

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°052

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Benoîte CATIMEL

née le 18 juin 1985 à Compiègne

Présentée et soutenue publiquement le 10 septembre 2013

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

Étude qualitative auprès de 11 patientes résidant dans le nord de la
Loire-Atlantique

Président du jury : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET

Co-directrice de thèse : Madame Anne-Chantal HARDY

Membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

A Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, soyez assurées de mon entière reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET,

Merci de m'avoir embarquée dans cette aventure et pour vos précieux conseils !

A Madame Anne-Chantal HARDY,

Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail, grâce à vous j'ai découvert l'interdisciplinarité avec ses difficultés et surtout ses richesses!

Aux patientes interviewées

Merci de m'avoir accueillie chez vous et de m'avoir consacré du temps.

A Lucile Clautour,

Pour ce partenariat improvisé !

A mes parents,

Pour votre amour et votre soutien pendant ces longues années d'études, merci pour ces nombreuses relectures à la traque des « quelques » fautes d'orthographe !

LISTE DES ABREVIATIONS

HTA : hypertension artérielle

CHU : centre hospitalier universitaire

CH : centre hospitalier

ATSEM : agent spécialisé des écoles maternelles

FIV : fécondation in vitro

HAS : haute autorité de santé

SF : sage-femme

GO : gynécologue obstétricien

GL : gynécologue libéral

MG : médecin généraliste

PCS : professions et catégories socio professionnelles

HPST : hôpital, patients, santé et territoires

ARS : agence régionale de santé

PMI : protection maternelle et infantile

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HCG : hormone chorionique gonadotrope

MAP : menace d'accouchement prématuré

SA : Semaine d'aménorrhée

HPV : Human Papillomavirus

DEFINITIONS

Indicateur conjoncturel de fécondité : Nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité à chaque âge, observés l'année considérée, demeuraient inchangés.

Emploi résidentiel : Nombre de salariés et non-salariés des secteurs du commerce et réparation automobile, commerce de détail et réparations, bâtiment, transports ferroviaires, transports routiers de voyageurs, agences de voyages, activités financières, activités immobilières, services aux particuliers, éducation, santé et action sociale et administration.

Bassin de vie : Le plus petit territoire où les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi.

Taux de natalité : Nombre de naissances rapporté au nombre d'habitants.

Densité de médecins généralistes : Nombre de médecins généraliste rapporté à la population, exprimé pour 100 000 habitants.

Densité de sages-femmes : Nombre de sages-femmes rapporté à la population féminine âgée de 15 à 49 ans, exprimé pour 100 000 femmes.

Densité de gynécologues-obstétriciens : Nombre de gynécologues-obstétriciens rapporté à la population féminine âgée de 15 ans à 49 ans, exprimé pour 100 000 femmes.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
DEFINITIONS	5
INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODE	11
I. Lieu de l'étude.....	11
A. Notion de bassin de vie	11
B. Démographie médicale en Loire Atlantique	12
C. Territoire de l'étude.....	13
II. Type de l'étude.....	17
III. Population de l'étude.....	18
IV. Recueil des données	18
V. Analyse des données.....	19
RESULTATS	20
I. Parcours spontané.....	22
A. Une connaissance de l'offre de soin locale	22
B. Une trajectoire logique pour le choix du médecin généraliste	23
C. Choix du lieu d'accouchement.....	24
D. Perception du suivi de grossesse	25
E. Perception contrastée de la sous-médicalisation	27
F. Synthèse	28
II. Parcours contrarié.....	28
A. Un projet de suivi de grossesse	29
B. Difficultés rencontrées dans la mise en place du suivi.....	30
C. Modification de trajectoire	31
D. Complication de la grossesse	32
E. Réappropriation du suivi de grossesse	33
F. Perception du suivi de grossesse	35
G. Perception de la sous-médicalisation	36

H. Synthèse	36
III. Parcours volontaire	37
A. Un projet de suivi de grossesse	37
B. Les moyens de réaliser ce projet	41
C. Choix du lieu d'accouchement	43
D. Satisfaction à la hauteur des attentes	44
E. Perception de la sous-médicalisation	45
F. Synthèse	47
IV. Parcours imposé.....	48
A. Une grossesse conditionnée par un risque.....	48
B. Un suivi programmé à l'avance	49
C. Rôle du médecin traitant	52
D. Place du conjoint	52
E. Perception du suivi de grossesse	53
F. Perception de la sous médicalisation.....	56
G. Synthèse	57
DISCUSSION	59
I. Validité interne : discussion de la méthode	59
A. Le type d'enquête	59
B. Le territoire concerné	59
C. L'échantillon	59
D. Le recueil des entretiens	60
E. L'analyse	60
II. Validité externe : Discussion des résultats	61
A. Des prises en charges variées	61
B. Comment se construisent alors les parcours ?.....	62
C. La perception du suivi de grossesse	68
D. Perception de la sous médicalisation.....	71
E. Synthèse : Comparaison des comportements avec le secteur du Sud-Est Vendée... 72	
CONCLUSION	75
TABLES DES TABLEAUX.....	77
ANNEXES	78
BIBLIOGRAPHIE	79

INTRODUCTION

Notre pays est confronté depuis quelques années à une réalité qui suscite une inquiétude grandissante concernant la répartition des professionnels de santé sur le territoire et les difficultés d'accès aux soins. Nombre de médecins partent à la retraite et les jeunes médecins tardent à s'installer, voire favorisent un mode d'exercice salarié au profit de leur qualité de vie (1). Les zones rurales sont délaissées au bénéfice des grandes agglomérations. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique qui mobilise les gouvernements qui tentent de mettre en place des mesures incitatives pour faciliter l'installation des jeunes médecins dans ces zones déficitaires.

D'après la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge des malades doivent être définis dans « le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (2). Différents travaux ont été réalisés, cherchant à évaluer le ressenti sur l'accès aux soins primaires de populations habitant dans une zone rurale déficitaire en professionnel de santé, ils ont mis en évidence l'absence de difficultés ressenties pour le moment mais une inquiétude pour l'avenir (3,4).

Les objectifs du plan périnatal de 2005-2007 rejoignent ceux de la loi HPST : Humanité, Proximité, Sécurité et Qualité (5).

En 2011, la France a un indice de fécondité à 2.01 enfants par femme en âge de procréer (6), supérieur à la moyenne européenne et occupe même la seconde place du classement, derrière l'Irlande. La région Pays-de-la-Loire est la plus féconde de France avec un indicateur conjoncturel de fécondité à 2,1 enfants par femmes en 2009 (7).

Le suivi des grossesses, dites à bas risque, inclut 3 échographies et 7 consultations prénatales obligatoires (8). Les 5 premières consultations des grossesses identifiées comme étant à bas risque, peuvent être réalisées par des gynécologues médicaux, des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes ou des sages-femmes, alors que les 2 dernières sont réalisées par la sage-femme ou le gynécologue dans l'hôpital choisi pour l'accouchement. L'enquête périnatalité réalisée en 2010 montre une augmentation du nombre de consultations pendant la

grossesse et un retour vers les médecins généralistes et les sages-femmes pour assurer ce suivi (9). L'augmentation du nombre de consultations est probablement en lien avec la notion de risque et de gestion de ce risque, et d'une médicalisation de plus en plus importante de la grossesse.

Il est un principe en santé qui est celui de la liberté des choix : choix du professionnel qui suit la grossesse, choix du lieu d'accouchement, d'où la volonté de renforcer l'information des femmes enceintes afin que ce choix soit le plus éclairé possible. Cependant nous supposons que la notion de variabilité géographique est à prendre en compte dans ces choix puisque toutes les femmes n'auraient pas le même accès aux soins en fonction de leur lieu d'habitation.

Partant du constat que l'évolution de la démographie médicale crée des zones sous-médicalisées, nous nous sommes intéressées aux femmes habitant dans ces zones sous-médicalisées de Loire Atlantique, ayant accouché dans l'année 2012, afin d'essayer de comprendre :

- Comment ont-elles construit leur parcours de soin devant la complexité de l'offre de soins et la multiplicité des professionnels de santé pouvant prendre en charge une grossesse ?
- Quelle a été l'influence de la répartition de l'offre de soin sur les choix des femmes ?
- Quelles sont les conséquences de ce manque de professionnels à proximité sur le vécu de leur grossesse ? Elle est une période particulière dans la vie d'une femme que chacune souhaite vivre à sa manière avec ses doutes, ses joies et ses interrogations auxquels nous essayons tous les jours d'apporter les réponses les plus pertinentes possibles pour les accompagner dans ce parcours qui les mène à la maternité.

MATERIEL ET METHODE

I. Lieu de l'étude

Notre étude s'intéresse à des femmes ayant accouché dans l'année 2012 et vivant dans une zone sous-médicalisée en Loire-Atlantique. Il a donc fallu définir la notion de sous-médicalisation et en délimiter un territoire en Loire-Atlantique.

Si l'on parle souvent de la désertification médicale, il est pourtant difficile de trouver une définition de la sous-médicalisation.

Le conseil national de l'ordre des médecins effectue tous les 2 ans une cartographie de la démographie médicale, à l'échelle des bassins de vie, dont nous nous sommes servis pour délimiter un territoire sous-médicalisé.

A. Notion de bassin de vie

Un bassin de vie est « le plus petit territoire où les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi » (10). Les équipements de la vie courante sont définis en 4 catégories :

- Equipement concurrentiel : supermarché et hypermarché, grande surface non alimentaire, magasins, librairie, droguerie, marché de bétail, banque, vétérinaire.
- Equipement non concurrentiel : gendarmerie, perception, notaire, pôle emploi, maison de retraite, bureau de poste, crèche ou garderie, installation sportive, piscine, cinéma, école de musique
- Equipement de santé
- Equipement d'éducation

Le département de Loire-Atlantique est ainsi découpé en 31 bassins de vie.

B. Démographie médicale en Loire Atlantique

1. Médecins généralistes

La région Pays de la Loire occupe le 6ème rang des régions les moins bien dotées. Au 1^{er} janvier 2013, la densité de médecins généralistes est de 126,4 pour 100 000 habitants dans la région Pays de la Loire, elle est de 139,2 en France métropolitaine (11). La densité de médecins généralistes libéraux est de 81 pour 100 000 habitants dans la région Pays de la Loire (12).

Les bassins de vie des Pays de la Loire comptent en moyenne 3.6 médecins généralistes pour 5000 habitants (1).

15 bassins de vie en Loire-Atlantique ont une densité faible, c'est à dire inférieure à la moyenne de 3.6 médecins généralistes pour 5 000 habitants, dont 6 ont une densité inférieure à 3.

Un bassin de vie a la particularité d'avoir des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans, et donc susceptibles de partir à la retraite dans les 5 années à venir, ce qui en fait une zone fragile d'après la définition de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

2. Gynécologues médicaux et obstétriciens

Au 1er janvier 2012, 191 médecins spécialistes en gynécologie obstétrique sont recensés dans les Pays de la Loire, ainsi que 128 médecins spécialistes en gynécologie médicale (7). Ceci correspond à une densité de 24 spécialistes en gynécologie obstétrique pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans alors qu'elle est à 28 en France métropolitaine, et 16 spécialistes en gynécologie médicale pour 100 000 femmes âgée de 15 à 49 ans contre 26 à l'échelle nationale.

La Pays de la Loire étant la région la plus féconde de France, elle dispose d'un spécialiste en gynécologie obstétrique pour 360 naissances contre 1 pour 220 naissances au niveau national.

123 bassins de vie n'ont aucun gynécologue médical ou obstétricien exerçant une activité libérale ou mixte, en font partie les 6 bassins de vie de Loire-Atlantique avec une densité de médecins généralistes inférieure à 3 pour 5000 habitants (1).

3. Sages-femmes

Au 1^{er} janvier 2012, on compte en France 130 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (7). La densité des sages-femmes en Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale avec 132 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Elle est à 139 en Loire-Atlantique.

Les sages-femmes exercent majoritairement à l'hôpital, mais le secteur libéral est en hausse avec une augmentation de 7% par an entre 2000 et 2010 (13). 26,1 % des sages-femmes exerçant dans les Pays de la Loire ont une activité libérale, contre 20% au niveau national.

Sur le département de Loire Atlantique, 120 sages-femmes sont installées en activité libérale (14). Sur ces 120 sages-femmes, 7 seulement sont installées dans un bassin de vie dont la densité médicale est inférieure à 3.

4. Maternités en Loire Atlantique

On dénombre 8 maternités en Loire Atlantique.

- 3 à Métroville¹: Centre Hospitalier Universitaire (CHU), maternité de niveau III
Clinique Hupé, maternité de niveau I
Clinique Prisée, maternité de niveau II
- 1 à Périurb : Clinique Confort, maternité de niveau II
- 2 à Portville : Centre Hospitalier (CH), maternité de niveau II
Clinique Verte, maternité de niveau I
- 1 à Grandeville : CH, maternité de niveau II
- 1 à Estville : CH, maternité de niveau I

C. Territoire de l'étude

Nous avons choisi comme zone sous-médicalisée, l'ensemble des bassins de vie ayant une densité médicale inférieure à 3 pour 5000 habitants, chacun de ces bassins de vie regroupant plusieurs bourgs.

Nous ne présenterons que les bassins de vie de Petiteville et Semirural puisque seuls les médecins et sages femmes exerçant dans ces bassins de vie ont répondu à notre sollicitation.

¹ Par souci d'anonymat, tous les noms des villes, des établissements hospitaliers et des patientes interviewées ont été modifiés.

Les bassins de vie de Petiteville et Semirural sont décrits par l'INSEE comme des « bassins de vie ruraux qui s'éveillent » (15). En effet la démographie de ces territoires, après avoir longtemps stagnée, ne cesse de croître depuis 1999, conséquence de la recherche d'un foncier moins cher au prix de l'éloignement des pôles urbains et de l'emploi. Ces nouvelles installations concernent essentiellement les jeunes couples de classe moyenne.

Ils ont la particularité d'avoir un taux de natalité élevé, compris entre 16 et 19,9 pour 1000 habitants.

1. Présentation du bassin de vie de Semirural

Le bassin de vie de Semirural regroupe 8 communes.

a. Population

La population du bassin de vie de Semirural s'élevait à 16265 habitants le 1er janvier 2010 (16). En 2008, 26,3% de la population avait moins de 20 ans et 23,1% avait plus de 60 ans (12).

b. Emploi et économie

En 2004, plus de 7 salariés sur 10, habitant dans le bassin de vie de Semirural, se déplacent hors du bassin de vie pour aller travailler, alors que dans les bassins de vie ruraux, cette moyenne est à 56%.

Ce bassin de vie, peu attractif en terme d'emploi, a une orientation économique résidentielle (service aux particuliers et commerce) qui représente la moitié des emplois et agro-alimentaire. Entre 1999 et 2006, la baisse du nombre de demandeurs d'emploi a été plus importante que dans les autres bassins de vie ruraux, cependant, l'indicateur relatif au chômage est supérieur à 1 point par rapport aux autres bassins de vie ruraux en 2006.

c. Présence médicale

- *Médecins généralistes libéraux et mixtes*

La densité médicale sur le bassin de vie de Semirural est de 2,4 médecins pour 5000 habitants.

Au total, 7 médecins généralistes sont recensés sur ce bassin de vie, dont 2 ont plus de 55 ans.

- *Médecins spécialistes*

Un médecin ophtalmologue exerce sur dans la ville de Semirural.

- *Sages-femmes*

Une sage-femme exerce à Semirural.

d. Position géographique par rapport aux maternités

La ville de Semirural est située à 29 km de l'hôpital de Grandeville, à 44 km de la clinique Confort, à 47 km du CHU de Métroville et de la clinique Hupé, à 44 km de la clinique Prisée, à 64 km de l'hôpital de Portville et à 47 km de l'hôpital d'Estville.

2. Présentation du bassin de vie de Petiteville

Le bassin de vie de Petiteville regroupe 5 communes.

a. Population

Le bassin de vie de Petiteville compte 18789 habitants au 1er janvier 2010 (16), c'est l'un des plus peuplés de la région, population relativement jeune puisque 26,9% a moins de 20 ans et seulement 22,2% a plus de 60 ans en 1999 (17).

Entre 1999 et 2004 la population a augmenté de 5,7%. Le solde naturel, c'est-à-dire la différence entre le nombre de naissance et de décès a progressé de 3,5% entre 1999 et 2005. Le bassin de vie de Petiteville est attractif car à proximité des agglomérations de Métroville et de Portville.

b. Emploi et Economie

Comme pour Semirural, plus de 7 actifs sur 10 quittent le bassin de vie pour aller travailler et 50% des actifs travaillant dans le bassin de vie n'y habitent pas.

L'emploi y est principalement résidentiel et agro-alimentaire avec 1 emploi sur 9 concerné.

L'indicateur de chômage est supérieur à 0,7 point par rapport aux autres bassins de vie ruraux de Loire-Atlantique.

c. Présence médicale

- *Médecins généralistes libéraux et mixtes*

La densité médicale sur le bassin de vie de Petiteville est de 2,8 médecins généralistes pour 5000 habitants (1).

10 médecins généralistes sont recensés sur le bassin de vie de Petiteville, dont 4 ont plus de 55 ans.

- *Médecins spécialistes et généralistes hospitaliers*

Il faut noter la présence à Petiteville d'une Centre Hospitalier Spécialisé, de nombreux psychiatres et médecins généralistes y ont une activité hospitalière. Aucun gynécologue libéral n'est recensé sur ce bassin de vie.

- *Sages femmes*

3 sages femmes exercent une activité libérale dans la ville de Petiteville.

d. Position géographique par rapport aux maternités.

Petiteville est située à 45 km de l'hôpital de Grandville, à 40 km de la clinique Confort, à 39 km du CHU de Méroville, à 40 km de la clinique Prisée, 48 km de l'hôpital de Portville et à 51 km de l'hôpital d'Estville.

3. Offre de soin en périnatalité dans le territoire étudié

Un tableau récapitulatif de l'offre de soin en périnatalité dans le territoire étudié a été réalisé, y a été inclus la distance qui sépare les 2 principales villes des bassins de vie étudiés, des différents professionnels de la périnatalité exerçant dans ce département.

