rôle, positif ou négatif, que peuvent jouer ses qualités personnelles d'observateur (22).

L'utilisation d'un dictaphone permettait d'éviter une prise de note incomplète et de pouvoir se concentrer sur les attitudes, les déplacements, les regards et les éléments de communication non verbale entre les SF et les patientes.

L'observation directe a permis d'observer des comportements qui ne sont pas verbalisés, de nous aider à caractériser la relation entre les SF et leurs patientes.

L'enquêteur était sur place pendant les consultations, in vivo, ce qui permettait d'éviter les discours rapportés (22). Le chercheur avait un double rôle, le « chercheur instrument » (22)<sup>3</sup> qui est sur le terrain, qui vit la situation et qui rapporte les informations et le chercheur analyseur qui traite ces données, les compare entre elles et les analyse. En fait l'analyse commence dès la prise de note du fait des choix implicites ou explicites dans le recueil des données. (22).

Le fait d'être à découvert permettait de compléter le recueil de données par des questions précises posées à la SF et à la patiente, à la fin de la consultation, pour obtenir un maximum d'information et assurer une certaine homogénéité d'une consultation à l'autre. Par exemple, les raisons pour lesquelles la patiente avait choisi une SF pour son suivi de grossesse sont évoquées spontanément par la SF ou par la patiente lors d'une première consultation mais lorsque la consultation observée était une fin de suivi, à un terme avancé de la grossesse, il fallait poser la question pour obtenir cette information.

Le médecin généraliste enquêteur est d'un milieu proche mais différent, ce qui lui conférait une position efficace pour bien explorer les contrastes du milieu enquêté, à condition de maintenir sa capacité d'étonnement en éveil (22)<sup>4</sup>.

Le milieu de la médecine générale est un milieu différent mais proche de celui des SF. Les médecins généralistes suivent les grossesses tout comme les SF mais n'ont pas la même formation ni la même activité par ailleurs ce qui était un avantage pour ce travail.

En effet, lorsque l'enquêteur est d'un milieu éloigné de celui des enquêtés, certaines informations peuvent paraître incompréhensibles alors qu'elles sont banales, c'est un biais d'ignorance, à l'inverse ce qui paraît banal et routinier pour un observateur d'un milieu trop

---

<sup>3</sup> Page 63

<sup>4</sup> Page 64

proche pourra trouver un sens inédit pour un observateur « profane » (22).

La temporalité était flexible ce qui nous a donné du temps pour réaliser les entretiens (« le temps d'observation doit être assez long pour laisser au réel le temps de se présenter » (22)).

#### **4.1.1.2 Points négatifs**

La prise de note pendant l'observation directe était difficile, malgré l'enregistrement par dictaphone, et demandait une attention soutenue. Pour les deux premières consultations observées, certaines informations sont manquantes car il n'y a pas eu d'enregistrement et les questions n'ont pas été posées aux patientes à la fin de la consultation.

Il a été difficile lors de certaines consultations ou les échanges étaient rapides entre les deux femmes, qui étaient complices et se connaissaient bien, ou lorsque la consultation était longue, d'être attentifs à tous les éléments de communication non verbale.

La temporalité a parfois contraint l'enquêteur à espacer de plusieurs mois les séances d'observation directe ce qui a fait perdre l'aisance dans l'utilisation des grilles qui avait été acquise lors de la première vague d'entretien. La prise de notes, un peu moins fluide en début de consultation, pouvait faire manquer certains détails de communication non verbale.

L'expérience de la médecine et sa connaissance du terrain pouvait être source d'interprétation. Pour éviter au maximum ce phénomène, le chercheur a tenté de se protéger en rédigeant, selon les règles de la méthode, un inventaire d'avant enquête qui regroupait l'ensemble des préjugés qu'il avait sur le milieu, la profession observée, sur les intervenants et leurs pratiques. Ensuite, il devait être attentif à rester le plus objectif possible lors de la prise de note en ayant conscience de ses préjugés. L'observateur n'est pas neutre mais cela peut être un outil supplémentaire par le résultat de la confrontation des deux systèmes de références (celui du chercheur instrument et celui des enquêtés) (22)<sup>5</sup>.

La présence de l'enquêteur sur place pouvait être source de modification ou d'adaptation du discours de la SF. Nous avons estimé que même si la SF adaptait son attitude au médecin, cela ne rendait pas la consultation moins intéressante car la SF montrait l'image qu'elle pensait être la bonne de sa profession.

---

<sup>5</sup> (Page 63)

## **4.1.2 La population**

### **4.1.2.1 Points positifs**

La population concernée était l'ensemble des SF libérales de LA.

L'échantillon a été constitué avec un objectif de variation maximale selon l'âge des SF et le niveau urbain, péri-urbain ou rural de la commune où elles exerçaient. Celles qui ont accepté de participer présentaient une palette large de type de pratique. Peut-être avaient-elles envie de démontrer quelque chose, de mettre en évidence leur pratique. En agissant ainsi elles ont apporté de la diversité à l'échantillon. En effet, nous avons pu intégrer à l'échantillon une SF pratiquant les accouchements à domicile et une SF pratiquant encore en clinique avec des gardes en salle de naissance.

Nous avons enquêté auprès de 9 SF et observé 14 consultations.

Au bout de 14 consultations nous sommes arrivés à saturation des données puisque les 2 dernières consultations observées (13 et 14) n'ont rien apporté de nouveau (« les nouveaux éléments recueillis sur le terrain trouvaient place dans l'interprétation sans la modifier sans l'enrichir ou la démontrer » (22)).

La temporalité était flexible ce qui a permis d'attendre les réponses des praticiennes et de se donner le temps d'avoir un échantillon pertinent.

### **4.1.2.2 Limites de l'étude**

Les SF hospitalières ont été exclues (critère d'exclusion).

Malgré les explications de l'enquêteur quant à sa position de simple observateur, dont l'objectif est de décrire ce qui se passe en consultation à visée compréhensive, la présence sur le terrain d'un médecin pouvait être interprétée comme un contrôle du travail, comme une évaluation de pratique.

## **4.1.3 L'analyse**

### **4.1.3.1 Points positifs**

Nous avons analysé d'abord les notes et l'enregistrement de chaque consultation permettant de créer les fiches « patiente », « sage-femme » et « structure » ainsi que « l'analyse structurale » et « l'analyse du contenu par thème » (*annexe 7*). Les données ont

ensuite été analysées de façon transversale pour faire ressortir une typologie de pratique, des récurrences et des singularités et des éléments caractérisant l'interaction SF-patiente. Des informations hétérogènes par nature et dispersées du point de vue de l'enregistrement ont ainsi été rapprochées et comparées (22).

Les axes d'analyse par thème qui avaient été choisis au préalable ont ensuite été améliorés grâce à l'analyse des séances d'observations car certains points ressortaient dans toutes les consultations et méritaient un axe d'analyse propre.

#### **4.1.3.2 Points négatifs**

L'analyse structurale aurait pu être plus précise, plus fine mais il était difficile de prendre les notes et de regarder le chronomètre régulièrement. Il aurait été intéressant d'avoir plus de données sur les temps de parole consacrés à chaque thème, le temps de parole de la SF et de la patiente pour chaque consultation, le nombre de questions posées par chacune d'elles, mais les échanges étaient rapides entre les deux femmes. Les enregistrements n'ont pas été utilisés pour cela à posteriori. Ils n'ont pas été retranscrits à l'écrit car ils n'étaient qu'un instrument de travail qui devait permettre de compléter la prise de notes et il était convenu avec les patientes qu'ils seraient effacés dès la prise de note complétée.

## **4.2 Validité externe**

### **4.2.1 Caractéristiques de l'offre de soins des sages-femmes**

#### **4.2.1.1 Typologie de pratique : la pratique académique et ses variantes**

Les missions de la SF sont bien définies par les pouvoirs publics et le code de santé publique.

La profession de SF, reconnue depuis le 18<sup>ème</sup> siècle, est une profession médicale, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Elle est ainsi dotée d'un ordre depuis 1945 (23). Les SF sont des spécialistes de la grossesse physiologique (23).

Selon l'article L.4151-1 du code de la santé publique: « L'exercice de la profession de SF comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la

pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant », L'exercice de la profession de SF peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la SF adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique (24).

Selon l'article R.4127-318, certains des actes que peuvent pratiquer les SF : l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse, le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1, la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail, la surveillance des dispositifs intra-utérins, la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement, des actes d'acupuncture, sous réserve que la SF possède un D.I.U d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine (Arrêté du 2 novembre 2009).

D'après la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (H.P.S.T.) du 21 juillet 2009, les SF peuvent également proposer à toute patiente en bonne santé des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (24).

La loi H.P.S.T. du 21 juillet 2009 indique que le DPC constitue une obligation pour les SF (art. L.4153-1 du code de la santé publique).

L'analyse des données recueillies pendant les séances d'observation a permis de mettre en évidence plusieurs types de pratique de la profession de SF.

On retrouvait toujours, à plusieurs degrés d'intensité, des éléments des différentes modalités de pratiques chez une même SF.

Il existait une pratique idéale typique que nous avons appelée la pratique académique. Elle suivait les recommandations de la HAS et des sociétés savantes dans l'objectif d'assurer un suivi de qualité, adapté au niveau de risque de la grossesse, de façon à garantir la sécurité materno-fœtale pendant la grossesse, à l'accouchement et chez l'enfant par la suite.

Selon les recommandations, le suivi de grossesse physiologique comporte 7 consultations prénatales (8 en pratique avec la consultation précoce avant 10 SA), 3 échographies et des examens biologiques mensuels.

**La première consultation** permet de confirmer la grossesse, de la dater et surtout d'évaluer le niveau de risque.

Un examen clinique général et gynécologique doit être réalisé (TA, poids, seins, +/- frottis cervico vaginal). La patiente doit être informée des risques tératogènes des médicaments, des risques de la consommation de toxiques et des mesures hygiéno-diététiques concernant l'alimentation (prévention de la toxoplasmose si séronégative, listéria, hydratation...). Les examens prescrits sont biologiques (groupe sanguin, rhésus, sérologies toxoplasmose, rubéole et syphilis, glycosurie et protéinurie, RAI +/- VIH) et échographique (première échographie).

**La 2<sup>ème</sup> consultation** doit avoir lieu avant 15 SA pour permettre la déclaration de grossesse dans les temps. L'interrogatoire recherche des signes gynécologiques urinaires ou autres. L'examen clinique intègre en plus la mesure de la hauteur utérine et l'écoute des BDCf. La biologie comporte une sérologie toxoplasmose si la patiente est séronégative, une sérologie rubéole si la patiente est séronégative (jusqu'à 18 SA) et une recherche de glycosurie ou de protéinurie +/- recherche de Trisomie 21, glycémie à jeun). Par ailleurs, l'EPP et la PNP doivent être proposés à la patiente (20).

