



HAL
open science

Quels sont les besoins et attentes des patientes en situation de vulnérabilité concernant leur suivi de grossesse ?

Lorène Gonzalez

► To cite this version:

Lorène Gonzalez. Quels sont les besoins et attentes des patientes en situation de vulnérabilité concernant leur suivi de grossesse ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02969590

HAL Id: dumas-02969590

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969590>

Submitted on 16 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
U.F.R DE MEDECINE

THESE

En vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lorène Gonzalez

Le 14 novembre 2018

Titre :

**QUELS SONT LES BESOINS ET ATTENTES DES PATIENTES EN SITUATION DE
VULNERABILITE CONCERNANT LEUR SUIVI DE GROSSESSE ?**

Directeur de Thèse : Docteur Béatrice Lognos

JURY

Président :

Professeur Michel AMOUYAL- Professeur des Universités de Médecine Générale

Assesseurs :

Docteur Elodie MILLION- Maître de Conférence Associé des Universités de Médecine Générale

Docteur Nadia RACHEDI- Gynécologue-obstétricien

Docteur Béatrice LOGNOS- Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

THESE

En vue de l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Lorène Gonzalez

Le 14 novembre 2018

Titre :

**QUELS SONT LES BESOINS ET ATTENTES DES PATIENTES EN SITUATION DE
VULNERABILITE CONCERNANT LEUR SUIVI DE GROSSESSE ?**

Directeur de Thèse : Docteur Béatrice Lognos

JURY

Président :
Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :
Docteur Elodie MILLION
Docteur Nadia RACHEDI
Docteur Béatrice LOGNOS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	PRAT Dominique
BLANC François	PRATLONG Francine
BOULENGER Jean-Philippe	PREFAUT Christian
BOURREL Gérard	PUJOL Rémy
BRINGER Jacques	ROSSI Michel
CLAUSTRES Mireille	SULTAN Charles
DAURES Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
DAUZAT Michel	VOISIN Michel
DEDET Jean-Pierre	ZANCA Michel
ELEDJAM Jean-Jacques	
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MAURY Michèle	
MILLAT Bertrand	
MARES Pierre	
MONNIER Louis	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation

SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur AMOUYAL,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour le temps que vous avez consacré à évaluer mon travail.

A Madame le Docteur MILLION,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et d'évaluer mon travail. Vos remarques lors de notre première rencontre il y a deux ans m'ont aidée à l'élaboration de mon sujet. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur RACHEDI,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de mes sincères remerciements pour votre disponibilité et pour avoir pris le temps d'évaluer mon travail.

A Madame le Docteur LOGNOS,

Je te remercie pour ton investissement dans mon travail et ton accompagnement à toutes les étapes de l'élaboration de cette thèse. Merci pour ta confiance et l'aide précieuse que tu m'as apportée dans cette initiation à la méthode qualitative.

Je remercie chaleureusement les sages-femmes **Mesdames EDWARDS, LEMIRE et MANKOWSKI** de m'avoir reçue dans leur cabinet, de s'être intéressées à mon sujet et de m'avoir permis de rencontrer leurs patientes. Ce travail n'aurait pu se faire sans votre enthousiasme et votre confiance. Je remercie également **Madame Hélène BLARD** du réseau Naître et Grandir en Languedoc Roussillon pour m'avoir apporté sa vision sur le sujet et pour ses précieux conseils lors de l'élaboration de la grille d'entretiens.

Je remercie toutes les patientes ayant accepté de m'ouvrir les portes de leur maison, d'avoir répondu à mes questions et d'avoir partagé avec moi le vécu de leur grossesse.

A ma famille, mes parents et Julien,

Maman merci pour ton soutien depuis toujours qui m'a permis d'arriver là aujourd'hui, ta patience aussi dans mes moments difficiles ! Merci pour tes relectures et ton aide pour cette thèse, c'est enfin fini !

Papa, merci pour tes encouragements, et pour nous avoir transmis vle goût des voyages. Et bien sûr pour la table de Fouras !

Juju, merci d'être venu aujourd'hui partager ce moment avec moi malgré ton planning chargé !

A tout le clan Gonzalez, Mamie Dédé et toutes les taties, tontons, cousins et cousines...

Merci pour toutes ces fêtes, tous ces bons moments depuis l'enfance et ce bel esprit de famille !

Une mention spéciale pour les réveillons bien arrosés qui finissent en chansons.

A Mamie Yvette, pour t'être tant occuper de nous dans l'enfance et tous ces étés à Quiberon, et **Yannick, Murielle et Marion**, merci pour tout, et surtout pour votre accueil il y a quelques années où vous avez transformé un accident en une belle semaine sous le soleil normand !

A Stéphane,

Merci pour ton soutien et ta présence ces derniers mois, pour avoir su calmer mes angoisses nocturnes et me faire rire pendant mes moments de doute ! Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés et j'ai hâte de partager la suite avec toi. A ton tour maintenant !

Aux copines de toujours, Catherine, Carole et Eva, même si nous vivons maintenant à des dizaines de milliers de kilomètres de distance l'amitié continue !

A Anne-Claire, merci pour toutes nos discussions, pour avoir partagé tous ces bons moments depuis... presque quinze ans maintenant ! **A Matthieu**, le roi de la blague et des biquettes au bord des ravins.

Aux copains de P1 : A Flavy, pour tous nos voyages, le périple italien en 2secondes et l'odyssée australienne en Juicy ! Tu m'as fait découvrir Montpellier et c'est grâce à toi que j'ai choisi de venir ici. Profite de ta nouvelle vie nantaise avec l'ami Gogo (et les chatons !)

A Cyrielle, pour avoir supporté avec moi ces deux longues années de P1, je me rappelle surtout des fous rires en amphi, dans les chambres de Villepinte, des chorégraphies sur la paillasse... Je t'attends de pied ferme dans le Sud !