Tableau 1 : Offre de soin en périnatalité dans le territoire étudié

	Nombre d'habitants	Maternité publique	Maternité privée	écho	SFL	GL ou GO	Eloignement par rapport aux différents acteurs	
							Petiteville	Semirural
Métroville	284 970	CHU, niveau III	Clinique Prisée niveau II Clinique Hupé niveau I	oui	oui	oui	39 km	43 km
Portville	67 000	CH, niveau II	Clinique Verte, niveau I	oui	oui	oui	46 km	61 km
Grandeville	12 000	CH, niveau II	x	oui	oui	oui	44 km	28 km
Moyenneville	9 600	x	x	oui	oui	oui	33 km	49 km
<u>Petiteville</u>	9 200	x	x	x	oui	x	X	17 km
Radioville	7 780	x	x	oui	oui	x	23 km	18 km
<u>Semirural</u>	3 800	x	x	x	oui	x	17 km	x
Périurb	43 000	x	Clinique Confort, niveau II	oui	oui	oui	42 km	46 km

Echo : cabinet de radiologie privé ou public, SFL : Sage-femme libérale, GL ; gynécologue libéral, GO : Gynécologue obstétricien.

II. Type de l'étude

Nous avons choisi de faire une étude qualitative par entretiens semi-directifs de femmes ayant accouché dans l'année 2012 et habitant dans une zone définie comme sous-médicalisée en Loire-Atlantique.

Lors de ces entretiens, le but est d'obtenir un rapport le plus égalitaire possible entre l'enquêteur et l'enquêté pour que celui-ci puisse parler librement, sans contrainte et émettre des hypothèses auxquelles l'enquêteur n'avait pas forcément pensé. Ce type d'enquête permet ainsi d'accéder à des informations qu'une enquête trop méthodique aurait laissé échapper (18). L'objectif est de comprendre et non pas de décrire le parcours du suivi de grossesse en zone sous médicalisée. Par le biais de relances et de reformulations nous avons invité l'interviewée à se sentir en confiance et à approfondir certains thèmes.

III. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient de vivre dans une zone sous-médicalisée et d'avoir accouché dans l'année 2012 afin de limiter le biais de mémorisation.

De manière aléatoire, nous avons contacté des médecins généralistes, sages-femmes et médecins de PMI exerçant dans la zone sous-médicalisée définie et leur avons demandé, après avoir expliqué notre étude de repérer une ou deux patientes ayant accouché dans l'année et d'obtenir son accord afin que nous la contactions pour réaliser un entretien. Aucun critère de repérage n'a été indiqué aux personnes contactées, dont les coordonnées ont été repérées au hasard. Après obtention des coordonnées des patientes, nous les avons contactées par téléphone, leur avons expliqué notre étude et avons convenu avec elle d'une date pour réaliser un entretien à leur domicile.

Tous ces contacts ont été réalisés par téléphone, mises à part les sages-femmes de Petiteville qui ont souhaité me rencontrer afin que je leur explique mon étude.

IV. Recueil des données

1. Guide d'entretien

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin de favoriser la production d'un discours spontané par les interviewées, néanmoins pour s'assurer que tous les thèmes soient abordés un guide d'entretien a été réalisé. L'ordre des thèmes à aborder est resté libre, nous avons tenté de les intégrer dans le discours des interviewées.

Les thèmes abordés étaient :

- Le suivi de grossesse
- Le choix du lieu d'accouchement
- Les connaissances sur la grossesse
- La perception du suivi de grossesse
- Le suivi médical et gynécologique

- Le contexte sociodémographique
- Réflexion sur la sous-médicalisation
- Pistes d'amélioration pour une prochaine grossesse

2. Modalités de réalisation

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 8 mois entre mars et décembre 2012. Tous les entretiens ont été réalisés à domicile. A notre arrivée à leur domicile, nous avons expliqué à nouveau aux patientes le but de l'étude, leur avons laissé le choix du lieu de réalisation de l'entretien dans la maison afin qu'elles se sentent en confiance et leur avons précisé que ces entretiens resteraient anonymes. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Ils ont duré en moyenne 41 minutes, le plus court ayant duré 28 minutes et le plus long 56 minutes.

3. Retranscription

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, de manière littérale, en tentant de faire apparaître les silences, les hésitations et les émotions, sans correction des erreurs de syntaxe. Chaque nom propre a été anonymisé en tentant de donner un sens sociologique aux noms d'emprunt (19).

V. Analyse des données

En premier lieu une analyse chronologique a été réalisée afin de repérer quelles ont été pour chaque femme les différentes étapes dans la mise en place de leur parcours de suivi de grossesse et quels en ont été les intervenants.

Nous avons ensuite regroupé les phases communes de chaque entretien et avons défini des « types » de parcours que nous avons analysés afin d'en déterminer les caractéristiques.

RESULTATS

11 patientes ont été interviewées, elles étaient originaires des bassins de vie de Petiteville et de Semirural, et âgées de 24 à 34 ans. Leurs caractéristiques sont représentées dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes de l'étude

	Prénom	Age	parité	Profession	Niveau de formation	PCS	suivi gyn habituel	Type de suivi	Milieu d'origine	bassin de vie habité	type de parcours
1	Elodie	28	2	Comptable	III	PI	GYN	GO	rural	Petiteville	imposé
2	Jennifer	25	1	Chômage	III	CHO	MG	MG	rural	Petiteville	contrarié
3	Nathalie	34	3	conseiller-vendeur	NR	PI	MG	MG	rural	Semirural	spontané
4	Aurélie	26	1	Agricultrice	NR	AGR	MG	MG	rural	Semirural	contrarié
5	Mélanie	27	2	Comptable	III	PI	GYN	SF	rural	Petiteville	volontaire
6	Valérie	24	2	ATSEM	V	EMP	GYN	SF	urbain	Petiteville	contrarié
7	Delphine	34	3	Comptable	III	PI	GYN	GL	urbain	Petiteville	volontaire
8	Cindy	30	1	Vendeuse	V	EMP	GYN	GO	urbain	Petiteville	imposé
9	Stéphanie	29	3	Commerciale	III	PI	GYN	SF	urbain	Semirural	volontaire
10	Magalie	27	2	aide-soignante	IV	EMP	GYN	GO	rural	Semirural	contrarié
11	Jessica	27	1	Poissonnière	V	EMP	MG	MG	rural	Semirural	spontané

PCS= Professions et Catégories socioprofessionnelles, PI= profession intermédiaire, EMP= employé, AGR= agricultrice, CHO= au chômage, GYN= gynécologue, MG= médecin généraliste, SF= sage-femme, ATSEM= agent spécialisé des écoles maternelles.

Niveau de formation : I et II : supérieur à Bac +2 ; III : Bac +2 ; IV : sortie de classe terminale avec ou sans le Bac ; V : sortie après l'année terminale de CAP ou BEP, VI et V bis : sortie en cours de premier cycle de l'enseignement secondaire (6è à 3è)

4 patientes ont fait suivre leur grossesse par leur médecin généraliste (MG), 3 par une sage-femme libérale (SF), 1 par un gynécologue libéral (GL) et 3 par un gynécologue obstétricien (GO).

Suite à l'analyse chronologique réalisée, quatre typologies de parcours ont été définies : spontané, contrarié, volontaire et imposé. Cette catégorisation avait bien sûr ses limites puisqu'il existait des cas intermédiaires, l'objectif étant de dégager des caractéristiques communes afin de comprendre comment se mettaient en place les suivis.

I. Parcours spontané

Le parcours spontané correspondait au parcours de femmes qui s'étaient spontanément dirigées vers un correspondant en connaissance de l'offre de soin locale et dont le suivi s'était déroulé comme elles se l'étaient imaginé. Deux patientes avaient un parcours spontané, il s'agissait de *Nathalie(3)* et *Jessica(11)*.

A. Une connaissance de l'offre de soin locale

1. Par expérience antérieure

Nathalie(3) était multipare, elle s'était basée sur son expérience antérieure et sa connaissance du système de soin pour adapter son suivi de grossesse à l'offre de soin locale puisqu'elle avait déménagé depuis sa dernière grossesse.

Elle attendait son troisième enfant, elle avait fait suivre ses 2 grossesses précédentes par son médecin traitant. Depuis sa dernière grossesse, elle avait déménagé dans le même département, et c'était naturellement qu'elle se dirigeait vers son nouveau médecin généraliste pour le suivi de sa grossesse. Elle considérait que la prise en charge par celui-ci était équivalente à celle d'un gynécologue, même si elle n'avait pas l'expérience du suivi par un gynécologue. Le suivi de ses grossesses précédentes s'était bien passé, elle n'avait pas de raison de le remettre en cause.

3 : « donc c'est vrai que directement on a pensé au médecin traitant (...) qui maintenant fait exactement la même chose que le gynécologue »

2. Grâce à son insertion sociale dans le territoire

Jessica(11) était primipare et originaire du bassin de vie de Semirural. Elle savait que son médecin traitant pouvait suivre les grossesses car elle avait suivi les grossesses de certaines de ses amies. Elle s'était donc directement dirigée vers elle, en précisant que ce suivi était possible sous réserve que sa grossesse ne soit pas compliquée. *Jessica(11)* insistait sur cette notion a posteriori car sa grossesse s'était compliquée et un gynécologue avait pris le relais, elle voulait préciser que quand son suivi avait été mis en route sa grossesse était à bas risque, c'était une façon de justifier qu'elle n'avait pas pris de risque inconsidéré.

11 : « *je me suis dit, vu que mon médecin traitant faisait... euh suivait les grossesses, je me suis dit, tant que j'avais pas de souci particulier, je suis restée avec elle* »

Nathalie(3) et *Jessica(11)* qui habitaient dans ce bassin de vie depuis qu'elles étaient petites, qui avaient un suivi par le médecin de famille, parfois seul médecin du village, connaissaient bien l'offre de soin locale.

B. Une trajectoire logique pour le choix du médecin généraliste

1. Qui effectuait le suivi gynécologique antérieur

Nathalie(3) et *Jessica(11)* qui faisaient toutes les deux suivre leur grossesse auprès de leur médecin généraliste, effectuaient également leur suivi gynécologique avec lui. Elles précisait bien que ce suivi était possible dans la mesure où elles n'avaient pas de problème gynécologique.

3 : « *Du coup oui, du coup oui, c'est elle qui me suivait avant, et c'est elle qui va continuer aussi, parce que bon, c'est vrai que maintenant, il n'y a pas tellement de... Tant que tout est bien fait, tous les ans, s'il n'y a pas de problèmes, ce sera le médecin traitant.* »

11 : « *J'avais pas de... bah j'avais jamais été chez un gynécologue avant ! Donc oui, oui, c'est elle !* »

2. Par souci de proximité

Les 2 patientes le disaient, la proximité géographique est un argument de poids dans leur choix de suivi.

11 : « *Bah oui, parce que c'était plus pratique, après c'est loin quoi. Déjà c'est à ¼ d'heure d'ici, après quand tu travailles c'est pas évident* »

3. Par défaut de gynécologue

Même si elles s'étaient spontanément dirigées vers le professionnel qui les avait suivies pour mettre en route leur suivi de grossesse, ce choix avait été fait parce qu'il n'y avait pas de gynécologue à proximité.

3 : « car le problème chez nous c'est qu'on n'a pas de gynéco »

11 : « il y aurait des gynécologues par ici... Mais on est pas près de voir ça ! »

On se rendait bien compte là que ce suivi aurait été différent si l'offre de soin locale avait été plus complète.

4. Personnalisation du suivi

Nathalie(3) et *Jessica(11)* trouvaient l'avantage dans leur suivi d'une continuité et d'une personnalisation de la relation de soin, qui leur permettaient d'être en confiance.

3 : « c'est plus simple comme ça et au moins elle nous connaît, c'est la différence. (...) Un suivi personnalisé, c'est vrai que l'on n'a pas à se plaindre quand même. »

11 : « mais tous les soucis en fait qu'il y a eu dans la famille, en fait, elle vérifiait régulièrement tout quoi. Donc c'est pour ça j'étais en confiance, hein, je parlais... (...) j'ai pas été voir la PMI moi. C'est le médecin ou la sage-femme. C'est les gens qui m'ont suivie, je veux qu'ils suivent... Bah je connais déjà, quoi. »

Jessica(11) évoquait la notion de médecin de famille, elle avait reporté la confiance que ses parents avaient en ce médecin traitant. On remarquait aussi là une autre notion importante, la volonté de limiter le nombre d'intervenants et d'assurer une continuité de suivi.

C. Choix du lieu d'accouchement

Nathalie(3) était la seule patiente de notre échantillon à avoir choisi d'accoucher à l'hôpital public. Elle reproduisait le parcours de ses grossesses précédentes. Ce choix était motivé par le rapprochement familial qui facilitait les visites à la maternité et la volonté d'accoucher dans une petite structure chaleureuse. C'était un avis qu'elle s'est fait sur les dires de son entourage et la vision qu'elle se faisait de la médecine et des relations inter humaines qui pouvaient exister en ville. La campagne présentait pour *Nathalie(3)* un avantage relationnel certain avec une prise en charge plus personnalisée.

3 : « c'est un choix aussi parce que la famille est du côté de Grandeville, donc après pour les visites c'est plus simple, mais c'est vrai qu'il n'y a rien à redire, on retrouve le côté plus relationnel certainement, d'après ce qu'on entend dire, que en ville. »

Jessica(11) avait choisi d'accoucher dans une clinique nantaise, elle nous expliquait que c'était la clinique qui était disponible et qu'elle avait entendu de mauvais échos de l'hôpital. Les raisons de ce choix sont diverses : la proximité, la disponibilité, la réputation, l'intervention de l'entourage en choisissant un gynécologue qui avait suivi sa sœur et la praticité.

11 : « Après la route pour aller à la clinique Prisée elle est moins belle. Et il y avait aussi le fait pour mon conjoint, c'était par rapport à son travail. C'était plus pratique parce que lui il faisait les 2 donc pour nous rejoindre c'était plus pratique pour lui »

Ces deux patientes étaient situées à égale distance de l'hôpital de Grandeville et de la clinique Confort. Il s'agissait de deux maternités de niveau II, le critère de sécurisation de la naissance n'était jamais cité dans le choix du lieu d'accouchement. Jessica(11) avait préféré choisir une structure privée à une structure publique pour le confort de celle-ci et sur les recommandations de l'entourage.

Nathalie(4) qui choisissait l'hôpital ne semblait pas solliciter son entourage, qu'elle prenait néanmoins en compte puisqu'elle souhaitait se rapprocher de sa famille, elle faisait confiance au système de soin et aux structures locales.

D. Perception du suivi de grossesse

Nathalie(3) et Jessica(11) étaient toutes les 2 satisfaites de leur suivi de grossesse. Pour une prochaine grossesse, ces deux patientes reproduiraient d'ailleurs, dans la mesure du possible, le même suivi. Cette notion de satisfaction difficile à apprécier était à nuancer en fonction des intervenants rencontrés, les qualités espérées n'ayant pas toujours été retrouvées.

1. Personnalisation de la relation

Ces 2 patientes, en initiant le suivi avec leur médecin généraliste, y trouvaient l'avantage d'une personnalisation de la prise en charge. Au moment de l'accouchement ou du suivi gynécologique dans la maternité, le caractère impersonnel des relations avait été à l'origine d'une déception.

3 : « qu'on arrive vers quelqu'un de complètement inconnu, ce qui est un peu dommage quand on a été suivi justement par le médecin puisque là il faut reprendre tout le dossier des huit mois précédents et c'est vrai qu'on repart à zéro, »

11 : « j'ai vu plein de gens différents donc c'est un peu le bazar. J'ai eu une autre, j'ai pas... bah déjà t'es pas suivie par celle que t'avais vu (...) Bah ouais, je l'avais jamais vu, c'est pas pareil. »

2. Une attente d'écoute parfois déçue par les médecins

Nathalie(3) avait trouvé des correspondants disponibles et humains, qui savaient la mettre à l'aise et l'écouter, ce à quoi elle attribuait de l'importance.

3 : « elle prenait son temps, elle mettait très à l'aise, donc c'est vrai qu'on a pu parler de pas mal de choses et elle respectait surtout notre avis pendant tous les mois de grossesse »

En revanche Jessica(11) trouvait que son médecin traitant n'était pas très à l'écoute, ce qu'elle justifiait par le manque de temps dû à sa surcharge de travail, cependant elle avait trouvé cette écoute chez sa sage-femme.

11 : « elle fait son travail, mais bon elle est moins tranquille que si elle m'aurait pris à l'heure, déjà ils sont plus détendus (...) on ose moins développer, bah on essaye de dire vite fait ce qu'on a, des fois moi je rentre et je me dis, ah mince, j'ai oublié ça.

11 : « Bah je demandais plus à la sage-femme en fait, pendant les cours de préparation à l'accouchement, elle répondait quand même beaucoup aux questions qu'on se pose. Elle dit beaucoup de choses quoi. Parce que le médecin en lui-même, euh bah pas plus que ça quoi. »

Même si Nathalie(3) était satisfaite des qualités humaines de ses correspondants, elle émettait une réserve quant à ses rencontres avec le radiologue, lui reprochant la rapidité de l'examen. Ce sentiment était retrouvé dans plusieurs entretiens, en effet les radiologues avaient probablement peu de temps, de plus l'attente des futurs parents est telle que l'échographie pouvait leur paraître souvent trop courte.

3 : « C'est plus indépendant, c'est vrai que là on passe à la chaîne. C'est plus... Parce que c'est vrai qu'on est tous plus ou moins stressés quand on, enfin, stressé, c'est peut-être un bien grand mot, mais on s'inquiète un petit peu quand on y va et c'est vrai que s'il prendrait un peu plus de temps ça serait pas plus mal. Parce que c'est 10 minutes je pense, maximum, et c'est court, parce que le temps d'essayer de voir, on est concentré à essayer de regarder et c'est déjà fini quoi. (...) C'est peut-être là justement, où il manque un peu de dialogue, où il manque un peu de suivi personnalisé »

E. Perception contrastée de la sous-médicalisation

1. Pendant la grossesse

Elles estimaient toutes les deux qu'il était plus facile d'obtenir un rendez-vous pendant la grossesse que hors grossesse avec même, pour *Jessica(11)*, un sentiment d'abandon après l'accouchement.

3: « C'est vrai que des fois, là hors période de grossesse quand on appelle le médecin, euh si ils sont pleins, ils sont pleins, c'est clair, il faut aller voir d'autres médecins et des fois je me demande à quoi sert le médecin traitant, ça c'est clair. Le médecin déclaré là... Car c'est régulièrement où on nous dit bah non, on a plus de place et dans ces cas-là on table sur tous les médecins de la région. Ça c'est le gros point noir hors grossesse que l'on a par chez nous. »

11 : « Bah non, justement je trouve que pendant la grossesse t'es vachement entourée, t'es bien écoutée et après, j'ai le sentiment en fait qu'on te laisse tomber un peu. C'est pas pareil, c'est plus ça. (...) et puis après on a l'impression que tout le monde nous lâche... »

2. Difficulté hors grossesse avec une inquiétude pour l'avenir

Nathalie(3) et *Jessica(11)* qui avaient toujours habité dans la région trouvaient que la situation s'était dégradée et qu'il était difficile d'obtenir des rendez-vous. Elles exprimaient même une inquiétude pour l'avenir. Cette inquiétude concernait les délais d'obtention des rendez-vous, l'attente en salle d'attente, le manque de spécialiste et également la diminution de disponibilité des médecins en soirée ou en cas d'urgences.