**Par la suite, les consultations du 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> mois** associent l'interrogatoire, l'examen clinique, la sérologie toxoplasmose si la patiente est séronégative et la recherche d'une glycosurie ou d'une protéinurie. Au 7<sup>ème</sup> mois, une recherche de RAI devra être faite (en cas de rhésus négatif ou de rhésus positif avec un passé transfusionnel) avec une recherche d'antigène HBs (hépatite B) et une NFS. La 2<sup>ème</sup> échographie doit être faite à 22 SA et la 3<sup>ème</sup> à 32 SA.

**Les consultations du 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois** sont réalisées chez un obstétricien (9) (25).

Cette pratique idéale typique, très protocolisée, était retrouvée chez toutes les SF. Elles avaient toutes le souci de la sécurité médicale.

Nous avons observé des différences d'activité d'une SF à l'autre. Ces différences ont été réparties en 3 groupes qui correspondent à des variantes de pratique de la profession de SF. Plusieurs SF avaient une orientation vers les médecines parallèles (shiatsu, Qi Gong, hypnose, homéopathie, acupuncture...), une des SF pratiquait des accouchements à domicile et une des SF avait gardé 50 % d'activité hospitalière avec des gardes en salle de naissance.

Il est apparu que deux éléments caractérisaient le suivi de grossesse chez toutes les SF observées : le respect des protocoles, par souci de sécurité médicale, et la sensibilité au bien-être et aux souhaits de la patiente, par souci du confort. L'association de ces deux exigences semblait constitutive de l'identité professionnelle des SF.

Il y avait donc dans la pratique des SF une bipolarité entre le souci de la sécurité médicale et le souci du confort, du bien-être de leurs patientes.

Le positionnement des SF libérales sur cette bipolarité (qui déterminait leur orientation de pratique) pouvait être le marqueur d'une affirmation d'autonomie par rapport à leur formation initiale.

Les SF libérales semblaient s'éloigner (dans les modalités de prise en charge mais pas dans le contenu) de leur formation médicale hospitalière. Elles avaient toutes un désir de distinction, d'autonomie pour aller au bout de leur vision de la pratique, de s'affranchir d'une tutelle, d'exercer avec une approche globale et non pas « sectorisée », « segmentée », comme elle était ressentie à l'hôpital.

La SF numéro 8 qui avait 27 ans et avait une pratique académique avec une orientation « médecine parallèle » (Qi Gong et piscine pour la préparation à l'accouchement) avait expliqué : « en libéral au moins on peut suivre les patientes globalement... à l'hôpital c'est sectorisé, chacun fait son travail dans son coin... on tourne sur plusieurs secteurs... la salle de naissance, les suites de couche... mais on suit pas les patientes... c'est vraiment segmenté »

Toutes les SF observées suivaient les recommandations de la HAS, ce qui représentait l'empreinte de la polarité académique, mais elles avaient toutes de façon plus ou moins nuancée une orientation vers une des variantes de pratique :

Les SF qui pratiquaient les médecines parallèles pouvaient être réparties en deux sous-catégories :

- la première comportait une SF plus âgée que les autres SF observées, très revendicatrice quant au rôle des SF et critiquant la « mainmise des médecins sur les suivis de grossesses ». Il semblait que cette orientation vers les médecines parallèles

était pour elle un moyen de s'opposer à la médicalisation de la grossesse, à la médicalisation de la société, aux médecins.

- les autres SF orientées vers les médecines parallèles le faisaient par conviction personnelle, par croyance. Elles considéraient ces méthodes comme une bonne alternative aux traitements médicaux, à la médecine allopathique. Elles expliquaient aussi répondre à une demande croissante des patientes à la fois inquiètes d'utiliser des médicaments pendant la grossesse, mais participant aussi au phénomène social contemporain qui valorise les médecines douces et les méthodes naturelles de bien-être.

Plusieurs enquêtes retrouvent chez les femmes enceintes un réel désir d'alternative au suivi médical classique.

Un mémoire de SF retrouve comme motif de suivi de grossesse par une SF un souhait des patientes de « dé-technicisation », de « démédicalisation » de la grossesse. Ces patientes avaient un profil sociologique commun, « elles cherchaient dans leur quotidien des alternatives aux choix de vie habituels » (écologie, médecines parallèles, écharpes de portage, couche lavables ou biologiques), « il leur paraissait donc naturel de faire de même pour le suivi de leur grossesse » et donc d'avoir recours à une SF libérale (26). De même, dans l'étude de L. Clautour, une femme disait « le gynécologue c'est plus médicalisé alors qu'avec les SF c'est plus... côté naturel, physiologique » (10).

Ce sont ces SF qui apparaissaient le plus en distance de la pratique académique d'un point de vue idéologique puisque leur orientation de pratique s'opposait aux médecins et à la médecine allopathique.

La SF qui réalisait des accouchements à domicile suivait la pratique académique mais était un peu plus orientée vers la polarité « souci du bien-être » des femmes.

Elle pratiquait l'accompagnement global par conviction personnelle (elle avait elle-même accouché de ses deux premiers enfants à domicile), par désir de rupture avec sa formation médicale hospitalière (à qui elle reprochait de segmenter les activités, de manquer de globalité dans la prise en charge des patientes) mais aussi par positionnement en réponse à la demande des femmes, par souci du confort de ses patientes.

Cette praticienne répondait à une demande des patientes de démedicalisation du suivi de grossesse qui, dans certains cas, aboutissait à l'accouchement à domicile (selon une enquête IPSOS de 2010, seulement 2% des femmes souhaitent accoucher à leur domicile (23)).

72 SF libérales en France déclarent pratiquer des accouchements à domicile (23).

La patiente observée en consultation expliquait avoir « eu en cadeau le livre de la Biocoop sur la naissance autrement... j'ai eu un coup de cœur sur la naissance à domicile ! Je n'étais pas enceinte... c'est mon père qui l'avait offert à ma sœur qui était enceinte mais j'ai tout de suite su que c'était ce que je ferai ».

Pendant cette consultation observée, la SF et sa patiente semblaient très complices. L'antériorité de leur relation pouvait expliquer cela car la SF avait déjà accouché la patiente à domicile et connaissait très bien son environnement familial et son conjoint.

La SF avait une approche globale de cette grossesse, elle connaissait bien l'histoire de cette famille. Le thème principalement abordé pendant la consultation était les conflits entre la patiente et son conjoint (10 minutes). La SF se permettait des prises de position dans cette conjugopathie, elle connaissait bien le couple.

Le confort de la patiente était clairement une priorité pour la SF, elle envisageait d'aider la patiente à annuler son rendez-vous chez l'anesthésiste que cette dernière voulait éviter, elle rassurait la patiente quant à sa disponibilité le « jour J » si le conjoint « n'assure pas », elle donnait son avis sur un agencement plus pratique de la chambre par rapport au précédent accouchement, conseillait l'achat d'un chauffage d'appoint même si le conjoint n'était pas d'accord «vous lui dites que c'est moi qui l'ai demandé », la SF a réalisé un examen en l'absence de symptôme pour « rassurer » la patiente.

Pendant cette consultation, nous avons remarqué que la SF n'avait pas pesé la patiente, elle ne lui a pas fait de prescription de biologie (rendez-vous avec le gynécologue pour la consultation du 8ème mois quelques jours plus tard) ou de médicaments mais elle l'avait encouragée à aller voir un ostéopathe.

On peut se demander si cette approche naturelle de la grossesse et de l'accouchement a influencé la SF dans l'absence de prescription. Elle essayait de créer lors de ses consultations un climat de confort, de bien être, d'échanges avec le souci de ne pas le « polluer » en

limitant l'approche biomédicale au strict nécessaire.

Cette SF semblait elle aussi en opposition avec le système médical classique, elle ne souhaitait pas être vue comme une technicienne. Paradoxalement, elle a pratiqué un examen gynécologique avec un toucher vaginal à la demande de la patiente en dehors d'une nécessité médicale. Cette attitude marque l'importance qu'elle apportait au respect des désirs de sa patiente.

La SF qui pratiquait encore en maternité respectait ces deux pôles d'engagement. Elle suivait les recommandations de suivi de grossesse de la HAS (qui étaient probablement renforcées par sa part d'activité hospitalière) et respectait le confort, le bien-être de ses patientes et était soucieuse de répondre parfaitement à toutes leurs attentes.

Il ne semblait pas y avoir de tension entre les deux versants de la vision de son métier. Elle allait au bout de la préoccupation académique et au bout de la préoccupation de bien-être de la patiente. Cette consultation observée était la plus longue (58 minutes). Nous avons noté que cette SF avait parlé pendant plusieurs minutes du Rophylac (7 minutes), de son importance et du risque de ne pas faire l'injection, des CU qui devaient alerter et faire consulter en urgence. Cet intérêt pour le Rophylac et la compréhension de la patiente pouvaient être liés à l'activité hospitalière de la SF. Elle pratiquait toujours des accouchements et ces préoccupations de salle de naissance étaient toujours son quotidien.

Son opinion sur l'accouchement à domicile était l'illustration parfaite de ce positionnement entre le médical et le confort. En effet, elle expliquait être contre l'accouchement à domicile : « c'est beaucoup trop dangereux, il y a plein de choses qui peuvent se passer même si tout va bien au début... c'est trop dommage qu'il y ait besoin de médicaliser alors qu'on est à domicile... », ce qui reflétait son souci de la sécurité médicale, mais parlait dans le même temps des moyens qui sont mis en œuvre en salle de naissance pour le bien-être des patientes, leur confort et leur souhait éventuel de s'éloigner du monde médical : « En plus on peut facilement démedicaliser en salle de naissance, on le fait beaucoup, on met de la musique, un peu de déco, parfois même les photos et tout... Il n'y a rien de médical sauf que si il y a un problème... tout le monde est prêt « derrière le rideau » pour intervenir ».

L'orientation vers les médecines parallèles, la démedicalisation, la « dé-technicisation » du suivi de grossesse et l'éloignement de la médecine allopathique, sont des demandes de certains couples, de certaines patientes, à laquelle les SF tentent de répondre en orientant leurs pratiques, par des DU ou des formations, vers ces méthodes plus naturelles.