A Hotman l'exo-squelette, **Thibaud** le pingouin, **Megan** et ton petit Alex, **Jycey** l'agent des renseignements et **Charly** l'épicier du ministère !

A toute la Team Massereau, Chloé le tétras fou, pour tous les voyages partagés, du Pérou à Madagascar, et pour les pauses chocolat 80% en révisant les ECN ! **A Clémence**, pour ton

soutien pendant le froid hiver boulonnais de D4 et cette belle amitié, à **Sarah** pour nos nombreuses discussions pendant toutes ces années et bien sûr **Anne** ma chère sous-colleuse et **Olivia** la belette !

A toute l'équipe de Carcassonne, ma famille du Sud !

A Charlotte, on en a fait du chemin depuis les trains de nuit Carca-Paris ! Un super voyage en America Del Sur, de l'Amazonie à Valparaiso en passant par la Cuidad Perdida, puis une belle année de colocation montpelliéraine ! Hâte de te revoir vivre parmi nous, avec **Vincent** aussi ! On repart bientôt en voyage ??

A Aline, première co-interne, j'ai vraiment eu de la chance de t'avoir à mes côtés pour commencer ma vie de médecin ! Souvenirs des visites de néphrologie... Tu as tout de suite été un de mes piliers ici. Profite bien de ta nouvelle vie polynésienne, je viendrai te faire un coucou très vite !

A Mathieu, le monstre fou de Carcassonne (à deux têtes) ! Nous poursuivrons les « rendez-vous du lundi soir » encore longtemps j'espère ! (Nous n'en dirons pas plus ici...), **A Bastien**, une amitié forte qui a résisté aux pires épreuves lors d'une douloureuse partie de Monopoly !

A Marianne, merci d'être toujours aussi présente ! Une pensée spéciale pour nos séances piscine et papotages. **A Raphaël**, cinq années de rigolade ! Un gros bisou à la belle Chloé!

A JB et Marie, pour ce beau trek partagé en Patagonie ! Promis JB la prochaine fois on prendra plus de raviolis...

A Chakir el viajero loco ! J'attends avec impatience la prochaine vidéo aux Withsundays. **A Radia**, la cuisinière hors pair et héroïne principale des chak-chak production !

Marie C. pour ta folie douce, merci pour ton travail qui a enrichi le mien ! (tu es la référence 35 !), à **Lauranne** pour les parties de squash endiablés (ou pas...), à **Marion B.** la grande sportive, tu m'auras entraîné du lac de la Cavayère jusqu'au trail des Costières ! Et avec **Paul** pour nous encourager ! bientôt les longueurs dans la piscine ? **A Marion J.** la bretonne de Carca, j'ouvre les festivités, bon courage pour demain ! **A Clément M.**, le guide Michelin des restos montpelliérains et **Toto** l'ambianceur de Carcassonne.

A toutes les rencontres de ces années Montpelliéraines,

A Coline, que de moments partagés depuis notre rencontre au WEI (mais si ! c'était moi la petite blonde !) : les verres au Petit Comptoir, un cours de twerk en plein carnaval, et nos débuts en escalade ! Un grand merci pour ton aide dans mon travail de thèse, sans tous tes contacts auprès des sages-femmes je ne serai pas allé loin ! **A Clément**, alias Surcouf le corsaire, pour tous les actes de pirateries passés et à venir. La bise au petit Hugo, bon boulot les copains !

A **Clémentine**, pour toutes ces séances d'escalade/ potins partagées. La reprise est remise à plus tard, mais c'est pour la bonne cause !

A **Flavie**, de co-interne à colocataire, de Sète à Narbonne puis Montpellier on se sera suivi pendant ces années ! Pleins de belles choses pour l'avenir, à toi et **Julien** !

Aux copines de Dermato, à **Annelies** pour avoir été une super co-interne pendant ce semestre, et surtout une bonne amie maintenant ! **Elsa** pour m'avoir initié à l'escalade et à l'art du potager, et ma **Julie** pour ta bonne humeur !

A toute l'équipe des Rouennais, **Alban** l'ami lardon, pour ta motivation légendaire même dans mes plans d'escalade foireux aux périls de nos vies, **Simon** alias Sigmund, **Claire** la toujours motivée et **Bastien** l'Italien.

A l'équipe des urgences de Nîmes, un super semestre avec **Ibrahim** mon voisin préféré et chanteur kabyle renommé, **France, Yoann et Camille**.

A **Murielle** pour cette belle rencontre et ses soirées du mardi au PC.

Et toutes celles et ceux ayant croisé ma route ! **Anna et Marion** les supers colocs de la rue Saint Denis, **Lucie, Jean-Eudes, Matthieu et Mumu, Julien, Jennifer, Benjamin, Robin, Yannou, Léo, Marine et Adam, Charly et Cali**, toute l'équipe des **bagnolais** que je rencontre à peine, etc...

Je remercie tous les médecins que j'ai pu rencontrer, les infirmières, aides-soignantes, secrétaires, et autres professionnels de santé avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et qui ont participé à ma formation. Je remercie les patients qui continuent à m'apprendre chaque jour.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	16
A) Organisation du suivi de grossesse en France	16
1- Prise en charge de la grossesse en France	16
2- Politiques de santé publique pour la prise en charge de la périnatalité	18
B) La vulnérabilité sociale : un concept sociologique appliqué à la santé	20
1- Qu'est-ce que la vulnérabilité sociale ?	20
2- Application du concept de vulnérabilité à la santé	22
3- La lutte contre les inégalités sociales de santé et politiques de santé publique en France	23
C) Suivi de grossesse et vulnérabilité sociale	24
MATERIEL ET METHODE	26
A) Une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.....	26
B) Déroulé des entretiens et technique d'analyse utilisée	28
RESULTATS.....	30
A) Description de la population étudiée	30
B) Analyse transversale des entretiens	31
1- Pour que la patiente se sente en confiance, le suivi doit être coordonné autour d'un référent unique qui assure la continuité du suivi tout en compartimentant les compétences	31
2- Etre isolée socialement ou géographiquement, avoir des difficultés socio-économiques ou psychologiques modifie les désirs et entraîne des besoins spécifiques : le profil de vulnérabilité de la patiente permet d'anticiper les aides nécessaires	40
3- Les patientes sont en attente d'un professionnel à l'écoute de leurs souhaits : par une attitude bienveillante centrée patiente et une communication adaptée les professionnels valorisent les compétences à la parentalité	48
4- L'accès à l'information et aux démarches sociales se fait par internet mais l'intervention d'un interlocuteur direct reste essentielle pour assurer la fiabilité des informations et adapter la prise en charge sociale aux spécificités des situations de vulnérabilité.....	55
DISCUSSION.....	62
A) Forces et limites de l'étude.....	62
B) Besoins et attentes des patientes vulnérables : des spécificités et des similitudes par rapport à la population générale.....	63
C) Implications des résultats dans la pratique et dans l'organisation des soins	67
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES	70
PERMIS D'IMPRIMER.....	79
RESUME.....	80