3 : « C'est vrai que je ne sais pas ce que ça va devenir. Là c'est inquiétant, parce que c'est la région, bah c'est malgré tout se peuple de plus en plus et les médecins sont de moins en moins présents et qui est-ce qu'on ira voir, bonne question. »

3 : « Je pense que heureusement que l'on a encore nos bons médecins de campagne, même si on voit des nettes différences, par rapport à, on va dire par rapport à il y a 10 ans... »

11 : « Ah bah oui, ça oui ! Oui parce que pour avoir des rendez-vous c'est quand même plus long, maintenant t'as beaucoup d'attente, et l'attente je crois que c'est ça le pire. 1H d'attente... »

11 : « personne ne veut te prendre, je trouve ça... avant on arrivait plus facilement à aller... c'était pas pareil. »

Cependant *Nathalie(3)* estimait que la qualité de la relation avec le médecin était meilleure à la campagne qu'en ville pour des raisons de proximité.

3 : « je pense qu'on reste quand même plus proche des patients que en ville, enfin ça c'est un avis très personnel... »

F. Synthèse

Jessica(11) et *Nathalie(3)* avaient toutes les deux fait un choix de proximité pour leur suivi de grossesse. Elles étaient originaires des bassins de vie étudiés. Elles avaient choisi leur parcours en fonction de l'offre de soin locale qu'elles connaissaient bien et avaient trouvé de la disponibilité chez les correspondants qu'elles avaient choisis.

Elles souhaitaient un suivi de proximité et personnalisé.

Les choix de suivi et de lieu d'accouchement étaient basés sur l'expérience antérieure et sur les avis de l'entourage qui avait été sollicité à plusieurs reprises pour *Jessica(11)*.

Ces femmes étaient autonomes dans la mise en place de leur parcours et accordaient une confiance générique liée à une définition institutionnelle de la compétence.

Ces patientes avaient fait le choix avec leur conjoint d'une vie à la campagne, car elles y avaient leur famille, leurs attaches et qu'elles y étaient nées. Elles effectuaient toutes les deux leur suivi gynécologique avec leur médecin traitant qui avait également suivi leur grossesse. Elles constataient une dégradation du système de soin depuis quelques années et exprimaient une peur pour l'avenir.

Elles étaient satisfaites de leur suivi de grossesse qu'elles recommenceraient à l'identique s'il y avait une nouvelle grossesse.

II. Parcours contrarié

Nous avons défini comme contrarié le parcours de patientes qui avaient un projet pour le suivi de leur grossesse et qui, confrontées à l'indisponibilité de leurs correspondants ou aux contraintes de l'offre de soin locale, avaient dû orienter différemment ce suivi. Quatre patientes avaient un parcours contrarié, il s'agissait de *Jennifer(2)*, *Aurélie(4)*, *Valérie(6)* et *Magali(10)*.

A. Un projet de suivi de grossesse

1. Basé sur l'expérience antérieure

Valérie(6) et *Magalie(10)* étaient toutes les deux multipares et s'étaient basées sur leur expérience antérieure de suivi de grossesse pour construire ce nouveau projet.

Valérie(6) attendait son deuxième enfant, alors que sa première grossesse avait été suivie par son médecin traitant, elle avait déménagé entre temps et s'en était éloignée mais il était clair pour elle qu'elle souhaitait pour cette nouvelle grossesse un suivi plus spécialisé, ayant trouvé son médecin généraliste trop vague. De nombreuses hésitations dans son discours nous montraient que ce sujet n'était pas facile à évoquer.

6 : «*Pour ma première grossesse, je m'étais dit que pour ma 2^{ème} je me ferai suivre directement par le gynécologue accoucheur. (...) Bah plus... Pas plus compétent que mon médecin traitant, mais voilà, il est aussi dans le milieu... euh... voilà, c'est simplement que lui il est vraiment dans le milieu, il est spécialisé là-dedans donc... Voilà* »

Le médecin généraliste de *Magali(10)* avait refusé de suivre sa première grossesse, ne se sentant pas suffisamment compétent et préférant laisser ce suivi aux spécialistes. Elle avait alors été suivie par un gynécologue dans une clinique car elle ne connaissait pas d'autres possibilités de suivi. Ce gynécologue qui effectuait aussi son suivi gynécologique lui avait été attribué car il était celui qui avait de la place pour elle quand elle avait appelé la secrétaire. Pour cette nouvelle grossesse, elle pensait retourner le voir.

2. Basé sur les connaissances du système de soin

Jennifer(2) et *Aurélie(4)*, toutes les deux primipares, qui effectuaient leur suivi gynécologique avec leur médecin traitant, pensaient que le suivi de grossesse ne pouvait être fait que par un gynécologue, car pour elles, il est celui qui a les compétences pour détecter les éventuelles anomalies de développement du fœtus. Elles pensaient donc toutes les deux se faire suivre par un gynécologue.

2 : «*pour moi c'était vraiment la gynécologue qui faisait tout un suivi de grossesse vu quand même que c'était pour le bébé, pour savoir exactement ce qu'il en était, les petits signes...* »

4 : «*Je pensais qu'il aurait fallu que je choisisse un gynécologue assez rapidement parce que j'en avais pas d'attiré,* »

Aurélie(4) évoquait également une notion de temporalité pour choisir son gynécologue « rapidement », liée à sa connaissance de leur indisponibilité.

B. Difficultés rencontrées dans la mise en place du suivi

1. Indisponibilité du professionnel

Jennifer(2) s'était premièrement orientée vers une clinique, où elle avait rencontré une secrétaire, qui lui avait exprimé l'impossibilité de suivi dans cette structure jusqu'au septième mois, les suivis par un gynécologue étant réservés aux grossesses à risque.

2 : « *et c'est vrai que quand j'étais enceinte de 2 mois, je suis allée à la clinique du Verte, pour m'inscrire (...) Mais quand j'y suis allée, ils m'ont dit : « non il ne faut pas venir si tôt, il faut attendre, vous n'avez pas besoin de prendre de rendez-vous avec la gynécologue, si ça va bien, pas avant le septième mois de grossesse » »*

2. Eloignement des professionnels

Valérie(6) qui voulait se faire suivre par son gynécologue, avait estimé que celui-ci se trouvait trop loin de son domicile et qu'elle ne voulait pas faire trop de route.

6 : « *mais finalement vu qu'on s'est trouvé là je ne me voyais pas faire tous les mois la route »*

Il en était de même pour *Aurélie(4)* qui, se voyant proposer un suivi par son médecin généraliste lors de la première consultation, l'avait accepté « pour la proximité ».

3. Orientation dans une autre maternité

Magalie(10) avait dû être hospitalisée en début de grossesse, elle voulait se diriger vers la clinique dans laquelle elle souhaitait accoucher, mais après appel du centre 15, elle était orientée vers l'hôpital public le plus proche de chez elle, la clinique ne bénéficiant pas d'« urgences générales ». Finalement, lors de cette hospitalisation le suivi de grossesse était mis en place, elle choisissait, sans enthousiasme excessif, de poursuivre à l'hôpital, également pour une question de praticité, et parce qu'elle avait un bon contact avec le personnel rencontré pendant son hospitalisation.

10 : *du coup je me suis dit bah finalement Grandeville il y a un peu moins de circulation pour y aller donc ce serait peut-être plus facile, et vu que c'est eux qui ont commencé*

C. Modification de trajectoire

1. Première consultation : élément clé dans la mise en place du parcours

Aurélie(4) et *Valérie(6)* avaient consulté leur médecin traitant pour attester de leur grossesse, après réalisation d'un test urinaire. Lors de cette consultation, elles se voyaient proposer un suivi. *Valérie(6)* qui avait l'expérience du suivi avec celui-ci refuse car elle savait qu'elle voulait une prise en charge plus spécialisée, *Aurélie(4)* l'acceptait pour la proximité. Cette consultation, première du suivi de grossesse, devait permettre au médecin consulté de délivrer toutes les informations aux patientes concernant la mise en place de ce suivi et les professionnels aptes à le réaliser. *Aurélie(4)*, jeune primipare apprenait là que son médecin pouvait réaliser les suivis, mais elle ne disait pas si elle avait été informée sur l'aptitude des sages-femmes à le réaliser?

2. Retour vers une personne ressource : le médecin traitant

Jennifer(2) qui se voyait refuser un suivi gynécologique retournait alors voir son médecin traitant, personne référente en matière de santé chez cette jeune primipare qui n'avait pas d'antécédent particulier. Celui-ci lui proposait alors de la suivre. Finalement elle nous présentait cette option comme un choix et il était le professionnel énoncé en premier lieu comme professionnel de suivi.

2 : « Mon début de grossesse ça a été bien, on va dire jusqu'au... janvier, février, mars, avril, mai, juin... Jusqu'à 5 mois, ça a été bien. J'ai été un peu malade des nausées des premiers mois, normal, donc ça a été, en fait jusqu'au 5ème mois, j'ai été suivie par le Dr Rural. »

3. Intervention de l'entourage

Valérie(6) qui se trouvait trop loin de son gynécologue, cherchait alors une autre solution. C'était en discutant avec des collègues qu'elle prenait connaissance des possibilités de suivi par les sages-femmes, en se renseignant ensuite sur internet, elle en avait trouvé à proximité de chez elle.

Magali(10) commençait son suivi à l'hôpital alors qu'on lui avait déconseillé. Cet avis négatif de l'entourage et des difficultés relationnelles avec les gynécologues rencontrés allaient motiver sa modification de trajectoire pour un retour vers le gynécologue qui avait suivi sa première grossesse. Elle conservait une autonomie dans la mise en place de son suivi mais son

choix, guidé par la recherche de qualités humaines et relationnelles et la proximité géographique, avait été limité par l'absence d'information sur le rôle des sages femmes.

10 : « Non, y'en a beaucoup qui disent que faut pas aller là-bas, donc après... Du coup c'est pour ça que j'étais un peu réticente... (...) je crois qu'il y a qu'une seule femme et bah elle est beaucoup prise donc bah du coup, bah c'était 2 hommes que j'ai eu, mais pas aimables »

D. Complication de la grossesse

Trois de ces quatre patientes avaient vu leur grossesse se compliquer, nécessitant une prise en charge gynécologique.

1. Instauration d'un suivi par un gynécologue

Jennifer(2), à la demande de son médecin traitant, avait consulté une gynécologue dans la clinique dans laquelle elle s'était dirigée initialement, dans un contexte d'urgence très angoissant. On lui avait proposé un rendez-vous avec le gynécologue disponible.

2 : « on m'avait dit que la clinique Verte était bien et j'ai pris la gynécologue, en fait, qui avait de la place pour moi »

Le mauvais contact avec cette gynécologue, ne l'avait pas rassurée et n'avait pas instauré un climat de confiance, ce qui avait motivé une nouvelle modification de trajectoire. Elle avait décidé alors de s'en remettre à nouveau à son médecin traitant, qui l'orientait vers un autre gynécologue dans une autre structure, qu'elle choisissait finalement pour accoucher.

2 : « et une fois arrivée là-bas, en fait la seule chose qu'elle a remarquée c'est que j'étais ronde. Elle est partie de ce principe là en disant que j'allais faire du diabète de grossesse, que je devais mal manger, (...) Et en fait elle est restée bloquée dessus et elle m'a à aucun moment rassurée sur le bébé, donc quand je suis sortie j'étais totalement paniquée. Je me suis dis je ne peux pas accoucher avec elle, c'est pas possible. »

Le bébé d'*Aurélie(4)* souffrait quant à lui d'un retard de croissance intra utérin (RCIU), elle avait été suivie dans une clinique dans laquelle elle avait eu « la chance d'être prise », par le gynécologue qui avait de la place pour elle. Être acceptée dans cette clinique très réputée équivaudrait presque à réussir un concours !

Tout se passait comme si la confiance était placée dans une structure et reportée dans les professionnels qui y exerçaient.

2. Hospitalisation

Magalie(10) avait fait une menace d'accouchement prématuré (MAP) avant 34 semaines d'aménorrhée (SA) ce qui avait nécessité une hospitalisation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Une hospitalisation dans une structure qu'elle n'avait pas choisie avec toute l'angoisse que cela avait engendré restait un mauvais souvenir dans sa grossesse.

3. Suivi par une sage-femme à domicile

Conjointement à ce suivi gynécologique avait été mis en place un suivi par une sage-femme à domicile. On assistait alors à la découverte d'une profession qui leur était jusque là inconnue.

2 : « *La sage-femme je ne savais pas trop ce que c'était.* »

Dans ce contexte de grossesse compliquée, ces visites de la sage-femme à domicile étaient paradoxalement vécues comme une « chance ». Elle entrait dans l'intimité des foyers, devenait une complice voire presque une « copine », dont il était difficile de définir le lien établi.

10 : « *Bah le fait qu'elle soit venue à la maison aussi, ça fait, c'est pas pareil... C'est... Y'a plus... y'a plus de liens, le fait... bah elle vient chez nous, donc c'est vrai que du coup* »

4 : « *C'est pas que le cabinet c'est austère mais bon voilà, c'est familial, on est plus décontracté (...) la chance que j'ai eu c'est que la sage-femme vienne une fois par semaine à la maison,* »

E. Réappropriation du suivi de grossesse

Toutes ces patientes qui avaient un parcours qualifié de contrarié, avaient finalement bien vécu leur suivi de grossesse car elles avaient pu grâce à certains critères se le réapproprier.

1. La proximité

On l'a vu si la distance a contrarié la mise en place de certains parcours, la proximité du professionnel rencontré en deuxième choix leur avait permis de l'accepter.

4 : « *Bah pour la proximité, sinon il aurait fallu tout de suite aller sur Métroville, je voyais, au niveau temps et disponibilité et bien c'était quand même plus pratique* »

2. La confiance

Jennifer(2) et Aurélie(4) qui s'étaient fait suivre par leur médecin traitant insiste sur la notion de confiance, Jennifer(2) parce qu'il la suivait depuis très longtemps et qu'il était le médecin de famille, Aurélie(4) parce qu'elle la connaissait en dehors du cabinet médical. Ce lien spécial en faisait un acteur privilégié.

2 : « Du fait que je le connaissais, j'étais plus rassurée de partir avec lui en fait (...) Je dirai 18 ans à peu près que c'est mon médecin traitant. Donc il me suit depuis super longtemps (...) Bah j'ai totalement confiance en lui »

4 : « Oh oui, oui, très bon. Enfin on a même un petit plus, c'est qu'on se connaît en dehors de, des consultations, elle fait partie d'une AMAP [Association pour le Maintien d'une Agriculture Paysanne] et on livre cette AMAP, donc on a ce contact qui fait en plus que et bien on s'entend bien ! (...) Oui, oui, oui, on est plus en confiance du coup »

3. La disponibilité

Les correspondants qu'elles avaient finalement choisis par défaut s'étaient révélés être tous disponibles pour assurer le suivi de leur grossesse. Disponibilité tant au niveau des délais de consultation qu'au niveau du temps passé avec elles en consultations.

2 : « Bah je n'ai pas eu de souci, c'est vrai qu'à chaque fois que j'ai pu l'appeler[le médecin généraliste], pour lui poser des petites questions, des choses comme ça, je l'ai eu rapidement, il n'y a pas eu de souci. Et puis j'avais ma sage-femme aussi qui était très disponible. C'est vrai qu'elle, elle était très disponible, à partir du moment où on l'appelait, elle pouvait être là dans les 15 minutes, donc c'est vrai que c'était important, quoi. »

4 : « Oui, oui, assez rapidement, bon au maximum c'était la semaine d'après donc comme c'était pas urgent à vrai dire, moi ça m'allait ! »

6 : « Je ne travaillais pas le mercredi et le samedi et elle arrivait tout le temps à me trouver un rendez-vous le mercredi ou le samedi. »

10 : « Oui bah ça va, c'est vrai qu'il prend le temps, c'est pour ça qu'il est tout le temps en retard (rires), non là-dessus il n'y avait pas de soucis, c'est vrai que il prend le temps d'ausculter, de... Donc, non, non c'est bon »

4. Qualités humaines et relationnelles

Les notions de réassurance, d'écoute, d'explications étaient très importantes pour ces quatre patientes surtout lorsque la grossesse s'était compliquée. Elles bénéficiaient de longues consultations où elles avaient le temps de poser leurs questions.

4 : « Enfin surtout quand c'est une première grossesse, on a pas mal de questions, tout est nouveau, donc, non, non, pas de problème »

2 : « Et je me suis trouvée avec le Dr Douceur à la clinique Confort, qui m'a totalement rassurée, dès que je l'ai vue, c'est vrai qu'elle a été très douce, elle m'a bien expliquée, m'a bien rassurée. (...)Vraiment à l'écoute quoi, c'est ça qui est bien (...) C'est vrai qu'elle a été très à l'écoute »

6 : « On est plus proche. Je sais pas si c'est le fait que ce soit une femme finalement, au niveau de la discussion c'est peut-être plus évident, on sait qu'elles sont vraiment dans le domaine et avec le médecin traitant c'est peut-être un peu plus vague (...) Plus oui, une facilité de relation. »

10 : « Et puis elle est gentille comme tout, donc, c'est vrai qu'elle est tellement douce que c'est vrai que c'est agréable d'avoir quelqu'un comme ça. Elle explique tout... »

Elles avaient toujours été bien informées de ce qui leur arrivait, ce qui était primordial pour elles. On pouvait constater que l'attente de la relation humaine était très importante.

2 : « Bah elle est déjà plus âgée donc elle a plus je trouve beaucoup plus de vécu. Elle doit être dans les âges... Elle doit avoir une cinquantaine d'années. (...) Parce que il y a des questions que bah voilà vu que le Dr Rural était quand même un homme, c'était pas évident de lui demander comment il a vécu, par exemple l'accouchement, comment ça fait d'être maman. Alors que la sage-femme arrivait à répondre, elle à ces questions là »

L'âge et donc l'expérience, le sexe féminin, étaient autant d'atouts que possédaient la sage-femme et qui en faisait une intervenante appréciée pour le suivi de la grossesse.

F. Perception du suivi de grossesse

1. Bien entourées

Toutes ces patientes avaient une perception globalement positive de leur suivi de grossesse, liée à la satisfaction exprimée de façon récurrente, du besoin d'être « entourées ». Ce sentiment de protection même en milieu rural était paradoxalement lié au récit des complications de la grossesse.