Les pouvoirs publics sont aussi favorables à un usage plus raisonné des plateaux techniques. Ils souhaitent améliorer le pronostic materno-fœtal vital immédiat mais aussi fonctionnel et psychologique après l'accouchement pour la mère et l'enfant. Cela passe par une approche plus globale de cette phase de la vie, une réappropriation par les usagers et donc, quand cela est possible d'un point de vue médical, une moindre technicité du suivi de grossesse et de l'accouchement qui sont, lorsque tout se passe, bien des phénomènes physiologiques. De plus, cela permettrait une diminution des coûts en santé périnatale.

Pourtant ce sont les pouvoirs publics qui ont initialement encouragé la médicalisation de la grossesse dans le but d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Tout au long du 20<sup>e</sup> siècle, ces derniers ont encouragé les femmes à venir accoucher à l'hôpital et non plus à domicile - jusqu'en 1940 la majorité des femmes accouchaient à domicile en présence de leur SF (27) - dans le but d'abaisser la mortalité infantile et maternelle.

En 1945, la Sécurité Sociale et l'Assurance Maladie sont créées, instaurant alors la gratuité des soins. Les femmes enceintes peuvent percevoir des allocations prénatales si elles se soumettent à trois examens médicaux aux troisième, sixième et huitième mois de grossesse. À partir des années 50, l'évolution s'accélère. Le suivi de grossesse devient obligatoire. La majorité des accouchements a lieu désormais en milieu hospitalier (27).

Cependant la mortalité périnatale et la morbidité périnatale restent élevées, ce qui incite les pouvoirs publics à mettre en place plusieurs plans de périnatalité.

Les premiers continuent de renforcer la sécurité et la médicalisation mais dernièrement, des études ont montré qu'il y avait une surmédicalisation de la grossesse, de son suivi et de l'accouchement.

Une des SF observée l'avait d'ailleurs spontanément évoqué et pensait qu'il y avait « trop de déclenchements et de césariennes » et que « même la péridurale pouvait être source de complications ». Elle encourageait ses patientes à essayer d'accoucher sans péridurale (en milieu hospitalier).

L'enquête périnatale de 2010 a montré qu'il y avait un nombre croissant de consultation pendant la grossesse.

Le taux de césarienne augmente continûment : de 6 % en 1972, il est à 20 % depuis 2007. L'OMS a fixé à 15 % un taux « raisonnable » de recours aux césariennes, taux dépassé par 90 % des maternités or il a été mis en évidence que la césarienne multiplie par trois le risque de décès maternel par rapport à un accouchement classique et qu'elle peut entraîner des pathologies pour les enfants.

En France, le taux de déclenchement des accouchements est supérieur à ce qui est observé chez la plupart de nos voisins (environ 20%) et le nombre moyen d'échographie est élevé (4,5) (23).

De plus il existe une demande des usagers et des professionnels de santé pour plus d'humanité : « la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels » (5).

Le dernier plan périnatal (2005-2007) comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (5).

Les pouvoirs publics encouragent donc eux aussi à une moindre « technicisation » de l'accouchement dans les situations à faible niveau de risque.

Le souci du confort et du bien-être des patientes qui apparaît dans la pratique des SF ainsi que la prise en charge globale et l'approche moins technique de la surveillance de la grossesse est donc adaptée à l'évolution de la société et du système de santé. Cette approche plus naturelle de la grossesse répond aux besoins de certains usagers mais aussi à ce à quoi les pouvoirs publics incitent.

#### **4.2.1.2 Interaction entre les SF et leurs patientes**

Nous avons pu constater en analysant les données que la relation entre les SF et leurs patientes présentait des caractéristiques et un climat spécifique, différent du climat empiriquement observé en pratique professionnelle de médecine générale.

Ce climat était toujours très calme et apaisant, tant par les infrastructures et la décoration, que par l'attitude des SF et l'organisation du suivi de grossesse.

L'agencement du cabinet, la décoration, l'affichage qui y était fait (salle d'attente) renforçaient ce climat de douceur, cette mise dans l'ambiance du monde de la maternité, de la périnatalité.

De plus, certaines SF allaient jusqu'à pratiquer des consultations pieds nus ou à mettre de la musique de relaxation pendant toute la durée de la consultation. Cela apparaissait comme un positionnement vers la polarité « bien-être de la patiente ». L'objectif semblait être de créer une ambiance détendue, de s'éloigner de la polarité médicale.

Les SF étaient toujours souriantes et empathiques.

Elles se rendaient disponibles pour leurs patientes pendant la consultation, par la durée du temps d'écoute qu'elles leurs accordaient, mais aussi en dehors de la consultation, en communiquant leurs coordonnées personnelles pour être joignables et aussi dans la prise de rendez-vous pour toujours arranger au mieux les patientes.

Les SF prenaient les patientes en charge dans leur globalité et accordaient, proportionnellement aux besoins de la patiente, du temps pour discuter de l'environnement familial ou professionnel. Elles assistaient les patientes et le couple dans la construction du projet de la parentalité pour accueillir le bébé dans les meilleures conditions.

Durant les consultations et les échanges, nous avons pu observer une grande complicité entre les deux femmes avec un tutoiement qui était fréquent, des expressions qu'elles comprenaient tout de suite : « vous sentez des bulles ? » pour parler des MAF.

Les SF appelaient souvent les patientes par leur prénom. L'une d'elle le plaçait régulièrement en début de phrase comme pour montrer à la patiente qu'elle la connaissait, qu'elle lui accordait de l'importance. Cela avait aussi pour objectif de capter son attention au maximum alors que les explications sur la planification de la grossesse et les recommandations à suivre étaient longues.

Les SF se rendaient accessibles aux femmes et partageaient parfois avec elles leur propre expérience de la maternité et de la grossesse. Ce partage d'expériences personnelles était d'ailleurs modéré et moindre que celui observé empiriquement par l'enquêteur en salle de naissance au cours de sa formation, lors d'un stage en gynécologie. Peut-être que le climat des consultations de suivi de grossesse par les SF libérale était assez humain pour maintenir cette distance professionnelle. Peut-être, alors, que les SF en salle de naissance partagent plus avec les patientes au sujet de la maternité et de l'accouchement pour apporter plus d'humanité dans ce contexte hospitalier.

Dans trois des cabinets, les deux chaises (celle de la SF et celle de la patiente) étaient du même côté du bureau ce qui semblait renforcer l'impression d'accessibilité de la SF pour la patiente en consultation.

Nous avons pu observer, par l'ensemble des discours mais aussi des regards, sourires ou postures que prenaient les SF, un vrai désir de soutien et de réassurance.

Les SF donnaient l'impression d'avoir un rôle presque maternel pour leurs patientes.

Nous avons constaté que l'humour était très présent pendant les trois phases des consultations. Il jouait un rôle important dans la création d'un climat détendu et dans la mise en place de la complicité entre les deux femmes (plaisanteries au sujet des inconforts de la grossesse, des réactions du conjoint ou du poids par exemple), mais pouvait aussi servir à aborder des thèmes plus délicats sources d'angoisse, de tristesse ou d'inquiétude sur le plan psycho-social ou médico-obstétrical. Plusieurs patientes ont fait des blagues à leur SF au sujet d'une pathologie obstétricale passée ou en cours « au moins je suis épargnée de la toxo c'est bien ça ! », « bon au moins ça vous fait une excuse pour pas faire le ménage ! ». Il était ainsi plus facile de traiter les thèmes affectifs sur le plan humoristique.

Le sujet du poids était systématiquement source de quelques traits d'humour entre les 2 femmes. On peut imaginer que la SF, qui a été enceinte ou en tout cas qui a des préoccupations corporelle de femmes, mettait une part d'affectivité dans ces échanges. Mais on sait aussi que le corps, moyen d'entrer en contact avec le soignant, « revêt une dimension encore plus symbolique lors de la grossesse » (18). Le moment de la pesée,

sanction de la distance entre image réelle et idéale du corps, est un moment d'interaction particulière avec le soignant. Au-delà de l'intimité physique évidente, pendant l'examen clinique, le patient se rend vulnérable dans la relation de confiance avec le soignant. La pesée est la première étape de cet examen clinique.

Les SF avaient toujours quelques paroles pour le fœtus, le plus souvent lors de l'examen et du doppler fœtal.

D'après plusieurs chercheurs, dont le Professeur Querleu, il existe de « véritables capacités d'apprentissage du fœtus, qui est capable de perception et même en fin de grossesse d'une adaptation de son comportement (Professeur Querleu, La sensorialité prénatale, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent). Cela pourrait expliquer pourquoi les SF prennent soin de parler au fœtus, de lui accorder de l'importance et des attentions en consultation, en plus du contentement évident que ces attentions pour leur futur bébé apportent à la mère. On peut imaginer que cela leur ait été enseigné lors de leur cursus mais aussi que c'est un choix de la part de la SF, toujours dans un souci d'exigence bio-psycho-sociale et de recherche de bien-être pour la patiente.

Ces caractéristiques du suivi de grossesse par les SF sont en cohérence avec les résultats d'une thèse sur les déterminants du choix du professionnel par les patientes pour le suivi de leur grossesse. En effet, dans cette étude, les critères jugés les plus importants par les patientes enquêtées, pour le choix du professionnel qui suit leur grossesse étaient : la compétence humaine du professionnel (81 % des femmes), la compétence médicale du professionnel (79 % des femmes), le temps pris par le professionnel (74% des femmes), la disponibilité du professionnel (62 % des femmes).

Les compétences humaines du professionnel ainsi que sa disponibilité, le temps consacré aux consultations et le désir du nombre limité d'intervenant médicaux étaient considérés comme « le plus importants » par les femmes suivies par des SF (28).

Ces observations concordent aussi avec les résultats de deux thèses de médecine générale au cours desquelles des femmes étaient interrogées pendant ou après leur grossesse sur leur parcours de soin et où elles confiaient donc leur ressenti sur les différents professionnels rencontrés.

Dans l'étude de B. Catimel, d'après les propos des femmes, les liens tissés avec les SF étaient apparus très particulier : elles apparaissaient comme « une figure maternante » avec des « qualités humaines et relationnelles », de la disponibilité et de l'empathie (29).

Une des femmes expliquaient que pour un de ses suivi de grossesse, le « caractère impersonnel des relations avait été à l'origine d'une déception », elle expliquait « qu'elle avait trouvé cette écoute chez la SF ».

Chez les femmes qui avaient eu affaire à une SF, « les qualités humaines, d'écoute, de réassurance et leur disponibilité [...] leur avait permis malgré les complications de la grossesse de se sentir entourées ». (29)

Dans l'étude de L. Cloutour l'approche relationnelle des SF étaient mise en avant : il apparaissait comme important aux yeux des femmes que le professionnel qui suit leur grossesse soit capable de leur apporter une relation privilégiée avec des « qualités humaines [...] relationnelles, de la disponibilité », « des qualités pédagogiques, une capacité d'empathie », du temps passé en consultation. La rapidité de certaines consultations, le défaut d'explications avaient parfois contribué à la perception d'une « déshumanisation du suivi de grossesse ». (10)

Les interactions observées entre les SF et leurs patientes sont donc en accord avec la demande des usagers.