INTRODUCTION

A) Organisation du suivi de grossesse en France

La grossesse est un moment unique pour les femmes, un processus physiologique mais aussi une période de bouleversements psycho-affectifs.

Jusqu'au XIX^{ème} siècle les naissances se déroulaient au domicile, dans le lieu de vie de la cellule familiale. Le suivi de la grossesse était minime voire inexistant. C'était un moment de communion parmi la communauté féminine d'un village, rassemblée autour de la parturiente. Au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècle, avec l'apparition des hommes accoucheurs et l'amélioration de la formation des sages-femmes sous l'impulsion de Madame De Coudray, débute la médicalisation de la naissance. C'est à partir du XIX^{ème} siècle avec l'amélioration des techniques obstétricales et d'anesthésie que débute la médicalisation de la grossesse.

Au XX^{ème} siècle s'opère le basculement de la majorité des naissances à l'hôpital et la surveillance médicale de la grossesse avec pour conséquence une importante diminution de la mortalité maternelle et infantile. (1)

1- Prise en charge de la grossesse en France

En 2017 La France a compté 757 623 naissances. (2) En 2016 elle était la championne d'Europe en nombre de naissances devant le Royaume-Uni et l'Allemagne. (3)

Ces chiffres s'expliquent notamment par un système de protection sociale qui cherche à améliorer les conditions de suivi et de prise en charge des grossesses.

- Organisation du suivi

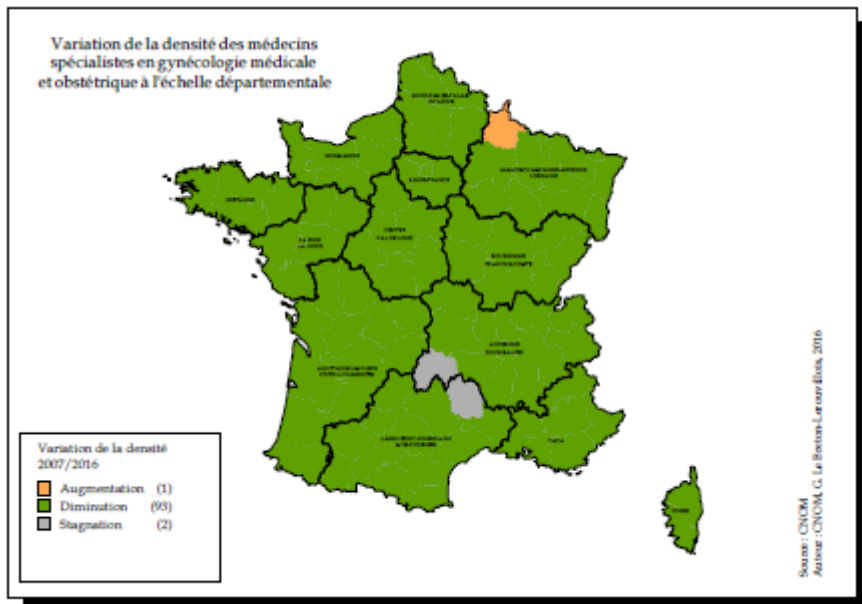
En France le suivi normal comprend 7 consultations prénatales, une consultation post-natale, 3 échographies et des examens biologiques complémentaires. S'associent à ce suivi médical des séances de préparation à la naissance à et la parentalité.

La qualité du suivi de grossesse en France est globalement satisfaisante : 92,9% des femmes ont bénéficié d'au moins 6 consultations prénatales et 93,9% des femmes ont effectué au moins 3 échographies en 2016. (4)

L'organisation du suivi de grossesse répond à des critères de qualité et de sécurité évalués par la haute autorité de santé. (5) Son objectif est d'offrir un accompagnement de qualité aux patientes assurant leur sécurité tout en intégrant leurs souhaits.

Les différents professionnels impliqués dans le suivi de grossesse sont :

- Le gynécologue : c'est le médecin référent de la grossesse. Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville. Cependant la démographie actuelle ne leur permet plus d'assurer le suivi de toutes les grossesses. En effet leur densité est en diminution sur la quasi-totalité du territoire.



(6)

- Les sages-femmes : en 2017 on compte plus de 22 000 sages-femmes en activité en France dont 4 406 ayant une activité libérale (7), on compte en moyenne 160 sages-femmes pour 100 000 femmes en France. Leur implication dans le suivi des grossesses est en forte augmentation : elles sont le référent pour une grossesse sur cinq. (4) Elles assurent la surveillance et le suivi médical de la grossesse et proposent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Leur place dans le suivi de grossesse est en pleine expansion.
- Le médecin généraliste : il est habilité à suivre les grossesses à bas risque. De par sa disponibilité et sa proximité, il représente une alternative intéressante pour les patientes au suivi par le gynécologue. Il intervient pour le suivi, la coordination ou les petits maux de

la grossesse. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010 : il est en 2016 le référent principal d'une grossesse sur 10 contre 13,3% en 2010. (4)

Le choix du professionnel se fait selon les souhaits de la patiente après évaluation du niveau de risque de la grossesse par des critères médicaux, gynéco-obstétricaux et socio-environnementaux.