4 : « Oui, du fait que j'ai eu mon petit souci, j'ai été très entourée. »

6 : « Mais au niveau des sages-femmes on est quand même bien servi, en plus après l'accouchement moi elles se sont déplacées, elles sont venues peser ma fille, moi je me trouvais très bien entourée. »

2 : *« j'ai ma sage-femme qui habite à 10 kms de chez moi, mon médecin à 200 m, je suis tranquille, je suis bien entourée, il n'y avait pas de soucis pour ma grossesse, comme quoi on peut être en campagne et être bien aussi quoi ! »*

2. Pour une prochaine grossesse ?

Pour une prochaine grossesse, Valérie(6) referait à l'identique, avec la sage-femme. Jennifer(2) et Magalie(10) qui avaient découvert les compétences de la sage-femme lui confieraient leur suivi. Aurélie(4) ferait également à l'identique en donnant une place à la sage-femme plus rapidement mais sans lui confier tout son suivi.

G. Perception de la sous-médicalisation

Ces quatre patientes ne se sentaient pas concernées par une sous-médicalisation dans leur territoire. Elles estimaient obtenir facilement des rendez-vous, et être à proximité de grands pôles urbains bien pourvus en spécialistes et en structures hospitalières.

2 : *« Ca m'a jamais vraiment posé problème en fait, je me dis que c'est toujours possible d'avoir un rendez-vous, quoi... (...) Et puis on a de la chance d'être à... Je vois ici, on peut aller facilement sur le CHU de Métroville ou sur la clinique Confort, comme à Portville, on a la chance d'être bien desservi, quoi. »*

4 : *« Bah non, je ne l'ai pas ressenti plus que ça, non parce que même pour faire suivre l'enfant, je sais qu'il y a une PMI à Semirurale (...) Donc je me dis qu'on n'est quand même pas trop mal aidé ! Après c'est sur la gynéco bon bah voilà, elle est un peu plus loin, faut être prêt à faire de la route, quoi ! Mais l'accès est quand même assez rapide, il y a la 4 voies et en une demi heure on y est. »*

6 : *« J'aurai pensé plus ces zones là. Mais la notre non, parce que il y a Petiteville, il y a des médecins, des sages-femmes. Enfin moi j'ai eu tout ce qu'il me fallait, je me... je trouve que... On est pas encore très loin de la clinique Confort non plus, s'il y avait un souci, si j'aurai du accoucher plus tôt, non je pensais pas qu'on était... »*

10 : *« Donc on fait en fonction, mais bon, non, ça va on attend pas trop encore, et puis à Semirural y'en a pas mal aussi de médecins donc ça laisse un peu le choix. »*

H. Synthèse

Ces 4 patientes, originaires de la campagne, de milieu socio économique modeste avaient un parcours contrarié. Celui-ci était dû à une mauvaise connaissance du système de soin et de l'offre de soin locale ou à l'indisponibilité des correspondants.

Les 2 primipares et Magalie(10) n'avaient pas vraiment anticipé leur suivi de grossesse et n'avaient pas de critères particuliers pour celui-ci. Au fur et à mesure de leur grossesse, en

fonction des rencontres qu'elles avaient faites et au gré des complications, elles avaient fait émerger des critères à mettre en place pour une prochaine grossesse et qui leur avaient permis de se réapproprier leur suivi qui était parfois présenté comme un choix.

Valérie(6) quant à elle avait adapté son suivi à l'offre de soin locale, renonçant à un suivi par son « gynécologue accoucheur » au profit d'un suivi de proximité.

Le médecin généraliste intervenait ici dans 2 suivis. Lorsqu'il intervenait, il effectuait le suivi gynécologique. Pour les 2 autres patientes il était également consulté en début de grossesse pour le diagnostic ou au cours de la grossesse pour le renouvellement des arrêts de travail.

On pouvait noter également le rôle important joué par les sages femmes qui n'avaient pourtant pas leur place au début de ces suivis. Leurs qualités humaines, d'écoute, de réassurance et leur disponibilité rapportées par ces femmes leur avaient permis malgré les complications de la grossesse, de se sentir entourées.

Finalement ces 4 patientes ne percevaient pas leur lieu d'habitation comme une zone sous-médicalisée, elles s'adaptaient à leur environnement et l'acceptaient, comme elles avaient su se réapproprier leur suivi de grossesse pour nous le présenter comme un choix. Elles avaient toutes les quatre choisi d'habiter à la campagne, parce qu'elles y avaient leurs attaches ou pour accéder à la propriété.

III. Parcours volontaire

Nous avons définis comme parcours volontaire, le parcours de patientes qui avaient une idée bien précise de leur suivi de grossesse et faisaient tout pour le mettre en place en faisant fi de l'offre de soin locale. Trois patientes avaient un parcours volontaire, il s'agissait de *Mélanie*(5), *Delphine*(7) et *Stéphanie*(9).

A. Un projet de suivi de grossesse

1. Basé sur l'expérience antérieure

L'expérience antérieure était positive pour *Delphine*(7) et *Stéphanie*(9) pour qui il s'agissait d'une troisième grossesse, il n'y a alors pas lieu de changer de professionnel. Ce choix était

celui de leurs premières grossesses qu'elles avaient reproduit à l'identique pour les 2 suivantes, au point même de parler d' « habitudes ».

7 : *« Après, pour mes 2 grossesses, j'avais été suivie pareil par ma gynécologue (...) ma gynécologue je n'ai jamais été déçue pour mes grossesses, bah c'est vrai que quand vous êtes rassurée, que ça se passe bien, bah vous continuez quoi »*

9 : *« Oui. J'ai pris l'habitude à la première et puis voilà. »*

Pour Mélanie(5) c'était une expérience antérieure négative et la rencontre de la sage-femme dont elle ne connaissait pas tout le champ d'action qui avait influencé le choix de son suivi. Elle avait fait le choix d'une gynécologue pour sa première grossesse, elle souhaitait pour cette nouvelle grossesse une prise en charge moins médicalisée, plus axée sur son ressenti, ce qu'elle avait trouvé chez la sage-femme qui venait à son domicile lorsque sa première grossesse s'était compliquée. Elle avait l'impression qu'avec sa gynécologue, c'était son bébé qui était suivi alors qu'elle souhaitait que l'on s'intéresse aussi à elle. Elle reprochait également à sa gynécologue une attente trop longue en salle d'attente et un manque d'écoute.

5 : *« j'avais trouvé ça assez sympa, qu'on regarde aussi mon côté psssy... Bah de ma tête, quoi, comment ça faisait en moi d'être enceinte, d'avoir un bébé et tout ça ! Donc j'avais aimé ce côté là et moins le côté médical en fait de la grossesse, donc c'est pour ça que j'ai voulu qu'elle suive ma deuxième grossesse! »*

2. En fonction de critères spécifiques

Ces patientes avaient la particularité d'avoir voulu confier leur grossesse à un professionnel en particulier qu'elles avaient choisi, plus qu'à un corps de métier.

○ Une relation très personnalisée

Le suivi avec ces professionnels avait déjà été éprouvé, elles en étaient satisfaites, également sur le plan relationnel et donc elles le reproduisaient.

5 : *« j'avais beaucoup aimé à la première grossesse, que l'on parle de mon ressenti par rapport à cette grossesse, de comment ça se passait dans mon couple, la famille, comment tout autour ça se faisait pour la grossesse. »*

7 : *« Elle part dans tous les sens et tout ça, mais je la trouve très bien, moi elle me fait délirer, donc... (rire) donc, non, non, elle est très, très bien ! »*

9 : *« Ah bah moi j'ai une très bonne relation, je la conseille même, oui ça se passe très bien, je me sens à l'aise. »*

Ces qualités relationnelles induisaient une aisance dans la consultation, essentielle pour que le suivi se déroule au mieux, que la femme puisse poser toutes ses questions. Lorsqu'elles parlaient des professionnels qui les avaient suivis, *Mélanie(5)* et *Delphine(7)* utilisaient le possessif : « ma sage-femme », « mon gynéco », témoin de leur investissement affectif, alors qu'elles nommaient les autres professionnels par leur nom de famille.

Delphine(7) au moment du diagnostic de grossesse, consultait sa gynécologue qui la confirmait par un examen clinique. Elle ne demandait pas de prise de sang, seule lui suffisait sa confiance dans les compétences de celle-ci.

- **La pudeur à préserver**

7 : « *j'ai pas envie de me dévoiler à tout le monde, donc... Elle me connaît, voilà. (...) Non, je trouve ça plus juste, plus cohérent. Euh... Elle me connaît, c'est, c'est ... Une grossesse c'est quand même assez intime* »

Delphine introduisait la notion de l'intimité du suivi gynécologique, et exprimait clairement la pudeur qui l'amenait à se diriger vers la même personne.

3. Et de critères généraux

- Un correspondant unique

On remarquait qu'il avait été important pour nos 3 patientes d'avoir à faire à un correspondant unique, de limiter le nombre d'intervenants.

5 : « *Du coup je trouve que ça fait un bon package, quoi !! (Rire) Elle commence au début, elle suit après mon bébé, moi après ma rééducation, enfin je trouve que ça fait, bah le début et la fin de la grossesse.* »

7 : « *donc moi j'aime bien que ce soit toujours la même personne* »

9 : « *enfin quand quelqu'un a commencé le suivi, autant continuer avec la même personne. (...) donc ça reste le même endroit, la même personne, elle est au courant du dossier tout ça, donc c'est pratique quoi.* »

- Les compétences

Delphine(7) avait choisi de se faire suivre par un gynécologue et *Stéphanie(9)* par une sage-femme, la spécialisation était un critère de choix, par opposition au médecin traitant dont le rôle était jugé plus général.

7 : « Parce que bah c'est par rapport à son corps de métier, elle est gynécologue donc j'estime que pour la grossesse, c'est l'un des mieux placé avec l'obstétricien pour suivre une grossesse. Je ne dis pas que les médecins généralistes ou les sages femmes ne peuvent pas, mais les sages femmes, j'ai pas forcément pensé... euh c'est vrai que les sages femmes ça m'aurait pas dérangé, parce que c'est leur métier, c'est lié avec le bébé, c'est voilà. Un médecin généraliste euh un peu moins. »

9 : « Bah je pense qu'ils sont plus spécialisés et après bah voilà, ça sert à ça quoi une sage-femme, tout ce qui est autour de la maternité, je pense que c'est plus adapté en fait peut-être qu'un médecin où c'est plus vaste, même si il maîtrise la chose, forcément c'est plus général. »

- La praticité

Delphine(7) et Stéphanie(9) travaillaient toutes les 2 à Métroville, ce choix était aussi celui de la praticité qui leur permettait de « caser » leurs rendez-vous de suivi au milieu de leur journée de travail.

9 : « c'était super pratique pour prendre les rendez-vous et voilà, le midi ou des choses comme ça »

Pour Delphine(7) c'était aussi l'occasion de rendre visite à ses parents qui habitaient à Métroville et elle essayait de regrouper tous ses rendez-vous pour « rentabiliser » ses déplacements.

7 : « donc j'ai gardé toujours mes contacts sur Métroville, parce que j'y vais régulièrement, parce que j'y travaille, donc et puis j'ai de la famille là-bas donc en fin de compte on concentre, moi je concentre tous les rendez-vous, par exemple quand je vais voir mes parents bah je leur demande si je peux venir, j'ai un rendez-vous qui est juste à côté de chez eux, je laisse les enfants, je vais à mon rendez-vous, je passe la journée avec eux comme ça je fais tout en même temps... »

La praticité concernait également la proximité pour Mélanie(5), qui ayant déjà un enfant, ne voulait pas trop s'éloigner de chez elle.

- Le gynécologue, image de perfection du suivi

Pour Delphine(7), aller voir la gynécologue à Métroville, c'était mettre toutes les chances de son côté pour que la grossesse se passe bien, et, pour l'enfant à naître elle se donnait les moyens.

7 : « Oui bah voilà, et puis bon bah c'est quand même pour le bébé donc vous faites le maximum, quoi. Vous faites ce qui est le mieux pour vous et pour le bébé »

B. Les moyens de réaliser ce projet

1. Niveau socio économique et milieu d'origine

Elles avaient toutes une profession intermédiaire, *Delphine*(7) et *Mélanie*(5) étaient comptables et *Stéphanie*(9) était commerciale, avec un niveau d'étude équivalent, c'est-à-dire BAC +2. Elles étaient d'origine urbaine et avaient pris des habitudes qu'elles avaient conservées malgré leur déménagement. Les habitudes de santé urbaines et le niveau socioprofessionnel intermédiaire mais plus élevés que les autres patientes de notre échantillon seraient autant de critères qui permettraient aux patientes de garder la maîtrise de leur parcours de soin.

2. Rapport aux systèmes de soin

○ Rôle du médecin traitant

Le médecin généraliste n'avait pas de place dans leur suivi de grossesse, il était présent pour les « petites maladies », ou pour le renouvellement des arrêts de travail que la sage-femme ne pouvait pas faire. Interrogées sur le rôle de leur médecin généraliste pendant la grossesse, celui-ci était très succinctement évoqué, témoin du peu de place qu'il lui était laissé. Seule *Mélanie*(5) semblait lui accorder plus d'importance essentiellement au moment du diagnostic puisqu'elle l'avait consulté plusieurs fois pour lui demander un avis. On pouvait noter que contrairement aux deux autres *Mélanie*(5) semblait avoir une relation privilégiée avec son médecin traitant puisqu'il la suivait depuis qu'elle était toute petite, la tutoyait et qu'elle nous disait avoir une très bonne relation avec lui.

5 : « il m'a pas plus suivi que ça. Si juste pour m'arrêter après. Comme ma sage-femme pouvait m'arrêter que 15 jours, voilà... »

5 : «Voilà, oui, exactement. Ou des petites maladies, parce que j'ai eu la gastro... Enfin bon. »

5 : «Donc voilà, j'ai été voir mon médecin généraliste, que j'aime beaucoup et que j'apprécie vraiment »

9 : « Bah je l'ai vu quand j'ai été un petit peu malade... Des choses comme ça mais pas des choses en relation avec la grossesse. »

- Suivi gynécologique spécialisé

Ces 3 patientes effectuaient leur suivi gynécologique avec un gynécologue. Ce sont les mamans de *Delphine*(7) et de *Stéphanie*(9) qui leur avaient conseillé leurs gynécologues, quant à *Mélanie*(5), elle n'avait pas précisé comment elle avait pris contact avec ce gynécologue. Elles avaient débuté le suivi avec ce professionnel avant de déménager à la campagne, elles l'avaient conservé malgré l'éloignement.

7 : « *En fin de compte, j'avais pris le gynécologue de ma mère* »

- Suivi pédiatrique spécialisé

Deux des trois patientes attachaient de l'importance à ce que leur enfant ait un suivi spécialisé.

7 : « *je veux quand même un avis... euh... Je trouve ça important parce que bon je n'ai pas envie qu'ils soient malades pour avoir un avis médical, on a ce service là, [la PMI] bah je le prends, quoi. (...) je vais au maximum, parce que j'ai le droit jusque 6 ans, bah ils vont aller jusque 6 ans.* »

C'était un service auquel elle avait le droit, elle voulait en profiter au maximum. Elle comparait les médecins généralistes aux pédiatres en distinguant leurs compétences par rapport à la spécialisation.

7 : « *Les médecins généralistes euh, bon bah c'est pas des pédiatres, même si ils sont... bons* »

- Regard critique sur les professionnels rencontrés

Ces patientes n'hésitaient pas à juger les professionnels rencontrés et à réorienter leur suivi médical en fonction de leur ressenti. C'est pourquoi une fois qu'elles avaient trouvé le professionnel qui leur correspondait, elles voulaient le garder quitte à se faire suivre loin de chez elle.

Stéphanie(9) avait elle aussi choisi pour son premier enfant de le faire suivre à la PMI, mais elle n'était pas satisfaite de la qualité de sa relation avec la pédiatre, elle ne se sentait pas écoutée et s'était orientée alors vers son médecin traitant pour le suivi de ses enfants.

9 : « *Parce que en fait la première, j'avais décidé de faire à la PMI, parce qu'il y a une PMI pas loin, et... (...) Mais en fait ça ne me correspondait pas du tout (...) et l'auxiliaire de puériculture était très gentille, mais la pédiatre ça ne passait pas du tout. Voilà... (...) Bah... Euh... Je pense qu'après c'est l'approche, c'était très, euh... Elle devait voir 15 bébés dans la journée, donc tac, tac, tac. Et puis ils écoutaient pas forcément* »

Quand on interrogeait *Delphine(7)* sur la qualité de sa relation avec son médecin traitant elle reconnaissait remettre en cause sa parole et ne pas toujours être d'accord. Elle doutait des compétences des médecins généralistes.

7 : « *Euh... bah... bonne, même si des fois je ne suis pas forcément d'accord avec ce qu'elle dit, mais autrement, non ça va, on a jamais eu de souci avec elle* »

Delphine(7) avait changé d'échographe à chacune de ses grossesses. Suivie pour sa première grossesse par un radiologue en ville, elle s'était dirigée pour sa deuxième grossesse vers un radiologue à la clinique Confort pour regrouper ses intervenants, mécontente de ce radiologue, elle se redirigeait pour sa troisième grossesse vers le premier échographe.

7 : « *Parce que le docteur qu'on avait ne parlait pas beaucoup, du coup, était assez dur. C'est vrai que bon, on demande peut-être un peu trop au médecin mais...* »

C. Choix du lieu d'accouchement

Ces patientes avaient accouché dans 2 cliniques privées différentes. Elles avaient choisi les cliniques dans lesquelles elles avaient déjà accouché et dont elles étaient contentes.

1. Clinique dans laquelle exerce le gynécologue

Stéphanie(9) et *Mélanie(5)* choisissaient cette clinique car leurs gynécologues y exerçaient, elles reportaient donc la confiance investie dans le gynécologue dans la structure.

5 : « *et puis j'ai un gynéco là-bas qui est super aussi. J'ai été assez à l'aise avec lui là-bas aussi.(...) c'est ma belle sœur qui m'avait dit que il était bien et ma belle sœur est assez, euh... comment dire, pointilleuse sur les gens donc je me suis dit, si elle dit qu'il est bien, c'est qu'il est vraiment bien, donc du coup je l'avais vu et c'est vrai qu'il a été super* »

2. Praticité

Delphine(5) et *Mélanie(7)* choisissaient la structure dont l'accès était le plus simple, même si ce choix était plus réfléchi pour *Delphine(5)* qui souhaitait éviter les dépassements d'honoraire et voulait privilégier la « gratuité » de l'hôpital.