#### ***4.2.1.3 Spécificités du suivi de grossesse par les sages-femmes***

Les caractéristiques du suivi de grossesse chez les SF le rendent différent du suivi de grossesse chez le médecin généraliste.

Une des patientes avait d'ailleurs pointé la différence entre les deux suivis « là avec la SF c'est complètement différent... je vois la différence ... ce n'est pas négatif pour mon médecin traitant hein... mais c'est pas du tout pareil, c'est super... c'est vraiment une spécialiste de la grossesse quoi... »

L'analyse des interactions entre les SF et leurs patientes et des singularités et récurrences au fil des consultations nous a permis d'identifier des éléments qui sont propres au suivi de grossesse chez une SF libérale.

Cela a été possible d'un point de vue méthodologique en faisant l'analyse du décalage entre

le système de référence du chercheur (médecin généraliste) et celui des enquêtés au moyen d'une tentative de l'observateur-analyste à analyser son système de référence et celui des enquêtés (22)

Les différences entre le suivi de grossesse chez un médecin généraliste et une SF libérale semblent principalement liées à 2 types de phénomènes :

- une partie de l'écart de pratique est liée à cette exigence des SF de satisfaire le bien-être des patientes, ce que nous avons appelé plus haut la polarité « souci du confort ». Ici nous avons appelé cette orientation de la pratique « monde de la naissance ».

Cela s'observait sur le terrain dans l'agencement, la décoration du cabinet et le déroulement des consultations, par opposition au « style médical ».

Parfois même on retrouvait une impression de « sacralisation de la naissance » (dans l'un des cabinets, il y avait un moulage en plâtre de la poitrine et du ventre d'une des patientes de la SF en fin de grossesse, les murs de faire-part de naissance faisaient parfois plusieurs mètres carrés).

- l'autre élément qui différenciait le suivi de grossesse chez les SF libérales était lié à la profession de SF, à ses différentes compétences et activités. En effet les SF font, en plus des suivis de grossesses physiologiques, de la préparation à l'accouchement, de la rééducation périnéale<sup>6</sup> et des surveillances de grossesses pathologiques (surveillance fœtale) sur prescription des gynécologues. Elles ont toutes fait des accouchements pendant leur formation (ce qui n'est pas le cas de tous les médecins généralistes). C'est ce que nous avons appelé l'orientation « obstétrique ».

Concernant les cabinets des SF, la décoration était orientée vers le milieu de la périnatalité : on retrouvait constamment en salle d'attente ou de consultation un mur de faire-part de naissance, des « dépliants » sur des thèmes gynéco-obstétricaux, de nombreuses affiches pour des groupes de soutien de pères, d'aides aux parents, de promotion de l'allaitement ou

---

<sup>6</sup> L'activité des SF varie fortement selon la structure de l'établissement ou le mode d'exercice. En libéral, leur activité est majoritairement orientée vers les cours de préparation à la naissance, qui représentent, selon les données de la CNAMTS de 2009, près de la moitié des montants remboursés. Vient ensuite la rééducation périnéale, qui représente un quart des montants remboursés, alors que les visites et consultations de suivi de grossesse n'en représentent que 5 %. Enfin, les accouchements ne comptent, en 2009, que pour 0,05 % à peine des actes pratiqués par les SF libérales (12).

d'information sur les vaccinations du nouveau-né, des prêts de livres et de DVD sur les thèmes de la périnatalité, la « charte de la parturiente », des affichages proposant des cours de chant, des séances de yoga prénatal... Ces éléments étaient un choix des SF, un choix d'engagement vers la polarité « bien-être de la patiente », « monde de la naissance ».

L'objectif pour les SF était d'installer un climat plus chaleureux dans leur cabinet que dans les structures médicales classiques. En effet, les couples, comme nous l'avons vu plus haut, sont souvent à la recherche de démedicalisation de cette étape de leur vie pour pouvoir mieux se la réapproprier. La multitude de documents informatifs présents en salle d'attente représentait d'ailleurs une série d'outils aidant la patiente et le couple à s'investir dans cette grossesse, à bien comprendre et maîtriser le réseau de soin.

Le niveau de décoration variait d'une salle d'attente à l'autre. La salle d'attente complètement neutre était celle de la SF ayant une activité hospitalière et exerçant dans un cabinet de groupe multidisciplinaire. Les salles d'attentes dont le niveau de décoration était plus tempéré étaient celles des SF associées à d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux (IDE, médecins...).

Cette décoration est donc aussi un choix, le marqueur d'un positionnement entre la polarité « médicale académique » et la polarité « bien-être de la patiente », qui se rapproche de l'orientation « monde de la naissance ».

Dans la salle de consultation, il y avait toujours des tapis de sol, des ballons, des jeux pour enfants ce qui marquait l'agencement « SF » de la salle de consultation. En effet, leur activité principale est constituée par la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale ce qui explique la présence de tout ce matériel. C'est l'orientation « obstétrique » de leur pratique.

Seulement deux SF avaient un secrétariat.

On peut supposer que cette organisation relève surtout de l'administratif et du coût financier que représente l'emploi d'une secrétaire.

Les SF laissaient sonner le téléphone et écoutaient les messages puis rappelaient les patientes rapidement. Elles ne décrochaient pas le téléphone en consultation dans le souci

d'apporter le maximum d'attention à la patiente qu'elle voyait en consultation, pour ne pas altérer leurs interactions.

Le déroulement de la consultation était lui aussi le même chez toutes les SF observées. La première phase de parole, discussion 1 pouvait être longue (parfois plus de 20 minutes). Pendant ce temps-là, la patiente abordait tous les thèmes qui la préoccupaient.

Le temps de parole accordé à la PNP était toujours très important (« Vous pensez un peu à après la naissance ? Comment ça va s'organiser ? ») mais elle est avec l'EPP une préoccupation des pouvoirs publics et pas seulement des patientes.

« 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 », « Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance », « L'entretien individuel ou en couple, prévu par la réglementation, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte » (20).

Une des SF a même fixé un rendez-vous d'une heure à sa patiente pour la séance suivante pour « avoir le temps de discuter » et pour pouvoir aider la patiente à « choisir son type de préparation à la naissance ».

Les deux orientations étaient représentées ici, la disponibilité et le temps de parole représentaient le versant « confort », « monde la naissance » et la réalisation de l'EPP et les explications sur la préparation à l'accouchement représentaient le versant « obstétrique ».

Durant toutes les consultations nous avons pu observer une approche globale de la patiente avec une appréciation systématique de l'environnement familial (comment « stimuler le bébé » pour qu'il ait des interactions avec le père, une SF conseille la sieste en même temps que le premier enfant pour se reposer), professionnel (intérêt pour le travail : « heure de grossesse », proposition d'un arrêt de travail dès que fatiguée : « ne pas hésiter »,

proposition d'un mot de retard pour le travail), de l'état psychique et émotionnel (qualité du sommeil, « pensées ? », « état physique global ? »).

Alors que la pratique des médecins semble plus orientée par la sécurité médicale et la protocolisation de la grossesse, chez les SF, quelle que soit leur orientation de pratique, il apparaissait une volonté affirmée de s'adapter aux patientes, d'être centrées sur elles. Cette attitude suit les recommandations actuelles : « ces 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 contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple » (20).

Une des SF a expliqué à la demande de la patiente le déroulement exact des événements d'un point de vue administratif et financier.

Les SF assuraient elles même la prise des rendez-vous et passaient toujours plusieurs minutes à décider du créneau horaire le plus arrangeant pour la patiente, sa famille, son travail, dans le souci du confort de la patiente.

Certaines attentions observées au cours des consultations étaient propres à la profession de SF, à leurs connaissances en obstétriques et à leur pratique d'accouchements : le doppler était réalisé à chaque consultation (monitoring de grossesses pathologiques sur prescription gynécologique), pendant l'examen du périnée : « eh bien il va falloir bosser après hein... on voit que le petit Luccio n'est pas loin... bon, c'est pas grave, mais il faudra bien faire de la rééducation après cette grossesse » (rééducation périnéale), « peut-être que pour un premier bébé il vaut mieux rester sur la préparation classique qui répondra mieux à vos interrogations » (préparation à l'accouchement), description fine des contractions utérines qui devaient inquiéter et celles qui étaient sans importance, information sur la position du bébé à la palpation abdominale (connaissances en obstétrique).

On a pu observer chez cinq SF des paréos ou paravents pour le déshabillage et chez plusieurs d'entre elles des coussins sur la table d'examen. Les SF demandaient systématiquement à la patiente si elle était prête pour l'examen avant de débiter. Les patientes ne se déshabillaient pas systématiquement, plusieurs SF disaient « vous gardez la culotte hein vous l'enlèverez au dernier moment pour l'examen gynécologique ». Ce respect de l'intimité était une marque du souci du bien-être et du confort des patientes.

Nous avons noté de la part des SF une attention toute particulière à l'alimentation de leur patientes. La surveillance de la prise de poids était bien sûr l'explication la plus évidente avec une volonté de la part des SF de transmettre, au-delà des recommandations ou des conseils médicaux, des « trucs et astuces » pour satisfaire la faim en « limitant les dégâts ». Il y avait aussi une préoccupation de vérifier que les patientes mangeaient assez équilibré pour assurer un apport nutritif de qualité.

Ces dernières années, la surveillance d'une prise de poids raisonnable pendant la grossesse s'est renforcée en partie en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité mais aussi à cause de la mise en évidence d'effets secondaires médicaux pour la mère ou l'enfant d'une prise de poids excessive (diabète gestationnel, macrosomie fœtale avec complications à l'accouchement...). Les SF semblaient donc très attentives (sauf une) à ces préoccupations. Plusieurs SF ont prescrit à leurs patientes des compléments alimentaires ou des vitamines. Dans un document du collège national des gynécologues obstétriciens français, il est précisé que les seules suppléments indispensables sont l'acide folique (en période pré-conceptionnelle pour prévenir les mal-fermetures du tube neural), la vitamine D (en fin de grossesse), la vitamine K (en fin de grossesse, chez les mères sous traitement modifiant le métabolisme de la vitamine K pour les accidents hémorragiques chez le nouveau-né) et le fer (en cas d'anémie ou de risque d'anémie avérée). « Aucune autre supplémentation systématique n'est légitime ». « Elles n'ont pas de bénéfice démontré » (30)

C'était donc toujours par souci du bien-être des patientes, par désir de satisfaire leur demande et par orientation vers « le monde de la naissance » que les SF prescrivaient ces compléments alimentaires.

