

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue par

Audrey GOUGET

QUELLES SONT LES REPRÉSENTATIONS DES
FEMMES ENCEINTES DE L'ARRIÈRE-PAYS NIÇOIS
CONCERNANT LA COORDINATION DES SOINS DE
LEUR SUIVI DE GROSSESSE ?

Thèse dirigée par le Docteur Tiphanie BOUCHEZ

Soutenue le 24 septembre 2015

à la faculté de Médecine de Nice





UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

**QUELLES SONT LES REPRÉSENTATIONS DES FEMMES
ENCEINTES DE L'ARRIÈRE-PAYS NIÇOIS CONCERNANT
LA COORDINATION DES SOINS DE LEUR SUIVI DE
GROSSESSE ?**

THÈSE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine de Nice

Le Jeudi 24 Septembre 2015

Par

Mlle Audrey GOUGET

Née le 27 Octobre 1984 à Paris 10^{ème}

Membres du jury :

- | | |
|--|---------------------|
| - Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON | Président du jury |
| - Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE | Assesseur |
| - Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER | Assesseur |
| - Madame le Docteur Sonia LOISON-PAVLICIC | Assesseur |
| - Madame le Docteur Tiphanie BOUCHEZ | Directrice de thèse |

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE**Liste des professeurs au 01/09/2015 à la Faculté de Médecine de Nice**

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS HONORAIRES

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON,

Je vous remercie de nous avoir fait l'honneur de présider nos deux thèses.

Recevez l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE,

Je suis sensible à l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger notre travail.

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Je suis très touchée de votre présence dans notre jury de thèse.

Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale à Nice.

Madame le Docteur Sonia LOISON-PAVLICIC,

Je suis très reconnaissante que tu aies accepté notre invitation à siéger dans le jury de cette thèse.

Merci de ton aide précieuse, de ta gentillesse et de ta disponibilité.

Madame le Docteur Tiphanie BOUCHEZ,

Merci d'avoir bien voulu être ma directrice de thèse.

Je te prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

Merci pour le temps passé à nous guider pour l'élaboration de cette thèse, pour ta disponibilité, ta gentillesse et tes précieux conseils (y compris de syntaxe !) tout au long de ce travail.

Quelle chance j'ai eu de te rencontrer : ta passion pour la recherche m'a permis de mener à bien ce projet qui me tenait tant à cœur.

Aux personnes qui m'ont aidée à réaliser cette thèse :

Madame le Docteur Mai-Ly DURANT,

Merci de votre aide au début de ce projet.

Domage que nos chemins se soient séparés si rapidement.

A l'équipe de la PMI des Vallées et de la PMI de Menton,

Merci encore de votre aide et de votre réactivité.

Sans vous cette thèse aurait été beaucoup plus compliquée à réaliser.

Aux femmes rencontrées lors des entretiens,

Un immense remerciement.

Vous m'avez accueillie dans votre intimité, avec simplicité, complicité et enthousiasme.

Sans vous, ce travail n'aurait eu lieu. Je garde de ces rencontres un souvenir intense, riche en sensations et échanges.

Cette thèse est votre thèse.

Isabelle,

Merci de ton aide précieuse au cours de ce travail. A bientôt pour une pause-déjeuner au RDV.

Sébastien,

J'ai été heureuse de partager ce travail avec toi.

Avec un peu de recul, je me dis que ce n'était que des bons moments.

A tous ceux que j'ai rencontrés tout au long de mon parcours,

Aux équipes parisiennes que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de mon externat,

J'ai fait mes tous premiers pas à vos côtés.

Merci de votre accueil, les années passent mais les souvenirs restent.

Aux équipes médicales et paramédicales de pneumologie d'Antibes, des urgences de Grasse, du Centre Hélios-Marine de Vallauris, de pédiatrie générale à L'archet et de gynécologie-obstétrique à l'Archet,

Vous m'avez transmis vos connaissances et votre passion.

Merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

A mes maîtres de stage : Dr MATHIEU, Dr ABAD, Dr NICOLAS, Dr LAURE et Dr MIREUX,

Merci de votre accueil et de votre patience.

Vous m'avez fait découvrir la plus belle des médecines et je vous en suis reconnaissante.

Une mention particulière à Christine,

Un grand merci pour cette toute première expérience en ville, des maîtres de stage comme toi, on n'en fait plus.

A mes conducteurs de GEASP : Dr MONNIER, Dr CHAN et Dr CAPRINI,

Merci de votre implication dans l'enseignement dispensé aux internes de médecine générale à Nice.

Monsieur le Docteur EL-KADDI,

Vous avez participé à cette vocation.

J'aurai été très honorée de soutenir cette thèse en votre présence, mais voilà bientôt 10 ans que vous êtes parti en retraite sans laisser d'adresse...

Je pense à vous souvent.

Aux médecins que j'ai remplacés : Christine, Daniéla, Pauline, Marie, Vincent, Denis, Eric, Régis, Rodolphe et Max,

Merci de votre confiance et de m'avoir confié vos patients et votre cabinet en votre absence.

Aux patients qui sont passés entre mes mains ou qui y passeront...

A ma famille,**Mes parents : Evelyne et Michel,**

Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui.

Merci d'avoir toujours été présents et disponibles durant toutes ces longues années d'études.

Il est loin le temps où vous me faisiez réciter les cours d'histologie et de santé publique en P1...

C'est grâce à vous que j'ai pu devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Merci pour votre amour, pour votre soutien sans faille et votre disponibilité.

Merci de votre confiance.

Vous m'avez transmis vos valeurs. J'espère ne jamais vous décevoir.

Ce travail vous est dédié.

Mes grands-parents,

Vous êtes partis trop tôt mais vous resterez à jamais dans mon cœur.

Une pensée particulière pour Mamy Voisine,

Même s'il n'y a pas de lien de sang, tu mérites ta place dans cette section.

Malheureusement tu n'es plus là pour me voir porter la robe aujourd'hui mais je sais que tu as toujours cru en moi.

Je repense souvent à ces soirées « petits chevaux », « scrabble® » ou encore « Questions Pour Un Champion® ».

Tu me manques.

Jean-Michel, Amandine et Johan :

Peut-être que les années à venir nous permettrons de mieux nous connaître ?

Christophe, mon petit cœur de beurre,

En effet, EDF nous doit plus que la lumière...

Merci à cette passion commune de nous avoir mis dans le même bateau ce 12 septembre 2009.

Merci pour tous les moments magiques partagés depuis, et pour ton soutien durant toute la réalisation de ce travail.

Merci pour ton Amour, ta patience et ta bonne-humeur permanente.

Une nouvelle page de notre vie va enfin pouvoir s'écrire avant peut-être un nouveau chapitre ?

Maintenant, à nous les voyages, les balades en 403 et les petites Little (si si, je suis sûre qu'on va pouvoir conjurer le sort !)...

D'ailleurs, il nous reste de nombreux coins de paradis à découvrir pour compléter la liste : Je t'aime, I love you, ti amo, te quiero, t'estim, ich liebe dich, ผมรักคุณ, ti vouòli ben, ti tengu caru, t'aimi, maite zaitut, ich hoan dich gear, da garout a ran...

Les familles Doulmet et Mazaudier,

Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement.

Merci à tous pour ces bons moments passés en votre compagnie.

Et mention spéciale à *Corinne, Jean-Michel* et *Mame* pour tous ces bons petits plats et ces succulents desserts. A quand une paëlla pour fêter ça ?

Jérémy, Pauline, Fabio et ??

Jérémy, souris, la vie est belle... Sinon, à chaque fois que je vois une Honda[®], je pense à toi ! C'est grave Docteur ?

Pauline, merci pour tous ces fous rires et tes Paulinades !! Je suis fière de t'avoir comme belle-sœur. Merci pour ton aide précieuse au cours de ce travail.

Fabio, je compte sur toi pour être un grand-frère exemplaire.

??, vivement la fin Janvier 2016 que je voie ta bouille.

A mes amis, malgré le temps qui passe et la distance qui nous éloigne, le plus important est que rien ne change quand nous nous retrouvons.

Aux Parisiens, de Jacques Decour ou d'ailleurs :

Ma petite Flo et Olivier, l'amie de toujours... A toutes ces années à Jacques Decour, à notre complicité et nos fous rires. Merci pour ta joie de vivre permanente. SPP for ever !!

Lulu, on aura bien rigolé sur les bancs du collège et en mangeant du pop-corn dans les rues de Montmartre!

Marjorie, à croire que chez nous, l'amitié se transmet de génération en génération.

Evangeline et Louise, le temps passe vite, plus besoin de baby-sitter maintenant.

Aurore et Mathieu, à tous ces bons moments passés en votre compagnie à Lansargues ou à Palavas...

Et tous les autres que je vois moins souvent...

Aux P1 : *Que de bons moments passés sur les bancs de Larib'. Finalement la P1 c'était aussi une belle aventure humaine....*

Julie et Julien, ma factrice préférée. A toutes ces heures de discussion au téléphone à se raconter nos vies, ces moments mémorables passés ensemble : Vous avez fait le chemin pour venir me voir aujourd'hui et je vous en remercie sincèrement.

Aurore et Guillaume (et Anwen), les Vendéens. C'est toujours un plaisir de vous revoir. Vous nous avez fait une magnifique petite Anwen.

Guillaume, mon Frisé préféré. Ça ne sera finalement pas le même domaine mais ça y est, moi aussi je vais enfin être docteur !

Sébastien et Djessi, sans vous, la bande des P1 ne serait pas complète. Avec un peu d'avance, toutes nos félicitations pour votre mariage !!

Catherine, la globetrotteuse. Ta vie est toujours pleine de rebondissements. Je te souhaite le meilleur pour tes projets à venir. Merci de ton amitié.

Sandrine et Nelson, des années que nous ne nous sommes pas vus mais l'amitié perdure.

Aux amis de l'externat,

Catherine et Vincent (et Théo que Kiki et moi avons hâte de rencontrer), les Lyonnais avec qui soirée rime avec bons repas et franche rigolade.

Georgia et Rachid (et Éthan et ??), courage ma petite Georgia, plus qu'un petit mois et la famille s'agrandit ! Je suis heureuse de te compter parmi mes amis.

Et aussi *Karima, Julien et Elodie (et Clara), Christelle, Bénédicte* et tant d'autres...

Aux amis de l'internat,

Benoît, Bastien, Vincent, Yann, que de bons moments au CHM : CCCM !!!!!

Marine et Ali, il y a des personnes comme ça qui illuminent votre vie et vous en faites partie. Merci pour ce que vous êtes... Vivement notre prochaine soirée à (re)faire le (tour du) monde...

Emilie et Damien (et Paul), merci Emilie pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

Pauline et Rickard (et Matilda), pour ces soirées mojito et barbecue dans l'arrière-pays : Skål !!

Séverine et Greg, merci pour ton soutien et ta gentillesse !! Maintenant que cette thèse est finie, on va enfin peut-être pouvoir trouver un moment pour se faire une rando...

Et aussi *Audrey, Elodie, les Mélanie*...

Aux Niçois (+/- d'adoption),

Catherine et Bertrand, les futurs Parisiens. Ma petite Cath', tu repars dans quelques semaines pour un ciel plus gris mais je n'ai aucun doute que notre amitié perdurera malgré la distance... Christouf et moi vous accueillerons toujours avec plaisir à la maison. Merci encore pour ton soutien tout au long de ce travail et ton aide si précieuse...

Sana et Laurent (et Théodore), ma 1^{ère} chef au cours de l'internat. Une belle histoire d'amitié c'est écrite et le roman n'est pas fini...

Dany et Philippe (et Benjamin), ma 1^{ère} surveillante au cours de l'internat (pourquoi tu grimaces, tu préfères cadre de santé ?!). Merci pour ton soutien, ta disponibilité et ton franc-parler.

Sébastien et Sarah (et Mila), les ch'tis. Décidément, ce stage à la Fontonne m'aura vraiment marqué... Après la 1^{ère} chef et la 1^{ère} surveillante, voilà deux infirmiers formidables. Quel plaisir de passer un moment avec vous et Mila...

Claire et PJ, Claire, tes tartes flambées sont divines !! On recommence quand ? Au fait PJ, on attend toujours tes rösti ;)

Aux Héraultais,

Valérie et Philippe (et Rose), une fois de plus, la voile m'aura permis de faire de belles rencontres. Je ne compte plus le nombre d'années depuis notre 1^{ère} navigation mais quel plaisir de se revoir à chacun de mes passages à Montpellier... Merci sincèrement d'avoir fait le déplacement jusqu'ici.

Catherine, la mordue de cata. Tu es une femme exceptionnelle : Un esprit sain dans un corps sain. Merci pour tes conseils, ta philosophie de la vie, et d'avoir toujours cru en moi.

J'ai hâte de renaviguer avec toi... Je trouve qu'on faisait une bien belle équipe toutes les deux.

Manu (redevenu Guadeloupéen), merci pour ces bons moments et tout ce que tu m'as appris...

A ceux qui sont loin,

Sébastien et Jake, entre nous c'est une longue histoire. Mais la distance ne parviendra jamais à ternir notre amitié. Vous voilà partis au pays du Soleil-Levant.
 あなたがいなくて寂しいです

Christelle et Bryan, nous nous voyons rarement mais apprécions d'autant plus ces petits moments passés en votre compagnie. Merci de votre gentillesse (et aussi pour les Ragusa !).

Aux inclassables,

Michel, Pierre, Yves et Nath', vous avez assisté en direct à notre rencontre et pour cela vous tenez une place privilégiée dans notre cœur. Merci pour tout.

Rémi, sans qui ma vie aurait basculé le 26 décembre 2013. Je t'en suis reconnaissante à jamais.

Aux amis qui m'ont toujours connue et qui m'ont toujours encouragée,

Les Beauchamp, les Decoudin, les Deparis, les Huet, les Navello, les Pichon, les Picot, les Staron, les Verjux, les Zelek, et tous les autres...

Aux amis de Christophe qui sont devenus les miens au fil du temps,

Yann, Geneviève, et Nolan,

Flo, Hélène, Baptiste et Robin,

Sabine, Stef et Éthan,

La bande du GEH,

Charlen, Nico, Eva et Alexis,

Les Roquebilliérois (anciens ou actuels),

Clément, Laetitia et Léa,

Sarah et Jody,

Et tant d'autres...

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PROFESSEURS AU 01/09/2015 A LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE	4
REMERCIEMENTS	9
TABLE DES MATIERES.....	18
LISTE DES ABREVIATIONS	20
I. INTRODUCTION	21
II. METHODES	22
III. RESULTATS	24
A. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	24
B. VECU DU SUIVI DE GROSSESSE	26
1. <i>Le besoin d'être rassurée</i>	26
2. <i>Une grossesse globalement bien vécue</i>	26
3. <i>Les étapes du suivi de grossesse</i>	26
4. <i>Le vécu de l'accouchement</i>	28
5. <i>L'implication de l'entourage</i>	28
C. SPECIFICITES DE L'ARRIERE-PAYS	28
1. <i>Un manque d'infrastructures dans les Espaces de Santé de Proximité « fragiles »</i>	28
2. <i>Une prise en charge de proximité satisfaisante mais trop peu connue</i>	29
3. <i>Une question cruciale : « Est-ce que je vais arriver à temps ? »</i>	29
4. <i>Un cadre agréable malgré la logistique et les aléas des routes de montagne</i>	29
D. CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE	30
1. <i>Déterminants du choix du professionnel de santé</i>	30
2. <i>Place du médecin généraliste</i>	32
3. <i>Place de la PMI : un rôle peu connu malgré une approche plus humaine</i>	33
4. <i>Critères de choix du gynéco-obstétricien</i>	33
5. <i>Les sages-femmes rarement sollicitées malgré une dimension humaine importante</i>	34
E. CHOIX DE LA STRUCTURE POUR LE SUIVI DE GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT	35
1. <i>Suivi de grossesse : hôpital versus clinique</i>	35
2. <i>Suivi de grossesse à domicile</i>	36
F. CARNET DE MATERNITE	37
1. <i>Source d'information pour les femmes ou leur mari</i>	37
2. <i>Rarement utilisé par les obstétriciens, plus souvent par les sages-femmes</i>	37
G. COMMUNICATION ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS AU COURS DU SUIVI DE GROSSESSE ..	37
1. <i>La communication interprofessionnelle du point de vue des femmes</i>	38
2. <i>Une communication hétérogène entre les femmes et les différents intervenants</i>	38
3. <i>Une communication globalement déficiente entre les différents intervenants</i>	39
H. SUIVI DE GROSSESSE IDEAL DANS L'ARRIERE-PAYS	39
IV. DISCUSSION	40
A. DES FEMMES PLUS INTERESSEES PAR LE VECU DE LEUR GROSSESSE QUE PAR LA COORDINATION DES SOINS : MECONNAISSANCE DU ROLE DU MG ET DE L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION ?	40
B. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE :	41
1. <i>Forces de l'étude</i>	41
2. <i>Limites de l'étude</i>	42

C.	LES DETERMINANTS DU CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE : COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES	42
D.	L'AMBIVALENCE DES FEMMES CONCERNANT LEUR SUIVI DE GROSSESSE : UN PARADOXE BIEN NATUREL	44
E.	CARNET DE MATERNITE : UN OUTIL UTILE MAIS LARGEMENT SOUS-UTILISE MALGRE UN MANQUE DE COMMUNICATION PATENT ENTRE LES PROFESSIONNELS	46
V.	CONCLUSION :	46
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
VII.	ANNEXES	51
	ANNEXE 1 : TERRITOIRE GEOGRAPHIQUE DE L'ETUDE.....	51
	ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT A L'ENREGISTREMENT DE L'ENTRETIEN	52
	ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION PMI.....	54
	ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE PARTICIPATION PMI	55
	ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN – PREMIERE VERSION	56
	ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON	57
	ANNEXE 7: AVIS FAVORABLE CCTIRS	59
	ANNEXE 8 : AVIS FAVORABLE CNIL	61
	ANNEXE 9 : FORMULAIRE DE PARTICIPATION	63
	ANNEXE 10 : TABLEAU DES ATTRIBUTS	64
	ANNEXE 11 : ARBRE DE L'ANALYSE THEMATIQUE	65
	SERMENT D'HIPPOCRATE	67
	RESUME	68
	ABSTRACT	69

Les annexes A, B, C, D et E sont consultables dans le cahier supplémentaire des annexes, disponible sur demande par courriel à gouget_audrey@hotmail.com

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Congé parental

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESP : Espace de Santé de Proximité

GO : Gynécologue-obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

MDD : Maison Du Département

MG : Médecin généraliste

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle Infantile

RSN : Réseau Sécurité Naissance

SF : Sage-femme

I. INTRODUCTION

En France, le suivi de grossesse est encadré par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)¹, mises à jour en 2007. Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre du Plan Périnatalité 2005-2007², décrivant l'ensemble des mesures visant à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et de proximité autour de la naissance.