- Grossesse et assurance maladie

La grossesse doit être déclarée dans les trois premiers mois auprès de la caisse d'Assurance Maladie.

Les consultations prénatales obligatoires, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les examens complémentaires biologiques et la dernière échographie sont pris en charge à 100%. Depuis janvier 2017, le tiers payant sur la part obligatoire peut être proposé, permettant une dispense d'avance des frais.

Pour les patientes exerçant une activité salariée ou touchant des allocations chômage, il est possible de compenser la perte de revenus pendant le congé maternité par les indemnités journalières si elles cessent toute activité pendant une période de 8 semaines ininterrompue.

Le congé maternité permet de se reposer avant et après l'accouchement. Il varie entre 16 et 46 semaines en fonction de la parité et de la gémellité de la grossesse. (8)

Si les patientes répondent aux critères d'obtention de la CMU ou de l'AME, les soins sont pris en charge à 100% tout au long de la grossesse au titre de la Couverture Médicale Universelle. Sinon une demande de tiers payant social (ACS) peut être envisagée en fonction des situations pour limiter l'avance des frais de la part obligatoire.

2- Politiques de santé publique pour la prise en charge de la périnatalité

- Plans de périnatalité de 1970 à 2005

Depuis les années 1970 et l'émergence du concept de périnatalité, les politiques de santé publique se sont attachées à améliorer la sécurité périnatale et à diminuer les taux de mortalité périnatale et

maternelle. La création de Plans de Périnatalité successifs ont permis de diminuer de 30% la mortalité maternelle et de 20% la mortalité périnatale. (9)

Le plan de 2005-2007 a proposé un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins autour de 4 axes :

- *Humanité* : par la reconnaissance de l'importance de la sécurité émotionnelle souvent négligée au profit de la sécurité médicale, le plan réaffirme la nécessité de l'écoute de la parole des femmes par la mise en place d'un entretien prénatal au 4^{ème} mois pour aborder les conditions d'accueil de l'enfant à venir et le vécu de la grossesse par la patiente. Un soutien renforcé doit être apporté aux femmes et couples en situation de précarité ou de handicap par un accompagnement spécifique dans les démarches de soins. Il faut adapter les pratiques des professionnels par une information complète et continue au sein des réseaux et par la formation des professionnels.
- *Proximité* : par le développement de réseaux de périnatalité et des réseaux de proximité ville/ PMI/ hôpital se crée une communauté périnatale. Le plan propose de développer les PMI, acteur clé du réseau de périnatalité et d'intégrer les sages-femmes libérales aux réseaux.
- *Qualité* : par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels, une meilleure organisation des transports et amélioration de la prise en charge des urgences et réanimations néo-natales.
- *Sécurité* : par la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité
- Evaluation de la politique publique

Des enquêtes nationales évaluant la situation périnatale en France sont réalisées à intervalle régulier pour évaluer les effets des mesures et ajuster les politiques. La dernière étude en date a été réalisée en mars 2016 (4) : Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises. La représentativité des résultats a été attestée. L'évolution actuelle monte une augmentation de l'âge maternel moyen à 30,4 ans. L'augmentation de l'obésité et du surpoids est

également préoccupante, touchant actuellement respectivement 20% et 12% des femmes enceintes.

Sur le profil socio-économique des patientes, elles sont plus éduquées que sur les précédentes études mais les situations professionnelles des couples se sont dégradées avec plus de recours aux aides sociales (allocations d'aides à l'emploi, RSA ou prime d'activité).

On note une disparité chez les patientes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale : elles sont 18,8% à rapporter des difficultés psychologiques au cours de leur grossesse contre 14% dans la population générale. 30% d'entre elles ont eu moins de huit consultations prénatales contre 24% dans la population générale. Elles bénéficient moins souvent d'un entretien prénatal précoce (18,5% contre 31,6% dans la population générale).

Ces inégalités avaient déjà été mises en évidence lors de précédentes études : la vulnérabilité sociale engendre plus de risques de déclaration tardive, de rupture de suivi, de prématurité, de retard de croissance et de mortalité infantile (10). Dans ces populations fragiles, le premier contact médical et la déclaration de grossesse se font par le médecin généraliste ce qui atteste de son importance dans la prise en charge de ces patientes. (11)

B) La vulnérabilité sociale : un concept sociologique appliqué à la santé

1- Qu'est-ce que la vulnérabilité sociale ?

- La vulnérabilité, une notion sociale et sanitaire

La vulnérabilité peut être définie comme le fait d'être exposé à recevoir des coups, des blessures. (12). Il s'agit d'un état de fragilité qui ne permet pas de faire face aux événements de vie.

Pour la Haute Autorité de Santé, la vulnérabilité est une caractéristique principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstances physique, psychologique ou sociologique. (13)

La notion de vulnérabilité a été décrite initialement dans un contexte environnemental ; c'était la capacité d'un groupe d'individus à faire face aux accidents naturels : la vulnérabilité est le lien entre un risque, une menace et une catastrophe. C'est une notion probabiliste entre la menace et la catastrophe. (14)

Son application dans le domaine sociologique a été étudiée par Robert Castel qui développe le concept d'insécurité sociale : la vulnérabilité sociale expose à des menaces extérieures et met à l'épreuve les ressources de l'individu: c'est être à la merci du moindre aléa de l'existence (15).

Evaluer une vulnérabilité requiert de prendre en compte les facteurs de risque et aussi la capacité des individus à mobiliser des ressources sociales, matérielles et publiques pour se protéger. C'est une notion multidimensionnelle impliquant des critères sociaux, professionnels et familiaux qui se complémentarisent pour aboutir à la vulnérabilité.