C'était aussi peut-être lié au monde industriel de la naissance. Nous n'avons cependant pas

relevé pendant cette étude les signes de passage de laboratoire dans les cabinets des SF et aucune question n'a été posée à ce sujet. Il pourrait être intéressant de se poser la question des visites de laboratoires chez les SF.

Les différences entre les suivis de grossesse entre les différents professionnels de la périnatalité portent sur le niveau de satisfaction et le bien être des femmes puisque la littérature a montré qu'il n'y avait pas plus de risque de se faire suivre par une SF, un GO ou un médecin généraliste pour une grossesse physiologique : « le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les SF et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence (grade A) » (8).

Les femmes rencontrées lors de l'enquête semblaient toutes ravies de la relation qu'elles avaient avec leurs SF et du suivi de grossesse qu'elles assuraient.

#### **4.2.2 La liberté de choix du professionnel source d'inégalités**

Nous avons pu constater que le parcours de soin des femmes suivies pour leur grossesse par une SF était différent selon les patientes :

- 5 d'entre elles avaient été adressées par un autre soignant dont une par une SF, 2 par un gynécologue, 3 par un médecin généraliste (ou leur secrétaire).
- elles étaient 4 à avoir choisi une SF par conviction personnelle.
- 5 des patientes avaient mis en avant les échos positifs de l'entourage et donc le bouche à oreille comme moyen de connaissance du suivi de grossesse par les SF.
- pour 2 patientes, les SF avaient été rencontrées lors d'une grossesse antérieure (préparation à la naissance ou rééducation).

Ces éléments correspondent à la littérature qui retrouve un lien entre la parité et le suivi de grossesse par une SF ainsi que le poids des paroles de l'entourage: « c'est en discutant avec des collègues qu'elles prenaient connaissance des possibilités de suivi par les SF » (29) , « dans notre étude c'était souvent la rencontre avec une SF lors d'une première grossesse, suivie par un autre professionnel, qui guidait le choix pour les suivantes » (29). De même,

une thèse de médecine générale étudiant les déterminants du choix du professionnel de santé qui suivait la grossesse retrouvait que le conseil par un proche était jugé important par 27% des femmes (28).

Selon un mémoire de SF, le profil sociologique des femmes suivies par les SF pour leur grossesse est celui de femmes de plus de 25 ans (environ 30 ans), dans une situation familiale stable, qui ont eu des échos positifs dans leur entourage (amical, professionnel ou familial) du suivi de grossesse par les SF libérales, qui recherchent une alternative au suivi médical (démédicalisation, « dé-technicisation »), de catégorie socio professionnelle élevée ou intermédiaire et travaillant dans les champs sanitaire ou socio-éducatif (26).

Cela se retrouve aussi dans notre étude.

Seulement trois patientes éloignées culturellement ou professionnellement du système de santé avaient choisi une SF. L'une avait été adressée par une SF hospitalière, la deuxième avait rencontré sa SF lors de la rééducation périnéale suite à sa première grossesse et avait « bien accroché » et « beaucoup aimé l'approche », la troisième connaissait le système de soin de par sa profession et c'était pour elle « un choix évident ».

Plusieurs patientes avaient découvert la SF au cours d'une grossesse précédente ou avaient été orientées par un soignant. Une des patientes observées connaissait très mal l'organisation du système de soin et ne savait pas comment s'organisaient les choses au retour à domicile pour son suivi et celui de son bébé.

Il y avait une méconnaissance du système de soins par les usagers.

Dans une étude sur les déterminants du choix du professionnel pour le suivi de grossesse, les patientes interrogées avaient estimé comme « très important » le fait que la personne qui avait suivi leur grossesse était le seul professionnel connu pour être apte à le faire dans 14% des cas. Dans cette même étude, les femmes étaient interrogées sur les connaissances des professionnels qui pouvaient assurer le suivi d'une grossesse, il y avait seulement 35% de réponses sans erreur (inversement proportionnel niveau de diplôme des femmes), à propos des connaissances sur les professionnels qui pouvaient prescrire les médicaments et les examens complémentaires dans le cadre de ce suivi de grossesse seulement 30% de

réponses sans erreur et, à propos du nombre d'années de formation des professionnelles seulement 2% des femmes n'avaient pas fait d'erreur (28).

Dans cette même thèse, il avait été mis en évidence que les déterminants sociaux jouaient un rôle majeur dans le choix du professionnel donc ce n'était pas vraiment un choix libre pour les femmes :

- les femmes jeunes voyaient plutôt une SF ou un médecin généraliste, les femmes plus âgées un gynécologue
- les femmes exerçant les métiers d'artisan, agricultrice, commerçante, chef d'entreprise et ouvrière étaient à peu près réparties de façon égale entre les professionnels. Les femmes en recherche d'emploi consultaient un GO, les femmes au foyer une SF, les femmes cadre ou profession intellectuelles supérieures ou professions intermédiaires un GM, les femmes employées un médecin généraliste.
- les femmes avec un haut niveau d'études un GM ou une SF, les femmes avec un niveau de diplôme intermédiaire une SF ou un GO, les femmes avec un bas niveau d'étude un médecin généraliste.
- le suivi de grossesse était plutôt effectué par une SF quand la parité augmentait
- les femmes de milieu rural et semi rural consultaient surtout un médecin généraliste et les femmes de milieu urbain un gynécologue.

Ces données correspondent à l'analyse de B. Catimel dans sa thèse qui conclue que « toutes les femmes enceintes n'ont pas la même capacité à s'orienter dans le système de soins ». « La parité, le risque de la grossesse, l'entourage, l'origine rurale ou urbaine, le niveau socio-économique, le rapport aux soins et à la distance et l'information » jouent un rôle (29).

Dans notre étude, une des patientes qui était investie dans sa grossesse et dans le choix du professionnel qui allait en assurer le suivi était du milieu sanitaire (aide-soignante), avait une opinion sur le monde médical, elle était déterminée (« recherche sur internet »).

## **4.2.3 La coopération entre les professionnels de la périnatalité**

### ***4.2.3.1 Mise en pratique et influence sur le parcours de soins***

Les résultats de notre étude montrent que les SF assurent un suivi de grossesse de qualité d'un point de vue médical et psycho-social, en adéquation avec les demandes des pouvoirs publics et des usagers, ce qui justifie qu'elles puissent être les référentes de la grossesse des patientes qui le désirent.

Ce statut de référente du suivi de la grossesse implique que les SF coopèrent avec les autres professionnels de la périnatalité.

Cette coopération entre les professionnels est encouragée par les pouvoirs publics.

A l'échelle nationale, les recommandations de la HAS précisent : « Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses [...] exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité » (9)

A l'échelle régionale, dans les Pays de la Loire, il existe un réseau de soin en périnatalité : le réseau Sécurité Naissance-Naissance ensemble. C'est une association regroupant les 23 maternités des Pays de la Loire et l'ensemble des professionnels intervenants dans le champ de la périnatalité. Ses missions sont de coordonner les acteurs pour une harmonisation des pratiques et une amélioration de la qualité des soins par la rédaction et la diffusion des recommandations et des référentiels de bonne pratiques, la formation des professionnels, l'évaluation des pratiques, la mise en place d'annuaires des professionnels.

Le Réseau "Sécurité Naissance" a été fondé en 1998 par les professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire ("Sécurité Naissance - Naître Ensemble depuis 2004). Il est financé par l'Agence Régionale de Santé (32).

Les professionnels de santé expriment aussi le désir d'une plus grande coopération entre eux.

D'après le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire pour la période 2012-2016 (PRS), une enquête d'opinion révèle que « près de deux professionnels de santé sur trois attendent

de la politique de santé qu'elle puisse faciliter une meilleure coopération et coordination entre eux au profit de la personne ». Le PRS propose pour une meilleure coordination entre les professionnels de la santé de « responsabiliser les professionnels, identifier un responsable de la coordination dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour de la personne » (33).

La coopération est aussi indirectement une demande des usagers car une étude sur les critères de choix du professionnel pour le suivi de sa grossesse montrait que le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux était considéré comme important pour 35 % des femmes (il y avait plus de femmes pour qui ce critère était important chez les femmes suivies par une SF) et le fait d'avoir été conseillée par un soignant était important pour 32% des femmes (28). Dans la thèse de L. Cloutour, il apparaissait que la notion de personnalisation aux yeux des femmes correspondait au fait d'être suivie par un professionnel unique (ce qui impliquait donc une collaboration entre les différents intervenants dans la surveillance de la grossesse). Cette notion de personnalisation avait eu un rôle prépondérant dans l'appropriation de leur suivi par les femmes (10).

Les SF observées semblaient répondre à cette demande. L'une d'elle a même insisté auprès de sa patiente lors de la consultation pour être « la référente » de sa grossesse : « J'ai votre accord donc ? », « vous m'appellez et moi je vous dirai s'il faut venir en consultation avec moi ou aller voir un médecin ».

La HAS encourage aussi cette attitude : « Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. Il est recommandé qu'une personne « coordinatrice » dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien » (9)

Nous avons pu constater au cours de notre enquête que la collaboration entre les professionnels de santé qui sont amenés à voir les patientes pendant la surveillance de leur grossesse existe.

Cette coopération a une influence sur le parcours de soin en début de grossesse puisqu'elle est parfois à l'origine du suivi de grossesse par une SF libérale. Dans notre étude, trois patientes avaient été adressées à une SF par leur gynécologue, deux par leur médecin traitant et une patiente par une SF hospitalière. Leur suivi de grossesse avait lieu chez une SF libérale ce qui n'aurait pas été le cas sinon.

La Cour des Comptes insiste d'ailleurs sur la nécessité de cette collaboration entre les SF et les gynécologues.

« Une meilleure articulation des deux principales professions médicales en charge de la naissance, les GO et les SF, serait de nature à permettre d'optimiser l'organisation des soins tout en permettant d'apporter une réponse au souhait de certaines femmes d'une moindre technicisation des accouchements », « Les évolutions démographiques inverses pour les professions de SF et de GO au cours des dix prochaines années pourraient constituer à cet égard un facteur de nature à faciliter une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaît en tout état de cause souhaitable » (23)

La coopération entre les SF et les autres professionnels de la périnatalité existe mais de façon inégale selon les professionnels concernés, selon le niveau de risque des grossesses et selon les SF impliquées.