La HAS recommande la promotion du suivi des femmes enceintes par les sages-femmes (SF) et/ou les médecins généralistes (MG) en cas de grossesse normale. Elle préconise un suivi par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une seule et même personne³. L'élément-clé d'une bonne prise en charge est la coordination et la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.

D'après les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010⁴, la personne principalement consultée par les femmes pour la surveillance de leur grossesse était un gynécologue-obstétricien (GO) à 66,8%, un MG à 4,7% et une SF à 11,7%. 16,8% ont bénéficié d'un suivi par plusieurs professionnels. Globalement par rapport à l'ENP de 1981, le rôle des MG a diminué. Le MG était consulté au moins une fois par 53 % des femmes en 1981 contre 23,8% en 2010. Néanmoins, nous constatons entre 2003 et 2010 une augmentation des consultations chez un MG, un GO de ville et surtout chez une SF. Le pourcentage de femmes qui ont consulté au moins une fois une SF en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et une SF hors maternité de 5,0 % à 19,8 %.

Les données de la littérature montrent que le suivi d'une grossesse sans complication ou de faible niveau de risque peut-être réalisé par une SF et/ou par un MG, sans que cela modifie le pronostic néonatal ou maternel^{3, 5, 6}. Ce suivi a montré une moindre utilisation de certains services de santé et une satisfaction accrue chez les femmes^{7, 8}.

La réglementation prévoit que toute femme enceinte soit pourvue gratuitement d'un carnet de santé maternité lors du premier examen prénatal, avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse⁹. A l'époque de sa création, le carnet devait être un document d'information et de responsabilisation pour les femmes qui le détenaient et un outil de liaison entre les professionnels médicaux. Le carnet de maternité a été révisé par la Direction Générale de la Santé en juillet 2007 suite au Plan Périnatalité. Il donne une large place à l'information des femmes sur leurs droits et leurs besoins pendant la grossesse. La distribution du carnet est sous la responsabilité des services de PMI de chaque département. Selon l'ENP de 2010, 59,1 % des femmes⁴ ont déclaré avoir reçu le carnet et le plus souvent par voie postale. Ce carnet appartient à la femme et celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication¹⁰. Lors de chaque examen médical, le médecin ou la SF doit consigner ses constatations et indications sur le carnet de maternité que la femme enceinte lui présente. Plusieurs auteurs MG ou GO s'accordent sur l'intérêt réel de ce carnet de maternité, *outil de suivi conjoint*¹¹, *indispensable lien entre les différents acteurs*¹² et *reflet du suivi obstétrical*¹³, dont ils recommandent avec insistance l'utilisation par le MG comme par le GO, même dans les cas où ce dernier assumerait le suivi de la totalité de la grossesse¹². Si tous les professionnels écrivent dans un support commun, cela réduira les erreurs cliniques et aidera à la communication. Pourtant, ce carnet n'est pas utilisé car d'après les professionnels de la naissance et des PMI (Protection Maternelle Infantile), il serait redondant avec les autres dossiers médicaux ou certificats qu'ils doivent remplir². Le chiffre de 3% d'utilisation réelle sur l'ensemble du territoire français a été avancé aux Journées Nationales de la Médecine

Générale de 2004. Ceci est confirmé par les patientes qui ne sont que 2% à le mentionner pour les échanges d'informations entre les intervenants¹⁴.

Le département des Alpes-Maritimes (1.078.729 habitants en 2013) est caractérisé par une zone côtière très urbanisée, bien équipée en offre de soins de proximité et un Haut-Pays rural et très enclavé. La densité en médecins spécialistes libéraux toutes spécialités confondues est largement supérieure à la moyenne régionale mais l'offre est concentrée sur la bande littorale¹⁵. Le Haut-Pays, très faiblement peuplé, est peu équipé et 18% des ménages ne possèdent pas de voiture. Les déplacements sont donc plus difficiles dans l'arrière-pays que sur le littoral. Ces difficultés d'accès aux soins impliquent une multiplication des intervenants avec recours en cas d'événement intercurrent aux professionnels de santé de proximité.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a fait le choix de classer les Espaces de Santé de Proximité (ESP) en trois catégories, pour permettre une gradation du risque de désertification médicale et/ou de désorganisation¹⁵ :

- Les ESP « fragiles » :
 - cumulant les deux facteurs de risque suivants : un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale (sauf décision contraire des groupes de travail départementaux) ;
 - ou ayant été identifiés comme fragiles par les groupes de travail, en raison de critères variés : désinstallation récente de professionnels de santé, isolement, environnement sanitaire peu favorable.
- Les ESP « à risque » présentant une exposition aux risques moins importante, mais nécessitant toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de préconisations visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité ;
- Les autres ESP ne présentant pas de facteurs de risques particuliers mais étant eux aussi éligibles aux mesures d'amélioration de l'organisation.

En l'absence de données spécifiques sur le suivi de grossesse dans les zones avec un faible accès aux soins, cette étude avait pour objectif principal d'explorer les représentations des femmes enceintes de l'arrière-pays niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse. Le territoire étudié correspond à l'ensemble des ESP « fragiles » des Alpes-Maritimes identifiés par l'ARS PACA (Annexe 1). L'objectif secondaire était d'identifier la place du carnet de maternité dans la représentation des femmes enceintes de l'arrière-pays niçois.

Ce travail était un travail de thèse d'exercice de médecine générale, réalisée en miroir d'une seconde thèse. Un second investigateur s'est entretenu avec des médecins généralistes des mêmes zones fragiles à propos des représentations de leur rôle auprès des femmes enceintes concernant le suivi de grossesse et la coordination des soins.

II. METHODES

Une étude qualitative exploratoire par entretiens semi-dirigés individuels a été réalisée auprès de femmes ayant mené leur grossesse dans l'arrière-pays niçois. Cette étude visait à étudier leurs représentations concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse et l'utilisation du carnet de maternité.

Les critères d'inclusion des femmes étaient qu'elles résident dans les Alpes-Maritimes en zone fragile telle que définie par l'ARS (Annexe 1) et qu'elles aient accouché entre le 01/06/2013 et le 31/12/2013. Ce choix a été fait pour éviter un délai trop important depuis l'accouchement et limiter ainsi le biais de mémorisation. Le critère de non-inclusion était le refus de signer le consentement de participation à l'étude après lecture de la note d'information (Annexe 2).

Les inclusions ont été menées en recherche de variation maximale pour obtenir un échantillon raisonné sur les critères suivants : âge, statut marital, parité, lieu de grossesse, grossesse simple ou gémellaire, distance à la maternité, durée d'installation en zone fragile.

Le recrutement des femmes a été fait par deux voies :

- Recrutement par voie postale via les registres de la PMI: les documents-source étaient les avis de naissance, adressés par les services d'état-civil des communes au médecin-chef de PMI pour tout enfant né sur leur commune. En cas d'avis favorable de la CNIL concernant l'enquête de l'investigateur, il était prévu qu'un courrier d'information sur l'objectif de l'enquête (Annexe 3) soit adressé aux mères ayant accouché entre le 01/06/2013 et le 31/12/2013 et habitant dans les communes des ESP « fragiles ». Le courrier comprenait une demande d'accord de participation (Annexe 4) et, en cas de consentement, les femmes prendraient contact avec l'investigateur afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien sur le suivi de la grossesse. Un dossier a été envoyé au CCTIRS comportant : un formulaire de demande d'avis (Annexe A) co-conçu par l'investigateur et un médecin de santé publique de la PMI, le protocole de recherche de l'étude (Annexe B), son résumé (Annexe C), la lettre d'information de la PMI (Annexe 3), le guide d'entretien (Annexe 5), le questionnaire des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (Annexe 6) et la carte du territoire géographique de l'étude (Annexe 1). L'avis favorable du CCTIRS (Annexe 7) a été reçu le 06/10/2014 (3 mois après l'envoi) et a permis de procéder à l'envoi d'une demande d'autorisation (Annexe D) de la CNIL dont l'accord a été obtenu le 07/05/2015 (Annexe 8). Aucune femme n'a pu être incluse dans l'étude par cette voie du fait de la réception tardive de l'accord de la CNIL.

- Recrutement par mise en contact prospective par la PMI : les sages-femmes de la PMI des Vallées et de la PMI de Menton ont remis aux femmes une note d'information (Annexe 9) lorsqu'elles venaient consulter dans les centres de PMI, afin de leur présenter le thème de l'étude. Les femmes intéressées par ce travail ont alors signé un consentement de participation à l'étude et laissé leurs coordonnées téléphoniques à l'investigateur qui les a contactées afin de convenir d'un rendez-vous. Elles ont été contactées progressivement dans l'objectif principal d'atteindre un échantillon couvrant les différentes vallées du département.

- Recrutement par effet boule de neige.

Le cadre éthique était constitué :

- De la signature d'un consentement éclairé de toutes les femmes interrogées après prise de connaissance d'une fiche d'information (Annexe 2) avant le début de leur entretien,
- D'un tableau de correspondance garantissant l'anonymat et l'accès des participantes à leurs données si elles le souhaitent.

Le comité de protection des personnes n'a pas été sollicité, conformément à la loi en vigueur, en l'absence d'intervention de soin.

Les entretiens ont été réalisés à partir de mai 2014 dans le lieu que les femmes souhaitaient.

Les entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 5) constitué de questions ouvertes établit à partir des données de la littérature. Ce guide d'entretien était susceptible d'évoluer au fur et à mesure de l'analyse primaire pour explorer plus avant d'éventuels concepts émergents ou éviter que l'entretien ne s'oriente vers des champs ne répondant pas à la question de recherche.

Les entretiens étaient réalisés aléatoirement pour les deux tiers par l'investigateur principal et pour un tiers par un autre chercheur, jusqu'à saturation théorique des données.

L'ensemble des données qualitatives a été enregistré par dictaphone numérique Sony® ICD-PX333 et filmé par caméra GoPro® Hero 2 puis retranscrit verbatim, c'est-à-dire mot pour mot, sur un logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word® 2007 et anonymisé. Les enregistrements vidéo ont permis de pouvoir analyser la communication non-verbale en pondérant et nuanciant l'analyse, limitant le biais d'interprétation. Les verbatim ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique par théorisation ancrée approchée, à l'aide du logiciel NVivo10®. Un quart des entretiens a été analysé en double codage par l'investigateur principal et le deuxième investigateur. Une réunion de consensus était organisée avec un sénior qualifié (Dr Bouchez, directrice de thèse) pour statuer en cas de désaccord.

En plus des données qualitatives, des données quantitatives de description de l'échantillon ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (Annexe 6) rempli par chaque participante. Ce questionnaire répertoriait les caractéristiques suivantes : âge, statut marital, parité, lieu de naissance, lieu de grossesse, grossesse simple ou gémellaire, distance à la maternité, niveau de la maternité selon le Réseau Sécurité Naissance (RSN) PACA/Corse, durée d'installation en zone fragile, catégorie socioprofessionnelle, couverture sociale et nature du suivi gynécologique hors grossesse.

Des demandes de subventions auprès du Conseil Général des Alpes-Maritimes pour financer ce travail de recherche en zone fragile n'ont pas abouti.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

Douze entretiens ont été réalisés entre le 26/05/2014 et le 06/03/2015. Les entretiens avaient une durée moyenne de 44 minutes [25 ; 77]. Tous ont eu lieu au domicile des femmes à leur demande pour des raisons de commodités et d'organisation de la vie familiale.

Parmi les douze femmes interrogées, l'âge moyen était de 31 ans : un tiers était primipare et un quart était sans emploi au moment de l'entretien. Concernant la grossesse étudiée, la majorité des femmes avaient fait suivre leur grossesse par un gynécologue libéral (42%) ou hospitalier (33%). Une femme (8%) avait fait suivre sa grossesse par des SF à l'hôpital et deux femmes par des SF de la PMI (17%). Trois femmes n'avaient aucun suivi gynécologique en dehors de la grossesse. Pour les autres participantes, le suivi gynécologique était très largement réalisé par des gynécologues, sans praticien fixe. Aucune femme ne réalisait son suivi gynécologique auprès d'un médecin généraliste. A noter, sept femmes (58%) ont fait appel ponctuellement à une SF au cours de leur suivi de grossesse, pour des monitorings ou une surveillance au domicile.

Le temps de trajet entre le domicile et la maternité des femmes interrogées était supérieur à 1h pour 75% d'entre elles.

Toutes les femmes interrogées bénéficiaient d'une couverture sociale obligatoire et complémentaire, dont une de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	n	(%)
Age		
25- 29 ans	5	(42%)
30 - 34 ans	3	(25%)
35 - 40 ans	4	(33%)
Statut marital		
Mariée	6	(50%)
Pacsée ou Concubine	5	(42%)
Célibataire	1	(8%)
Lieu de naissance		
Alpes-Maritimes (06)	6	(50%)
PACA hors 06	1	(8%)
France métropolitaine hors PACA	5	(42%)
Installation en ESP Fragile		
< 2 ans	1	(8%)
2 - 5 ans	1	(8%)
6 -10 ans	5	(42%)
> 10 ans	5	(42%)
Type de grossesse		
Simple	11	(92%)
Gémellaire	1	(8%)
Parité		
Primipare	4	(33%)
Multipare	8	(67%)
Activité professionnelle		
Activité professionnelle	9	(75%)
Congé parental	1	(8%)
Sans emploi	2	(17%)
Lieu d'accouchement		
Pompiers	1	(8%)
Maternité niveau I	5	(42%)
Maternité niveau IIa	2	(17%)
Maternité niveau III	4	(33%)
Suivi de grossesse		
GO libéral	5	(42%)
GO hôpital	4	(33%)
SF hôpital	1	(8%)
SF PMI	2	(17%)
Temps de trajet domicile-maternité		
<1 heure	3	(25%)
>1 heure	9	(75%)

Le détail des caractéristiques des personnes interrogées est rapporté dans le tableau des attributs (Annexe 10 et annexe E).

B. Vécu du suivi de grossesse

Les femmes interrogées ont majoritairement parlé du vécu de la prise en charge de leur grossesse dans l'arrière-pays niçois plutôt que de la coordination des soins.

1. Le besoin d'être rassurée

La majorité des femmes et principalement les primipares, a fait part de son besoin d'être rassurée.

Les femmes qui avaient déjà des enfants, elles, signalaient moins d'inquiétude par rapport à la grossesse en cours car elles avaient déjà vécu une grossesse et savaient à quoi s'attendre. Néanmoins, elles s'accordaient pour dire que chaque grossesse était différente et qu'elles n'étaient pas spécialistes.