7 : « nous on aimerait bien au chu, parce que voilà, il n'y a pas de dépassements d'honoraires, (...) Par rapport à la situation géographique, j'ai dit « je pense qu'on va quand même aller à la clinique Confort, c'est beaucoup plus pratique », en plus mon mari travaille à Périurb, donc c'est juste à côté »

3. Mobilisation des connaissances

Elles mobilisaient également leurs connaissances et faisaient intervenir le confort et la réputation de la structure pour choisir.

7 : « elle est réputée, c'est vrai que toutes les personnes qui y ont été avant moi m'ont dit qu'elle était bien, donc j'étais rassurée (...), c'est quand même une clinique qui est bien située au niveau Loire Atlantique »

5 : « je préfère avoir ma chambre individuelle et être un petit peu comme à l'hôtel parce que c'est vrai que je trouve qu'à la clinique Confort on mange bien, enfin on est un petit peu choyées. »

D. Satisfaction à la hauteur des attentes

Nos 3 patientes étaient entièrement satisfaites de leur suivi de grossesse. Elles avaient choisi leur suivi en fonction de leur expérience antérieure et n'en avaient pas été déçu. Pour une prochaine grossesse, elles reproduiraient toutes les trois le même schéma.

5 : « Oui, je ferai pareil (...) j'ai vraiment aimé ce choix, j'ai trouvé que c'était vraiment ce qu'il me fallait, ce qui me correspondait à moi, vraiment. »

9 : « **Vous ne changeriez rien ?** »

« Oui, bah non, non. Tout s'est très bien passé. (...) bah pour moi c'est l'idéal »

7 : « donc en fin de compte c'était l'idéal. »

Elles avaient trouvé ce qu'elles recherchaient, à savoir la disponibilité, les qualités humaines et relationnelles, la praticité. Seule Mélanie(7) avait choisi une sage-femme qui n'avait pas suivi sa précédente grossesse. Elle avait trouvé chez cette sage-femme ce qu'elle attendait pour son suivi de grossesse, c'est-à-dire une prise en charge moins médicalisée, une écoute, des conseils.

7 : « Et c'est vrai que la sage-femme elle est disponible, on a son téléphone, je l'ai appelé quand j'ai accouché et puis même quand j'avais un souci (...) J'ai aimé parce que voilà, elle m'a pas fait peur de l'accouchement, elle m'a donné vraiment tous les conseils pour que j'y arrive sans avoir peur. (...) je la trouve super bien parce que elle est très produit bio »

Comme pour d'autres patientes qui avait découvert la sage-femme pendant leur grossesse, le lien qui s'établissait avec celle-ci était assez difficile à décrire.

7 : *« Je sais pas, c'est un lien assez fort quand même parce que du coup je suis contente qu'elle voie mon bébé après, elle m'a donné beaucoup de conseils »*

La proximité ne faisait pas partie des critères de choix puisque 2 des 3 patientes avaient choisi de se faire suivre à distance de chez elle. Le seul bémol noté était la contrainte de cette distance une fois la patiente en congé maternité, qui avait amené *Delphine(7)* à choisir de faire ses cours de préparation à l'accouchement à côté de chez elle.

7 : *« ça me disait rien de re-tourner sur Métroville pour... tomber dans les bouchons et puis... A ces heures là c'est pas la peine quoi ! (...) Par contre pour mes 2 grossesses, j'ai fait les cours de préparation à l'accouchement, pour mes 2 grossesses, je les ai faits à la clinique Confort et pour Lise, je les ai faits à Blain. Parce que je voulais pas retourner sur Métroville »*

Cependant si une nouvelle grossesse devait avoir lieu, elle continuerait à aller voir sa gynécologue à Métroville.

E. Perception de la sous-médicalisation

1. Pendant la grossesse

Pendant la grossesse la sous-médicalisation n'était pas un problème pour ces patientes.

5 : *« Non, parce que je trouve pas que en fait on est sous médicalisé, en fait. Je trouve qu'on a des pôles quand même assez important, euh la clinique Confort voilà, c'est 20-25 minutes, ça se fait assez rapidement pour moi »*

9 : *« Et autrement non, parce que je sais que à Petiteville, voilà, moi j'ai fait mon suivi donc avec les sages-femmes de Boisjoli parce que j'ai commencé avec mon lieu de travail, mais je sais qu'il y a aussi des sages femmes libérales à Petiteville, »*

Stéphanie(9) et *Delphine(5)* avaient choisi un suivi plus éloigné, mais elles considéraient qu'il y avait tout ce qu'il faut à côté de chez elle et qu'elles auraient pu rapprocher leur suivi si elles l'avaient souhaité. Deux des patientes avaient conscience que la satisfaction de leur suivi et leur ressenti vis-à-vis de l'isolement étaient aussi liés au fait que leur grossesse s'était déroulée sans complication.

7 : *« Voilà, exactement, et puis que je n'ai pas eu de complications, j'aurai eu des complications, c'est vrai que j'aurai peut-être pas eu ce point de vue »*

2. *Hors grossesse*

En revanche, en dehors de la grossesse, quand il s'agissait de consultations pour les enfants, la situation se compliquait essentiellement pour *Delphine(7)*.

Stéphanie(9) avait choisi un médecin traitant qui proposait des plages de consultations sans rendez-vous, de cette façon, elle était sûre de pouvoir la consulter quand ses enfants étaient malades et elle disait ne pas percevoir de sous médicalisation. En effet, elle pouvait obtenir un rendez-vous dans la journée mais à condition de se lever très tôt !

9 : « *C'est pratique par rapport à, bah nous on a trouvé ça pratique, c'est ses horaires qui sont très larges donc du coup c'était l'idéal par rapport à d'autres médecins du secteur. C'était ça en fait, son rythme de consultation. Le matin on peut arriver de bonne heure sans rendez-vous, donc c'est super pratique quand on travaille, donc on y va dès 7h, au moins les enfants ils ont les médicaments* »

Finalement *Stéphanie(9)* s'arrangeait et acceptait quelques contraintes pour ne pas avoir à subir les délais de rendez-vous.

Delphine(7), percevait son lieu de vie comme déficitaire en personnel médical et reprochait le manque d'organisation médicale dans son secteur pour la prise en charge de ses enfants. Elle regrettait de ne pas pouvoir trouver de médecin quand ses enfants étaient malades et de devoir en appeler plusieurs pour « décrocher » un rendez-vous.

7 : « *c'est quand même des enfants qui ont 3-4 ans, ils ont de la fièvre, on arrive en week-end, euh qu'est-ce que je fais, quoi ?!* « *Ah oui, mais non, moi je ne peux pas le prendre* », voilà, voilà ce que le médecin, ce qu'il vous dit. Donc là vous appelez les autres médecins parce que bon les enfants ils ne sont pas liés à aller voir leur médecin traitant comme nous, donc on sait qu'on peut aller voir d'autres médecins, y'en a certains qui disent « ah bah non je ne peux pas le prendre », vous tournez, vous faites tous les médecins de Petiteville, y'en a peut-être un qui accepte, mais c'est pas normal, quoi. »

La sous-médicalisation concernait pour elle le manque de médecins généralistes mais également le manque de spécialistes à proximité.

Mélanie(5) n'avait pas le sentiment d'habiter dans une zone sous-médicalisée, elle se sentait bien entourée. Comme elle avait l'habitude de prendre sa voiture pour aller faire les magasins, elle estimait qu'elle pouvait aussi faire ses déplacements pour ses rendez-vous médicaux. Elle n'exprimait pas de difficultés pour le suivi de ses enfants.

On a vu que *Delphine*(7) attachait de l'importance à un suivi spécialisé, elle était exigeante en matière de santé et cette exigence ressortait dans son ressenti sur la démographie médicale. De plus elle était originaire de Métroville, avait toujours eu tous les spécialistes à proximité et n'avait pas anticipé cette difficulté en habitant à la campagne, c'est pourquoi elle le vivait difficilement. Néanmoins elle avait déménagé à la campagne par choix afin d'acquérir un logement plus grand et était satisfaite de sa qualité de vie.

Mélanie(5) qui avait souhaité pour sa grossesse une prise en charge moins médicalisée, qui avait apprécié de partager avec sa sage-femme ses connaissances sur les produits bio et qui avait consulté un ostéopathe pendant sa grossesse semblait moins alarmée sur la sous-médicalisation. Ceci était probablement dû à une volonté de médecine plus douce.

Stéphanie(7) qui se posait peu de questions et allait droit au but avait réussi à contourner le problème des délais d'obtention de rendez-vous en trouvant un médecin qui consultait sans rendez-vous. Elle mettait tout en œuvre pour maîtriser son suivi médical.

9 : *« je suis pas quelqu'un d'anxieux, je suis pas quelqu'un... Voilà... Mes suivis se sont passés, j'avais pas de problème particulier, donc j'ai pas cherché midi à quatorze heures ! »*

F. Synthèse

Delphine(7), *Stéphanie*(9) et *Mélanie*(5) étaient toutes les 3 très actives dans leur suivi de grossesse et savaient ce qu'elles voulaient.

Elles réalisaient un suivi de grossesse qu'elles connaissaient déjà bien avec des professionnels qu'elles avaient choisis pour leurs compétences et leurs qualités relationnelles en fonction de leur expérience antérieure. La proximité n'était pas pour ces patientes le premier critère de choix, même si la praticité était quand même prise en compte.

Elles avaient en commun leur multiparité, leur origine citadine, leur suivi gynécologique antérieur par un gynécologue en ville. Elles avaient toutes les 3 une profession intermédiaire et un niveau d'étude équivalent c'est-à-dire BTS.

Ces 3 femmes actives dans leur suivi avaient un regard critique sur le système de soin et les professionnels rencontrés, qu'elles remettaient en question.

Delphine(7) et *Stéphanie(9)* qui travaillaient hors de leur bassin de vie ont l'habitude de faire cette route et n'avaient probablement pas la même notion des distances qu'une autre personne qui habiterait en ville et qui aurait tous les correspondants à proximité. De plus cet éloignement à la campagne était un choix au bénéfice de la qualité de vie, en connaissance de cause de la contrainte de la route.

Elles avaient néanmoins toutes les 3 une perception différente du système de soin. On retrouvait chez *Delphine(7)* une notion de services auxquels elle aurait le droit avec une attitude consumériste, *Mélanie(5)* que ce soit pour son suivi ou l'accouchement recherchait plus son bien-être, quelque chose de confortable et naturel, elle souhaitait d'ailleurs accoucher sans péridurale, *Stéphanie(9)* savait où elle voulait aller et avançait comme elle le disait « sans chercher midi à 14h ».

IV. Parcours imposé

Nous avons défini comme parcours imposé le parcours de patientes qui, présentant un risque obstétrical, n'ont pas eu le choix du suivi de grossesse, même si elles le présentaient comme tel. Deux patientes avaient un parcours imposé, il s'agissait d'*Elodie(1)* et de *Cindy(8)*.

A. Une grossesse conditionnée par un risque

Elodie(1) attendait son deuxième enfant mais vivait sa cinquième grossesse. Une première grossesse avait été interrompue suite à une anomalie génétique, elle avait ensuite fait deux fausses couches avant d'enfin mener une grossesse à terme. Ce parcours compliqué, nécessitant un suivi obstétrical rapproché, avec réalisation d'amniocentèses ne lui laissait pas d'autre possibilité que de confier sa grossesse à un gynécologue.

Cindy(8) avait subi plusieurs cônisations en lien avec une infection génitale à un Human Papillomavirus (HPV). Elle avait dès lors bénéficié d'un suivi gynécologique rapproché et savait, avant de la mettre en route, qu'une grossesse serait considérée à « risque ».

Ces deux patientes avaient entièrement conscience du risque que représentait leur grossesse et soucieuse d'obtenir l'accord de leur gynécologue en discutaient avec lui avant de la débiter.

1 : « Oui, bah j'étais allée la voir, et elle m'avait dit que quand, enfin, quand je souhaiterai, en fait... Elle m'avait donné juste le traitement classique, de l'acide folique, mais que après on ferait une amniocentèse, enfin on ferait le protocole... »

8 : « donc il me dit « vous avez un désir de grossesse », « bah oui, oui, oui, c'est prévu dans l'année mais on sait pas quand. » « Ok bah feu vert, il n'y a pas de problème pour moi, pas de problème apparent et puis bah quand vous... Si vous êtes enceinte, vous m'appellez et puis à ce moment là on se voit » »

Le suivi était déjà annoncé avant la grossesse, laissant peu de place à une autre alternative.

B. Un suivi programmé à l'avance

1. Suivi gynécologique antérieur

Cindy(8) avait débuté son suivi gynécologique avec une gynécologue que lui avait conseillée sa cousine, qui l'avait même accompagnée pour aller à la consultation, alors qu'elle était adolescente et qu'elle habitait à proximité de Horsdep. Récemment arrivée dans la région, il fallait qu'elle trouve un nouveau gynécologue, elle s'adressait alors à une de ses collègues qui lui conseillait le sien, un gynécologue qui travaillait dans une clinique.

Celui-ci ne prenant plus de nouvelles patientes, elle était orientée par la secrétaire vers un autre gynécologue, exerçant dans la même clinique.

8 : « y'a une de mes collègues qui me dit : « bah si moi j'en ai qui est super bien, il est à la clinique Prisée, tu connais pas mais tu vas voir c'est bien, je te donne son numéro ». Donc j'ai appelé ce docteur là, mais ce docteur là par contre ne prenait pas de nouvelles patientes, et la secrétaire m'a dit mais par contre je vous donne un autre numéro qui est aussi à la clinique Prisée et Dr Papillon pourra vous recevoir sans aucun problème, donc j'ai appelé le secrétariat et effectivement j'ai eu un rendez-vous »

La collègue conseillait un gynécologue en le situant dans une unité de lieu, « la clinique Prisée », elle appuyait son conseil en qualifiant d'une part le gynécologue de « super bien » et d'autre part la clinique de « bien ». Quand la secrétaire proposait un autre médecin à Cindy, elle nous le racontait en précisant qu'il était « aussi » dans la même structure, élément qui lui permettait de reporter la confiance dans ce nouveau professionnel.

Elodie(1) était, elle, suivie par son médecin traitant qui la suivait depuis qu'elle était toute petite. Quand on lui demandait sa relation avec celui-ci elle répondait simplement « bah c'est le médecin de famille », ce qui pouvait s'entendre comme un donnée de nature qui ne se discutait pas et ne méritait pas de qualificatif supplémentaire, puisqu'il suivait toute la famille

depuis qu'il était installé. Quand elle avait voulu un enfant, son médecin l'avait dirigée vers un gynécologue, dans lequel elle avait reporté toute sa confiance.

Il n'était pas précisé dans l'entretien pourquoi dès le projet de sa première grossesse, *Elodie(1)* avait été orientée vers un gynécologue.

Cindy(8) n'ayant pas de repères dans la région, faisait confiance à ses collègues, *Elodie(1)* faisait confiance à son médecin généraliste et toutes les deux se dirigeaient vers la structure désignée.

2. Diagnostic de grossesse

Quand *Cindy(8)* a supposé qu'elle était enceinte, parce qu'elle l'attendait et probablement parce qu'elle avait un retard de règles, elle avait fait un test urinaire de grossesse. Pour elle, ce test n'était pas sûr et devait être doublé d'une prise de sang, qu'elle avait demandé à un médecin généraliste.

8 : « Premièrement un médecin généraliste à Petiteville, pour avoir un avis, enfin obtenir une ordonnance de prise de sang parce que c'est un test pharmaceutique que j'avais fait, donc je savais qu'il y avait du... pas du 100%, »

On note que *Cindy(8)* se reprenait sur le mot « avis » car ce n'est pas ce qu'elle était venue demander au médecin, elle demandait une prise de sang. Par le « premièrement », elle nous signalait que cette consultation était la première étape dans son suivi de grossesse. Tant que la grossesse n'était pas confirmée, il en était du ressort du médecin généraliste, celui-ci n'avait plus sa place une fois la confirmation établie avec certitude, c'était le gynécologue qui prenait le relais. Celui-ci lui avait d'ailleurs dit : « si vous êtes enceinte vous m'appellez », *Cindy(8)* ne pouvait donc faire la démarche de l'appeler sans « savoir ». Elle suivait les consignes qui lui avaient été données.

Elodie(1) qui avait déjà l'expérience de 4 grossesses, appelait directement sa gynécologue après avoir fait un test urinaire et celle-ci lui envoyait une ordonnance pour réaliser une prise de sang, nécessaire à la confirmation.

3. Une trajectoire déjà tracée

Quand la grossesse était confirmée, *Cindy(8)* prenait donc rendez-vous avec son gynécologue comme il le lui avait demandé.

8 : *« j'ai appelé le gynécologue qui s'occupait de moi depuis, depuis qu'on était arrivé en Loire Atlantique, à la clinique Prisée, qui m'a dit : « bah vous venez dans 15 jours – 3 semaines, vous avez un rendez-vous et puis on va faire le point, on va regarder un peu où on en est exactement », et puis, et voilà. Donc on est allé voir le gynécologue à Prisée et là on a eu tous les rendez-vous jusqu'au 9^{ème} mois, qui étaient tous programmés les uns derrière les autres et puis tout a été fait là bas »*

Lorsque Cindy(8) nous racontait la mise en place du suivi de grossesse, on pouvait penser que tout le suivi avait été fait par le Docteur Papillon. Elle nous explique ensuite qu'en fait celui-ci l'a adressé vers une de ses collègues, spécialistes des grossesses à risque. Cindy(8) n'avait pas eu le choix, mais elle s'en remettait à l'« ordonnance » du Dr Papillon et ne semblait pas le vivre comme une contrainte.

8 : *« comme c'était une grossesse considérée à risque, il m'a renvoyé sur l'une de ses collègues qui, elle, ne suit que des grossesses à risque, lui il m'a dit : « je vais vous reprendre en fin de grossesse » »*

Ce changement de parcours, Cindy le comprenait et l'acceptait par le risque que représentait sa grossesse.

8 : *« Mais moi de toute façon j'ai pas eu le choix, c'est le Dr Papillon, mon gynécologue qui m'a dit tout de suite vous allez être très suivie par ma collègue qui s'occupe que des grossesses à risque et donc après les autres moyens bah je m'en suis pas occupée parce que tout a été pris, tous les rendez-vous ont été pris ce jour là, donc dès le mois de décembre, j'ai eu tous mes rendez-vous jusqu'au mois d'aout, donc je me suis pas trop préoccupée de qui pouvait faire quoi. »*

On retrouvait à nouveau cette notion de suivi programmé à l'avance qui restreignait les choix.