Nous avons pu identifier deux raisons pour lesquelles les SF sont amenées à coopérer :

- à la demande des patientes, par souci du confort de ces dernières.
- par obligation, en cas de pathologie (gynéco-obstétricale ou extra-obstétricale) et du fait des recommandations.

La coopération des SF avec les autres professionnels de la périnatalité pouvait donc être liée à une demande des patientes face à une préférence (préparation à la naissance : yoga, sophrologie, hypnose, Qi Gong, piscine) ou face à un symptôme de la patiente, de façon à rétablir son confort maximal, pendant la grossesse (homéopathie, acupuncture).

Cela aboutissait surtout à une coopération entre SF en fonction de leurs orientations de

pratiques (médecines parallèles surtout). Les SF adressaient aussi leur patientes, à l'oral, vers les ostéopathes.

Ce versant de la coopération suivait le souci du confort de la patiente, le respect de ses désirs et une approche plus naturelle de la grossesse.

La coopération entre les professionnels de santé était aussi parfois nécessaire d'un point de vue médical.

En cas de pathologie obstétricale ou à la fin de la grossesse, les SF coopéraient avec les gynécologues.

Au cours des consultations observées, nous n'avons pas constaté de difficultés des SF pour adresser les patientes aux GO. Les choses étaient claires, soit il y avait une pathologie qui le nécessitait soit c'était obligatoire à la fin de la grossesse. La nécessité de la transmission du dossier de la patiente à la structure où se déroulera l'accouchement est précisée dans les recommandations (consultations du 8<sup>ème</sup> et du 9<sup>ème</sup> mois par un obstétricien) (25).

Dans les deux cas les SF le faisaient facilement.

Trois des SF observées rédigeaient un compte rendu écrit pour le gynécologue qui prenait le relais pour les consultations du 8<sup>ème</sup> et du 9<sup>ème</sup> mois.

Cependant, nous ne pouvons pas conclure que les autres SF observées à des consultations de termes plus précoces ne transmettaient pas le dossier écrit des patientes. Il aurait fallu poser la question ou il faudrait faire une étude de suivi grossesse du début à la fin chez plusieurs SF pour mieux évaluer cette coopération.

Dans le cas de notre étude, les deux patientes qui avaient, pour des raisons obstétricales, dû consulter le gynécologue avant la fin de la grossesse n'avaient pas rapporté de compte-rendu écrit et leur SF n'en avait pas reçu puisqu'elle leur demandait ce que le gynécologue avait fait, conclu ou prescrit. La patiente était « l'outil de communication » entre les deux praticiens.

Il y avait un manque de communication entre les SF et les GO dans le cadre des suivis alternés pour des pathologies obstétricales.

Nous n'avons pas constaté d'utilisation du carnet de maternité.

Un dossier informatisé via un logiciel commun serait une bonne piste, à l'échelle régionale voire nationale, mais cela expose à un problème de financement. Une des SF disait que le

coût était un obstacle « il existe un logiciel mais c'est 10-20 euros par mois, c'est trop cher ».

Les SF avaient parfois besoin de collaborer avec les médecins généralistes. Ce versant de la coopération était plus inégal d'une SF à l'autre que la collaboration avec la maternité.

Concernant le suivi de la grossesse, les SF coopéraient avec les médecins généralistes pour récupérer des résultats d'analyses ou pour les arrêts de travail. Elles communiquaient par téléphone lorsqu'elles avaient besoins d'un renseignement sur la patiente (statut vaccinal, dernier frottis cervico-vaginal) ou d'un résultat de biologie (résultats du premier bilan sanguin de la grossesse). En consultation, elles étaient plusieurs à avoir conseillé à leurs patientes de consulter leur médecin traitant si elles avaient besoin d'un arrêt de travail de plus de 15 jours ou en rapport avec un état pathologique résultant de la grossesse.

Seulement une des SF observée a expliqué à sa patiente qu'elle enverrait un compte rendu du suivi de grossesse à son médecin traitant en même temps qu'au gynécologue qui allait prendre le relais. Cependant, les séances d'observation se sont déroulées à des stades différents des grossesses et les SF qui envoyaient un courrier au médecin traitant en fin de grossesse en même temps qu'au GO n'avaient peut-être pas communiqué plus que les autres avec les médecins généralistes en début de grossesse, tout comme les SF observées sur une consultation de début de grossesse n'avaient peut-être pas eu besoin de collaborer avec les médecins à ce stade mais avaient peut-être l'habitude de le faire plus tard.

Ces séances d'observation ponctuelles de suivis de grossesses ne permettaient pas d'évaluer la collaboration globale de la SF observée avec les autres professionnels du suivi de la grossesse car cette coopération varie avec le stade de la grossesse et selon son déroulement.

Les données recueillies par notre étude sur la coopération entre les généralistes et les SF étaient en accord avec celles de la thèse de C. Bergeron. « Les participants du focus group expliquaient tout de même communiquer mais de façon informelle, les SF expliquaient qu'elles sollicitaient les médecins généralistes pour les arrêts de travail de plus de 15 jours ce qui était décrit comme aberrant par les médecins généralistes et frustrant pour les SF.

Plusieurs SF racontaient qu'elles faisaient un compte rendu écrit du suivi de grossesse au médecin traitant des patientes en même temps qu'au gynécologue ce que les généralistes appréciaient beaucoup » (34).

Dans notre étude, deux des SF observées avaient adressé leur patiente au médecin traitant « pour lui annoncer la bonne nouvelle ».

Il n'y avait pas de profil type, l'une était jeune, très orientée vers les médecines parallèles, et l'autre plus âgée avec une pratique principalement académique.

Même si les patientes consultaient souvent leur généraliste d'elles-mêmes pour des pathologies aiguës intercurrentes (virose, constipation), en cas de pathologie extra-obstétricale (rhinopharyngite, lésion dermatologique) les SF devaient adresser leurs patientes aux médecins généralistes.

C'est ce versant de la coopération qui nous est apparu comme le plus inégal d'une SF à l'autre.

En effet, deux d'entre elles ont adressé leurs patientes à leur médecin traitant simplement pour annoncer la grossesse ou faire un examen clinique général alors qu'une troisième avait évité d'adresser deux de ses patientes à leur médecin généraliste et qu'une autre SF pensait que les médecins généralistes ne devraient pas suivre les grossesses.

La SF qui avait adressé une patiente à son médecin traitant pour lui annoncer la grossesse et en avait adressé une deuxième pour un problème de diastasis des muscles abdominaux avait une pratique principalement académique et était proche idéologiquement des organismes de formation (DPC, école des SF).

La SF observée qui avait fait éviter à ses deux patientes de consulter leur médecin traitant (demande d'ordonnance de kinésithérapie au gynécologue et demande d'un courrier au médecin traitant pour un rendez-vous chez un dermatologue) apparaissait en rupture avec sa formation. Elle s'y opposait dans sa pratique de l'accompagnement global (dans laquelle elle cherchait à éviter la sectorisation, la segmentation des actes et la surmédicalisation de la prise en charge des femmes enceintes en milieu hospitalier) et était positionnée vers la polarité « souci du confort de la patiente ».

Cette SF a évité d'adresser les patientes à leur médecin généraliste dans les deux cas. Cela a eu un impact sur le parcours de soins des patientes. La première allait être amenée à demander une ordonnance de kinésithérapie au gynécologue, qui n'aurait peut-être pas le temps de l'examiner sur le plan rhumatologique, ni de la réévaluer. La deuxième allait être amenée à demander un courrier à son médecin sans consultation ce qu'il allait probablement refuser. De plus, cette patiente se préparait à devoir consulter un dermatologue alors que son médecin traitant aurait peut-être pu donner son avis sur le nævus. Le parcours de soin des deux femmes a donc été modifié par le manque de coopération de la SF avec les médecins généralistes. Il est toutefois important de noter que la santé des femmes n'a pas été mise en danger.

En dehors d'un manque de coopération, plusieurs SF ont exprimé une opinion ou un ressenti négatif sur les médecins généralistes.

Sur notre échantillon de neuf SF, celles qui avaient évité d'adresser des patientes aux médecins généralistes ou avaient une opinion négative du suivi de grossesse par les médecins généralistes mettaient en avant le souci du confort des patientes, le respect de leurs désirs et leur prise en charge globale.

Nos résultats montrent qu'en ce qui concerne la coopération des SF avec les autres professionnels engagés dans la surveillance des grossesses, la formation des SF intervient dans le choix du professionnel puisque les SF ont plus de facilité à travailler avec les gynécologues, qu'elles ont côtoyé pendant toutes leurs études, et avec leurs consœurs SF. C'est ce que nous avons appelé plus haut « l'orientation obstétrique » qui se manifeste.

La formation des SF intervient aussi dans le niveau de coopération avec les autres professionnels. Les SF les plus en rupture avec leur formation semblaient les plus opposées au monde médical et les plus réticentes à adresser leurs patientes aux médecins généralistes.

Cette attitude constitue, par ailleurs, une des limites de l'idée de personne référente, de la prise en charge globale par un intervenant du suivi de la grossesse.

En effet, la prise en charge globale ne doit pas être un obstacle à l'intervention des autres professionnels dans le suivi de la grossesse. L'existence d'un référent doit permettre un meilleur accès à l'ensemble du système de soin et pas l'inverse.

Les SF n'avaient pas de difficultés pour collaborer avec les gynécologues qu'elles avaient côtoyées depuis le début de leurs études et avec qui elles avaient l'habitude de travailler.

De même la coopération des SF entre elles apparaissait comme exemplaire car elles mettaient en commun leurs compétences pour satisfaire au mieux les besoins des patientes. Cependant les difficultés de coopération que nous avons pu observer dans le cadre de notre étude avec les médecins généralistes pouvaient avoir un retentissement sur le parcours de soin des patientes.

De toute évidence une meilleure communication permettrait une amélioration de la coopération et donc un suivi optimal.

Dans un mémoire de SF étudiant la coopération entre les SF et les médecins généralistes, 80% des SF et 86% des médecins généralistes pensaient qu'il était nécessaire de collaborer d'avantage (35).

Dans notre étude, plusieurs des SF observées expliquaient vouloir communiquer plus avec les médecins généralistes (« avec la maison de santé, l'objectif c'est qu'il y ait plus d'échanges »). Elles pensaient que plus de collaboration leur apporterait un plus grand confort dans leur travail.