« *Je ne suis pas vraiment spécialiste, j'ai qu'une grossesse à mon actif* » (P2),

« *C'était plus l'inconnu en fait (...) Je savais où j'allais...* » (P4),

« *Après, les dames qui sont dans une première grossesse, souvent elles ont besoin d'être rassurées encore plus* » (P5).

2. Une grossesse globalement bien vécue

La quasi-totalité des femmes interrogées a mentionné que la grossesse concernée par l'étude avait été bien vécue : « *tout le long de ma grossesse, j'étais super sereine, je veux dire, ça a été un super moment pour moi* » (P3).

Deux femmes expliquaient que la grossesse, bien qu'étant un moment merveilleux dans l'imaginaire collectif, restait pour elles un moment peu plaisant : « *je sais que la plupart des mamans rêvent d'être enceinte rien que pour ce moment là (sourire) : moi pas du tout ! C'est quelque chose qui me... ne me plaît pas...* » (P1).

Une grossesse était non désirée. La majorité des grossesses s'était passée sans complication.

Parmi les femmes interrogées, une femme a vécu une grossesse gémellaire dans un ESP « fragile ». Elle avait beaucoup apprécié les multiples aides qui avaient été mises en place par le Conseil Général que ce soit au domicile ou un taxi pour se rendre aux consultations : « *ils m'ont instauré un transport (...) J'étais en taxi (...) Pour que ce soit plus confortable* » (P8).

Elle n'avait pas connaissance de ces aides avant qu'on les lui ait proposées et s'interrogeait d'ailleurs sur l'existence de telles aides pour des grossesses simples.

3. Les étapes du suivi de grossesse

Le suivi de grossesse se divise en suivi médical et psychosocial. Le suivi médical est constitué des consultations médicales, échographies et autres examens complémentaires. Le suivi psychosocial est constitué de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et des cours de préparation à la naissance.

a. Les échographies obstétricales : souvent rassurantes, parfois stressantes

Parmi les femmes rencontrées, nombreuses étaient celles qui étaient rassurées par la réalisation des échographies permettant ainsi de suivre l'évolution du fœtus. Cinq participantes suivies par des GO libéraux faisaient part de la pratique d'échographies mensuelles réalisées au cours des examens systématiques. Elles étaient unanimes pour dire que cela était rassurant pour les futurs parents : « *elle m'en faisait en plus des 3 obligatoires quand même (...) Parce que je pense que ça rassure un peu les parents* » (P2).

Certaines d'entre elles expliquaient que cela permettait une implication des futurs parents grâce à l'échographie en permettant de rencontrer l'enfant : « *Est-ce que ça ne nous implique pas tout de suite aussi ? (...) Je pense que c'est vraiment, commencer la vie à 3* » (P1).

Une femme ayant bénéficié d'un suivi de grossesse par une SF à domicile exprimait même une sensation de manque de ne pas avoir d'échographie mensuelle comme elle en avait eu pour les précédentes grossesses : « *moi j'avais envie de la voir un peu* » (P5).

Les femmes qui avaient été suivies à l'hôpital mentionnaient avoir eu une échographie trimestrielle réalisée par des SF ou bien des internes lors d'un suivi au CHU.

Deux participantes avaient expliqué que pour elles, la réalisation des échographies était source de stress, de peur de trouver une anomalie à leur futur enfant : « *J'étais stressée au moment des échographies on va dire* » (P6).

b. La future mère au centre du suivi

L'EPP est un entretien préconisé par le Plan Périnatalité 2005-2007². Il s'agit d'un entretien individuel et/ou en couple systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, au cours du 4^{ème} mois. Il est réalisé sous la responsabilité d'une SF ou d'un autre professionnel de la naissance. La finalité de cet entretien est de préparer avec les futurs parents les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien a pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité.

Une seule des douze femmes interrogées a bénéficié d'un EPP au 4^{ème} mois de grossesse. Elle l'avait alors considéré comme « *sans intérêt* », « *plutôt destiné à (...) des jeunes femmes qui ont eu des enfants un peu jeunes, qui ont besoin d'indications* » (P3). Un tiers des femmes interrogées expliquaient qu'elles avaient eu un EPP informel.

Qu'elles aient eu un EPP ou non, les femmes s'accordaient à dire qu'elles avaient ressenti le peu d'intérêt porté par les équipes au projet de naissance : « *les volontés que j'avais pour le projet de naissance tout ça (...) j'ai cru comprendre que ça n'intéressait pas trop et que de toutes manières, on ne suivrait pas trop ce que j'avais dit* » (P3).

Un quart des femmes confirmait l'existence de cours de préparation à la naissance notamment par une SF libérale à domicile dans la vallée où elles étaient domiciliées. Deux femmes qui avaient participé à des cours collectifs avaient trouvé intéressant l'aspect « *échange d'expérience* » (P2). Deux femmes avaient participé à un cours mais n'avaient pas continué, n'ayant pas apprécié ce qui leur avait été enseigné.

Les femmes multipares interrogées expliquaient qu'elles n'avaient fait les cours de préparation à la naissance que pour la 1^{ère} grossesse. Une femme avait idéalement envie de

faire une préparation à la naissance en piscine mais l'éloignement de certaines structures était un frein à sa bonne préparation.

Une participante expliquait que les cours de préparation à la naissance permettaient de la rassurer : *« c'était des, des bonnes réponses, en tout cas, ça m'a permis d'être euh... Et surtout sur euh... Quand j'ai commencé le travail, à être relax, quoi ! »* (P11). Malgré tout, une femme avait mentionné une certaine inquiétude le jour de l'accouchement en arrivant à la maternité sans l'avoir visitée. Elle avait regretté de ne pas y être allée avant ou de ne pas avoir fait la préparation à la naissance à l'hôpital.

4. Le vécu de l'accouchement

Pour un tiers des femmes interrogées, l'accouchement était une source d'angoisse, même s'il s'est finalement bien passé : *« C'est peut-être horrible ce que je vais vous dire mais, j'ai préféré avoir des césariennes que d'accoucher naturellement. Ça me faisait très peur »* (P1).

Il est ressorti des entretiens que d'accoucher dans une structure médicalisée était rassurant : *« Mais c'est vrai, d'accoucher à l'hôpital, ça a quand même le truc d'être rassurant »* (P11).

5. L'implication de l'entourage

Pour la majorité des femmes interrogées, le futur père était très impliqué dans la grossesse : *« il était présent, il participait à tous les rendez-vous où j'ai dû aller... Il était là... Vraiment un papa très participatif quoi »* (P3).

Elles précisait néanmoins qu'il était plus difficile pour le père de se rendre disponible lorsqu'il y avait déjà des enfants ou à cause de son travail. Elles considéraient comme très important que le père soit pris en compte dans la prise en charge de la grossesse.

Deux femmes ont mentionné l'importance de l'implication de l'entourage au cours du suivi de grossesse. Elles avaient apprécié l'accompagnement de leur famille ou amis ainsi que des enfants aînés au cours de leur grossesse.

C. Spécificités de l'arrière-pays

Les femmes interrogées exprimaient une certaine spécificité à vivre dans l'arrière-pays par rapport aux femmes enceintes qui vivent sur le littoral.

1. Un manque d'infrastructures dans les Espaces de Santé de Proximité « fragiles »

La majorité des femmes rencontrées constatait un manque d'infrastructures permettant un suivi de grossesse dans les vallées : *« Dans l'arrière-pays, on n'a pas grand-chose en fait. C'est un peu la galère »* (P9). Elles évoquaient toutes l'obligation de descendre sur le littoral pour réaliser les échographies ou en cas de problème médical au cours de la grossesse. Plusieurs d'entre elles signalaient les difficultés à essayer de regrouper les rendez-vous de spécialistes (gynécologue et échographiste par exemple) la même journée, pour éviter de multiplier les déplacements.

Deux femmes regrettaient que la PMI soit éloignée voire non représentée sur leur territoire.

2. Une prise en charge de proximité satisfaisante mais trop peu connue

Les femmes rencontrées étaient presque unanimes sur le fait qu'il existe des possibilités d'avoir un suivi de proximité satisfaisant. Dix des douze femmes interrogées ont eu recours à un moment de leur grossesse à des professionnels locaux : infirmière, SF libérale ou de la PMI : « *Je dirai que les gens d'ici sont très bien, qu'on n'est pas forcément obligé d'aller à l'hôpital ou dans les cliniques* » (P5). Quatre femmes ont indiqué qu'il était parfois difficile de trouver une infirmière disponible pour faire faire un bilan biologique dans la vallée et qu'il fallait le plus souvent être véhiculé. Certaines d'entre elles avaient bénéficié d'un suivi de grossesse quasiment exclusivement dans la vallée grâce à l'intervention de SF au sein de la Maison Du Département (MDD) ou à domicile et d'infirmières libérales. Selon elles, le suivi d'une grossesse simple dans la vallée était suffisant, agréable et ne nécessitait pas plus de moyens : « *on peut s'appuyer sur les services existants ici, les personnes qui exercent à la MDD de temps en temps, je pense que c'est largement suffisant* » (P3).

Plusieurs femmes ont insisté sur le manque d'informations officielles concernant les infrastructures existant dans le cadre du suivi de grossesse dans les vallées : « *y'a absolument tout, sauf qu'on est pas assez au courant, quoi !* » (P11). Elles ont alors mentionné la nécessité du bouche-à-oreille entre femmes d'une même vallée pour se tenir informées des possibilités de suivi au niveau local.

3. Une question cruciale : « Est-ce que je vais arriver à temps ? »

La majorité des femmes interrogées a exposé la crainte d'accoucher avant d'arriver à la maternité : « *De me dire : "est-ce que je vais arriver à temps à la clinique ?" Ca ouais, ça, ça me stressait* » (P4), « *je me disais : "Est-ce que j'arriverai à temps..." (...) j'avais peur voilà, d'accoucher dans la voiture* » (P5).

La route était alors vécue comme une source de stress alors qu'elle n'était pas ressentie comme telle au cours de la grossesse. Les femmes ont indiqué que l'éloignement était finalement plus inquiétant pour leur entourage que pour elles-mêmes.

4. Un cadre agréable malgré la logistique et les aléas des routes de montagne

Les femmes interrogées ont décrit un cadre agréable pour une grossesse, sans sensation d'isolement géographique. Elles ont néanmoins pour beaucoup mentionné la logistique à mettre en œuvre pour descendre sur le littoral et les difficultés de stationnement pour se rendre en consultation, en cas d'hospitalisation ou lors de l'accouchement : « *j'ai même trouvé ça agréable, d'être justement un petit peu en retrait, en sachant que c'est une logistique* » (P1). La plupart des femmes ont expliqué que si la route n'était pas vécue ni comme une contrainte, ni comme source de stress au cours de la grossesse, elle était ressentie comme fatigante : « *Il n'y a pas eu de souci par rapport à la route ou quoi donc... Non ce n'est pas un truc qui m'a stressée* » (P3), « *c'est vrai que la route c'est... Fatigant. C'est très fatigant c'est...* » (P10).

Certaines ont insisté sur les aléas liés à la vie en montagne (éboulements, gel, neige...).

Une femme avait évoqué que la route était finalement plus stressante après la naissance plutôt qu'au cours de la grossesse, par peur qu'il arrive quelque chose à l'enfant.

D. Choix du professionnel de santé

1. Déterminants du choix du professionnel de santé

a. Importance d'une bonne communication

Plusieurs femmes ont insisté sur l'importance d'une bonne communication avec les professionnels qui ont suivi leur grossesse que ce soit des GO ou des SF, en libéral comme à l'hôpital : « *moi je pense surtout que c'est selon la personne (...) gynéco perso ou l'hôpital, faut que ça se passe bien avec les personnes* » (P1).

L'une d'elles avait eu une mauvaise expérience suite à des problèmes de communication avec son GO. Elle expliquait qu'il était primordial que la patiente et le GO communiquent facilement sans quoi s'installerait une situation de malaise. Elle préconisait alors de changer de GO plutôt que de persister avec un professionnel avec qui le contact n'est pas bon.

Une deuxième femme insistait sur la nécessité du professionnel de santé d'adapter son discours à la patiente qu'il a en face de lui.

La moitié des femmes interrogées mentionnaient spontanément l'importance du 1^{er} contact avec le praticien : « *je suis allée la voir et le courant est passé de suite* » (P2).

b. Importance de la qualité du suivi et du climat de confiance

Il est ressorti des différents entretiens que la qualité du suivi était primordiale dans le choix du professionnel : « *ça n'avait pas d'importance du moment que j'étais bien suivie* » (P10).

D'une femme à l'autre, les critères concernant la qualité du suivi et les arguments des professionnels considérés comme rassurants étaient différents. Alors que pour certaines femmes, qualité était synonyme de multiplicité des examens notamment échographiques, pour d'autres c'était le contraire. En effet, cinq femmes (multipares) considéraient qu'un suivi de qualité était un suivi de grossesse minimaliste : « *pas toujours chercher des problèmes ou y'en a pas (rire)* » (P12). Ainsi, chez les participantes recherchant un suivi de grossesse minimaliste, la multiplicité des examens et la surmédicalisation de la grossesse devenaient pour elles source d'angoisse. En revanche, chez d'autres femmes, le fait d'avoir une échographie mensuelle était vécue comme rassurant par les futurs parents.

Quelle que soit la sensibilité de chacune des femmes interrogées, le suivi mensuel était considéré comme rassurant à l'unanimité : « *Une fois par mois, on remet à plat ses doutes, et on dit : "c'est vrai, tout va bien..."* » (P12).

Un quart des femmes interrogées soulignait l'importance d'avoir la sensation d'être bien encadrée. Les femmes interrogées ont notifié combien il était important pour elles d'avoir confiance en les professionnels qui suivraient leur grossesse : « *Que ce soit mon médecin généraliste où j'ai une entière confiance, et donc, je vous dis, la gynéco pareil* » (P2). Deux d'entre-elles ont ajouté qu'il était plus facile d'avoir confiance dans un professionnel à qui elles avaient déjà eu affaire : « *Moi je la connaissais en plus donc je savais qu'elle était très bien* » (P5).

c. Localisation et ponctualité : impact sur la vie quotidienne

La plupart des participantes ont spontanément mentionné des critères spatio-temporels de localisation et de ponctualité dans le choix du professionnel qui a suivi leur grossesse. Ces deux critères étaient mis en avant du fait de leur impact sur la vie de famille : « *Là au moins je sais que lui il prenait à l'heure et tout ça. Et en fait, c'est aussi pour ça qu'on l'a choisi* » (P1).

Quatre femmes expliquaient que le retard en consultation (notamment au CHU) pouvait avoir d'importantes conséquences sur la vie quotidienne.

Concernant la localisation, la plupart des femmes ayant réalisé le suivi de grossesse sur le littoral, seules les femmes ayant réalisé un suivi dans la vallée ont insisté sur la proximité du professionnel. Les autres participantes évoquaient plutôt la facilité d'accès et de stationnement.

d. Disponibilité des professionnels de santé

La disponibilité semble être un critère majeur dans le choix du GO de par son aspect rassurant : « *il y a un doute ou quoi que ce soit, vous l'appellez, il essaie de nous prendre plus tôt que notre rendez-vous. Donc ça c'est rassurant aussi* » (P1). La majorité des femmes ayant consulté un GO libéral a aussi le plus souvent fait référence à la bonne organisation du cabinet, avec notamment la présence d'une secrétaire. Elles rapportaient qu'il était aussi possible souvent de communiquer avec le GO par mail ou avec la SF par téléphone ou sms en cas de question entre deux consultations. Elles obtenaient alors une réponse rapide.

Alors que la totalité des femmes suivies par une SF ou GO libéral soulignait et appréciait leur disponibilité, celles suivies à l'hôpital constataient une moindre disponibilité.

Ainsi, les femmes qui étaient suivies au CHU ou à l'hôpital signalaient qu'il était difficile de joindre leur GO ou leur SF en dehors des rendez-vous. Il fallait alors systématiquement appeler le service d'urgences ou laisser un message aux secrétaires ce qui allongeait souvent le délai de réponse.

Une des femmes ayant eu recours à une SF de la PMI a regretté qu'elle ne soit pas plus disponible pour répondre aux questions. Elle précisait également qu'elle avait eu des difficultés à la joindre et que contrairement aux SF libérales, celle de la PMI n'était pas disponible pour les urgences. En revanche, une autre femme ayant bénéficié d'un suivi par la SF de la PMI la trouvait disponible et facile à joindre par téléphone.

e. Influence des tiers dans le choix du professionnel

La quasi-totalité des participantes a choisi les professionnels de santé qui ont suivi leur grossesse en fonction des recommandations qui leur avaient été faites. Près de la moitié des femmes interrogées avaient choisi le professionnel en fonction des conseils de leur famille ou de leurs amies. Trois femmes avaient choisi leur GO après avoir été adressé par un confrère gynécologue (médical ou obstétricien) ou une SF libérale. Une femme avait décidé de prendre son GO en fonction des avis qu'elle avait lus sur Internet.