8 : *« le médecin, le gynécologue nous a dit ça va se passer comme ça, comme ça, comme ça, on a pas cherché plus loin. On a même pas cherché à dire oui, mais est-ce que je pourrai voir un autre médecin plus près de chez moi, ou quoi. Non, non, non, il faut faire ça, on le fait et puis... »*

Cindy(8) reprenait néanmoins les choses en main en fin de grossesse, alors qu'elle devait retourner voir le Dr Papillon pour les 2 dernières consultations, elle avait choisi de poursuivre avec le Dr Risk dans un souci de continuité du suivi.

Elodie(1) s'était, comme à sa grossesse précédente, dirigée vers sa gynécologue qui avait programmé son suivi avec réalisation d'une amniocentèse. Cette gynécologue elle la nommait très rarement, mais la situait tout le temps dans la structure dans laquelle elle exerçait allant même jusqu'à dire qu'elle était suivie par cette structure.

1 : « D'accord, et euh... Du coup vous étiez suivie par qui ? »

« Par la clinique Confort, et du coup c'est vrai qu'après j'ai continué tout le temps à la clinique Confort mon suivi de grossesse »

Elodie(1) présentait son suivi comme un choix en présentant d'autres alternatives mais qui n'étaient pas envisageables.

1 : « on préférerait en fait, je sais que le Dr Rural aurait pu faire le suivi, tout ça, mais en fait comme il y avait un passé quand même derrière toutes ces grossesses, je préférais quand même autant aller à la clinique Confort. »

C. Rôle du médecin traitant

Les médecins généralistes d'Elodie(1) et Cindy(8) n'avaient pas leur place dans le suivi de grossesse. Ils n'ont été consultés que pour des « banalités ».

Cindy(8) avait consulté un médecin généraliste au moment du diagnostic. Ce médecin, elle l'avait choisi sur internet en prenant celui qui exerçait dans la seule rue qu'elle connaissait dans la ville la plus proche. Elle venait d'arriver dans la région, n'y connaissait personne, elle n'avait donc pas d'autres possibilités que de s'en remettre au hasard.

8 : « dans l'annuaire j'ai pris, enfin sur internet quand on arrive à capter (rire !), euh j'ai pris le premier médecin que j'ai vu, c'était avenue de la gare, c'était la seule rue que j'avais repéré parce que c'est la rue principale de Petiteville, il y a un centre médical, donc voilà, ça s'est fait vraiment au hasard »

D. Place du conjoint

Cindy(8) et son conjoint étaient tous les deux en arrêt de travail pendant toute la durée de la grossesse, il faisait le déplacement avec elle pour ses rendez-vous à la clinique. Cindy(8) faisait une différence entre les consultations de suivi pour le bébé qui correspondaient pour elle aux échographies auxquelles son conjoint assistait et les autres rendez-vous où elle était suivie, rendez-vous pendant lesquels son conjoint l'attendait en salle d'attente.

8 : « Par contre tout ce qui était contrôle pour le bébé, donc les échographies, on ya allait à 2 (...) Une fois ou 2 tu es venu avec moi (s'adresse à son ami qui est à côté) et tu m'as attendue dans la salle d'attente (...) Souvent mes rendez vous pour moi, pour mes contrôles gynécologiques, non, j'ai même demandé moi à mon ami de pas trop me suivre parce que, bah c'est pas super agréable d'être avec son ami à ce moment là. »

Pour *Cindy(8)*, quand il n'y avait pas de réalisation d'échographie, la consultation était destinée à la surveiller car elle avait une grossesse à risque.

Quant aux cours de préparation à l'accouchement, son conjoint avait également tenté d'y participer, mais se retrouvant dans un milieu très féminin, il ne s'était pas senti à sa place !

8 : « *il n'y avait que les mamans et du coup il se sentait un peu mal à l'aise d'être qu'avec des femmes* »

Quand *Cindy(8)* nous racontait son parcours de grossesse, elle employait très souvent le pronom personnel « on », témoin de la présence du futur papa. Il était important de noter que ce futur papa, sûrement très impliqué dans le suivi, était en arrêt de travail, dans un village qu'il ne connaissait pas et qu'il n'appréciait pas, ces déplacements à Métroville étaient aussi l'occasion de sortir un peu de cette campagne, d'aller se divertir à la ville et d'occuper leur journée.

8 : « *on en profite quand on est sur Métroville, pour tout faire ! Pour aller faire un tour en ville, pour aller faire les magasins, pour aller voir un petit bout de la famille de mon ami qui est à Métroville, donc c'est la journée, la journée détente, c'est l'idylle totale quand on arrive en ville* »

Le conjoint d'*Elodie(1)* n'était pas cité dans son suivi de grossesse.

E. Perception du suivi de grossesse

1. Grossesse actuelle

Cindy(8) n'avait pas aimé sa grossesse pour de multiples raisons, néanmoins ce sentiment n'était pas lié à la qualité de son suivi mais à un contexte général.

Cindy(8) et son conjoint, tous les 2 citadins, étaient arrivés récemment dans la région pour se rapprocher de leur famille. Désireux d'un certain confort, au-dessus de leurs moyens à Métroville, ils choisissaient de s'en éloigner pour trouver un logement plus grand.

8 : « *Après pour avoir un meilleur cadre de vie on a choisi, enfin on a choisi, on n'a pas eu le choix de toute façon, d'aller vers l'extérieur de Métroville et puis on s'est retrouvé là* »

Choix ou pas, ils s'étaient retrouvés à la campagne ce qui avait été très difficile pour eux.

De plus, du fait de sa grossesse à risque, *Cindy(8)* était en arrêt de travail très rapidement, son conjoint qui avait dû se faire opérer d'une hernie discale était lui aussi en arrêt de travail pendant toute la durée de la grossesse. Ils s'étaient donc retrouvés isolés, inactifs dans leur maison dans un village qu'ils ne connaissaient pas.

8 : « Oui tout le contexte, bah tout ce qui s'est passé qui n'était pas prévu. L'arrêt de travail, le mien, celui de mon ami, des problèmes financiers qui se sont agglutinés là-dessus (...) tout était compté, archi compté, (...) des petites tensions forcément et puis bah il a fallu réussir à tout gérer psychologiquement. »

Alors que certaines femmes sont dans une espèce de cocon de la grossesse et relativisent tous leur maux, pour *Cindy(8)* la situation a été différente, ces maux se rajoutaient au mal-être qu'elle ressentait déjà. A tel point que la césarienne qu'elle avait subie était finalement vécue comme un soulagement alors que certaines mamans la vivent comme une frustration.

8 : « Et puis le jour où il est arrivé, que ce soit par césarienne ou par lapidation, par n'importe quoi, du moment qu'il était là et qu'il était en bonne santé à coté de nous, bah voilà, c'était le principal »

Cependant *Cindy(8)* reconnaissait avoir eu un bon suivi et ce n'était pas la qualité de ce suivi qui influençait son ressenti.

Elle avait apprécié l'accueil, les qualités humaines et relationnelles des professionnels rencontrés qui avaient su la rassurer alors que sa situation de grossesse à risque l'angoissait. La gynécologue était très disponible, à l'écoute et en plus lui avait proposé une prise en charge globale puisqu'elle n'avait vu qu'elle pendant sa grossesse. Petit à petit, elle avait réussi à instaurer un climat de confiance nécessaire au bon déroulement de ce suivi.

8 : « tout s'est passé à la clinique Prisée, et là il y a un accueil génial, des médecins supers, toute une équipe qui est excellente, quoi, enfin il n'y a rien à dire sur la clinique »

8 : « Oui, super bien, oui, que ce soit homme ou femme, j'avais pas trop de souci avec ça et avec elle bah elle nous a mis à l'aise dès le début, elle nous a super, super bien rassurés (...) Donc on avait une petite appréhension à chaque fois qu'on allait la voir et puis bah petit à petit non, on prenait vraiment confiance et puis on voyait bien que tout se passait bien, d'un point de vue médical, tout se passait très bien. »

Ce suivi spécialisé nécessitait de nombreux déplacements, qui en dehors du temps qu'ils demandaient, imposaient un coût non négligeable pour *Cindy(8)* et son conjoint. *Elodie(1)*

souffrait elle aussi du temps pris par ses déplacements, puisqu'elle y passait souvent la matinée, à cause du retard de sa gynécologue.

8 : « donc le moindre rendez-vous c'est à 40 kms parce que j'ai été suivie à la clinique Prisée, donc toutes les 3 semaines, un rendez-vous à la clinique Prisée, donc c'est un véritable périple, parce que il faut partir une heure avant selon les heures de bouchon et tout ça (...) financièrement, euh, aller tout le temps, tout le temps à la clinique Prisée, à être 2 en arrêt, c'était pas facile »

Elle reconnaissait d'ailleurs qu'une grossesse en milieu rural est aussi bien suivie qu'en ville à la condition qu'on en ait les moyens, elle s'interrogeait d'ailleurs sur les conditions de suivi des personnes non motorisées.

8 : « ça nuit, non... mais par contre il faut se donner les moyens »

2. Pour une prochaine grossesse ?

Quand on demandait à *Cindy(8)* comment elle organiserait son suivi pour une prochaine grossesse, la question était peut-être posée un peu tôt, car ce n'était pas du tout d'actualité pour le moment et cette grossesse resterait même probablement unique, elle répondait que ce serait différent. Cette différence elle la voyait dans son déménagement vers un milieu urbain, déménagement qui était envisagé même si la grossesse ne l'était pas. *Cindy(8)* ne se plaignait pas de son suivi.

8 : « Par contre, si c'était à refaire, ce serait complètement différent, euh... Moi je serai toujours arrêtée très, très tôt pour le même problème, ce serait pas dans un milieu rural, il faut absolument qu'on rectifie ça, et ce serait surtout pas pour tout de suite, du tout, du tout, du tout ! »

Pour une prochaine grossesse, *Elodie(1)* souhaiterait effectuer son suivi avec les sages-femmes dans la mesure du possible. Maintenant qu'elle avait l'expérience d'une deuxième grossesse sans souci, elle souhaiterait au maximum rapprocher son suivi. Elle reprochait à son suivi actuel la route pour aller jusqu'à la clinique Confort, le retard de son gynécologue, donc la perte de temps et un manque de disponibilité de la gynécologue comparativement à celle des sages-femmes.

1 : « Peut-être plus un suivi chez les sages femmes car je sais que j'ai des copines qui font ça que chez les sages femmes et c'est vrai que ça fait moins de route, (...)

F. Perception de la sous médicalisation

Ces deux patientes ressentait un déficit médical mais sur deux plans différents. *Elodie(1)* originaire de cette campagne semblait trouver que son médecin généraliste était difficile à joindre quand ses enfants étaient malades et qu'elle souhaitait obtenir un rendez-vous dans la journée.

1 : « Bah il est pas facile à joindre... (rire) Je dirai que pour un adulte ça va parce que si on arrive pas à le joindre, on va tout le temps trouver... Enfin pour un enfant, c'est vrai que quand ils sont malades on a envie que ça aille vite, que ce soit rapide. Et c'est vrai que le Dr Rural si on n'appelle pas à 8h du matin, on a pas de place pour la journée, voire le lendemain et c'est vrai que c'est pas pratique. C'est souvent que j'ai été obligée d'appeler les médecins de Petiteville et de devoir en appeler 4 ou 5 pour pouvoir avoir un rendez-vous dans la journée... »

Cindy(8) quant à elle trouvait qu'il y avait beaucoup de médecins généralistes mais un déficit de spécialistes, pour son suivi de grossesse ou le suivi de son enfant. *Cindy(8)* et son conjoint, citadins, s'étaient installés à la campagne sans bien mesurer l'isolement et l'éloignement de beaucoup de services (cinéma, bibliothèque, piscine...) que cela pouvait entraîner. Dans leur situation cet isolement avait majoré l'anxiété déjà présente.

8 : « puis ici il n'y a pas de médecin, il n'y a pas de sage-femmes, c'est ça en fait qui fait peur dans la zone rurale c'est qu'on se sent un peu seul au monde et près de la préhistoire quand même (...) Et nous on aurait aimé avoir un rendez-vous avec un pédiatre qui nous dise un peu la marche à suivre. On a cherché un pédiatre, et bah y'en a pas ! Et on a trouvé ça hallucinant. »

Après une allusion à la préhistoire, elle allait jusqu'à comparer la médecine rurale à la médecine vétérinaire.

8 : « Oui, oui mais ici c'est un peu comme ça alors je sais pas s'ils ont cru que j'allais accoucher dans une grange à l'aide d'un vétérinaire ou quoi, ici ils font comme ça avec leurs animaux, leurs vaches et cetera, mais bah nous, non quoi »

8 : « j'aurai mieux pris mon mal en patience en étant dans une zone moins rurale, parce que c'est pas parce que j'étais arrêtée d'un point de vue professionnel que je pouvais pas par contre aller me promener donc c'est vrai que quand on habite près de la ville, bah c'est plus facile d'aller prendre un café quelque part, d'aller à la bibliothèque, d'aller faire un tour en ville tranquillement, d'aller faire un heure de piscine parce que ça je pouvais le faire, mais là la piscine c'est Ficelleville, 17 kms, la bibliothèque on y pense pas, le cinéma c'est un tout petit ciné rural où y'a les films de l'année dernière qui passe donc on les a déjà vus. »

Ils avaient conscience qu'ils s'étaient trompés, qu'ils n'étaient pas faits pour la vie à la campagne car leur mode de vie ne correspondait pas. Ils étaient en plus arrivés dans une région où ils ne connaissaient personne et dans laquelle ils n'avaient pas réussi à s'intégrer.

8 : « On a vécu pendant 30 ans dans un autre milieu et on arrive là et c'est un milieu complètement différent et on arrive pas à s'y faire. On a essayé, on a essayé, mais on n'est pas fait pour ça »

Il était demandé aux patientes à la fin de l'entretien ce que l'on pourrait modifier, alors qu'*Elodie(1)* n'avait pas d'idée précise sur la question, *Cindy(8)* souhaitait un « pôle riche en spécialistes ».

G. Synthèse

Les parcours de *Cindy(8)* et *Elodie(1)* étaient définis comme imposés dans la mesure où elles n'avaient pas eu le choix dans le type de professionnel qui pouvait suivre leur grossesse étant donné leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux. Cependant on pouvait constater qu'elles conservaient une liberté de choix qu'elles accordaient toutes les 2 à la structure qui a effectué leur suivi. Cette structure, elles l'avaient choisie sur des conseils, ceux d'une collègue ou du médecin généraliste

Une fois prise en charge dans cette structure, un parcours de suivi de grossesse était mis en place et elles le suivaient à la lettre. Cependant elles s'étaient toutes les deux réappropriées leur suivi de grossesse en le présentant comme un choix, grâce à la confiance investie dans les professionnels rencontrés.

Cindy(8) et son conjoint avaient vécu une grossesse difficile, dans une situation précaire financièrement due à leurs arrêts de travail et angoissante médicalement, à cause du risque que présentait cette grossesse et de leur isolement. Ils attachaient de l'importance à un suivi spécialisé pour leur enfant.

Si prochaine grossesse il y avait, aucune des deux ne reproduirait le même schéma. *Cindy(8)* et son conjoint ont le projet de déménager en ville et *Elodie(1)* souhaiterait rapprocher son suivi. C'était l'éloignement qui était le plus pesant et qu'elles essaieraient de modifier mais de façon différente en fonction de leurs aspirations de vie.

Cindy(8) avait un niveau d'étude CAP, ils étaient locataires de leur maison, son conjoint avait déjà un enfant d'une précédente union. Ils étaient tous les 2 citadins et souhaitaient retourner habiter en ville le plus rapidement possible. Elle était primipare, avait une bonne connaissance de ses antécédents médicaux, du risque que représentait sa grossesse et de la façon dont elle devait être prise en charge.

Elodie(1) était originaire du milieu rural et son mari également, elle était comptable. Elle accordait moins d'importance à un suivi spécialisé, son médecin généraliste, décrit comme le médecin de famille, la suivait depuis qu'elle était petite et suivra aussi ses enfants. Elle attendait son deuxième enfant et reproduisait le schéma installé depuis sa première grossesse qui s'était compliquée.

La catégorie socio professionnelle apparaît ici comme facteur limitant du choix du fait du coût des transports.

DISCUSSION

I. Validité interne : discussion de la méthode

A. Le type d'enquête

Le choix d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été retenu pour contribuer à élaborer des outils de compréhension des parcours de soin de patientes enceintes et d'éventuelles disparités d'usage de l'offre de soin prénatal en particulier en zone sous-médicalisée. La méthode de recueil de discours spontanés permet de faire émerger des réalités insoupçonnées ou inattendues des enquêteurs. Cette méthode n'est pas destinée à décrire ou à mesurer des réalités de santé. D'autres enquêtes appuyées sur des méthodes quantitatives auront pour objectif de tester les hypothèses issues du travail présenté ici.

B. Le territoire concerné

Parmi les médecins généralistes sollicités comme intermédiaires pour contacter des femmes, seuls ceux de Petiteville et Semirural, nous ont répondu. Nous n'avons pas de patientes habitant dans d'autres bassins de vie, ce qui limite la diversité des résultats en particulier sur les variations des choix en fonction de l'offre de soin locale.

La définition du territoire de l'étude a reposé sur le seul critère de densité médicale en médecin généraliste inférieure à 3 dans un bassin de vie de Loire-Atlantique. D'autres critères comme l'éloignement des maternités, la présence de gynécologues ou de sages femmes sur le territoire auraient pu rentrer en compte. Cependant il n'y a pas de gynécologue exerçant sur le territoire concerné. Toutes les patientes interrogées habitent en moyenne à 44 kilomètres des différentes maternités de Loire-Atlantique.

C. L'échantillon

Nous avons choisi de demander de manière aléatoire à des médecins ou sages-femmes de repérer, dans leur patientèle, des patientes ayant accouché dans l'année 2012. Nous n'avons imposé aucun critère pour ce choix.

Les médecins ou sages-femmes ont probablement sélectionné les patientes qu'ils jugeaient les plus aptes à réaliser ce type d'entretien.

Les patientes qui choisissent de se faire suivre par une sage-femme sont souvent dans des situations sociales stables, vivent en couple et appartiennent à des catégories socioprofessionnelles plutôt privilégiées (20) ce qui aurait pu créer un biais de sélection. Mais les sages femmes que nous avons contactées ont sélectionné également des patientes qu'elles avaient rencontrées au cours de leur grossesse et qui n'avaient pas initialement choisi de se faire suivre par elles.

De la même façon, les médecins généralistes auraient pu choisir uniquement des patientes qu'ils avaient suivies, or ça n'a pas été le cas, puisqu'on retrouvait également des patientes dont ils assuraient le suivi du nourrisson.

Notre échantillon est varié par les différences de parité, les différences de suivi, les différences de niveau socioprofessionnel, même si l'on peut noter que les catégories socioprofessionnelles supérieures ne sont pas représentées.