Nos données sur la coopération entre ces professionnels sont en accord avec la thèse de C. Bergeron qui analysait les informations recueillies par focus group auprès de médecins généralistes et de SF et mettait elle aussi en évidence une communication difficile entre eux. Des SF se plaignaient d'avoir beaucoup de mal à joindre les médecins des patientes lorsqu'elles en avaient besoin « on peut à peine les joindre », « ça peut me prendre quelques fois 2-3 jours pour y arriver ». Les médecins généralistes reconnaissaient le manque de rapports professionnels avec les SF « on ne travaille pas beaucoup avec les SF en direct », « moi je ne jeterai pas la pierre aux SF, je pense que je ne mets pas beaucoup du mien pour resserrer les liens ».

Une SF libérale expliquait que le médecin généraliste est le médecin que les SF ne côtoient jamais « le gynéco obstétricien je l'ai toujours connu... Avec le médecin traitant en fait, je trouve que c'est une profession que l'on rencontre très peu », « dans le libéral, il faut

rencontrer le médecin traitant, on ne le connaît pas celui-là, du tout ».

Les études étaient mise en cause, les étudiants se croisent tout au long de leur cursus sans vraiment interagir « les premières SF que j'ai dû rencontrer ça devait être pour les accouchements de ma femme », « j'étais externe à l'époque, je pense qu'il était hors de question que les SF forment les externes, les médecins forment les médecins », « il fallait supplier pour pouvoir assister à un accouchement » (34).

Une autre hypothèse pour expliquer ce défaut de collaboration entre certaines SF et certains médecins généralistes est la notion de concurrence entre les deux professions.

Un mémoire de SF mettait en avant la concurrence entre les médecins généralistes et les SF pour le suivi de la grossesse. Des SF interrogées dans l'étude de L. Bertrand disaient « les médecins craignent de perdre leurs clientes », « ils ont peur que les sages-femmes prennent leur clientèle » (35).

Nous avons pu constater ce même raisonnement au cours de notre étude. Une des SF, jeune, avec pourtant une pratique principalement de type académique, parlait des difficultés rencontrées avec les médecins du secteur car elle assurait des suivis de grossesses et des suivis gynécologiques « les médecins ils nous en veulent, ils pensent qu'on leur vole leur patientes ».

Ce sentiment se vérifiait dans la thèse de C. Bergeron puisque des médecins disaient qu'ils « avaient l'impression de voir disparaître leurs patientes après une consultation chez une SF au point de ne pas être au courant de l'accouchement » (34).

Plusieurs SF ont mis en avant, pour expliquer le fait que des médecins ne leur adressent pas de patientes, la crainte de les perdre, l'existence d'une concurrence, mais ce comportement n'est-il pas réciproque ? Les SF ne se mettent-elles pas en concurrence avec les médecins généralistes en ce qui concerne les suivis de grossesse ?

#### ***4.2.3.2 Coopération dans la relation sage-femme - patiente***

La coopération pouvait avoir des conséquences sur la relation entre les SF et leurs patientes. Les SF qui écrivaient un compte rendu de suivi de grossesse au gynécologue en informaient leurs patientes. Ces dernières devaient parfois passer le prendre dans un second temps puisque leur SF ne le rédigeait pas toujours immédiatement pendant la consultation mais le

soir après leur journée de consultations. Cela entraînait donc un déplacement supplémentaire au cabinet pour la patiente en fin de grossesse.

Une des patientes, qui devait subir une amniocentèse, a envoyé un message à la SF pour lui dire que cela s'était bien passé et l'a appelée sur son portable personnel pour lui donner les résultats. Nous n'avons pas entendu parler d'un contact entre la SF et le gynécologue ayant assuré ces actes, on peut penser que cette coopération défailante entre les deux soignants a rapproché la SF et sa patiente qui ont communiqué par moyens personnels en dehors des heures de travail de la SF.

#### **4.2.3.3 Améliorations possibles**

Les mesures visant à encourager la coopération et la communication entre les professionnels de santé dans le but d'assurer un suivi optimal aux patientes semblent insuffisamment utilisées.

Dans l'enquête périnatale de 2010, seulement 31,7% des femmes ont déclaré avoir reçu une information sur l'existence du RSN et 37,9% d'entre elles disaient ne pas avoir reçu leur Carnet Maternité (2).

Nous n'avons d'ailleurs pas constaté son utilisation sur les 14 consultations observées.

Une meilleure information des usagers et des professionnels sur les compétences de chacun pourrait être assurée par le RSN. Nous n'avons pas observé d'échanges entre les SF et leurs patientes au sujet du RSN mais n'avons pas non plus observé de consultations d'EPP qui est le moment préférentiel pour présenter le réseau de soin aux patientes.

Une des solutions pourrait être de favoriser les rencontres interprofessionnelles dès le début des études et tout au long de la pratique en libéral. Les rôles de chacun pouvant alors être bien définis et expliqués.

## 5 Conclusion

L'objectif de cette étude était de caractériser le suivi de grossesse par les SF libérales et leur coopération avec les autres professionnels de la périnatalité.

L'observation de 9 SF au cours de 14 consultations de suivi de grossesse a permis de mettre en évidence dans la pratique des SF deux exigences constitutives de leur identité professionnelle : le souci du confort de la patiente et le souci de la sécurité médicale.

Les SF respectaient toutes les recommandations de la HAS en exerçant une pratique commune que nous avons appelé la pratique académique et avaient toutes la préoccupation de la sécurité. Cependant, le souci du bien-être de la patiente leur conférait, en plus, des orientations de pratique variables selon leur positionnement entre les deux polarités « sécurité médicale » et « bien-être de la patiente ». Nous avons donc pu observer plusieurs variantes de pratiques : « médecines parallèles », « accouchement à domicile » et « activité hospitalière ».

Les SF orientées vers les médecines parallèles et les accouchements à domicile privilégiaient nettement une pratique axée sur le bien-être et le confort de la patiente et une approche plus naturelle de la grossesse.

La SF qui avait une activité en salle de naissance respectait ces deux pôles d'engagement.

Les consultations observées ont montré que les SF tissaient un lien particulier avec leurs patientes dans un climat de confiance, de complicité et de réassurance. Cette relation était favorisée en partie par leur grande disponibilité pour leurs patientes, leur accessibilité et l'approche par l'humour de situations gênantes ou inquiétantes.

Le suivi de grossesse physiologique par les SF libérales se différençiait de celui pratiqué chez les médecins généralistes en plusieurs points, dont les deux causes étaient :

- l'orientation que nous avons appelée « obstétrique » des SF, résultant de leur formation et de leur activité globale
- l'orientation que nous avons appelée « monde de la naissance » qui englobait les deux polarités constitutives de l'identité professionnelle des SF, le souci du bien-être des patientes et la sécurité médicale du suivi de grossesse, avec en plus une volonté

de partager avec leurs patientes une passion pour l'univers de la maternité et de la naissance, d'en imprégner le climat de leur pratique professionnelle dans tous les aspects (décoration, prise en charge globale de la famille, monde de la femme et de la procréation).

Cela les différenciait des médecins généralistes dont la fonction ne les oriente pas exclusivement vers le monde de la naissance.

Les SF coopéraient avec les autres professionnels impliqués dans le suivi des grossesses pour répondre à une demande des patientes mais aussi par nécessité en cas de pathologie ou pour suivre les recommandations.

Elles collaboraient avec les médecins gynécologues en cas de pathologie obstétricale et en fin de grossesse et avec les médecins généralistes en cas de pathologie extra-obstétricale, de besoins d'informations sur les patientes ou d'arrêt de travail prolongés.

La formation des SF influençait leur coopération qui était plus facile avec les gynécologues et les SF qu'elles avaient côtoyés pendant leurs études. La coopération avec les médecins généralistes était en revanche plus inégale et semblait plus difficile pour différentes raisons.

Les SF en rupture avec leur formation, qui apparaissaient comme les plus opposées au monde médical, semblaient les plus réticentes à collaborer avec les médecins généralistes et un manque de communication interprofessionnelle associé à une possible concurrence entre les praticiens augmentaient ces difficultés de coopération.

Il pourrait être intéressant de compléter cette étude par des enquêtes qualitatives d'observation de consultations de mêmes termes pour pouvoir comparer les temps de paroles des SF et des patientes ou le niveau de coopération des SF avec les autres professionnels à un moment précis de la grossesse ou alors une enquête par questionnaires auprès d'un grand nombre de SF pour faire valider notre analyse.

Il pourrait aussi être intéressant de faire une étude similaire avec les gynécologues ou les médecins généralistes qui assurent des suivis de grossesse.

## 6 Annexes

### **Annexe 1 : Mail aux SF**

Bonjour,

Je suis médecin généraliste remplaçante. J'exerce principalement dans la région nantaise.

Comme convenu par téléphone, voici plus d'informations sur mon projet de thèse.

Ce dernier s'intègre dans une étude plus vaste : le projet MATTER dont l'un des objectifs est d'étudier les inégalités d'accès aux soins pour les femmes enceintes (dépassant les disparités de répartition territoriale) et de déterminer à quel niveau les différentes formes de coopération professionnelle agissent sur le parcours de soin des patients.

Cette étude pluridisciplinaire et interprofessionnelle (SF, gynécologues, médecin généralistes...) a lieu dans le champ de la périnatalité car ce dernier reste victime d'inégalités d'accès aux soins malgré le suivi planifié et remboursé de la femme enceinte et du nourrisson.

L'objectif est d'étudier l'offre de soin et de comprendre les choix des patientes dans leur parcours de soin (en fonction de l'intervenant de santé mais aussi des caractéristiques de la patiente).

J'ai choisi de travailler sur l'interaction entre les SF et les patientes au cours du suivi de la grossesse.

Mon travail de thèse n'est donc qu'une partie de cette étude.

D'autres internes travaillent avec des médecins généralistes, des gynécologues, des médecins de PMI et des sociologues.

Le projet est mené en partie par le département de médecine générale de Nantes en collaboration avec l'école de SF.

J'aurais besoin pour pouvoir réaliser ce travail de pouvoir observer des consultations de suivi de grossesse :

- quel qu'en soit le terme
- physiologique ou pathologique

A votre cabinet,

De pouvoir prendre des notes pendant les consultations,

De prendre des informations anonymes sur le dossier de la patiente (avec accord écrit de la patiente, recueilli en début de consultation).

J'aimerais commencer mon recueil de données en octobre 2014.

Si vous êtes d'accord, je vous recontacterai par téléphone dans quelques jours.

## **Annexe 2 - Note explicative patiente et consentement**

### **Note explicative pour la patiente:**

Mon travail de thèse s'intègre dans une étude au niveau des pays de la Loire appelée SCOPS (service collectif de santé, coopération professionnelle et parcours de soins) dont le principal objectif est d'étudier les inégalités d'accès aux soins pour les femmes enceintes et de déterminer à quel niveau les différentes formes de coopération professionnelle agissent sur le parcours de soin des patients.