Trois participantes avaient révélé avoir choisi le professionnel sans avoir eu de conseil de la part de qui que ce soit : « *J'avais pris les pages-jaunes, je cherchais un gynéco* » (P4), « *j'ai appelé l'Archet, au hasard* » (P8).

Il est important de constater qu'aucune des femmes interrogées n'avait consulté son MG pour le choix du professionnel de santé qui a suivi leur grossesse.

Certaines femmes étaient plutôt réticentes à recourir à une SF lors de leur suivi de grossesse de peur qu'elle n'ait pas les connaissances concernant certains antécédents médicaux. Une femme avait par ailleurs avoué ne pas avoir choisi de SF par méconnaissance de leurs capacités : *« j'avais préféré, peut-être par ignorance ou quoi, que ce soit un gynéco plutôt qu'une sage-femme »* (P3). Quatre participantes avaient contacté un GO libéral spontanément dès le tout début de la grossesse, sans avoir forcément réfléchi aux autres praticiens qu'elles auraient pu contacter. Les SF, elles, étaient le plus souvent conseillées par l'hôpital, la maternité, le bouche-à-oreille ou les services de PMI.

f. Essayer de se faciliter la vie

Plus de la moitié des participantes s'étaient exprimées quant à leur volonté de diminuer le nombre d'intervenants, source d'angoisse et de complications : *« ça me rassurait plus ou moins d'avoir un gynéco pour ma grossesse, qui allait me suivre jusqu'à l'accouchement (...) on a essayé de se faciliter un peu la vie »* (P1).

2. Place du médecin généraliste

a. Premier recours et pathologies intercurrentes

Deux femmes avaient expliqué que le MG avait au cours de la grossesse un rôle de premier recours qui était consulté non pas pour le suivi mais en cas de problème pendant la grossesse. Un tiers des femmes avaient eu recours au moins une fois lors de leur dernière grossesse à leur MG pour des pathologies intercurrentes. Ceci était notamment dû au fait de sa disponibilité et de sa relation privilégiée avec ses patientes. Une participante mettait en exergue le fait qu'il était aussi plus facile de joindre son MG que de joindre le GO : *« l'hôpital, comme ça brasse beaucoup, je pense que ça instaure un peu une barrière secrétaire – médecin (...) Si c'est un médecin plus près, il a pas forcément une secrétaire qui gère 40.000 trucs et du coup de ce fait on le joint plus facilement »* (P12).

A noter, cinq participantes n'avaient pas consulté leur MG au cours de leur grossesse.

Une des participantes avait souhaité un suivi séparé entre le GO pour la grossesse et son MG ou un spécialiste pour les autres pathologies : *« Le docteur généraliste il a préféré, lui, de s'occuper de mon hypertension et mon gynéco de ma grossesse (...) Mais chacun est en fait resté dans son domaine et c'est très bien »* (P1). Cette femme mentionnait d'ailleurs le rôle du MG, en qui elle avait toute confiance, dans l'orientation vers les spécialistes pour les pathologies intercurrentes : *« Je suis un peu un mouton de panurge (...) Si mon médecin me dit d'aller à tel médecin, j'irais parce que ça veut dire qu'il a confiance, qu'il le connaît »* (P1).

b. Pudeur et manque d'information au premier plan

Certaines femmes interrogées n'avaient pas la notion que le MG était formé à faire du suivi de grossesse. Elles évoquaient alors le manque d'information par rapport à cette activité du MG alors qu'elles savaient que le MG pouvait faire un suivi gynécologique. D'autres participantes connaissant les capacités du MG à faire un suivi de grossesse, ne l'avaient pas envisagé : *« Mon généraliste ça m'est jamais venu à l'idée... »* (P8).

Une femme avait alors expliqué que par pudeur, elle ne souhaitait pas être suivie pour sa grossesse par son MG car il la connaissait depuis son enfance : « *Peut-être pas le généraliste parce que bon, je le connais depuis que je suis petite* » (P7).

Une femme originaire d'une autre région et dont les précédentes grossesses étaient suivies par son MG, regrettait que le seul MG faisant des suivis de grossesse dans la vallée où elle vivait ait pris sa retraite et n'ait pas été remplacé.

A noter, alors que les MG ne sont pas sollicités pour suivre les grossesses, un tiers des participantes avait eu un test de grossesse sanguin prescrit par son MG. En revanche, aucune déclaration de grossesse des patientes interrogées n'avait été rédigée par un MG.

3. Place de la PMI : un rôle peu connu malgré une approche plus humaine

Une des femmes rencontrées avait insisté sur le côté humain d'un suivi par la PMI plutôt que par un GO de ville ou à l'hôpital : « *plus humain. Déjà le fait qu'elle vienne dans le village (...) c'est une autre approche* » (P12).

Une des participantes avait exprimé sa méconnaissance du rôle de la PMI dans le suivi de grossesse : « *moi ce que j'ai compris c'est qu'elle venait par exemple, que là maintenant moi j'ai 3 enfants, je galère à faire le bain et tout machin j'y arrive pas, que si je veux, je les appelle et (...) voilà, ils viennent pour organiser le coin du bain pour le bébé quoi...* » (P12).

Parmi les femmes interrogées, certaines ne souhaitaient pas avoir recours à la PMI pour le suivi de grossesse mais appréciaient volontiers son rôle pour le suivi pédiatrique de proximité.

4. Critères de choix du gynéco-obstétricien

a. Relation privilégiée avec le gynécologue-obstétricien

La grande majorité des participantes faisait référence à une relation privilégiée avec le GO, qu'elle s'appropriait en utilisant l'adjectif possessif « mon » ou « ma » : « *mon gynéco* » (P1), (P6), (P8), (P11), « *ma gynéco* » (P2), (P4), (P7). Elles avaient la sensation d'avoir un suivi rapproché et personnalisé.

Un tiers des femmes interrogées justifiait cette relation privilégiée du fait que le GO détient le savoir et qu'il connaît ses patientes, il sait ce qui est bon pour elles : « *ça s'est très bien passé parce qu'il me connaissait très très bien* » (P1). Elles décrivaient un GO prudent, attentionné et rassurant : « *il faisait bien attention (...) il voulait pas prendre de risque avec moi non plus* » (P1).

Certaines multipares faisaient remarquer qu'elles reprenaient le même GO d'une grossesse à l'autre car elles savaient comment il fonctionnait et que ça les rassurait. Certaines expliquaient aussi que si le GO ne semblait pas inquiet, alors elles ne s'inquiétaient pas non plus : « *voilà du moment qu'il se bilait pas, moi je me bilais pas non plus, quoi !* » (P11).

b. Sexe et âge du gynécologue-obstétricien

Plusieurs participantes mentionnaient spontanément l'âge et le sexe de leur GO au cours de l'entretien.

Alors que l'âge ne semblait pas être primordial dans le choix du GO, le sexe du GO était pour certaines femmes un facteur influençant le choix du praticien. Alors que certaines préféraient les hommes, d'autres choisissaient un GO femme. Une femme avait fait remarquer qu'il n'était pas possible au CHU de choisir le sexe du GO lors de l'accouchement, ce qui la gênait. L'une des femmes interrogées avait même mentionné l'existence d'un accord écrit et signé avant l'accouchement en cas de prise en charge par un GO ou une SF homme compte-tenu des idéaux politiques et religieux des patientes et de leur famille : « *vis-à-vis des sages-femmes "hommes" ils vous font signer quelque chose à Clinice [Maternité niveau I réseau Sécurité Naissance PACA Est/Haute Corse] (...) parce qu'il y a beaucoup de familles musulmanes* » (P7).

c. Présence du gynécologue-obstétricien à l'accouchement

Un tiers des participantes avait beaucoup apprécié d'être accouché par le GO qui avait réalisé le suivi. Il ne s'agissait que de femmes suivies par un GO libéral. D'autres femmes suivies par un GO libéral n'avaient pas eu cette chance. Elles mentionnaient alors que leur GO s'était assuré de la continuité des soins en leur présentant par exemple leur remplaçant attitré, ce qui était perçu comme un critère de jugement positif du professionnel. Elles étaient ainsi rassurées : « *ils étaient deux dans le cabinet (...) Et en fait, ils faisaient un roulement. Et d'ailleurs, il nous a demandé (...) que je fasse une visite avec son confrère, au cas où (...) Et j'ai trouvé ça génial (...) ça nous permet d'être un peu plus rassurés* » (P1).

Les femmes suivies au CHU ou à l'hôpital ont toutes signalé qu'elles avaient été accouchées par un autre praticien que leur GO : soit un autre GO, soit une SF.

Plusieurs participantes avaient expliqué que si le suivi gynécologique était réalisé par un gynécologue médical, il n'y avait pas d'intérêt à le consulter pour le suivi de grossesse car il ne pourrait pas pratiquer l'accouchement : « *le gynéco qui accouche pas, je ne vois pas l'intérêt à la limite de prendre le même gynéco, à la limite, vaut mieux aller à l'hôpital* » (P1).

5. Les sages-femmes rarement sollicitées malgré une dimension humaine importante

Parmi les participantes, certaines ont fait appel aux SF pour le suivi de grossesse, d'autres pour un recours ponctuel en cours ou en fin de grossesse. Une large majorité des participantes avaient eu recours aux SF en complément du GO. Elles l'avaient en général accepté suite à la proposition du GO pour des motifs de surveillance rapprochée (clinique ou monitorings) ou pour limiter les déplacements : « *j'avais besoin de quelqu'un qui vienne me prendre la tension, surveiller mon état, faire des monito à la maison et tout ça* » (P3).

Toutes soulignaient une dimension humaine plus importante que lors du suivi par un GO. Elles signalaient des personnes attentives, compétentes et disponibles : « *Voilà, et puis le côté un peu plus humain je trouve, c'est important dans ces métiers* » (P5). Elles appréciaient le déplacement à domicile de la SF que ce soit pour le suivi de grossesse ou le suivi ponctuel pré ou post-natal (dont la rééducation périnéale).

Celles qui ont fait le choix de faire la totalité du suivi de grossesse par une SF étaient minoritaires.

E. Choix de la structure pour le suivi de grossesse et l'accouchement

Parmi les femmes interrogées cinq ont accouché en clinique, quatre au CHU, deux dans un hôpital et une dans le véhicule des pompiers pendant son transfert au CHU.

Deux des participantes avaient expliqué que selon elles, il n'y avait pas d'endroit mieux qu'un autre pour accoucher, leur choix ayant été passif : « *Peu importe du moment où j'accouchais quelque part, c'était bon...* » (P4).

1. Suivi de grossesse : hôpital versus clinique

a. CHU : réputé pour le suivi de grossesse à risque et la simplicité

A l'unanimité, les femmes interrogées ont désigné le CHU comme étant la structure la plus appropriée au suivi des grossesses à risque.

Le CHU était d'ailleurs reconnu pour ses compétences en matière de suivi de grossesse : « *Et c'est vrai qu'on est mieux suivie à l'Archet, que par un gynécologue en ville* » (P10).

Elles évoquaient la simplicité et l'avantage de pouvoir faire la totalité du suivi dans un lieu unique : « *tout faire à l'Archet, de A à Z* » (P7).

b. Hôpital : la multiplicité des acteurs rend le suivi de grossesse impersonnel

La multiplicité des intervenants est un frein au suivi de grossesse à l'hôpital. En effet, la moitié des femmes interrogées expliquait que les professionnels changeaient d'une consultation à l'autre et étaient encore différents le jour de l'accouchement. Ceci était parfois mal vécu par les patientes qui auraient préféré avoir affaire à une seule personne : « *l'Archet et tout ça, c'est qu'on sait jamais sur qui on tombe* » (P1). Seules deux femmes expliquaient que ça ne les avaient pas dérangées de ne pas avoir eu de suivi par une seule et même personne.

Une grande majorité des femmes trouvait que le suivi de grossesse au CHU ou dans un hôpital était impersonnel : « *je trouve ça un peu impersonnel en fait d'être à l'Archet* » (P3). Selon les participantes, un très grand nombre de dossiers étaient brassés dans ces structures, ce qui donnait « *l'impression d'être qu'un numéro* » (P2), et faisait craindre une erreur de dossier : « *c'est une usine à bébés* » (P11), « *Ils se trompaient dans les dossiers, bon ça c'était rigolo, même qu'au début j'ai eu un dossier d'une dame qui avait 90 ans, parce que j'ai un homonyme* » (P11). L'aspect positif de cette multiplicité des intervenants était que cela apportait de la mixité aux équipes ce qui était apprécié de certaines participantes : « *ça fait un équilibre, c'est agréable de voir les deux sexes en fait...* » (P1).

En revanche, le fait d'être prise en charge par des internes en GO ou des élèves SF ne semblait pas être un frein au suivi de grossesse au CHU. Les femmes insistaient alors sur le fait qu'il y avait toujours possibilité d'avoir l'avis d'un médecin expérimenté en cas de besoin : « *Les rendez-vous de suivi, quand ce n'est pas trop compliqué, ça ne me dérange pas du tout. J'ai l'habitude des hôpitaux, et j'ai l'habitude que ce soit des internes donc je comprends tout à fait qu'ils ont besoin aussi de se former et tout ça... C'est important quoi* » (P3).

c. Choix actif de l'hôpital versus choix passif de la clinique

Trois participantes avaient expliqué qu'elles avaient choisi l'hôpital pour leur suivi de grossesse immédiatement après avoir appris qu'elles étaient enceintes et étaient satisfaites de ce choix. Elles appréciaient notamment de pouvoir choisir entre un suivi par un GO ou une SF. Une femme avait choisi de ne pas se faire suivre au CHU pour sa grossesse alors qu'elle y était suivie par des spécialistes pour diverses pathologies.

En revanche, la quasi-totalité des femmes interrogées qui ont accouché en clinique n'avaient en réalité pas choisi l'établissement. Elles ont accouché dans cette structure car le GO libéral qui les suivait exerçait dans cette clinique. Seule une femme avait choisi la clinique avant de choisir son GO, ayant été victime d'une complication dès le tout début de grossesse.

Une participante expliquait qu'elle avait une vision positive de la clinique par rapport à l'hôpital. Sa seule crainte était la nécessité d'un transfert néo-natal en cas de détresse vitale du nouveau-né, ce qui n'aurait pas été le cas en cas d'accouchement au CHU.

d. Business autour de la grossesse, à l'hôpital comme en clinique

Une des femmes interrogées expliquait que selon elle, une certaine frange de la population pouvait être intéressée par faire son suivi de grossesse à l'hôpital en fonction de l'investissement personnel et des moyens financiers : *« quelqu'un qui n'a pas trop envie de se poser des questions, et financièrement que voilà... Je pense que l'hôpital peut être très bien »* (P1). A l'inverse, une femme suivie à l'hôpital dénonçait avec véhémence le business qui s'opère autour de la grossesse dans les hôpitaux. Elle signalait des dépassements d'honoraires importants et des politiques de facturation non éthiques : *« on m'a dit : "oui, alors pour une écho 3D, je la fais au black" (...) Y'a un business autour de la femme enceinte (...) qui est honteux quoi ! Moi je faisais vraiment le strict minimum (...) parce que je ne voulais pas rentrer dans ce business là »* (P11).

Les femmes ayant consulté en clinique ont mentionné les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins. Elles confirmaient néanmoins que les dépassements d'honoraires étaient pris en charge par les mutuelles. Pour l'une d'elles, les dépassements d'honoraires étaient justifiés et adaptés à la situation : *« je pense qu'il faut faire prendre conscience aux gens que ça a un coût tout simplement »* (P1). Pour les autres, elles ne trouvaient pas forcément justifiés les dépassements d'honoraires mais étaient d'accord pour les régler en cas de nécessité. Néanmoins, cette femme comprenait que toutes les femmes ne pouvaient pas se permettre d'être suivies dans le privé notamment avec le retard de remboursement des mutuelles : *« il y a beaucoup d'avance à faire financièrement, mais après ça fait pas beaucoup parce qu'on est remboursé »* (P1).