Castel propose une modélisation bidimensionnelle de la vulnérabilité pour l'expliquer.

L'évaluation du degré de protection et des ressources disponibles se fait selon deux axes :

- La sécurité financière avec l'intégration à la société salariale et le CDI qui représente la sécurité de l'emploi
- L'insertion sociale et familiale qui permet d'accéder à une sécurité par l'entraide.

La vulnérabilité résulterait de l'altération des deux axes sans pour autant atteindre la désaffiliation ou l'assistance. L'évolution actuelle de la société tend à précariser le travail et à valoriser l'individualisme et la fracture entre les générations, augmentant la proportion des individus dans la sphère de la vulnérabilité.

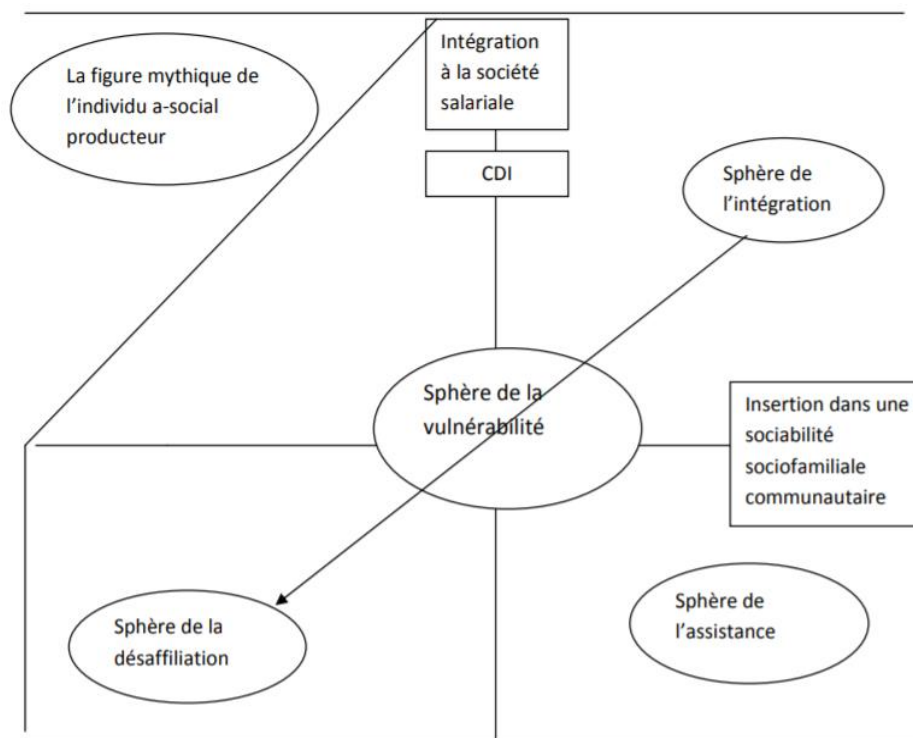


Schéma d'après Robert Castel (1991)

- Les réponses pour la prise en charge de la vulnérabilité : L'éthique du « care »

La notion de « care » s'est développée au cours des années 80 dans les mouvements de pensées féministes par le travail de la psychologue Carol Gilligan (16) : à l'époque où la moralité se définissait par le respect de l'autonomie et de la justice (l'éthique de la justice d'après Kohlberg), elle propose de remettre les émotions et le relationnel au cœur du débat en développant une « morale du care » qui s'opposerait au patriarcat (17).

Cette notion a ensuite été étendue à divers champs de réflexion : la médecine, la philosophie et la sociologique. Pour Joan Tronto le « care » est une activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible (18).

Cette théorie met en avant le caractère vulnérable de tous les individus : l'être humain est vulnérable dès sa naissance et nécessite le secours de l'entourage, de ses parents pour survivre. Cette notion persiste toute sa vie : il y a une interdépendance de tous les êtres humains.

Pour garantir l'autonomie du soigné, le soignant doit garder à l'esprit sa propre vulnérabilité pour éviter toute dérive de pouvoir sur l'autre et ne doit être au service d'un but : améliorer l'autonomie de la personne en diminuant ses vulnérabilités.

2- Application du concept de vulnérabilité à la santé

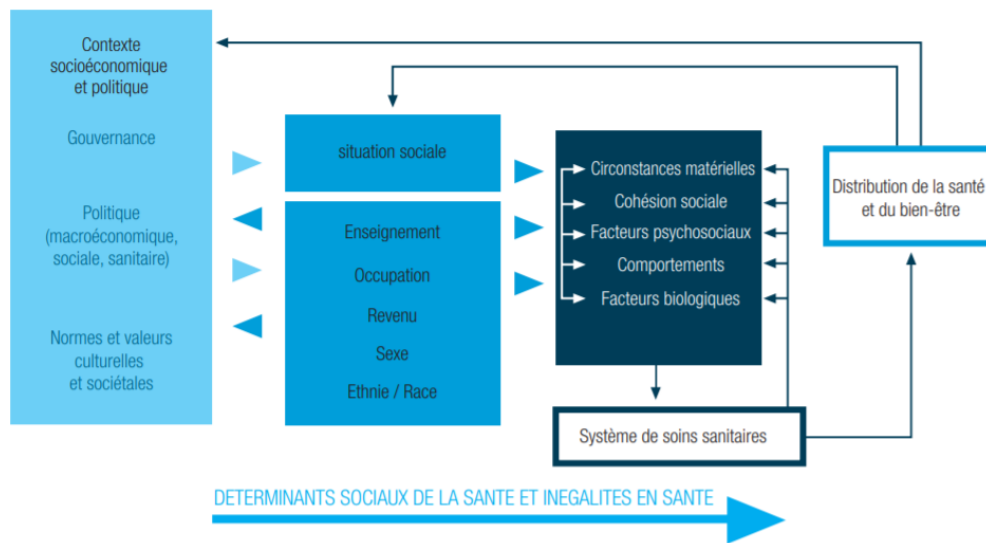
Selon l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS a défini les inégalités sociales de santé comme la première cause d'injustice sanitaire et un facteur de mortalité évitable et modifiable. (19)

Les déterminants sociaux de la santé peuvent être répartis en deux catégories :

- Les déterminants structurels : il s'agit du contexte politique et socio-économique du pays dans lequel le sujet vit et de sa position socio-économique.
- Les déterminants intermédiaires : il s'agit des conditions matérielles, comportementales, biologiques et des facteurs psychosociaux de l'individu.