D. Le recueil des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés à domicile, ce qui a permis de créer une intimité et un climat de confiance propices à un tel exercice, cependant la présence du conjoint ou des enfants, le téléphone ont parfois interrompu le déroulement des entretiens.

La réalisation des entretiens étant un exercice difficile, on remarque que la qualité de ceux-ci s'améliore avec le temps. Certains points ont parfois été omis de façon involontaire la préoccupation principale étant la production d'un discours spontané.

L'objectif de l'étude a été présentée en début d'entretien ce qui a pu influencer le discours de l'interviewée qui cherchait à rassurer ou à alarmer sur son ressenti de la sous-médicalisation. De plus, nous nous sommes présentés comme médecin généraliste remplaçant ce qui a pu également influencer la production du discours.

E. L'analyse

En premier lieu une analyse chronologique a été réalisée afin de repérer quelles ont été pour chaque femme les différentes étapes dans la mise en place de leur parcours de suivi de grossesse et quels en ont été les intervenants.

Nous avons ensuite regroupé les phases communes de chaque entretien et avons défini des « types » de parcours que nous avons analysés afin d'en déterminer les caractéristiques.

II. Validité externe : Discussion des résultats

A. Des prises en charges variées

La notion contemporaine de désert médical a guidé la lecture des données : le suivi de grossesse peut être effectué par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue médical ou obstétricien, mais dans ces zones rurales où les gynécologues ne sont pas représentés, le choix des femmes est restreint si elles souhaitent un suivi de proximité, critère fréquemment cité dans le choix du professionnel du suivi (21). Cependant on a pu constater que ces différents acteurs intervenaient dans le suivi de nos patientes.

1. Les médecins généralistes

Par défaut de place en consultation hospitalière, on constate un retour vers les médecins généralistes pour les suivis de grossesse (9), tous n'acceptent pas de les faire, ne se sentant pas toujours suffisamment compétents ou disponibles. Cependant, on sait que le pronostic materno-fœtal est identique quelque soit le professionnel qui pratique le suivi de grossesse à bas risque (22). D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, ils suivraient 4,7% des grossesses (9).

Avec la féminisation de la profession, on peut penser que les médecins généralistes suivront de plus en plus de grossesses, les femmes médecins s'intéressant peut-être plus à la gynécologie. De plus, d'après la thèse de M. Perron, il apparaît que les patientes qui choisissent leur médecin généraliste pour effectuer leur suivi le font plus souvent lorsqu'il s'agit d'une femme (23).

M. Pepin mettait en évidence dans sa thèse que les femmes qui choisissent de se faire suivre par un médecin généraliste sont plus souvent d'origine rurale et employées (21). Elles attendent des médecins généralistes de la réassurance qu'elles trouvent dans leur disponibilité (24). Dans notre étude, les femmes qui ont choisi ce suivi, cherchaient essentiellement la proximité et une continuité de prise en charge.

2. Les sages-femmes

En 2010, 5,4% des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse, avant 2003, elles n'étaient pas habilitées à la faire (9). Elles étaient 11,7% à s'être fait suivre principalement par une sage-femme. De plus en plus de sages-femmes s'installent en libéral et d'ici 2030, en l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics, une sur trois devrait exercer en libéral (13). Au vue de la diminution du nombre de gynécologues obstétriciens, on peut penser que leur rôle de premier recours auprès des femmes va se renforcer. D'après un mémoire de sage-femme, les femmes qui choisissent de se faire suivre par une sage-femme sont plus souvent multipares, en couple et appartiennent à des catégories socioprofessionnelles privilégiées (20). Dans notre étude c'était souvent la rencontre avec une sage-femme lors d'une première grossesse, suivie par un autre professionnel, qui guidait ce choix pour les suivantes.

3. Les gynécologues

L'enquête nationale périnatale de 2010 révèle que ce sont essentiellement les gynécologues qui font la déclaration de grossesse : 47,6% des grossesses ont été déclarées par un gynécologue en ville et 26,5% en maternité (9). 66,8% des femmes ont consulté principalement un gynécologue-obstétricien. Ces gynécologues sont concentrés dans ou à proximité des grandes villes. D'après la thèse de M. Pepin, les femmes dont la grossesse est à bas risque, qui choisissent de se faire suivre par des gynécologues sont plus souvent des femmes multipares, cadres supérieures ou de profession intermédiaire (21). Ceci confirme une étude de la DREES de 2007 qui révèle que 64% des cadres ou des femmes sans profession dont le conjoint est cadre font déclarer leur grossesse par un gynécologue médical ou obstétricien libéral (25). Une seule patiente dans notre étude a présenté ce suivi comme un choix, elle était en effet multipare, de profession intermédiaire et originaire d'un milieu urbain.

B. Comment se construisent alors les parcours ?

D'après M. Akrich, dans son rapport *Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers*, certaines femmes vont déterminer leur trajectoire en la déléguant à des instances extérieures dans lesquelles elles ont confiance, d'autres, sans avoir de trajectoire définie, expérimenteraient par elles-mêmes différentes possibilités et les dernières auraient une idée bien précise de ce que devrait être leur suivi et sont capables de prendre des

alternatives en se référant à leur expérience antérieure (26). Les parcours se construiraient donc au tour de la parité et de la confiance. Cependant nos « types de parcours » ne rentrent pas dans l'une ou l'autre catégorie car la mise en place du suivi est aussi influencée par l'offre de soin locale et la possibilité de le réaliser.

Notre principale hypothèse qui était que le suivi de grossesse, dans un territoire où l'offre de soin est limitée, était fortement influencé par celle-ci, est en partie confirmée mais de nombreux autres facteurs sont à prendre en compte. Les femmes ne réalisent pas un choix mais une « trajectoire ».

1. Le diagnostic de grossesse ou première consultation : point clé dans la mise en place du parcours

La première réaction d'une femme quand elle pense être enceinte est de consulter dans un délai assez court un professionnel de santé pour attester sa grossesse. La consultation a souvent pour unique but la délivrance d'une ordonnance pour réaliser un dosage des béta HCG, qui n'est pourtant pas indispensable au diagnostic de grossesse. La confirmation « objective » de la grossesse, par le test urinaire ou la prise de sang, jugée plus fiable, est nécessaire aux femmes. Elle leur permet d'entrer socialement et médicalement dans le stade de la grossesse à un moment où celle-ci ne se voit pas encore, et de lui donner une réalité médicale (27). Le test urinaire est du domaine de l'intime alors que la constatation médicale permet une socialisation de la grossesse.

Cette première consultation est un point clé dans la mise en place du suivi, en particulier pour les primipares qui ne l'ont pas toujours anticipé. En 2010, 22,4% des grossesses ont été déclarées par un médecin généraliste (9), il joue donc un rôle principal d'orientation et de mise en place du parcours lorsqu'il est consulté puisque c'est lui qui délivre l'information. Les délais d'obtention de rendez-vous auprès des gynécologues alors que les femmes souhaitent avoir une confirmation rapide de leur grossesse et sa présence en zone rurale en font l'acteur privilégié de cette première consultation. La thèse de B. Gros Lenne met en évidence que 25% des patientes qui consultent leur médecin généraliste en première intention le choisissent pour assurer le suivi, elles sont 63,6% quand celui-ci l'a proposé (28). C'est à ce moment-là que vont être présentées à la femme les différentes modalités de suivi, si certaines ont une idée bien définie de l'orientation qu'elles veulent donner à leur prise en charge, d'autres profiteront de cette consultation. Selon la haute autorité de santé (HAS), "toute

femme doit 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 soins pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et la parentalité, l'accouchement et la période postnatale" (22). Cette volonté d'information est également un des objectifs du dernier plan périnatalité (5). En tant que médecins généralistes nous ne pouvons qu'être sensibilisés à cette première consultation et à l'importance d'informer la femme et le couple sur les différentes possibilités qui s'offrent à eux afin qu'ils puissent choisir librement le professionnel à qui ils confieront cette grossesse.

Si certains médecins généralistes se refusent à suivre des grossesses, d'autres apprécient beaucoup ce suivi de surveillance, de préparation à un événement heureux, de continuité de prise en charge. Il peut donc être difficile de présenter en début de grossesse à sa patiente tous les professionnels aptes à la prendre en charge au risque que celle-ci ne lui « échappe ». Existerait-il une concurrence entre les différents professionnels ? Une thèse, interrogeant médecins généralistes et sages femmes sur leurs rôles respectifs, a mis en évidence qu'ils se connaissent mal et souhaitent plus de collaboration (29). Il pourrait être intéressant en effet de favoriser ce travail en équipe, pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes, en particulier dans ces zones rurales où ils sont les professionnels de proximité.

2. La parité

La parité et donc l'expérience antérieure interviennent dans la mise en place du parcours de suivi de grossesse. Comme le décrit M. Akrich, les femmes qui ont une idée précise de ce qu'elles souhaitent sont souvent multipares car elles ont pu, par leur grossesse précédente, établir des critères qu'elles mettent en place pour cette nouvelle grossesse (26). Ces critères vont être établis en fonction des personnes rencontrées, du déroulement de la grossesse, de l'accueil reçu dans les structures de soin. C'est ce que l'on a pu observer chez les patientes qui avaient un parcours volontaire.

Cette expérience permet également aux futures mamans de prendre connaissance par elles-mêmes de toutes les possibilités qui s'offrent à elles. Nos entretiens ont mis en évidence une mauvaise connaissance de la part des primipares des différents types de suivi qui existaient, une mauvaise connaissance du métier de sage-femme et de ses compétences et une mauvaise connaissance du rôle que pouvait jouer un médecin généraliste. Ces remarques concordent avec la thèse d'E. Chemin sur le suivi de grossesse de patientes primipares (30).

On a pu constater que la sage-femme avait souvent été découverte lors d'une grossesse précédente ou lors de cette grossesse, à l'occasion d'une complication, alors que les primipares ou même multipares ne connaissaient pas toujours l'étendue de son champ d'action. L'instauration d'un suivi à domicile par la sage-femme était vécue comme une chance, qui la faisait rentrer dans l'intimité de la famille et qui lui donnait une place privilégiée parfois assimilée à celle d'une copine. Le lien qui se tissait avec la sage-femme est apparu très particulier et difficile à décrire. Elle était parfois décrite comme une figure maternante. Ses qualités humaines et relationnelles, sa disponibilité, son empathie et ses compétences étaient très appréciées et en faisaient une interlocutrice indispensable à intégrer au suivi de la prochaine grossesse.

3. La notion de confiance

La notion de confiance est apparue importante dans plusieurs entretiens. Certaines femmes en prenant confiance petit à petit se réappropriaient leur suivi lorsqu'il était contrarié, ou par la confiance établie par la qualité de la relation avec leur médecin s'en remettaient à ses « prescriptions », ou encore certaines patientes exprimaient une foi dans une structure à laquelle elle confiait leur suivi. Effectivement, B. Jacques, dans *Sociologie de l'accouchement* décrivait 4 types de confiance (27):

- La confiance « dépersonnalisée », il s'agit le plus souvent de femmes primipares qui font plus confiance à l'institution. La relation est construite sur la « légitimité de l'expertise médicale ».
- La confiance « processus », qui n'est jamais acquise, va s'installer au fil du temps de la relation avec le professionnel et de la démonstration de ses compétences, elle est sous-tendue par la recherche permanente d'une relation personnelle au médecin. On la retrouve quels que soient la parité et le milieu social.
- La confiance « totale », à un praticien en particulier qu'elles auraient besoin de connaître avant de lui faire confiance.
- La confiance « partenariat » où les femmes recherchent une relation « démedicalisée », plus égalitaire, avec un engagement du médecin dans la relation.

4. La sollicitation de l'entourage

D'après B. Jacques, la « décision de s'en remettre à l'avis du médecin dépend fortement de la relation que la patiente a établie avec lui » (27).

Plusieurs patientes nous ont confié solliciter également leur entourage pour mettre en place leur suivi de grossesse. Selon M. Akrich, l'information délivrée par les médecins n'est pas toujours suffisante, les femmes ayant besoin de s'en remettre à des « témoins » qui ont une expérience personnelle (26). Ainsi, l'avis de la cousine, sœur, belle-sœur, collègue était fréquemment sollicité, la jeune femme enceinte échangeant avec ses « pairs », décrites comme des « figures maternelles », le récit de la maman n'étant pas toujours compatible avec la réalité médicale.

5. Problématique de la distance

Si certaines patientes sont prêtes à parcourir de nombreux kilomètres pour être suivies par le professionnel qu'elles ont choisi, d'autres ont pour principal critère un suivi de proximité. B. Gros Lenne mettait en évidence dans sa thèse que la proximité comme critère de choix était cité par 60,7% des patientes (27).

Un des objectifs du dernier plan périnatalité était de proposer une offre de proximité en développant le fonctionnement en réseau. Ces réseaux regroupent tous les professionnels de santé intervenant dans le cadre de la périnatalité. On peut se demander où se situe la limite de la distance acceptable pour dire qu'une patiente bénéficie d'une offre variée de proximité. Cette limite est peut-être patiente-dépendante avec une notion propre à chacune de la distance qu'elle accepte de parcourir. L'absence de gynécologue à proximité, soulignée par certaines femmes, a probablement influencé le choix d'un suivi par le médecin généraliste. La proximité de tous les professionnels de la périnatalité aurait-elle modifié leur choix ?

Les bassins de vie de Petiteville et de Semirural sont des bassins attractifs pour leur proximité avec les agglomérations de Métroville et de Portville et les possibilités d'acquisition d'un logement plus grand à moindre coût. De ce fait nombre d'habitants n'y travaillent pas et se déplacent hors du bassin de vie pour se rendre à leur travail (17). Lorsqu'ils choisissent de s'éloigner de leur travail pour privilégier leur qualité de vie, ces couples le font en ayant connaissance des nombreux déplacements que ce choix va engendrer (31). Se déplacer pour aller à un rendez-vous médical n'est plus une contrainte dans la mesure où ce déplacement fait

partie des trajets quotidiens. De plus, comme nous l'ont affirmé plusieurs patientes, ces déplacements sont moins stressants que des déplacements en ville, le risque de bouchons étant limité.

Les patients qui choisissent de se faire suivre loin de chez eux, le feraient fréquemment à proximité de leur lieu de travail (32), comme c'est le cas des deux patientes qui ont choisi le suivi à distance. Cette praticité reste probablement un argument important dans la mise en place de leur parcours. La notion de « territoire sous-médicalisé » est donc à relativiser puisque le recours aux soins peut « sortir » de ce territoire.

Pour les patientes qui travaillent à proximité de chez elle, des déplacements répétés engendreraient un coût non négligeable qu'elles ne peuvent pas toutes assumer. Une offre complète serait-elle donc uniquement accessible aux femmes qui travaillent à distance de chez elles ou qui ont les moyens financiers de ces déplacements ? Les principes d'égalité en santé et de libre choix du professionnel ne nous paraissent alors pas respectés.

6. L'origine rurale ou urbaine et le rapport aux soins

Les habitudes de santé des patientes originaires de la ville ou de la campagne sont apparues différentes tout au long des entretiens. Les patientes qui ont grandi en ville avec tous les spécialistes à proximité ont probablement reçu une éducation en santé différente de celles qui ont grandi à la campagne et qui étaient suivies par leur « médecin de famille ». Les patientes qui ont effectué leur suivi avec leur médecin traitant étaient toutes originaires de la campagne. C'est également lui qui effectuait leur suivi gynécologique, alors que les patientes originaires de la ville avaient un gynécologue, or le médecin généraliste réalisera plus souvent le suivi de grossesse lorsqu'il prenait en charge le suivi gynécologique (23). Cependant, une étude a montré que le gynécologue était le praticien le plus consulté pour le suivi gynécologique quelque soit le lieu de vie et le niveau d'étude (33).

Le médecin de campagne a souvent une activité très polyvalente car ses patients sont éloignés des structures de soin. Il suit les patients tout au long de leur vie, souvent dès leur plus jeune âge, il effectue les suivis de grossesse et il doit maîtriser une multitude de gestes techniques. Il n'est pas rare que le médecin de campagne soit amené à pratiquer de la petite chirurgie (34). Ce rôle polyvalent du médecin rural a probablement été transmis aux patientes originaires de la campagne.

Certaines des patientes interrogées sont arrivées à la campagne pour pouvoir accéder à la propriété alors qu'elles étaient originaires de la ville. Celles-ci attachent plus d'importance à un suivi spécialisé pour leur grossesse et pour leur nourrisson. La relation aux soins et au système de soin est-elle différente suivant qu'on est originaire de la campagne ou de la ville ? Les patients ruraux sont ils moins exigeants ou s'adaptent-ils simplement à leur environnement ?

7. Le niveau socio-économique

Les patientes qui ont les moyens de réaliser leur suivi de grossesse comme elles l'entendaient appartiennent, dans notre étude, aux professions intermédiaires. D'après M. Akrich, le niveau socio-économique intervient peu et les patientes qui ont un projet défini initialement ont pour principal point commun leur multiparité (26). Cependant différentes études montrent que le milieu social joue un rôle non négligeable dans le choix du professionnel qui suit la grossesse (20,21). Les patientes les plus instruites consultaient à 93,3% un gynécologue dans l'étude de B. Gros Lenne (28).

C. La perception du suivi de grossesse

Dans notre étude, toutes les patientes ont été satisfaites de leur suivi de grossesse. Cette satisfaction générale exprimée rejoint les résultats d'une étude menée par la DREES sur la satisfaction du suivi de grossesse et de l'accouchement des usagères des maternités puisque 98% des femmes se déclarent plutôt ou tout à fait satisfaites de leur suivi de grossesse. Les qualités humaines ont été mises en avant comme élément de satisfaction, avant les qualités techniques comme la sécurité de la prise en charge et les qualités des prestations techniques (35).

1. Bien entourées

Elles se sont senties bien entourées, ce qui confirme l'enquête nationale périnatale : au cours de leur grossesse 67% des femmes se sont senties très bien entourées et 27,4% se sont senties bien entourées (9).

Effectivement beaucoup de femmes insistent sur les notions d'écoute et de réassurance qui étaient très importantes pour elles pendant cette période si particulière et qu'elles ont trouvé chez les professionnels rencontrés.

2. Facilité d'obtention des rendez-vous

Aucune des patientes interviewées n'a rencontré de difficulté quant à la prise de rendez-vous une fois le suivi instauré. Les médecins généralistes, parfois décrits comme difficilement joignables hors grossesse, se révélaient être disponibles. Ceux-ci portent probablement une attention particulière aux femmes enceintes. Une thèse a interrogée des médecins généralistes sur ce qu'ils pensaient des attentes des femmes enceintes pendant la grossesse, ils ressentaient un besoin de grande disponibilité et celle-ci à tout moment. Ils ressentaient une pression médico-légale de plus en plus importante ce qui peut également expliquer qu'ils se rendent disponibles (24). En effet, le médecin généraliste reste le professionnel de premier recours pour les pathologies intercurrentes et est fortement sollicité quelque soit le type de suivi (30).