L'objectif est d'étudier l'offre de soin et de comprendre les choix des patientes dans leur parcours de soin.

Le projet est mené en partie par le département de médecine générale de Nantes en collaboration avec l'école de SF.

J'ai besoin pour pouvoir réaliser ce travail d'observer des consultations de suivi de grossesse,

De pouvoir prendre des notes pendant les consultations et éventuellement de vous poser des questions à vous et à la SF qui vous suit concernant votre dossier,

De pouvoir accéder à votre dossier médical pour compléter mon recueil de données,

L'ensemble des informations seront utilisées de façon anonyme pour l'étude.

### **CONSENTEMENT :**

Je soussigné(e) ....., accepte de participer à l'étude SCOPS.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Typhaine Witté, interne en médecine générale, 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.

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 la 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 4 : Fiche patiente

Age	
Lieu de vie	
Situation familiale	
Niveau étude (plus haut diplôme obtenu)	
Profession/CSP INSEE	
Conjoint	
Couverture sociale	
ATCD médicaux chirurgicaux	
ATCD gynécologiques, grossesses antérieures	
Suivi pour les grossesses antérieures	
Ancienneté du suivi par la SF	
Vouvoiement, tutoiement ?	
Distance domicile-consultation	
Distance domicile-travail	
Adressée par ?	Réponse de la patiente :
Lieu prévu d'accouchement	
Prochain rendez-vous programmé ?	
Prescriptions (biologie, imagerie, médicaments, homéopathie, phytothérapie...)	
Avis confrère, autre spécialistes	

## Annexe 5 : Fiche Sage-Femme

Observation numéro :	
Age	
Sexe	
Commune exercice	
Commune de résidence	
Situation familiale	
Lieu formation (université) Année du diplôme Année d'installation	
Autres activités Spécialisations Activité hospitalière Accouchements	
Développement professionnel continu ?	

## Annexe 6 : Fiche Structure

### Commune

Nom	
Nombre habitants	

### Cabinet

Groupe ou SF seule	
Secrétaire ?	
SF seule ou multidisciplinaire	
Indication/plaques	
Parking	
Salle d'attente (affichage, décoration, confort, commune aux SF)	
Superficie du cabinet	
Décoration	
Table d'examen ou divan	
WC dans la salle de consultation	
Lieu d'intimité pour déshabillage	

## **Annexe 7 - Axes d'analyse du contenu des séances d'observation**

Observation n°

Climat :

Plaintes et demandes :

Examen physique :

Administratif :

Coopération entre les professionnels :

Préventions/ sérologies/ nutrition... :

Travail/ environnement :

Intrication subjectif/affectif et médical :

Attention portée au bébé :

Autres :

## 7 Bibliographie

1. Mainguené A, Insee - Couple, famille, parentalité, travail des femmes - Les modèles évoluent avec les générations. 2011 mars [consulté le 14 mars 2015]. Report No.: N°1339. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1339/ip1339.pdf>
2. Blondel B, Kermarrec M. Enquête périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 mai [consulté le 4 févr 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
3. Observatoire régional de santé (ORS), Réseau « Sécurité naissance - Naître ensemble ». Santé périnatale dans les Pays de la Loire [Internet]. Nantes: ORS; 2013 [consulté le 14 mars 2015] p. 190. Disponible sur: [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/perinatalite/2013\\_RAPPORT\\_sante\\_perinatale.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/perinatalite/2013_RAPPORT_sante_perinatale.pdf)
4. Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse [Internet]. Drees; 2007 janv [consulté le 26 mai 2015]. Report No.: 552. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf>
5. Ministère de la santé. PLAN PERINATALITE 2005-2007- « humanité, proximité, sécurité, qualité » [Internet]. 2004 nov [consulté le 26 mai 2015]. 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)
6. Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Comment devenir sage-femme ? [Internet]. [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/comment\\_devenir\\_sagesfemmes/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/comment_devenir_sagesfemmes/index.htm)
7. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Etudes de médecine en France [Internet]. [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/les-etudes-de-medecine-en-france-400>
8. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes [Internet]. 2005 mai [consulté le 4 févr 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Infos\\_femmes\\_enceintes\\_fiche.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Infos_femmes_enceintes_fiche.pdf)
9. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007 mai [consulté le 4 févr 2015]. 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)
10. Clautour L. Parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zones sous-médicalisées. Etude qualitative dans le Sud-Est de la Vendée [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: UFR médecine Nantes; 2013 [consulté le 17 mars 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/12af1338-6699-413c-a04a-579616b05b22>
11. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Effectif et Mode d'exercice au 01/01/2014 [Internet]. 2015 [consulté le 13 mai 2015]. Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/leffectif-et-le-mode-dexercice-au-01-01-2014](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/leffectif-et-le-mode-dexercice-au-01-01-2014)

[femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice\\_de\\_la\\_profession/demographie\\_et\\_statistiques/effectif\\_et\\_mode\\_dexercice\\_au\\_01012014/index.htm](http://femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/effectif_et_mode_dexercice_au_01012014/index.htm)

12. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etude et résultat. numéro 791. mars 2012;8.
13. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale interactive - Gynécologie médicale [Internet]. cartographie interactive de la démographie médicale. 2015 [consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
14. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale interactive - Gynécologie obstétrique [Internet]. Cartographie interactive de la démographie médicale. 2015 [consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
15. Conseil National de l'Ordre des médecins. Démographie médicale interactive - Gynécologie médicale et obstétrique [Internet]. [consulté le 27 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.demographie.medecin.fr/demographie>
16. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale interactive - Médecine générale [Internet]. Cartographie interactive de la démographie médicale. [consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
17. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015.
18. Prévot-Stimec I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse [Internet]. [UFR de médecine]: Université de Nantes; 2005 [consulté le 14 mars 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=422c9b8e-2de3-4cf0-9436-c2b474e833a4>
19. Ministère de la santé et des sports. Coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2010 [consulté le 14 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation\\_entre\\_professionnels\\_de\\_sante\\_4.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cooperation_entre_professionnels_de_sante_4.pdf)
20. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 nov [consulté le 4 févr 2015]. 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)
21. INSEE. - Définitions et méthodes - Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles [Internet]. 2015 [consulté le 17 mai 2015]. Disponible sur: <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
22. Arborio AM, Fournier P. L'observation directe - L'enquête et ses méthodes. 3ème Edition. Armand Colin; 2010. 128 p.
23. Cour des Comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins [Internet]. Paris, France: Sécurité Sociale; 2011 sept [consulté le 10 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/0v/v70tx520jomue5ejtu8qvx2afy0d0j-org.pdf>
24. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). Exercice de la profession - Les compétences des sages-femmes [Internet]. [consulté le 14 mars 2015]. Disponible sur: [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/les\\_competences/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_competences/index.htm)

25. Branger B, De Reillac P, Gillier S, Lequeux Y, Mensier A, Winer N, et al. Suivi de grossesse à bas risque [Internet]. Pays de la Loire; 2011 mai [consulté le 25 mai 2015] p. 1-69. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/Rapports%20et%20recommandations/Suivi%20grossesse%20bas%20risque-%20version%20finale-mai%202011.pdf>
26. Bobenrieth B, Hardy-Dubernet AC. Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale : étude des patientes de 5 cabinets sur un an et 5 entretiens sociologiques semi-directifs de femmes [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Nantes]: Nantes; [consulté le 10 déc 2014]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/get.action?id=dc660bf3-bbed-4c67-b724-c2b37af9e05c>
27. Monleon C. Le suivi de grossesse en ville : par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales [Internet] [Mémoire de sage femme]. [Lyon, France]: Lyon; 2013 [consulté le 10 déc 2014]. Disponible sur: [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/ba60b131-f73e-492e-b5c5-13fe1edc3e89/blobholder:0/Msfb\\_2012\\_MONLEON.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/ba60b131-f73e-492e-b5c5-13fe1edc3e89/blobholder:0/Msfb_2012_MONLEON.pdf)
28. Pépin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque [Internet]. [Nantes, France]: UFR médecine Nantes; 2012 [consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bd731508-c789-4f38-a61a-01186b927a2c>
29. Catimel B. Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant en zone sous-médicalisée [Internet]. [Nantes, France]: UFR médecine Nantes; 2013 [consulté le 30 avr 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/3f7c56fd-bcbf-4c5a-85f8-386245c3fcf8>
30. CNGOF, UMVF. Grossesse normale- Les besoins nutritionnels d'une femme enceinte [Internet]. 2011 [consulté le 4 févr 2015]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie\\_16/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_16/site/html/cours.pdf)
32. Réseau Sécurité Naissance - Naitre ensemble. Le réseau sécurité naissance-naitre ensemble: Présentation [Internet]. [consulté le 13 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-1.html>
33. Agence régionale de Santé. Adoption du PRS des Pays de la Loire [Internet]. 2014 [consulté le 13 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/index.php?id=126955>
34. 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 ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [UFR de médecine]: Université de Nantes; 2012 [consulté le 14 mars 2015]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-ea36a22855a9>
35. Bertrand L, Brillac T, Guyard Boileau B. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes. [Ecole de sages-femmes de Toulouse]: Université Paul Sabatier - Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil; 2008.

**Titre de Thèse :****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 des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique*

---

Dans le cadre du projet MATTER visant à analyser les raisons des inégalités en santé périnatale, nous avons cherché à mieux comprendre l'offre de soin des sages-femmes et pour cela réalisé une étude qualitative par observation directe non participante de consultations de suivi de grossesse par des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique. L'objectif était de recueillir des informations sur les caractéristiques du suivi de grossesse par les sages-femmes et sur leur coopération avec les professionnels de la périnatalité. Neuf sages-femmes ont été observées au cours de quatorze consultations. Cela a permis de mettre en évidence deux exigences constitutives de l'identité professionnelle des sages-femmes (le souci de la sécurité médicale et le souci du bien-être des patientes) qui, associées à leur engagement vers le monde de la naissance et les connaissances en obstétrique implicites à leur formation, en font des référentes compétentes pour le suivi des grossesses physiologiques, satisfaisant les usagers à la recherche d'une plus grande humanité dans le cadre du suivi des grossesses. Leur formation influençait leur coopération qui était plus facile avec les sages-femmes et les gynécologues qu'elles avaient côtoyés pendant leurs études. Les sages-femmes apparaissant en opposition avec le monde médical dans leurs discours ou leurs pratiques coopéraient plus difficilement avec les médecins généralistes.

---

**MOTS-CLES**

Surveillance de la grossesse

Sage-femme

Coopération

Interaction

Observation directe

Périnatal