Figure 4.1 CADRE CONCEPTUEL DE LA COMMISSION DES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

La position du patient dans la hiérarchie sociale influence l'état de santé: on parle du gradient social des inégalités de santé (20) Ce gradient n'oppose pas uniquement les plus pauvres aux autres, mais met en cause des processus et des déterminants de l'état de santé à l'œuvre dans l'ensemble de la société. (21)

Donc pour réduire les inégalités sociales de santé, l'action politique et les démarches de santé publique ont un rôle majeur pour diminuer le gradient social de santé en influençant les déterminants structurels : « *La pauvreté n'est pas uniquement une question de manque de revenu. (...) les inégalités en santé sont causées par une répartition inégale des revenus, des biens et des services, et des possibilités qui en découlent de mener une vie épanouie. Cette disparité dans la répartition n'est en aucun cas un phénomène « naturel » mais elle est le résultat de politiques qui priment les intérêts de certains par rapport à ceux des autres* » (19)

3- La lutte contre les inégalités sociales de santé et politiques de santé publique en France

Plusieurs actions de santé publique ont permis indirectement de protéger les populations sans revendiquer clairement la lutte contre le gradient social. Après la seconde guerre mondiale, le développement de l'assurance maladie a instauré l'idée que le système de santé devait être accessible à tous pour assurer la sécurité des personnes et réduire les incertitudes. Les politiques de santé publique pour l'enfance ont également contribué à limiter les inégalités sociales de santé avec l'apparition en 1945 de la Protection Maternelle et Infantile.

La prise de conscience de l'importance de la prise en compte de la vulnérabilité sociale a débuté dans les années 80. Joseph Wesrinski publiait un rapport « grande pauvreté et précarité économique et sociale » au Journal Officiel. Il propose une définition de la précarité se rapprochant de la notion de vulnérabilité sociale actuelle : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. » (22) Il alertait déjà sur les inégalités d'accès aux soins en fonction de la condition sociale.

En 2009 après le rapport de la commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS, le Haut Comité de Santé Publique affiche clairement la lutte contre les inégalités sociales et la réduction du gradient social dans ses objectifs prioritaires. (21)

En 2009, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire propose de s'attaquer aux inégalités sociales de santé (23) en favorisant l'accès aux soins de premier recours. (24)

Les soins primaires et le médecin généraliste ont une place centrale dans cette lutte : les consultations au cabinet représentent 90 à 95% des échanges de la population avec le corps médical. (20) . En revalorisant les soins primaires autour du médecin généraliste on promeut la prévention, l'amélioration de la protection de l'état de santé de la population et la lutte contre les inégalités de santé sociales et territoriales. (25)

C) Suivi de grossesse et vulnérabilité sociale

La grossesse est une période de bouleversements susceptibles de déstabiliser une situation de fragilité. Les populations vulnérables ont un suivi plus chaotique (déclaration tardive, ruptures de suivi) et plus de complications (prématurité, retards de croissance, mortalité infantile et maternelle). (10)

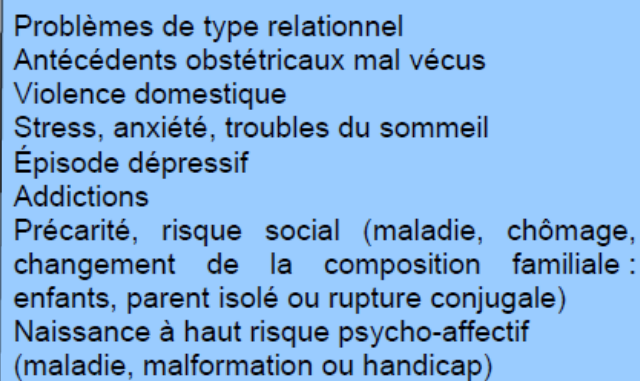
L'importance du dépistage et de la prise en charge de ces profils de patientes est au cœur de *l'humanité* développée dans le plan de périnatalité.

Les réseaux de santé de périnatalité ont réaffirmé dans la mise à jour de leur mission en 2015 la lutte contre les inégalités sociales de santé comme une priorité nationale d'action. (26)

La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a publié en 2014 un guide de recommandations pour l'organisation de la prise en charge et l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité à l'usage des professionnels de santé (27). L'objectif de ce guide est de faciliter l'accès aux soins des populations précaires et vulnérables. Il réaffirme l'importance du « care » dans la relation médecin-patiente dans la population vulnérable. Les ressources à disposition des professionnels pour répondre à ces situations y sont répertoriées : réseaux de santé périnatal, services hospitaliers, PMI, PASS, CAF et centres de planification.

Pour repérer ces patientes à risque, la HAS propose une liste de facteurs de vulnérabilité psychosociaux à rechercher chez les patientes : (13)

Une liste de facteurs de vulnérabilité



- Problèmes de type relationnel
- Antécédents obstétricaux mal vécus
- Violence domestique
- Stress, anxiété, troubles du sommeil
- Épisode dépressif
- Addictions
- Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
- Naissance à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation ou handicap)

L'efficacité des politiques de périnatalité s'évalue sur les enquêtes périnatales. Cependant aucune étude n'a étudié le ressenti et les besoins du point de vue des patientes. Ce travail propose de répondre à la question : Quels sont les besoins et attentes des patientes enceintes en situation de vulnérabilité sociale concernant leur suivi de grossesse ?