2. Suivi de grossesse à domicile

Deux femmes, multipares, ont bénéficié d'un suivi de grossesse à domicile. Elles étaient toutes deux très satisfaites de ce suivi de proximité : *« j'ai trouvé ça très bien de rester dans le coin »* (P5). Elles soulignaient néanmoins que ce suivi était minimaliste puisqu'il consistait en la visite mensuelle d'une SF et de la réalisation de 3 échographies (ce qui est conforme aux recommandations de la HAS) : *« Et puis elle fait avec ce qu'elle a en plus. Avec sa petite valise (...) je savais que j'allais la voir une fois par mois et puis... (moue) c'est tout »* (P5). Ce suivi était possible grâce à l'intervention des SF libérale ou de la PMI qui se déplacent dans les vallées. Une des femmes était suivie par une SF de la PMI qui lui avait été

conseillée et qui avait déjà suivi ses précédentes grossesses. La seconde participante était elle suivie par une SF libérale. Ce suivi semblait être adapté au mode de vie. Le choix de faire le suivi à domicile venait d'une volonté du couple de ne pas avoir à descendre à Nice. Ils estimaient qu'il y avait trop de contraintes entre le trajet, les difficultés de stationnement et la logistique par rapport aux enfants aînés : « *Pour nous c'est toute une épopée d'aller à l'Archet* » (P5).

F. Carnet de maternité

Aucune des femmes interrogées n'a évoqué spontanément le carnet de maternité. Alors que certaines ont facilement identifié le document lors de l'entretien, d'autres ont attendu de feuilleter l'exemplaire apporté avant de pouvoir exprimer leur avis.

1. Source d'information pour les femmes ou leur mari

Une grande majorité des femmes a indiqué avoir reçu par courrier le carnet de maternité au cours de leur dernière grossesse. Deux femmes ne l'ont jamais reçu. Un tiers des participantes a indiqué avoir lu le contenu du carnet de maternité. Elles signalaient qu'elles y avaient trouvé des informations utiles sur le déroulement de la grossesse : « *Je trouve que c'était quand même bien de le recevoir (...) il y avait toujours des choses, des infos qui étaient importantes* » (P3). Néanmoins, deux tiers des femmes ont fait part de la non-utilisation du carnet de maternité au cours du suivi de grossesse : « *Non, je m'en suis pas servi* » (P7). Trois participantes ont justifié la non-utilisation du carnet de maternité du fait qu'il était redondant avec les documents d'éducation à la santé reçus par d'autres biais (CAF, CPAM...) ou avec des ouvrages spécifiquement dédiés à la grossesse.

Trois femmes ont spontanément signalé que le futur père avait lu le carnet de maternité dès sa réception : « *Mon mari l'a lu, ça c'est sûr. Il savait plus ou moins... Il savait peut-être plus de choses que moi* » (P1). Au contraire, quatre femmes ont précisé que ce dernier n'en avait jamais pris connaissance.

2. Rarement utilisé par les obstétriciens, plus souvent par les sages-femmes

Près de la moitié des femmes ont souligné que leur carnet de maternité n'avait jamais été utilisé par les médecins impliqués dans leur suivi de grossesse : « *on ne me l'a jamais demandé* » (P4).

Elles évoquaient le fait que le carnet de maternité était redondant avec le dossier de suivi obstétrical d'après leur GO.

Deux femmes dont le suivi de grossesse était réalisé par des SF ont précisé que ces dernières utilisaient systématiquement le carnet de maternité pour faire le lien avec la maternité : « *Elle marquait à chaque fois ce qui se passait, à chaque entretien (...) Et je l'apportais à l'Archet quand je devais faire un examen (...) il y avait un suivi entre la sage-femme et l'Archet* » (P5).

G. Communication entre les différents intervenants au cours du suivi de grossesse

Une des femmes interrogées a fait part de sa résignation concernant le manque de communication entre les différents intervenants concernés par le suivi de grossesse.

1. La communication interprofessionnelle du point de vue des femmes

Un quart des femmes interrogées a avoué être peu intéressé par la communication entre leur MG et leur GO : « *Après, non je ne sais pas (...) J'y prêtais pas cas en fait* » (P4). Deux femmes insistaient sur le fait qu'il n'y avait pas de raison de communiquer verbalement entre le MG et le GO car il n'y avait pas de problème ou les problèmes étaient gérés correctement : « *Non, j'ai pas senti ce problème parce que j'avais pas de problème particulier* » (P8). Une des femmes interrogées considérait que l'échange d'information verbalement suffisait et qu'il n'y avait pas besoin de support écrit pour partager les informations. De la même façon, une autre d'entre elles ne trouvait pas gênant de ne pas recevoir de copie des courriers que s'adressaient mutuellement médecins spécialistes et GO. Deux femmes interrogées ont souligné qu'elles assuraient l'intermédiaire entre les différents intervenants car les médecins leur faisaient confiance et qu'ils ne communiquaient pas directement : « *en me connaissant ils me faisaient plus ou moins confiance aussi (...) Il n'y a aucun intérêt de mentir ou quoi que ce soit aussi...* » (P1).

Deux autres participantes auraient aimé ne pas avoir à faire l'intermédiaire entre les intervenants à l'hôpital : « *Pfff... Franchement c'est pas le top du top. Non, parce que à l'Archet, ils manquent beaucoup de communication* » (P9). Une participante, ayant déménagé au cours de la grossesse, signalait qu'il n'y avait pas eu de communication entre le GO qui la suivait avant le déménagement et le GO qui l'a suivie une fois arrivée dans les Alpes-Maritimes. Elle expliquait avoir dû faire l'intermédiaire en remettant le dossier de suivi à son nouveau GO sans même un courrier d'accompagnement.

2. Une communication hétérogène entre les femmes et les différents intervenants

Globalement, les femmes expliquaient avoir eu une bonne communication avec les personnes qui les avaient suivies, surtout lorsqu'elles étaient suivies dans le privé ou à domicile.

Une des participantes a mentionné qu'il était plus facile de communiquer avec un médecin de proximité en cas de problème intercurrent au cours de la grossesse plutôt que de joindre son GO : « *après, pour les petites questions (...) je les ai pas appelés (...) Donc si c'est quelqu'un d'un peu plus, euhh, à proximité, peut-être que ça serait plus simple* » (P12).

Plusieurs participantes avaient insisté sur l'absence de communication lors de l'accouchement, ce qui était très mal vécu par les femmes : « *Moi ils m'ont pas trop bien expliqué pourquoi je partais vite fait, pourquoi j'ai eu une césarienne... J'ai... J'ai pas trop compris (...) ils m'ont rien expliqué* » (P7).

Une des participantes s'est plainte d'un manque de communication entre l'équipe soignante et son compagnon lors du déclenchement de l'accouchement. Une seconde insistait, sur la difficulté à exprimer son mécontentement par rapport aux mesures prises lors de son accouchement : « *Je voulais essayer de faire ça naturellement... Mais ce n'est pas ce qui s'est passé... (rires) (...) Sur le coup c'était un moment heureux, j'ai rien dit (...) mais c'est vrai que j'ai eu beaucoup de regrets après l'accouchement par rapport à ça* » (P3). Une femme avait aussi exprimé une inégalité de traitement entre les patientes à la maternité : « *J'ai eu l'impression que c'était plus les sages-femmes qui faisaient un peu comme elles voulaient quoi. Quand y'avait pas les médecins le soir et tout...* » (P7).

3. Une communication globalement déficiente entre les différents intervenants

Certaines femmes déploraient l'absence de communication entre leur GO ou SF et leur MG, les obligeant à faire l'intermédiaire : « *Non il n'y avait pas de liens* » (P11). Seule une participante expliquait avoir apprécié la bonne communication entre son MG et son GO : « *ils se sont mis en relation de suite avec ma gynéco donc c'était bien (...) C'était très rassurant* » (P2). D'autres participantes mentionnaient une communication inexistante entre leur GO et les SF ou entre les SF elles-mêmes, les obligeant à faire le lien. L'une d'elles ne semblait pas dérangée par ce manque de communication : « *Je crois que Mme Safelib [Sage-femme libérale] quand elle m'a rencontrée elle a regardé mon dossier. Et puis elle m'a posé des questions, et ça s'est fait comme ça (...) Du coup ça permettait qu'on discute aussi, que je lui dise moi-même les choses, en fait* » (P5). Une autre femme elle, regrettait d'avoir dû faire l'intermédiaire entre les SF. Elle aurait aimé un courrier d'introduction lorsqu'elle avait été adressée à une nouvelle SF.

En revanche, plusieurs femmes interrogées expliquaient avoir apprécié la bonne communication entre l'échographiste obstétrical et le GO lors de leur suivi à l'hôpital. Une femme, suivie au CHU pour une pathologie chronique, soulignait qu'il existait une bonne communication entre les spécialistes qui la suivaient et le GO au CHU, notamment grâce à des courriers.

H. Suivi de grossesse idéal dans l'arrière-pays

Les femmes interrogées étaient très prolifiques concernant leurs représentations du suivi de grossesse idéal. Certaines se basaient sur leur expérience passée, d'autres sur ce qu'elles envisageaient pour une future grossesse et les dernières listaient les conseils qu'elles dispenseraient à une amie devant mener une grossesse dans l'arrière-pays.

Les femmes interrogées étaient globalement satisfaites de leur suivi puisque la quasi-totalité d'entre elles serait prête à faire le même suivi dans le cas d'une prochaine grossesse. Seules deux participantes décideraient de changer de suivi : « *Je changerai tout !!* » (P3). Parmi les desideratas des femmes concernant une future grossesse, un quart des femmes exprimait une volonté de réaliser un suivi de proximité dans la vallée, voire un accouchement à domicile pour certaines d'entre elles : « *j'aimerais, si c'est possible essayer d'accoucher chez moi (...) c'est quelque chose qui me tenterait pas mal* » (P3), « *faire un suivi total sur la Vallée (...) je le ferai là, et j'irai à l'hôpital que pour accoucher, quoi* » (P11). Il s'agissait de femmes qui prônaient un suivi de grossesse minimaliste ou qui étaient déçues de leur suivi de grossesse sur le littoral.

Une femme, qui était suivie au CHU souhaiterait changer pour le GO privé qu'elle a consulté en post-partum. Elle n'avait pas spécialement apprécié le contact avec son GO au CHU. Une autre participante suivie à l'hôpital, adepte du suivi minimaliste, souhaiterait garder son GO de peur de devoir faire un grand nombre d'examens en cas de suivi par un autre praticien. Quelques participantes avaient exclu complètement l'idée d'une nouvelle grossesse.

Les conseils que les participantes pourraient dispenser à leurs amies sont fonction de leur histoire personnelle. Deux femmes ont nuancé leur propos en parlant de « *partage d'expérience* » (P2) plutôt que de réels conseils.

Elles estimaient qu'il s'agissait plus d'une discussion autour de ce que l'autre femme recherche. Cette nuance vient du fait :

- Qu'elles avaient elles-mêmes eu des difficultés à supporter les conseils des autres femmes au cours de leur grossesse,
- Qu'elles estimaient ne pas pouvoir réellement donner de conseil concernant le suivi de grossesse, les avis pouvant être divergents selon les personnes : « *moi je peux te donner mon expérience à moi (...) Ca peut pas aller pour toi, comme ça peut aller pour toi...* » (P6).

L'implication du père, la limitation du nombre d'intervenants dans le suivi de grossesse et une participation active dans sa grossesse semblaient être les principaux conseils : « *J'ai eu trop d'intervenants en fait (...) faut avoir une seule et même personne* » (P7).

Un quart des femmes expliquait que « chacune a une idée de son suivi de grossesse idéal » : « *ça dépend comment le ressent la personne, après ça peut être un parcours complètement différent du mien, et être aussi idéal...* » (P2). Quasiment toutes les participantes ont évoqué, de près ou de loin, comme suivi de grossesse idéal, un suivi de grossesse de proximité. Certaines auraient souhaité pouvoir réaliser des échographies obstétricales de qualité sans aller à Nice. D'autres auraient aimé avoir recours plus facilement à un MG ou à des SF sur place pour réaliser le suivi de grossesse.

Certaines débordaient même sur le champ de la périnatalité puisqu'elles auraient souhaité la présence de puéricultrices ou de pédiatres dans les vallées. D'autres femmes allaient même jusqu'à désirer avoir « *tout sur place* » (P4) ou une « *petite maternité* » locale (P5).

Une des femmes interrogées a même répondu que pour elle, le suivi de grossesse idéal était d'habiter à Nice pour limiter les déplacements.

IV. DISCUSSION

A. Des femmes plus intéressées par le vécu de leur grossesse que par la coordination des soins : méconnaissance du rôle du MG et de l'importance de la communication ?

Dans notre étude, nous avons pu constater au cours des entretiens que les femmes n'accordaient pas d'importance particulière à la coordination des soins. En effet, les femmes ont surtout parlé de leur grossesse, sans s'attarder sur les échanges entre les professionnels. La première cause est probablement que la majorité d'entre elles étaient suivies exclusivement par un GO. La coordination des soins n'était donc pas un besoin ressenti. Mais ceci n'est pas conforme aux recommandations de la HAS. Ce manque de coordination montre ainsi ses limites comme dans la thèse de Sébastien DAPOIGNY où certains médecins interrogés exprimaient leur impression que les gynécologues faisaient de la « *rétenion d'informations* »¹⁶. Nous pouvons donc nous interroger sur les raisons de ce suivi unique spécialisé. Une des hypothèses est probablement que de nombreuses femmes ignoraient que leur MG pouvait réaliser le suivi de grossesse. Lorsque plusieurs professionnels sont impliqués dans leur suivi de grossesse, force est de constater que les femmes ne prêtent pas nécessairement attention à la communication entre les différents intervenants. De ce fait, dans les situations où la communication serait nécessaire entre les professionnels (MG, GO, SF, échographiste, spécialiste d'organe...), les femmes pensent qu'il n'y a pas besoin de support écrit car elles jugent que la nature des informations à

transmettre et leurs compétences leur permettent d'être le messenger. Il serait intéressant de comparer dans une autre étude le corpus d'informations jugées nécessaires et utiles pour la coordination des soins et celles jugées nécessaires et utiles par les femmes. Ceci soulève un problème quotidien de communication comme le confirme Lorène BERTRAND dans son mémoire de sage-femme où elle rapportait qu'en Midi-Pyrénées, 56 % des SF et 75 % des MG déclaraient que la qualité de leur collaboration était « *médiocre* » ou « *nulle* »¹⁷. Dans la thèse réalisée en miroir de ce travail, Sébastien DAPOIGNY relate que onze des quatorze médecins rencontrés se sont plaints du manque de communication des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et de la PMI. Il note que tous regrettaient de ne pas recevoir de compte-rendu au cours de la grossesse et qu'ils avaient l'impression de se retrouver ainsi en marge du suivi¹⁶. Il serait intéressant de repenser la place du GO dans le parcours de soins pour l'intégrer au parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. Ceci permettrait au colloque singulier MG traitant – femme, lors d'un entretien dédié et avec une information loyale, claire et appropriée de choisir le professionnel qui suivrait la grossesse en fonction des situations à risque identifiées.

B. Forces et limites de l'étude :

1. Forces de l'étude

Une étude qualitative par théorisation ancrée a été menée pour ses qualités exploratoires, utiles lorsque les facteurs observés sont subjectifs et que l'on cherche à les comprendre et non à les mesurer. Elle consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative¹⁸.

Les études qualitatives permettent aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Cette approche centrée sur le patient peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets. Elle est donc particulièrement appropriée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé¹⁸ et elle permet de recentrer la recherche sur le patient, alors que la majorité des articles de médecine générale publiés étudient le médecin ou la maladie.

L'analyse des données (ou codage) a été réalisée en suivant la théorie ancrée. Il s'agit de tirer de chaque entretien des concepts éclairant notre question de recherche (analyse verticale), de classer ces concepts en catégories, puis de réaliser une analyse transversale entre les différents entretiens (analyse horizontale).

Un tiers des entretiens ont été réalisés par un autre interne que l'investigatrice principale, limitant le biais d'investigation. Un double codage a ensuite été réalisé systématiquement pour un quart aléatoire des entretiens afin d'éviter les biais d'interprétation et d'augmenter la puissance de l'étude. En cas de désaccord, une réunion de consensus était organisée avec un sénior qualifié (Dr Tiphany BOUCHEZ, directrice de thèse).

Enfin, pour avoir une compréhension plus globale du suivi des femmes enceintes, une autre thèse a été réalisée en miroir par Sébastien DAPOIGNY, explorant les représentations des médecins généralistes à propos du suivi de grossesse, de la coordination des soins et de leur rôle.

2. Limites de l'étude

Ce travail ne respecte pas strictement les standards de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) : faire naître des concepts théoriques sans partir d'hypothèses préétablies est un processus sociologique long et peu appliqué en médecine où la formulation d'une question de recherche vise souvent à répondre à un problème. Ici une exploration bibliographique avaient été menée et des éléments de littérature ont servi à définir l'objectif du travail.