Dans certaines structures, le suivi de grossesse est planifié, la date de tous les rendez-vous est fixée dès la consultation, ainsi que pour les échographies. Finalement, la grossesse étant identifiée comme un état de santé particulier avec ses risques, une organisation se crée autour de la femme enceinte pour lui permettre de faciliter son cheminement dans son parcours de grossesse.

3. Les difficultés rencontrées

Même si, à première vue, la majorité des patientes semblaient satisfaites de leur suivi de grossesse, cette satisfaction est à nuancer d'autant plus qu'elle est difficile à apprécier voire à quantifier. Il est difficile d'avouer qu'une grossesse ne s'est pas bien passée ou que le suivi a été compliqué, une grossesse étant supposée être un événement heureux, que l'on doit mettre en avant. Comme le dit J. Manuel dans son dossier d'étude « devenir enceinte », la grossesse ne s'apparente pas toujours au bonheur mais il est difficile d'aborder le sujet (36).

a. L'éloignement de Métroville

Une difficulté rencontrée concernait l'éloignement du CHU pour une patiente qui a dû y être hospitalisée. Lorsqu'une femme enceinte présente une menace d'accouchement prématuré (MAP) avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) elle doit être hospitalisée dans une maternité de niveau III, c'est-à-dire bénéficiant d'un service de réanimation néonatale. La seule maternité de niveau III en Loire-Atlantique est celle du CHU, elle y a donc été transférée. Par le biais du réseau santé sécurité naissance, des mesures ont été mises en place depuis quelques années afin de mieux sécuriser les naissances et de diminuer la morbi-mortalité maternelle et fœtale.

Une des premières mesures mises en place a été le transfert in utero du bébé en cas de situation à risque afin de s'assurer que l'accouchement se fasse dans une maternité de niveau adapté au terme de la grossesse. Une hospitalisation à distance de chez soi est toujours un événement marquant et en particulier au cours de la grossesse. Néanmoins entre 2003 et 2010, le nombre d'enfants transférés a été divisé par 2, les grossesses à risque sont donc mieux identifiées et les femmes orientées vers la maternité apte à les recevoir.

Progressivement le champ d'action de ces réseaux s'est élargi à l'ensemble des problématiques de la périnatalité : le suivi de grossesse, le diagnostic anténatal, l'accouchement, les suites de couches, les soins au nouveau-né, la néonatalogie, la promotion de l'allaitement maternel, les conduites addictives, la parentalité, le suivi des nouveau-nés vulnérables.

Des perceptions contradictoires sont apparues quant à la distance qui sépare les femmes de leurs maternités. Toutes s'accordaient pour dire que l'accès à Métroville était facilité grâce à la route à 4 voies qui relie Horsdep à Métroville, néanmoins les déplacements répétés pour celles qui ne les avaient pas choisis devenaient pesants en fin de grossesse. Malgré la fermeture de nombreuses maternités, le temps d'accès à celle-ci est resté stable, la moitié des femmes a accès à une maternité en moins de 17 minutes et 23% d'accouchement sont réalisés à plus de 30 minutes du domicile (37).

b. Le manque de temps

Certaines femmes soulignent le manque de temps des professionnels de santé : le médecin généraliste, le gynécologue ou en particulier au cours des échographies. La surcharge de travail était évoquée pour justifier cette indisponibilité. Lors de l'échographie, l'attente des parents est très importante d'une part parce qu'elle leur permet de « voir » l'enfant, ainsi de se projeter et de donner une réalité à leur grossesse, d'autre part parce que c'est à l'issue de cet examen qu'ils prendront connaissance de la « normalité » de leur enfant. Dans plusieurs entretiens il a été évoqué qu'elles étaient les seules consultations auxquelles le futur papa assistait. L'échographie est définie comme un paradoxe : une source d'angoisse pour mieux rassurer (36), c'est en effet ce qui ressortait de nos entretiens.

D. Perception de la sous médicalisation

1. Pas de difficultés ressenties

Une thèse étudiant l'accès aux soins primaires en zone rurale déficitaire à La Chataigneraie en Vendée (3), mettait en évidence l'absence de difficulté ressentie avec un sentiment que ce sont les autres qui sont concernés par le déficit médical. C'est également ce qui est ressorti dans plusieurs de nos entretiens, un sentiment d'avoir une offre de soin de proximité largement acceptable et que d'autres régions sont moins bien loties. Le territoire étudié, bien que rural, est situé à proximité de Métroville, d'accès relativement facile, d'où la moindre sensation d'isolement médical.

2. Difficultés pour les enfants

Alors que pendant la grossesse les consultations de suivi sont des consultations qui peuvent être anticipées, la situation devient plus compliquée dans un contexte d'« urgence ». La situation évoquée à plusieurs reprises et qui semblait être la plus problématique est celle de la fièvre chez l'enfant, très anxiogène pour les parents et pour laquelle ils veulent une consultation rapide. Un travail réalisé en 2009 sur l'évaluation des connaissances et la prise en charge par les parents de la fièvre de leur enfant mettait en évidence que 79% des parents la considéraient comme dangereuse et 44% des parents ne se considéraient pas assez bien informés, ce qui entraînait un recours excessif aux soins (38). Les médecins ne peuvent pas répondre à toutes ces demandes et des explications sur la fièvre, sa prise en charge et les signes nécessitant une consultation rapide pourraient permettre de rassurer les parents et de limiter ces demandes qui renforcent le sentiment d'indisponibilité des médecins. Il pourrait être intéressant d'étudier la perception par les parents du suivi médical de leurs nourrissons en zone rurale.

3. Peur pour l'avenir

Deux patientes nous ont exprimé une peur pour l'avenir. D'après une étude de la DREES, le nombre de médecin devrait diminuer jusqu'en 2020 pour atteindre son niveau actuel en 2030 (39). De plus on sait que les jeunes médecins privilégient un exercice urbain ou semi rural et que les campagnes sont désertées.

Cette perception des difficultés est en partie liée à la féminisation et au vieillissement de la profession médicale, et en même temps à un vieillissement de la population et des exigences croissantes de qualité de suivi (38) .

E. Synthèse : Comparaison des comportements avec le secteur du Sud-Est Vendée

Une enquête identique a été menée sur le secteur du Sud-Est Vendée et il nous semblait intéressant de pouvoir comparer les 2 territoires. Bien que les déterminants intervenant dans la mise en place des suivis de grossesse soient relativement semblables, des différences nous sont apparues dans les parcours, ce qui vient confirmer la difficulté de définition de la notion de sous-médicalisation.

1. L'absence de suivi par le médecin généraliste en Vendée

○ Indisponibilité

En Vendée, les médecins généralistes ont déclaré ne pas avoir le temps de suivre les grossesses alors qu'ils étaient plus nombreux à le faire voire à le proposer en Loire-Atlantique. Pourtant selon le Panel régional d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, 97% des médecins généralistes libéraux en Pays de la Loire déclaraient, fin 2011, que le suivi de la grossesse à bas risque était une de leur mission, constat plus marqué chez les femmes médecins et les médecins exerçant en milieu rural (7).

D'après l'ARS les chiffres d'activité des médecins généralistes sont comparables dans ces 2 territoires (40). Cependant dans le Sud-Est de la Vendée, la population est vieillissante et donc plus chronophage, ce qui peut expliquer l'indisponibilité des médecins généralistes.

Il pourrait être intéressant de mener une enquête auprès des médecins généralistes exerçant dans une zone déficitaire afin d'apprécier leur ressenti sur leur disponibilité pour suivre les grossesses.

○ Taux de natalité

Les bassins de vie étudiés en Loire-Atlantique bénéficient d'un taux de natalité élevé, compris entre 16 et 19,9 pour 1000 habitants. Il est plus faible en dans le Sud-Est du département de la Vendée puisque compris entre 10,5 et 13 pour 1000 habitants (12). Les médecins généralistes

du nord de la Loire-Atlantique sont donc peut-être plus fréquemment sollicités pour les suivis de grossesse et ont pris l'habitude de ce suivi.

- Fonctionnement en réseau

Par l'existence d'un fonctionnement en réseau en Vendée (consultations de sages-femmes et gynécologues dans les hôpitaux locaux) les médecins généralistes ont pu prendre l'habitude de déléguer et donc ne pas faire les suivis de grossesse. Dans le territoire étudié en Loire-Atlantique, il n'y pas de gynécologue exerçant dans un rayon de 30 kilomètres autour du territoire, les femmes souhaitant limiter les déplacements se tournent alors vers leur médecin généraliste.

Les femmes en Vendée ont pu également prendre l'habitude de se tourner vers les structures hospitalières.

- Caractéristiques socio-démographiques

La densité médicale dans les 2 territoires étudiés était équivalente (40). Cependant la moitié des médecins du territoire étudié en Vendée avaient plus de 55 ans, ceci explique-t-il leur moindre intérêt pour la gynécologie ? Le sexe du médecin semble également influencer leur activité gynécologique, cependant nous n'avions pas de données pouvant confirmer cette hypothèse.

2. L'absence de place du secteur public en Loire-Atlantique

Aucune des patientes de l'échantillon de Loire-Atlantique ne se fait suivre dans une structure publique et une seule patiente de cet échantillon a choisi d'accoucher à l'hôpital public alors qu'elles l'avaient toutes choisi en Vendée. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer ces différences :

- La prise en charge en réseau en Vendée, qui laisse peu de place à une autre alternative.
- La proximité de Métroville en Loire-Atlantique et de ses 3 maternités privées dont 2 en périphérie alors que le centre ville de Métroville et son CHU sont difficilement accessibles.
- Beaucoup d'installations de jeunes couples de classes moyennes dans les bassins de vie de Petiteville et Semirural alors que le Sud-Est de la Vendée est caractérisé par une

importante part de ménages à bas revenus et ayant recours aux prestations sociales qui vont peut-être plus solliciter le secteur public.

- Une offre libérale de soins obstétricaux plus proche et plus accessible en Loire-Atlantique.

CONCLUSION

Le but de l'étude était de comprendre comment s'organisaient les suivis de grossesse dans une zone identifiée comme sous-médicalisée en Loire-Atlantique. Quatre typologies de parcours dans la mise en place de ces suivis ont été mises en évidence en fonction de l'intentionnalité et des moyens de le réaliser : contrarié, volontaire, spontané et imposé.

On a pu constater que tous les professionnels de la périnatalité intervenaient dans le suivi de grossesse, en revanche les femmes n'effectuent pas un véritable « choix ». En effet, dans un espace de choix de proximité restreint, toutes les femmes enceintes n'ont pas la même capacité à s'orienter dans le système de soin. Si l'offre de soin locale est une contrainte pour certaines patientes, elle ne l'est pas pour d'autres qui ont les moyens de la contourner. Différents facteurs interviennent dans cette mise en place : 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. En tant que médecins généralistes, nous devons être sensibilisés à la nécessité de prendre le temps d'informer la femme enceinte en début de grossesse afin que le principe de liberté de choix du professionnel soit respecté et qu'elle puisse vivre au mieux cet accès à la maternité.

Néanmoins la perception du suivi de grossesse est globalement satisfaisante et une organisation semble se mettre en place pour que les femmes soient bien entourées. Les médecins et sages-femmes sont perçus comme disponibles et à l'écoute ce qui correspond aux attentes des femmes enceintes.

La sous-médicalisation n'est donc pas la même pour tous les habitants d'une même zone. En dehors du suivi de grossesse, toutes les patientes percevaient différemment leur lieu de vie par rapport à l'accès aux soins, notamment concernant le suivi du nourrisson, ce qui pourrait être intéressant à étudier. Un suivi de grossesse s'inscrit dans des usages à mettre en rapport avec les autres formes de suivi de la santé, il est d'autant mieux vécu qu'il s'inscrit en cohérence avec les usages.

La comparaison avec un secteur sous-médicalisé en Vendée a permis de mettre en évidence, contrairement aux données de l'enquête de Loire-Atlantique, l'absence de participation du

médecin généraliste dans ce secteur et un recours plus important aux structures publiques, ceci probablement par l'existence de réseau en Vendée et une population plus précaire et vieillissante dans le sud de ce département. Des travaux visant à étudier les pratiques des professionnels de la périnatalité dans ces territoires pourraient venir compléter notre travail.

TABLES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Offre de soin en périnatalité dans le territoire étudié 17

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes de l'étude..... 21

ANNEXES

Le verbatim des entretiens est joint sur un CD-ROM en annexe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lerouillois G. Atlas 2011 de la région Pays de la Loire. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011.
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
3. Sachot-Leblanc M. L'accès aux soins primaires en zone rurale déficitaire: étude auprès de la population de la communauté de communes de la Charente-Maritime [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2011.
4. Souchu S. Ressenti de l'accès aux soins médicaux par les populations vivant dans les zones déficitaires en médecins de Saint-Flovier et de Preuilley-sur-Claise [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2012.
5. Puech F. Naître en France: l'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Le Plan Périnatalité 2005-2007. (61-62):35-45.
6. Insee - Publications et services - Démographie : taux de fécondité [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/fecondite.htm
7. Buyck JF, Tallec A, Branger B. La santé périnatale dans les pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble »; 2013 p. 192.
8. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS, synthèse de recommandations professionnelles; 2007 mai.
9. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. INSERM 2011; Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2010_premiers_resultats_situation.pdf
10. Insee - Définitions et méthodes - Bassin de vie [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/bassin-de-vie.htm>
11. Le Breton-Lerouillois G. Atlas national CNOM 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 p. 232.
12. La santé observée dans les Pays de la Loire. Edition 2012. ORS Pays de la Loire; 2012 janv p. 284.
13. Cavillon M. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs. DREES; 2012.
14. Ordre des sages-femmes - Conseil National [Internet]. [cité 4 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/xslt.aspx>

15. Sigler N. Une classification des bassins de vie face à l'étalement urbain. INSEE; 2010.
16. Recensement de la population - Population légale en vigueur à compter du 1er janvier 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2012/pdf/dep44.pdf>
17. Insee Pays de la Loire - Dossier web n°3 - Les bassins de vie ruraux des Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossierweb3/thema/population.html
18. Blanchet A, Gotman A. L'Enquête et ses méthodes, l'entretien. A. Colin. Paris; 2010.
19. Zolesio E. Anonymiser les enquêtés. Rev Pluridiscip En Sci Homme Société. juin 2011;(12. Quoi de neuf dans le salariat?).
20. Bobenrieth B. 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 [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Nantes; 2012.
21. Pepin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2012.
22. Comment mieux informer les femmes enceintes? HAS, recommandations professionnelles; 2005.
23. Perron M. Le généraliste et les femmes enceintes. Etude de patientes en Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
24. Prévot-Stimec I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2005.
25. Scheidegger S., Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. DREES; 2007.
26. Akrich M., Develay A., Naiditch M., Pasveer B., Bourgueil Y. Dispositifs d'offres de soins obstétricaux-pédiatriques: filières, trajectoires, usagers. Paris; 2000 p. 275.
27. Jacques B. sociologie de l'accouchement. Paris: Presse Universitaire de France; 2007.
28. Gros Lenne B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi [Thèse d'exercice]. Université-Paris Est; 2005.
29. 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 ? [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2012.
30. Chemin E. Vécu du suivi de grossesse des femmes primipares assuré par les différents professionnels de santé: étude qualitative réalisée auprès de femmes vivant en zone rurale [Thèse d'exercice]. Université européenne de Bretagne; 2013.
31. Kayser B. Ils ont choisi la campagne. l'aube. 2004.

32. Barlet M., Collin C., Bigard M., Lévy D. Offre de soins de premier recours: proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. DREES; 2012.
33. Lundy-Veltin E. Quel praticien pour le suivi gynécologique: généraliste ou spécialiste? Enquête auprès de 200 patients, en milieu urbain et rural [Thèse d'exercice]. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2001.
34. D'Amico R. Le métier de médecin rural en France: historique depuis la Révolution Française [Thèse d'exercice]. 2005.
35. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES, Etudes e résultats; 2008. Report No.: 660.
36. Manuel J. Devenir enceinte, Socialisation et normalisation pendant la grossesse: Processus, réceptions, effets [Mémoire de master 2 en sciences sociales]. 2011.
37. Baillot A, Evain F. Les maternités: un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES; 2012 oct.
38. Trugeon A, Thomas N, Michelot F, Lemery B. Inégalités socio-sanitaire en France, De la région au canton. ELSEVIER MASSON.
39. Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES, Dossiers solidarité et santé n°12; 2008.
40. URCAM Pays de la Loire. cartosanté [Internet]. Disponible sur: <http://carto.ars.sante.fr/cartosante/cartoprof.php?geo=52d52&theme=1&prof=>

NOM : CATIMEL

PRENOM : Benoîte

**Titre de Thèse: Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant
en zone sous-médicalisée**

Etude qualitative auprès de 11 patientes résidant dans le nord de la
Loire-Atlantique

RÉSUMÉ

Il est un principe en santé qui est celui du libre choix du professionnel à qui l'on confie son suivi. Concernant la grossesse, celui-ci peut-être réalisé par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue médical ou obstétricien. Dans un territoire où l'offre de soin est limitée, comment se mettent en place les suivis de grossesse et comment cet accès à la maternité est vécu ? Pour éclairer cette question, une étude qualitative à visée compréhensive a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de onze femmes habitant dans une zone définie comme sous-médicalisée en Loire-Atlantique. 4 « types de parcours » ont pu être identifiés en fonction de l'intentionnalité et des possibilités de le réaliser : contrarié, volontaire, spontané et imposé. Il ressort de cette étude que si l'offre de soin locale est un déterminant dans la mise en place du suivi, elle est aussi influencée par la parité, l'origine urbaine ou rurale, le niveau socio-économique, la confiance et la relation à la distance. Une attention particulière est portée à la femme enceinte puisque toutes les patientes se sont senties bien entourées pendant leur grossesse, ce qui n'est pas toujours le cas en dehors de celle-ci, en particulier pour le suivi de leur nourrisson. La sage-femme, souvent méconnue des primipares, est découverte avec satisfaction lors du parcours de soin. Ces résultats contribuent à relativiser la notion de sous-médicalisation ainsi que celle de choix libre et éclairé pour les femmes enceintes qui évoluent selon les cas entre contraintes extérieures, informations partielles et réappropriation.

MOTS CLES

Médecine générale, suivi de grossesse, zone déficitaire, accès aux soins, service de santé en milieu rural, femmes enceintes