L'objectif secondaire est de développer de nouvelles pistes d'amélioration pour la prise en charge de ces patientes.

MATERIEL ET METHODE

A) Une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés

- **Choix de la méthode utilisée**

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons eu recours à une analyse qualitative phénoméno-pragmatique par élaboration de catégories émergentes.(28)

La méthode qualitative phénoménologique est une méthodologie compréhensive centrée sur le sujet. (29)A partir du vécu et ressenti des patientes, nous allons rechercher le sens du discours par un procédé d'induction théorisante, c'est-à-dire qui ne se base pas sur des théories connues pour l'interprétation. Le chercheur se positionne en retrait pour accueillir le discours du sujet. On parle de l'épochée d'Husserl pour décrire cette attitude neutre et sans idée préconçue qui permet de théoriser à partir du matériel et non du positionnement du chercheur ou des données connues sur le thème étudié. (30) Le pragmatisme de Peirce est un courant philosophique de la fin du XIXème siècle : c'est une méthode de clarification conceptuelle qui se base sur des caractéristiques scientifiques et réalistes pour établir de nouvelles théories de signification et de connaissance.

Contrairement à l'approche thématique qui cherche à établir les thèmes évoqués et à les ordonner, l'approche phénoménologique cherche à développer une théorisation par l'émergence de catégories conceptualisantes désignant un phénomène, donnant de la signification au discours. Elles ont une forte inférence, c'est-à-dire qu'elles présentent une abstraction importante et nécessitent un certain degré d'interprétation. (31)

L'analyse sémio-pragmatique permet de décrire et d'ordonner le discours. (32)Selon la théorie de catégorisation universelle de Peirce, chaque expérience peut être décrite par trois catégories selon un diagramme d'interdépendance : la théorisation (ou tiercéité) suppose les faits et les constats (ou secondéité) qui supposent le ressenti, les émotions (ou priméité). Ces catégories permettent de valider les éléments de sens retrouvés et de théoriser les données mises en évidence dans le matériel étudié. Pour expliciter une théorie et la décrire, on utilise les éléments des faits et des émotions retrouvées dans les autres catégories

Tableau I. Les trois modes d'être de tout phénomène selon Peirce.

CATÉGORIES	SIGNES	NATURE DES PHÉNOMÈNES
Priméité	Qualité (Qualisigne)	Perçus
		sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité	Fait (Sinsigne)	Vécus
		expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de conscience, relations, réflexivité
Tiercéité	Loi (Légisigne)	Théorisés, institués, interprétés
		principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

(33)

- **Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré après étude de la littérature et recueil d'expériences auprès de professionnels prenant en charge les patientes en situation de vulnérabilité.

La première partie du questionnaire par questions fermées établit les critères socio-économiques de la patiente.

La deuxième partie est un guide pour entretien semi-dirigé qui cherche à recueillir le ressenti et le vécu des patientes sur leur parcours de soin. C'est ce matériel qui nous a permis de théoriser les besoins et attentes des sujets.

Une attention particulière a été donnée aux relances en utilisant des formules telles que « selon vous, pour vous » pour obtenir des réponses centrées sur la personne, au cœur de la démarche phénoménologique.

Le questionnaire a été revu après les deux premiers entretiens avec la directrice de thèse pour l'adapter aux réponses obtenues.

- **Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants :

- Patiente ayant accouché dans les six derniers mois.
Il est important d'interroger des patientes après l'expérience de l'accouchement qui est l'aboutissement du parcours de soin et plusieurs éléments importants risquaient de nous échapper si l'entretien se déroulait en amont.
- Patiente présentant un ou plusieurs des critères de vulnérabilité suivants :

Ces critères ont été définis d'après les recommandations HAS pour la préparation à la naissance et à la parentalité de novembre 2005 (13) et les enquêtes de périnatalité de 2010 et 2016.

- Situation financière difficile : chômage et/ ou conjoint sans emploi, emplois précaires
- Composition familiale : parent isolé, rupture conjugale, violences domestiques
- Nationalité étrangère et difficultés de communication
- Age de moins de 20 ans
- Isolement géographique

B) Déroulé des entretiens et technique d'analyse utilisée

• Recrutement des patientes

Le recrutement des patientes s'est fait dans deux cabinets de sages-femmes libérales et un cabinet de médecine générale.

Le chercheur a rencontré les sages-femmes pour leur présenter le sujet d'étude. Après discussion autour des critères d'inclusion et de la thématique abordée, les sages-femmes exploraient leur fichier de patientes accouchées et discutaient des patientes susceptibles d'être incluses. En comparant leur ressenti et les critères d'inclusion, 5 patientes ont été sélectionnées dans chaque patientèle.

Après présentation de l'étude, les professionnels de santé proposaient à leurs patientes accouchées de participer à l'étude. Les patientes qui acceptaient étaient ensuite recontactées pour fixer un rendez-vous à leur domicile.

Un contact avec la PMI Cœur d'Hérault a également été établi. La présentation de l'étude et les critères d'inclusion ont été transmis aux puéricultrices, médecins et sage-femme du secteur.

• Déroulé des entretiens

Les entretiens se déroulaient au domicile des patientes. Après information sur leurs droits et la signature de la feuille de consentement, les entretiens étaient enregistrés par un Iphone SE ©. L'enregistrement était arrêté en cas d'interruption.

Ces enregistrements étaient ensuite retranscrits en intégralité sur Microsoft Word © pour procéder à l'analyse.