La qualité du recueil et de l'analyse a été pénalisée par l'inexpérience des investigateurs en recherche qualitative. Il peut également exister des biais d'interprétation, de préconception et d'influence liés à l'orientation de l'entretien par le chercheur qui peut vouloir faire dire à la femme ce qu'il attend. Ces biais ont été largement limités par la triangulation des données.

Pour les entretiens des femmes enceintes, une relation « médecin-patient » implicite a pu s'instaurer du fait du statut d'interne en médecine des investigateurs, connu par les patientes. Ceci a pu venir modifier les propos des femmes, le sujet ne se livrant pas comme à un investigateur neutre.

Nous nous sommes heurtés à un biais de sélection du fait de la réception tardive des avis favorables du CCTIRS et de la CNIL concernant la méthode de recrutement initialement envisagée. Le recrutement ayant finalement eu lieu avec l'aide des médecins et des SF de PMI des Vallées et de Menton, les participantes étaient des personnes motivées, parfois connues des services de PMI. Les médecins et les SF de PMI ont pu remettre les formulaires d'information et de consentement à des patientes qu'ils connaissaient plus particulièrement ou qu'ils pressentaient plus aptes à répondre.

Nous admettons un possible biais de mémoire chez les femmes enceintes. En effet, lors des entretiens, certains faits anciens ont pu être omis, ou du moins certains détails auraient pu modifier le contenu de notre analyse.

Les femmes ayant participé à l'étude n'ont pas été sollicitées secondairement pour valider un corpus théorique issu de l'ensemble des entretiens menés. Il n'y a donc pas eu de "rétrocontrôle" des personnes entretenues sur l'utilisation de leurs propos dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Les résultats des deux travaux ont bénéficié d'une réflexion commune de synthèse mais n'ont pas été comparés méthodiquement avec NVivo®, ce qui aurait pu relever d'un travail complémentaire de thèse d'exercice.

C. Les déterminants du choix du professionnel de santé : comparaison avec d'autres études

Au cours des entretiens que nous avons réalisés, nous avons pu constater que les femmes exprimaient des critères précis de choix concernant le professionnel de santé qui suivrait leur grossesse. Néanmoins pour certaines participantes, la place du MG n'avait pas été envisagée de part la méconnaissance des capacités des MG à faire le suivi de grossesse. En 2008 dans la région Bordelaise, seules 20% des femmes savaient que leur MG réalisait des suivis de grossesse et des suivis gynécologiques. L'auteur concluait que le fait de communiquer sa compétence à une patiente donnait du crédit au MG quant à sa capacité de suivre une grossesse¹⁹. Il serait intéressant de connaître quels sont les déterminants de cette méconnaissance ; il peut paraître étonnant que les MG n'aient jamais communiqué spontanément concernant le suivi de grossesse. De la même façon, nous pouvons nous

interroger sur le fait que les femmes n'aient jamais eu l'occasion de se renseigner auprès de leur MG. Les entretiens réalisés au cours de notre étude nous confirment par ailleurs que certaines femmes ne souhaitent pas confier leur suivi obstétrical à leur MG, préférant consulter un GO ou une SF.

Concernant les critères de choix du professionnel de santé qui suivrait leur grossesse, ceux que nous avons retrouvés sont très proches du portrait-robot du praticien-type que GROSLENNE a établi et qui répondrait aux attentes des patientes pour la prise en charge de leur suivi de grossesse. Ainsi, le praticien doit : être compétent dans le domaine gynécologique et obstétrical ; avoir son cabinet proche du domicile des patientes ; assurer le suivi gynécologique habituel des patientes ; assurer si possible le suivi de grossesse jusqu'au troisième trimestre de gestation ; avoir des qualités humaines ; être disponible en cas d'urgences ; être équipé si possible à son cabinet d'un doppler pour rechercher mensuellement les bruits du cœur fœtaux²⁰. Nous pouvons remarquer que la quasi-totalité de ces critères peuvent théoriquement être remplis par un MG.

En 2002, une thèse intitulée « réflexions sur le rôle et la place des divers intervenants dans le suivi de la femme, de la grossesse au post-partum »²¹ expliquait que les patientes éprouvaient des difficultés à choisir entre un début de grossesse suivi par leur médecin généraliste ou d'emblée par un gynécologue, et une difficulté à concilier leur souhait d'un suivi médicalement sûr avec relation humaine, attribuant essentiellement les compétences au gynécologue et les qualités humaines au MG. De ce fait, les qualités humaines du praticien, qu'il soit MG ou gynécologue, à savoir prendre le temps de discuter, écouter, expliquer, demander ce qui ne va pas, semblent être aux yeux des patientes, un élément fondamental du suivi de grossesse. Mais la compétence du praticien reste néanmoins l'élément primordial. Marianne PEPIN-MOINARD expliquait dans sa thèse que la compétence médicale du professionnel était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un GO et moins importante par les femmes suivies par un MG. Pourtant, les femmes savent-elles que le pronostic materno-fœtal est le même quel que soit le praticien pour les grossesses à bas risque¹ ? Dans sa thèse, il ressortait que la compétence humaine du professionnel était considérée comme plus importante par les femmes suivies par une SF, et moins importante par les femmes suivies par un MG. Est-ce parce que les MG ont une compétence humaine moins développée ? Moins évidente ? Sont-ils moins bien formés aux spécificités psychologiques de la grossesse ? C'est en tous cas une piste intéressante pour la formation des MG²².

Nous aurions pu nous attendre au fait que la proximité fût importante aux yeux des femmes et que celles vivant en milieu rural ou semi-rural auraient plus consulté leur MG pour le suivi de grossesse. En effet, en Loire-Atlantique (44), PEPIN-MOINARD a constaté que les femmes venant de secteur rural ou semi-rural avaient plutôt choisi d'être suivies par un MG, alors que les femmes venant de secteur urbain avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical ou par un GO. Selon elle, la proximité du lieu de consultation était considérée comme un peu plus importante par les femmes habitant en secteur rural ou semi-rural, et par les femmes suivies par un MG, ce qui concorde dans son étude avec le fait que les femmes venant de secteur rural ou semi-rural avaient plutôt choisi d'être suivies par un MG. Elle s'était alors interrogée sur l'hypothèse que les femmes choisissaient de se faire suivre par un MG plutôt que par un GO ou une SF pour des raisons de commodités²². Pourtant, dans notre étude la proximité géographique avec le praticien qui réalise le suivi de grossesse semblait secondaire, les femmes n'hésitant pas à faire plus d'une heure de route pour aller en consultation. Une précédente étude, réalisée par Audrey

GENTRIC avait noté le même phénomène, également dans les Alpes-Maritimes (06). Nous pouvons donc nous interroger sur la notion de proximité. Existe-t-il une spécificité des Alpes-Maritimes ou pouvons-nous considérer que les femmes vivant en zone urbaine sont moins stressées dans le sens où elles peuvent aller voir leur MG pour le suivi parce qu'elles savent qu'en cas de problème, le spécialiste n'est pas loin ? Alors qu'en milieu rural, les femmes sont peut-être plus rassurées de faire leur bilan une fois par mois avec le spécialiste et tous les examens nécessaires²³.

Dans notre étude, l'importance accordée au genre du praticien variait beaucoup. Alors que la plupart des femmes interrogées n'y prêtaient pas attention, certaines avaient une préférence pour les praticiens de sexe masculin tandis que d'autres étaient très gênées lors qu'il s'agissait d'un homme. YILDIZ retrouvait également dans sa thèse que le genre du MG n'avait pas beaucoup d'importance²⁴. Elle retrouvait d'ailleurs une certaine ambivalence des femmes par rapport au genre du MG : les femmes souhaiteraient plus souvent être suivies par leur MG quand celui-ci est une femme, alors qu'elles prétendaient ne pas attacher d'importance au genre du médecin. La gêne exprimée par les femmes est peut-être une conséquence du comportement même du médecin, s'il se sent lui-même gêné de réaliser un examen gynécologique à des patientes qu'il connaît depuis longtemps ou s'il se sent moins attiré par la gynécologie-obstétrique. Si le genre du praticien ne semble pas forcément avoir beaucoup d'impact dans le choix du praticien, la pudeur était en revanche un argument avancé dans notre étude par de nombreuses femmes quant au non-choix du MG pour le suivi de grossesse. Un autre thésard sur le sujet écrivait : « *La relation qu'entretiennent les patientes avec leur généraliste est à "double tranchant". D'une part il existe une relation de confiance qui incite les patientes à le faire participer à leur suivi gynécologique, d'autre part elles prétendent trop bien le connaître pour se faire examiner par lui. Chaque femme en fonction de sa pudeur s'orientera ou non vers son médecin traitant* »²⁵. La pudeur des patientes était également mentionnée spontanément par un tiers des MG de l'arrière-pays niçois, interrogés par Sébastien DAPOIGNY dans le cadre de sa thèse en miroir de notre travail¹⁶.

D. L'ambivalence des femmes concernant leur suivi de grossesse : un paradoxe bien naturel

Suite au plan de périnatalité (2005-2007), la HAS recommande le retour à un suivi de grossesse plus humain et moins technique. Le rôle du MG, par son statut de médecin référent et de premier recours, a donc une place primordiale dans le suivi de grossesse. Une centralisation des informations relatives au suivi de grossesse (suivi systématique et événements intercurrents) permettrait donc une prise en charge plus globale de la patiente.

Dans notre étude, nous avons pu noter une certaine ambivalence chez les femmes. En effet, si certaines d'entre elles témoignaient d'une volonté d'un retour à un suivi de grossesse plus physiologique pour les grossesses ultérieures, elles restaient néanmoins demandeuses d'examens complémentaires sophistiqués et réalisaient finalement souvent leur suivi de grossesse chez un GO voire une SF. Il serait donc intéressant de recontacter les participantes au décours d'une future grossesse afin de constater si elles ont finalement changé de mode de suivi de grossesse.

Comme le constate Claire PASCAL-HOULE²⁶, cette hésitation des professionnels, des patientes et des pouvoirs publics est résumée par les 3 modèles différents de prise en charge de la grossesse décrits par Davis-Floyd:

- Le modèle technocratique est une prise en charge traditionnelle ou paternaliste dans laquelle l'expertise médicale repose sur la science et la technologie²⁷,
- Le modèle humaniste (ou biopsychosocial) valorise quant à lui le patient en tant que sujet relationnel et promeut des qualités d'empathie et de compassion²⁷,
- Le modèle holiste. Il insiste sur la continuité entre le corps et l'esprit, et constitue une prise en charge globale prenant en compte l'aspect émotionnel et humain²⁷.

Les femmes enceintes sont non seulement conscientes de ces différents modèles, mais parfois tiraillées entre leur envie d'être suivies par une sage-femme pour son approche relationnelle basée sur leur ressenti, et leur envie d'être suivies par un gynécologue pour son approche technique rassurante²⁷.

Dans sa thèse, BERGERON relate les propos d'un MG concernant la définition de la grossesse à bas risque: « *Moi je crois que c'est aussi notre rôle, bien qu'étant médecin, de dire que ce n'est pas une maladie, démedicaliser... L'humanité a survécu, quand même, malgré les médecins...* »²⁸. Ces propos résonnent d'ailleurs avec ceux d'une des femmes que nous avons interviewée : « *Après faut pas trop moderniser les vallées (...) Qu'elles ne deviennent pas des villes, justement* », « *Je pense à nos grands-mères qui n'étaient pas suivies autant et ça se passait la plupart du temps très bien* » (P5). Ceci est d'autant plus paradoxal que cette même femme, réalisant effectivement un suivi de grossesse par une SF exprimait une sensation de manque ou de frustration quant à ce type de suivi « *moi j'avais envie de la voir un peu* », « *Et puis elle fait avec ce qu'elle a en plus. Avec sa petite valise (...) je savais que j'allais la voir une fois par mois et puis... (moue) c'est tout* » (P5). Dans la littérature, SF et MG s'accordent pour évoquer la surmédicalisation des grossesses dites « à bas risque ». Cette surmédicalisation aurait des conséquences chez les femmes enceintes, parmi lesquelles un stress induit comme le mentionne Sébastien DAPOIGNY¹⁶.

Une solution à ce paradoxe bien naturel ne serait-elle pas le développement des maisons de naissance ? De nombreux pays voisins proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation. Le Plan Périnatalité 2005-2007 les définissaient déjà comme le « *lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* »². En effet, depuis quelques années, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont conduit des femmes à demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées. La HAS a donc publié en septembre 2014 le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance²⁹. Selon la HAS, les maisons de naissance sont des structures où des SF réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L.4151-1 et L.4151-3 du code de la santé publique. Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Elles sont ouvertes au minimum dès lors qu'une femme vient y accoucher : il s'agit d'une ouverture à la demande. La HAS précise que « *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance*

est comptabilisée avec celle de cette structure » (article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance)²⁹.

E. Carnet de maternité : un outil utile mais largement sous-utilisé malgré un manque de communication patent entre les professionnels

Le carnet de maternité apparaît comme un moyen facile à utiliser pour communiquer entre professionnels de la périnatalité. Il est distribué gratuitement à chaque femme enceinte lors du 1^{er} examen prénatal. Au regard des entretiens réalisés au cours de ce travail, nous avons pu constater que le carnet de maternité, bien qu'étant un outil très utile, reste largement sous-utilisé. En effet, au cours de notre étude, deux tiers des femmes ne l'ont jamais utilisé, un tiers mentionnait avoir lu les informations qui y étaient dispensées, et seulement deux femmes, suivies par des SF de la PMI expliquaient l'avoir utilisé pour faire le lien avec la maternité. Ceci confirme les résultats de l'étude de CASALS en 2006 sur l'utilisation du carnet de maternité dans l'Est Parisien. Elle avait malheureusement constaté qu'aucun des professionnels concernés par le suivi de grossesse n'utilisait de façon régulière le carnet de maternité¹⁴ et elle recommandait alors :

- qu'une campagne de sensibilisation du grand public soit lancée, afin de mieux informer les femmes de l'existence et de l'utilité de ce carnet¹⁴,
- que son contenu et le caractère obligatoire de son remplissage fassent partie des formations initiales universitaires et des formations continues de tous les professionnels de périnatalité¹⁴.

De la même façon, Lorène BERTRAND, dans le mémoire de fin d'études de sage-femme relatait que les médecins généralistes interrogés étaient 27 % à déclarer se servir du carnet de maternité, contre 61 % chez les sages-femmes¹⁷.

Compte tenu de ce manque important de communication, les correspondances écrites doivent se généraliser entre les professionnels de la périnatalité, par le biais du carnet de maternité, sous-utilisé, mais aussi par les courriers médicaux, dans un but de transmission confraternelle et dans le futur probablement sous la forme de dossiers informatisés partagés. Nous pouvons également penser que des efforts doivent être poursuivis pour améliorer la collaboration et la communication entre les GO, les SF et les MG, par le biais de formations communes, de communications écrites et par les réseaux de périnatalité.

V. CONCLUSION :

Notre étude s'est intéressée à la périnatalité. Le plan de périnatalité 2005-2007, les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007, l'Enquête Nationale Périnatale 2010 et le rapport annuel de la Cour des Comptes de 2012 témoignent de l'intérêt majeur porté par la politique de santé à ce sujet. Le suivi des grossesses à bas risque est une pratique qui fait partie du champ de compétences du médecin généraliste (MG), et les recommandations préconisent leur suivi par un MG ou une sage-femme (SF). Dans les faits la plupart de ces grossesses sont suivies par des gynécologues-obstétriciens (GO).

Notre objectif était d'étudier les représentations des femmes enceintes de l'arrière-pays niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse. Deux thèses en miroir ont été menées afin d'explorer les représentations des femmes et celles des médecins généralistes, concernant le suivi de grossesse dans les Espaces de Santé de Proximité (ESP) « fragiles ».

Comme dans la littérature les femmes de notre échantillon étaient majoritairement suivies par des GO en contradiction avec les recommandations. Dans la thèse réalisée en miroir, les résultats étaient similaires puisque seuls quelques MG des ESP fragiles réalisaient des suivis de grossesse. Ils s'accordaient d'ailleurs à dire qu'il s'agissait d'une activité marginale, en constante régression malgré leur motivation pour cet exercice¹⁶.

Les résultats de notre étude ont trouvé que les femmes avaient certains critères concernant le choix du praticien qui suivrait leur grossesse. Certains tels que la compétence, la disponibilité et la confiance étaient attendus. En revanche, alors que nous aurions pu nous attendre comme le suggéraient les MG interrogés par Sébastien DAPOIGNY à ce que la proximité soit un critère important pour les femmes, c'est en réalité le contraire. En effet, les femmes n'étaient pas gênées par l'éloignement géographique du spécialiste. Ainsi, nous avons montré que les femmes interrogées étaient globalement satisfaites de leur suivi de grossesse et n'ont pas été dérangées par le fait d'avoir vécu leur grossesse dans l'arrière-pays. Elles envisageaient d'ailleurs en majorité de poursuivre avec le même praticien en cas de future grossesse. Ce travail démontre néanmoins un paradoxe bien naturel chez les femmes enceintes qui souhaiteraient réaliser un suivi de grossesse de proximité tout en bénéficiant d'examen échographiques réguliers de surveillance.

Les femmes ont justifié le faible recours au MG par la méconnaissance de ses capacités à faire un suivi de grossesse mais également par une certaine pudeur envers leur MG. Ces arguments ont d'ailleurs été confirmés puisque les médecins avaient eux-mêmes avancé ces hypothèses¹⁶.

Alors que les MG se sentaient exclus du suivi de grossesse et se plaignaient de problèmes de communication entre les professionnels de la périnatalité, les femmes, elles, ne ressentaient pas de besoin de coordination des soins. Ceci s'expliquait le plus souvent par le fait qu'elles n'avaient qu'un seul interlocuteur et qu'elles n'identifiaient pas d'information qu'elles ne puissent porter.

Pour conclure, afin de redonner une place centrale au MG dans le suivi de grossesse, nous pouvons suggérer : Une meilleure information des femmes concernant l'aptitude des MG à réaliser le suivi de grossesse à bas risque lors d'un entretien dédié avec le MG ou par le biais d'une campagne d'éducation à la santé, voire de rediscuter de l'accès direct spécifique au gynécologue. Il serait donc intéressant que d'autres études soient menées, par méthode de consensus par exemple, auprès de GO et de SF afin de pouvoir identifier des pistes communes pour mieux suivre les recommandations.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé.
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles [en ligne]. Saint-Denis la Plaine: HAS ; Mai 2007. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
(consulté le 18 août 2015)
2. Ministère de la santé et de la protection sociale.
Plan Périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. Novembre 2004. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
(consulté le 18 août 2015)
3. Haute Autorité de Santé.
Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé [en ligne]. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
(consulté le 18 août 2015)
4. Blondel B, Kermarrec M.
Enquête Nationale Périnatale 2010. Les NAISSANCES en 2010 et leur évolution depuis 2003 [en ligne]. Mai 2011. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
(consulté le 18 août 2015)
5. National Institute for Clinical Excellence, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health.
Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. London: RCOG Press; 2003.
6. Union Professionnelle des Médecins Libéraux des Pays-de-la-Loire.
Recommandations pour la surveillance de la grossesse à bas risque. Nantes: UPML ; 2000.
7. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G.
Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001; Issue 4; 2007. Disponible sur:
<http://www.who.int/rhl/reviews/langs/CD000934ru.pdf>
(consulté le 18 août 2015)
8. Blondel B.
Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas et haut risque. Bilan des études d'évaluation. In: Collet M, Treisser A, dir. Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale ; Monaco. Paris: Arnette; 1999. p. 85-101.
9. République Française.
Arrêté du 21 juin 2007, relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité ».
Journal Officiel du 28 juillet 2007.
10. République Française.
Article L 145-4 du Code de la Santé Publique.

11. Le Goaziou MF.
Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Ou qu'est ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ? *Contracept Fertil Sex.* 1998 ; 26 (3): 221-224.
12. Benbassa A.
Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Propositions pour une meilleure pratique. Point de vue du spécialiste. *Contracept Fertil Sex.* 1998; 26 (3): 218-220.
13. Goberna Tricas J, Garcia Riesco P, Galvez Llado M.
Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Atención Primaria.* 1996 Jun; 18(2): 75-78.
14. Casals C.
Le carnet de maternité : un outil indispensable pour le suivi des grossesses [en ligne]. Th: Med: Paris 6; 2006. Disponible sur :
http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/casals_these_carnet_materniteV2.pdf
(consulté le 18 août 2015)
15. Schéma Régional d'Organisation de Soins.
Composante du projet régional de santé Paca 2012 / 2016 [en ligne]. Révision du 27 décembre 2013. Disponible sur :
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sant_e/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_soins_arspaca.pdf
(consulté le 18 août 2015)
16. Dapoigny S.
Représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes. Th : Med : Nice ; 2015.
17. Bertrand L.
Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes [en ligne]. Mémoire de Sage-femme : Toulouse ; 2008. Disponible sur :
<http://www.memoireonline.com/06/08/1149/collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes.html>
(consulté le 18 août 2015)
18. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L.
Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* [en ligne]. 2008 ; 19(84) :142-5. Disponible sur :
http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
(consulté le 18 août 2015)
19. Hureau S.
Le suivi des femmes enceintes : parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Th : Med : Bordeaux 2 ; 2008.
20. Gros-Lenne B.
Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi [en ligne]. Th : Med : Paris 12 ; 2005. Disponible sur :
<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0233628.pdf>
(consulté le 18 août 2015)

21. Rajot-Bonelli F.
Réflexions sur le rôle et la place des divers intervenants dans le suivi de la femme, de la grossesse au post-partum : à propos d'une enquête réalisée dans l'agglomération lyonnaise. Th : Med : Lyon ; 2002.
22. Pépin-Moinard M.
Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas-risque [en ligne]. Th : Med : Nantes ; 2012. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/64e640dc-afee-409a-b00d-f4f82841208a>
(consulté le 18 août 2015)
23. Gentric A.
Suivi de grossesse : Avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste [en ligne]. Th: Med: Nice; 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910808/document>
(consulté le 18 août 2015)
24. Yildiz H.
Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [en ligne]. Th: Med: Nancy; 2010. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf
(consulté le 18 août 2015)
25. Barre-Chantrec C.
Qu'est ce qui détermine le choix du praticien pour le suivi gynécologique des femmes? Th : Med : Clermont-Ferrand ; 2009.
26. Pascal-Houle C.
Suivi de grossesse : Critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : Enquête auprès de patientes de la région Dieppoise [en ligne]. Th: Med: Rouen; 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751/document>
(consulté le 18 août 2015)
27. Manaï D, Burton-Jeangros C, Elger B.
Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. Berne : Stämpfli Editions SA ; 2010.
28. Bergeron C.
Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? [en ligne]. Th : Med : Nantes ; 2012.
Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/59f002f1-064f-4e6e-90f2-d2086fa56a64>
(consulté le 18 août 2015)
29. Haute Autorité de Santé.
Cahier des charges de l'expérimentation HAS: Maisons de naissance [en ligne]. Saint-Denis la Plaine: HAS ; Septembre 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
(consulté le 18 août 2015)

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Territoire géographique de l'étude



ANNEXE 2 : Note d'information et consentement à l'enregistrement de l'entretien

« Quelles sont les représentations des femmes enceintes du Moyen et du Haut Pays Niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse? »

Madame,

Vous avez accepté de participer à notre étude sur les représentations des femmes de l'arrière-pays Niçois concernant leur suivi de grossesse et nous vous en remercions.

Cette étude vise à explorer les attentes des patientes enceintes du Moyen et du Haut Pays Niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse. En effet, cette étude nous permettra de mieux comprendre quels sont les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse ainsi que le rôle de chacun: n'hésitez-donc pas à nous faire part de vos avis favorables, mais également défavorables !

Notre rendez-vous est fixé au / / à h

Audrey s'entretiendra donc pendant environ une heure avec vous sur ce sujet dans un endroit qui vous conviendra et où vous serez à l'aise, chez vous ou ailleurs. L'entretien sera filmé et enregistré grâce à un dictaphone puis retranscrit mot-à-mot pour qu'il soit analysé.

Cette retranscription sera anonymisée et numérotée. Vos coordonnées seront conservées à part, et vous pourrez avoir accès à vos données à tout instant, grâce au numéro relié à votre nom pour retrouver votre entretien.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Certaines de vos remarques pourront être citées dans notre travail de manière anonyme.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude, ou retirer votre autorisation à tout moment. Votre refus n'aura aucune conséquence sur votre suivi ou sur les relations avec votre médecin.

Nous vous prions de bien vouloir signer l'accord d'enregistrement et d'exploitation des données ci-joint.

Nous vous remercions grandement pour votre participation et restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

A bientôt.

Cordialement,

Mlle Audrey GOUGET, Interne de Médecine Générale

Dr BOUCHEZ, Chef de Clinique Médecin Généraliste

Contacts : Par mail : gouget_audrey@hotmail.com

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Date, Nom et Signature (participant) _____

Date, Nom et Signature (investigateur) _____

Je soussignée, Mme _____, accepte que l'entretien sur la coordination des soins lors du suivi de grossesse soit enregistré, conservé, analysé et cité.

A _____, le / /

Accord à retourner signé par mail à gouget_audrey@hotmail.com

ANNEXE 3 : Lettre d'information PMI



CONSEIL GENERAL DES ALPES-MARITIMES

Nom et adresse de la mère

Nice, le

Madame,

Des étudiants réalisent actuellement un travail de thèse en médecine générale sur l'opinion des femmes enceintes du Moyen et Haut-Pays des Alpes-Maritimes concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse.

Pour cela, une enquête va être réalisée auprès de femmes ayant accouché entre le 1er juin 2013 et le 31 décembre 2013 et votre opinion est importante.

Si vous acceptez d'y participer, merci de contacter Madame GOUGET Audrey par téléphone : 06. ou par e-mail : gouget_audrey@hotmail.com, pour convenir d'un rendez-vous. Elle vous expliquera les modalités de l'entretien dont la durée est d'environ 45 minutes et qui se déroulera chez vous ou dans un lieu proche de chez vous afin que vous n'ayez pas à vous déplacer.

Les informations issues de l'entretien seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme. Conformément à l'article 34 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous pourrez exercer votre droit d'accès et de rectification à ces données en vous adressant à :

DERMG Université de Nice Sophia-Antipolis - Faculté de médecine
A l'attention du Dr BOUCHEZ
28 Avenue Valombrose - 06107 NICE Cedex 2.

Vous pouvez à tout moment refuser de participer à cette étude, ou retirer votre autorisation. Votre refus n'aura aucune conséquence sur votre suivi ou sur les relations avec votre médecin.

Par avance, je vous remercie pour votre précieuse collaboration et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

Médecin départemental de PMI

ANNEXE 4 : Formulaire de participation PMI

Formulaire de participation à l'enquête
Opinion des femmes enceintes du Moyen et Haut-Pays des Alpes-Maritimes
concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse

Je soussignée Madamenée le autorise,

Mademoiselle GOUGET Audrey, interne en médecine générale, à me contacter par téléphone pour l'enquête et à me rencontrer chez moi ou dans un lieu proche de chez moi afin que je n'ai pas à me déplacer.

Numéro de téléphone :.....

À....., le

Signature après avoir écrit « Lu et Approuvé »

ANNEXE 5 : Guide d'entretien – Première version

1. GROSSESSE :

- Comment s'est passée votre grossesse ?
- Comment vous êtes-vous sentie au cours de cette grossesse ?
Bien-être ? Anxiété ? Stressée ?
- Comment se sont passées vos précédentes grossesses ?
- Quelle a été la place du futur papa au cours de votre grossesse ?

6. AUTRES THEMES :

Est-ce qu'il y a des choses que je n'ai pas abordées et qui vous semblent importantes ?

5. GROSSESSES ULTERIEURES :

- Est-ce que vous feriez pareil pour une prochaine grossesse ?
- Qu'est-ce que vous conseilleriez à une proche ? Pourquoi ?
- Vous qui vivez dans l'arrière-pays Niçois, quel est selon vous le suivi de grossesse idéal ?

4. CARNET DE MATERNITE :

- Quels étaient les outils de communication entre les différents professionnels de santé qui ont suivi votre grossesse (courrier, carnet de maternité...) ?
- Avez-vous déjà entendu parler du carnet de maternité ?
- Est-ce que vous vous en êtes déjà servie ?
- Quel a été son parcours au cours de votre grossesse ? Quand l'avez-vous reçu ?
- Qu'avez-vous pensé du contenu du carnet de maternité ?
- Pensez-vous qu'il vous a été utile ?

2. CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE :

- Avez-vous choisi particulièrement un professionnel de santé qui suivrait votre grossesse ? Comment l'avez-vous choisi ? *Sur quels critères ? (Proximité ? Disponibilité ? Coût ? Compétences ?...)*
- Est-ce que d'autres professionnels de santé ont participé à votre suivi de grossesse ?
- Avez-vous été suivie par la PMI ?
- Pourquoi avez-vous choisi pour votre suivi de grossesse : Un MG plutôt qu'un GO ou une SF ? Ou un GO plutôt qu'un MG ou une SF ? Ou une SF plutôt qu'un MG ou un GO ?
Qui vous l'a conseillé ? Qu'est-ce qu'on vous en a dit ?
- Qui a fait la déclaration de grossesse ?
- Vous a-t-on proposé un Entretien Pré-Natal Précoce (4^{ème} mois) ?
- Vous a-t-on proposé un Entretien Post-Natal Précoce (dans les 15 jours suivant l'accouchement) ?

3. INTERACTIONS ENTRE LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DE SANTE :

- Comment avez-vous communiqué avec les différents professionnels qui sont intervenus pendant votre grossesse ?
- Comment s'est passée la communication entre les différents professionnels de santé qui ont suivi votre grossesse ?
- Quel a été votre sentiment par rapport au partage des informations médicales nécessaires à votre suivi de grossesse entre les différents professionnels de santé qui vous ont pris en charge ?
- Comment vous êtes-vous sentie suivie lors de votre grossesse ? Quel a été votre sentiment ?

Guide d'entretien :

« Je suis Mlle GOUGET, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur les représentations des femmes du Moyen et du Haut Pays Niçois concernant leur suivi de grossesse en effectuant une enquête auprès de femmes accouchées depuis moins d'un an.

Ces enquêtes permettront de mieux comprendre quels sont les professionnels impliqués et le rôle de chacun. L'entretien est enregistré si vous êtes d'accord, en sachant que l'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne souhaitez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».

ANNEXE 6 : Questionnaire des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Questionnaire

Pourquoi ce questionnaire en plus ?

Ces informations vont me permettre de mieux vous connaître et de voir si certaines particularités des femmes que je vais rencontrer sont liées à certaines idées qu'elles expriment. Merci encore pour votre participation à cette étude.

1. Quel âge avez-vous ? _____ ans
2. Etes-vous : Mariée ☐ En concubinage ☐ Célibataire ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐
3. Quelle profession exercez-vous ? _____ (code du tableau)
4. Quel est votre code postal ? _____
5. Quel est votre lieu de naissance ? _____
6. Depuis quand habitez-vous dans la région ? _____ mois/années
7. Combien avez-vous d'enfants ? _____
8. Quel âge ont vos enfants ? _____
9. Quel âge à votre bébé ? _____
10. De quelle couverture sociale bénéficiez-vous ?
 Avez-vous une sécurité sociale ? Oui ☐ Non ☐
 Avez-vous une mutuelle ? Oui ☐ Non ☐
 Avez-vous la CMU ? Sur la part obligatoire ☐ Sur la part complémentaire ☐
11. Qui fait votre suivi gynécologique habituel en dehors de la grossesse ?
 Médecin généraliste ☐ Gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Pas de suivi ☐

1. Agriculteurs exploitants	11. Agriculteurs sur petite exploitation
	12. Agriculteurs sur moyenne exploitation
	13. Agriculteurs sur grande exploitation
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21. Artisans
	22. Commerçants et assimilés
	23. Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	31. Professions libérales et assimilés
	33. Cadres de la fonction publique
	34. Professeurs, professions scientifiques
	35. Professions de l'information, des arts et des spectacles
	37. Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
	38. Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4. Professions intermédiaires	42. Professeurs des écoles, instituteurs ou assimilés
	43. Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44. Clergé, religieux
	45. Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46. Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47. Techniciens
	48. Contremaîtres, agents de maîtrise
5. Employés	52. Employés civils et agents de service de la fonction publique
	53. Policiers et militaires
	54. Employés administratifs d'entreprise
	55. Employés de commerce
	56. Personnels des services directs aux particuliers
6. Ouvriers	62. Ouvriers qualifiés de type industriel
	63. Ouvriers qualifiés de type artisanal
	64. Chauffeurs
	65. Ouvriers qualifiés de manutention, du magasinage et du transport
	67. Ouvriers non qualifiés de type industriel
	68. Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69. Ouvriers agricoles
7. Retraités	71. Anciens agriculteurs exploitants
	72. Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	74. Anciens cadres
	75. Anciennes professions intermédiaires
	77. Anciens employés
	78. Anciens ouvriers
8. Autres personnes sans activité professionnelle	81. Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	83. Militaires du contingent
	84. Élèves, étudiants
	85. Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
	86. Personnes diverses sans activités professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 7: Avis favorable CCTIRS

1



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Paris, le 30 septembre 2014

Direction générale
de la recherche et de l'innovation

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière
de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Référence chrono : DGRI CCTIRS MG/CP°2014.708

Affaire suivie par : Claudine Poudroux

Recommandé avec AR

Numéro de dossier à rappeler dans toute

correspondance : CCTIRS N° 14.596

Vos réf. : -

Responsable administrative CCTIRS : Francine Gaufreteau

Mél. : francine.gaufreteau@recherche.gouv.fr

Madame,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Quelles sont les représentations des femmes enceintes des Moyens et Hauts Pays des Alpes-Maritimes sur le plan de la coordination des soins de leur suivi de grossesse ? ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Le Comité appelle par ailleurs votre attention sur le fait que toute modification ultérieure du projet que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « barrés » et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Madame Tiphonie BOUCHEZ
Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine
Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
28 avenue Valombrose
06107 NICE Cedex 2

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 14.596

Intitulé de la demande : Quelles sont les représentations des femmes enceintes des Moyen et Haut Pays des Alpes-Maritimes sur le plan de la coordination des soins de leur suivi de grossesse ?

Responsable scientifique : Tiphane BOUCHEZ

Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine
Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
28 avenue Valombrese
06107 NICE Cedex 2

Demandeur :

Université Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine
Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale
28 avenue Valombrese
06107 NICE Cedex 2

Dossier reçu le : 26.06.14

Dossier examiné le : 25 septembre 2014

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Remarque : les données complètes de l'enquête nationale périnatale 2010 sont disponibles sur le site de la Drees (« Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ») et fournissent des données plus récentes sur les professionnels consultés au cours du suivi de la grossesse et sur l'utilisation du carnet de maternité. Le comité vous demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- 1) *Le protocole ne précise pas pourquoi il est nécessaire que les entretiens soient filmés (un enregistrement sonore serait suffisant ?) et comment seront analysés les films. Les patientes doivent être informées de ces modalités de l'entretien (droit à l'image) et il faut préciser si ces films et enregistrements sonores seront conservés à l'issue du travail de thèse, comment et où ils seront conservés etc...*
- 2) *Pour la CNIL, le protocole doit justifier l'intérêt du recueil du lieu de naissance.*
- 3) *La note d'information doit mentionner clairement le droit de refus, à tout moment et sans conséquence pour la prise en charge ultérieure de la mère ou de ses enfants.*
- 4) *Pour quelle raison une liste de correspondance est-elle prévue ? A l'issue du recueil de données et du gel de la base, elle devrait être détruite puisqu'aucun suivi n'est prévu.*

Fait à Paris, le 30 septembre 2014

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif



ANNEXE 8 : Avis favorable CNIL



Le Vice-Président délégué

Madame Tiphany BOUCHEZ
FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE
DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE
RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE
28 AVENUE DE VALOMBROSE
06107 - NICE CEDEX 2

Paris, le 07 MAI 2015

N/Réf. : MMS/VCS/AR151323

Objet : NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DR-2015-123 autorisant la FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude sur les représentations des femmes enceintes des Moyen et Haut pays des Alpes Maritimes sur le plan de la coordination des soins de leur suivi de grossesse. (Demande d'autorisation n° 914578)

Madame,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

ÉTUDE SUR LES REPRÉSENTATIONS DES FEMMES ENCEINTES DES MOYEN ET HAUT PAYS DES ALPES MARITIMES SUR LE PLAN DE LA COORDINATION DES SOINS DE LEUR SUIVI DE GROSSESSE.

Cette étude, réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine et bénéficiant d'un avis favorable du CCTIRS, vise à explorer les attentes de femmes ayant accouché entre le 01/06/2013 et le 31/12/2013 et ayant mené leur grossesse dans des Moyen et Haut-Pays des Alpes-Maritimes sur le plan de la coordination des soins de leur suivi de grossesse.

Ce traitement relève de la procédure des articles 54 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Les services de notre Commission ont étudié les conditions définies dans le dossier de formalités préalables déposé à l'appui de cette demande et notamment celles relatives à l'exercice effectif des droits des participants à l'étude.

Je prends acte de ce qu'un courrier d'information sur l'objectif de l'enquête sera adressé, par l'intermédiaire du service de PMI, aux personnes concernées qui, en cas de consentement, contacteront l'étudiante afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien sur le suivi de grossesse.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

8 rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS Cedex 02 - Tél : 01 53 73 22 22 - Fax : 01 53 73 22 00 - www.cnil.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les données nécessaires au traitement des courriers et des dossiers de formalités reçus par la CNIL sont enregistrées dans un fichier informatisé réservé à son usage exclusif pour l'accomplissement de ses missions. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au correspondant informatique et libertés (CIL) de la CNIL.

Il convient toutefois de remplacer, dans la note d'information, le terme d'anonymat qui est inapproprié par celui de confidentialité en mentionnant l'utilisation de codage des informations sans mention des nom et prénom des personnes.

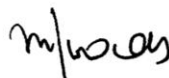
Au nombre des méthodes d'investigation envisagées, comptent des enregistrements vidéo. Interrogé sur ce point par la Commission, vous avez indiqué que la méthodologie de l'étude n'était pas compatible avec un floutage des visages des personnes concernées, les enregistrements vidéo devant permettre d'analyser non seulement la communication verbale, mais également la communication non verbale dans le but d'améliorer l'interprétation des données.

Je vous rappelle que ces enregistrements vidéo devront être subordonnés au recueil du consentement spécifique, exprès et préalable des participantes. Le formulaire de recueil du consentement devra spécifier les objectifs poursuivis par les enregistrements et indiquer qu'ils seront utilisés dans le cadre strict de l'étude, accessibles uniquement aux chercheurs impliqués dans l'étude, puis détruits après analyse.

Après avoir examiné les catégories de données traitées et les destinataires, je vous rappelle que conformément au 3^{ème} alinéa de l'article 55, la présentation des résultats du traitement de données ne peut, en aucun cas, permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées.

En application des articles 15 et 69 de la loi précitée et de la délibération n° 2009-674 du 26 novembre 2009 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.



Marie-France MAZARS

ANNEXE 9 : Formulaire de participation

Le / /2014

NOTE D'INFORMATION POUR TRAVAIL DE THESE

Nous sommes médecins généralistes en formation et nous effectuons actuellement un travail de thèse afin d'explorer ce que pensent les femmes enceintes du Moyen et du Haut Pays Niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse.

Pour cela, nous réalisons une enquête auprès de femmes accouchées depuis moins d'un an. C'est pour cette raison que nous vous contactons, car votre opinion est importante pour ce travail et pour améliorer les soins de femmes comme vous.

Si vous acceptez de participer, vous serez initialement contactée par téléphone pour vous expliquer la démarche et l'objectif, puis une rencontre sera organisée. Cette rencontre aura lieu dans un endroit qui vous conviendra et où vous serez à l'aise, chez vous ou ailleurs. L'entretien sera enregistré, puis retranscrit mot-à-mot pour qu'il soit analysé. Cette retranscription sera anonymisée et numérotée. Vos coordonnées seront conservées à part, et vous pourrez avoir accès à vos données à tout instant, grâce au numéro relié à votre nom pour retrouver votre entretien.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude, ou retirer votre autorisation à tout moment.

Votre refus n'aura aucune conséquence sur votre suivi ou sur les relations avec votre médecin.

Nous vous remercions de votre participation.

Je soussignée Menée le autorise Mlle GOUGET

Audrey, interne en médecine générale, à me contacter par téléphone à propos de sa thèse et à me rencontrer si je suis d'accord.

Numéro de téléphone :.....

Signature après avoir écrit « Lu et Approuvé »

ANNEXE 10 : Tableau des attributs

Participant	Age	Statut marital	Lieu de naissance	Lieu de grossesse	Type de grossesse	Installation en zone fragile	CSP	Parité	Niveau Maternité selon RSN	Temps de trajet domicile-maternité	Couverture sociale	Suivi gynéco habituel	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
P1	37 ans	Mariée	06000	Vésubie	Simple	6 ans	85	2	Niveau I	59 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	26/05/14	01h17
P2	31 ans	Concubine	06800	Vésubie	Simple	31 ans	43	1	Niveau I	63 minutes	SS + Mutuelle	Sage-femme	04/08/14	00h28
P3	28 ans	Concubine	06100	Vésubie	Simple	20 ans	38	1	Niveau III	55 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	23/08/14	00h38
P4	28 ans	Mariée	05000	Vésubie	Simple	9 ans	43	2	Niveau I	60 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	22/09/14	00h26
P5	37 ans	Mariée	49000	Vésubie	Simple	7 ans	42	4	Niveau III (VSAV)	65 minutes	SS + Mutuelle	Pas de suivi	01/10/14	00h40
P6	27 ans	Mariée	06000	Cians	Simple	8 ans	22	1	Niveau I	85 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	11/12/14	00h50
P7	31 ans	Concubine	06000	Vésubie	Simple	31 ans	54	2	Niveau I	63 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	16/12/14	00h42
P8	38 ans	PACSée	94210	Estéron	Gémellaire	19 mois	54	4	Niveau III	70 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	26/01/15	00h25
P9	25 ans	Célibataire	06000	Var	Simple	25 ans	85	3	Niveau III	61 minutes	SS + CMUc	Pas de suivi	29/01/15	00h26
P10	35 ans	Mariée	50130	Var	Simple	6 ans	52 (CP)	4	Niveau III	61 minutes	SS + Mutuelle	Sage-femme	29/01/15	00h50
P11	30 ans	Concubine	06000	Roya	Simple	30 ans	43	1	Niveau IIa	74 minutes	SS + Mutuelle	Gynéco	09/02/15	00h58
P12	28 ans	Mariée	33500	Roya	Simple	4 ans	11	3	Niveau IIa	54 minutes	SS + Mutuelle	Pas de suivi	06/03/15	01h07

ANNEXE 11 : Arbre de l'analyse thématique

A. Caractéristiques de l'échantillon

B. Vécu du suivi de grossesse :

1. Le besoin d'être rassurée
2. Une grossesse globalement bien vécue
3. Les étapes du suivi de grossesse :
 - a. Les échographies obstétricales : souvent rassurantes, parfois stressantes
 - b. La future mère au centre du suivi
4. Le vécu de l'accouchement
5. L'implication de l'entourage

C. Spécificités de l'arrière-pays :

1. Un manque d'infrastructures dans les Espaces de Santé de Proximité « fragiles »
2. Une prise en charge de proximité satisfaisante mais trop peu connue
3. Une question cruciale : « Est-ce que je vais arriver à temps ? »
4. Un cadre agréable malgré la logistique et les aléas des routes de montagne

D. Choix du professionnel de santé :

1. Déterminants du choix du professionnel de santé :
 - a. Importance d'une bonne communication
 - b. Importance de la qualité du suivi et du climat de confiance
 - c. Localisation et ponctualité : Impact sur la vie quotidienne
 - d. Disponibilité des professionnels de santé
 - e. Influence des tiers dans le choix du professionnel
 - f. Essayer de se faciliter la vie
2. Place du médecin généraliste :
 - a. 1^{er} recours et pathologies intercurrentes
 - b. Pudeur et manque d'information au premier plan
3. Place de la PMI : Un rôle peu connu malgré une approche plus humaine
4. Critères de choix du gynécologue-obstétricien :
 - a. Relation privilégiée avec le gynécologue-obstétricien
 - b. Sexe et âge du gynécologue-obstétricien
 - c. Présence du gynécologue-obstétricien à l'accouchement
5. Les sages-femmes rarement sollicitées de façon spontanée malgré une dimension humaine importante

E. Choix de la structure pour le suivi de grossesse et l'accouchement :

1. Suivi de grossesse : Hôpital versus clinique :
 - a. CHU: réputé pour le suivi de grossesse à risque et la simplicité
 - b. Hôpital : la multiplicité des acteurs rend le suivi de grossesse impersonnel
 - c. Choix actif de l'hôpital versus choix passif de la clinique
 - d. Business autour de la grossesse à l'hôpital comme en clinique
2. Suivi de grossesse à domicile

F. Carnet de maternité :

1. Source d'information pour les femmes ou leur mari
2. Rarement utilisé par les obstétriciens, plus souvent pas les sages-femmes

G. Communication entre les différents intervenants au cours du suivi de grossesse :

1. La communication interprofessionnelle du point de vue des femmes
2. Une communication hétérogène entre les femmes et les différents intervenants
3. Une communication globalement déficiente entre les différents intervenants

H. Suivi de grossesse idéal dans l'arrière-pays

SERMENT D'HIPPOCRATE

Serment du Conseil de l'Ordre des Médecins en France, réactualisé par Pr Bernard Hoerni.

Bulletin de l'Ordre des médecins - n° 4 d'avril 1996.

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RESUME

Quelles sont les représentations des femmes enceintes de l'arrière-pays niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse ?

Introduction

Depuis 2007, la HAS préconise le suivi de la grossesse normale par une sage-femme et/ou un médecin généraliste. Sur le terrain, le suivi reste majoritairement assuré par les gynécologues-obstétriciens. Pour explorer cet écart aux recommandations, cette étude a choisi d'étudier un territoire fragile en démographie de soins.

L'objectif principal était d'explorer les représentations des femmes enceintes de l'arrière-pays niçois concernant la coordination des soins de leur suivi de grossesse.

L'objectif secondaire était d'identifier la place du carnet de maternité dans ces représentations.

Méthodes

Une étude qualitative exploratoire a été réalisée par entretiens semi-dirigés individuels en 2014 et 2015 auprès de femmes ayant mené leur grossesse dans l'arrière-pays niçois. Les entretiens ont été filmés, retranscrits verbatim et analysés par théorisation ancrée approchée à l'aide du logiciel Nvivo®.

Résultats

Un échantillon varié de 12 femmes a permis la saturation théorique des données. Parmi elles, 75% étaient suivies par un gynécologue-obstétricien, 25% par une sage-femme. Les principaux critères de choix du professionnel étaient : compétence, disponibilité et confiance. Les femmes étaient majoritairement satisfaites de leur suivi de grossesse et envisageaient le même suivi en cas de grossesse ultérieure. Elles regrettaient le manque d'information sur les structures existant localement. Les femmes ne se sentaient pas concernées par la communication entre les professionnels et faisaient souvent l'intermédiaire car un support écrit était rarement utilisé. Le médecin généraliste était insuffisamment impliqué dans le suivi de grossesse du fait de la pudeur des femmes et de leur méconnaissance en ses capacités à suivre les grossesses.

Conclusion

Notre étude confirme l'écart aux recommandations et suggère que cela convient aux femmes des territoires étudiés malgré une ambivalence entre un désir de suivi de grossesse de proximité et une surveillance échographique régulière.

Mots-clefs : suivi de grossesse, coordination des soins, arrière-pays, médecine rurale, médecine générale, carnet de maternité, étude qualitative, entretiens semi-dirigés.

ABSTRACT

What are Nice hinterland's pregnant women representations about pregnancy follow-up care coordination?

Context

Since 2007, the French National Authority for Health prescribes a pregnancy follow-up by a midwife and/or a general practitioner (GP) in case of normal pregnancy. In reality, those pregnancies are mainly followed-up by obstetricians. To explore the gap between guidelines and reality, this study has chosen to examine a fragile demographic healthcare area. The main objective of the present study was to explore Nice hinterland's pregnant women representations about pregnancy follow-up care coordination. The secondary objective was to identify the place that maternity booklet holds in their representations.

Methods

An exploratory qualitative research was conducted by individual semi-structured interviews in 2014 and 2015 among Nice hinterland's pregnant women. Interviews were video-recorded, transcribed verbatim and data analysis was performed using a grounded theory approach via Nvivo® software.

Results

A varied sample of 12 women led to data saturation. Among these women, 75% were followed-up by obstetricians, 25% by midwives. Main criteria for the choice of the professional were: skill, availability and trust. Women were mostly pleased with their pregnancy follow-up and considered sticking with the same follow-up in the case of new pregnancy. They regretted the lack of information about local existing health-care structures. Women didn't feel concerned with communication among health professionals and often made the mediator because written medium was rarely used. GP was insufficiently involved in pregnancy follow-up due to women's modesty and their lack of knowledge of GP's abilities to practice pregnancy follow-ups.

Conclusion

Our study confirmed the gap to the guidelines and suggested that the situation suits women of the studied area, despite some ambivalence between the desire to a close pregnancy follow-up and a regular ultrasound monitoring.

Keywords: pregnancy follow-up, care coordination, hinterland, rural medicine, general medicine practice, maternity booklet, qualitative research, semi-structured interviews.