- **Méthode d'analyse utilisée**

L'analyse s'est effectuée en plusieurs étapes successives, selon la méthodologie sémiopragmatique. D'abord une analyse de chaque entretien est réalisée :

- 1- Lectures fleuve répétées du verbatim : pour s'imprégner du récit et ressortir les thèmes généraux. Un premier résumé phénoménologique en quelques lignes des corpus a été réalisé pour les premiers entretiens pour se familiariser avec le discours. Cette étape a pu être passée par la suite lorsque la méthodologie était mieux appréhendée.
- 2- Décodage avec mise en évidence des nœuds de sens du discours et des éléments signifiants : une première catégorisation dès ce stade permet de ressortir les éléments et le sens du récit
- 3- Analyse selon la théorie des catégories universelles de Peirce des éléments mis en évidence dans l'étape précédente : ces catégories permettent de valider les éléments de sens retrouvés et de théoriser les données mises en évidence dans la partie précédente.
- 4- Identification des catégories émergentes porteuses de sens à partir des 3 catégories de Peirce : mise en évidence des théories et du sens du récit (voir annexe 3)
- 5- Analyse transversale : après élaboration des catégories émergentes de chaque entretien, elles étaient classées dans un tableau regroupant les thèmes abordés pour effectuer des parallèles, recoupements et valider les théories des précédents corpus.

Chaque analyse d'un nouveau corpus était intégrée au précédent par un procédé de théorie ancré, un va-et-vient permanent entre les nouvelles données intégrées à l'étude et les précédentes. Cette méthode permet d'obtenir une théorie valide qui s'enrichit et se précise à chaque nouvel élément analysé.

RESULTATS

A) Description de la population étudiée

Dix entretiens ont été réalisés entre mai et septembre 2018. Chaque entretien a été réalisé au domicile des patientes après un premier contact téléphonique. Les entretiens ont duré entre 12 à 45 minutes avec une moyenne de 28 minutes 30.

Les caractéristiques socio-démographiques et les modalités du suivi des patients sont résumées dans les tableaux suivants :

	Age	Statut marital	Enfants à charge	Situation professionnelle	Situation professionnelle du conjoint	Nationalité/ temps passé en France
E1	32	Mariée	3	Femme au foyer	Ouvrier agricole	Française
E2	34	Concubinage	2	Sans emploi	Entrepreneur salarié	Française
E3	34	Pacsée	2	Sans emploi	Electricien	Française
E4	42	Pacsée	4	Femme au foyer	Employé BTP	Portugaise en France depuis 3 ans
E5	36	Concubinage	2	Serveuse	Militaire	Française
E6	28	Concubinage	1	Sans emploi	Enseignant universitaire	Gabonaise en France depuis 2 ans
E7	30	Mariée	1	Sans emploi	Contrôleur de crédit	Française
E8	27	Célibataire	1	Animatrice en crèche	-	Française
E9	29	Concubinage	2	Femme au foyer	Agent immobilier	Française
E10	20	concubinage	1	Sans emploi	Sans emploi	Française

L'âge moyen est de 31,2 ans. Une patiente était célibataire, les autres avaient toutes un conjoint. 8 patientes sur 10 étaient sans emploi ou femme au foyer.

Deux patientes étaient de nationalité étrangère avec des difficultés de communication.

	Protection sociale	Nombre de consultations	Nombre d'échographie	Entretien prénatal précoce	Distance du lieu d'accouchement
E1	CMU	7	4	Ne sait pas	36km (35min)
E2	ACS	7	3	Oui	35km (30min)
E3	Sécurité sociale + mutuelle	7	3	Oui	61km (48min)
E4	ACS	Ne sait pas	3 ou 4	Non	10km (19min)
E5	Sécurité sociale + mutuelle	7	3	Non	37km (31min)
E6	Sécurité sociale + mutuelle	7	3	Ne sait pas	2km
E7	CMU	>7	>3	Ne sait pas	5 km
E8	Sécurité sociale + mutuelle	>7	>3	Non	5km
E9	Sécurité sociale + mutuelle	7	3	Oui	36km (33min)
E10	CMU	7	3	Oui	5km

La moitié des patientes de notre étude bénéficiait d'une aide à l'accès aux soins par la CMU ou l'ACS. Elles avaient toutes eu sept consultations prénatales ou plus et les trois échographies obligatoires, sauf E4 qui n'a pas pu chiffrer le nombre de consultations dont elle avait bénéficié. 40% des patientes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce.

B) Analyse transversale des entretiens

1- Pour que la patiente se sente en confiance, le suivi doit être coordonné autour d'un référent unique qui assure la continuité du suivi tout en compartimentant les compétences

- **Le suivi coordonné autour d'un référent de confiance permet de coordonner les autres intervenants et d'assurer une continuité jusqu'au post-partum**

Le suivi doit être organisé autour d'un référent de confiance. Cette confiance s'acquiert pour certaines patientes par le *professionnalisme* (E7, E8) et l'efficacité.

En fait je cherche pas un médecin qui va me dire des jolies choses ou des choses gentilles. Je veux un médecin qui sait de quoi il parle E7
j'ai été prise en charge par une bonne équipe professionnelle du CHU et ça allait mieux. Tout de suite (...) tout de suite E8

D'autres seront plus sensibles au relationnel, au feeling. Les avis des proches et autres professionnels de santé ont également une importance dans le choix du référent.

ça marche plus au feeling après c'est sûr. E10 Qu'il y ait un bon feeling E3 Ben un peu au feeling. Beaucoup au feeling. E2
Les sages-femmes c'était important donc il fallait qu'il y ait un feeling et que quelqu'un de proche de moi qui me dise voilà : tu peux leur téléphoner. E9
Chaque médecin que je vais voir, je sais qu'il m'est recommandé forcément par quelqu'un E8

Pour assurer la continuité des soins, il devra être impliqué dans le suivi le plus tôt possible. La relation antérieure à la grossesse avec ce professionnel est gage de qualité :

Comme ça fait longtemps que je connais Me M. (sage-femme) elle savait. (...) oui parce que qu'elle a suivi mes enfants. E1
Ben je le connais parce qu'il me suit en tant que gynécologue classique E8
Ben déjà c'est C. (nom de la sage-femme) qui m'avait retiré mon stérilet (...). Donc elle savait qu'on était en attente d'avoir un deuxième. Et après c'était bien. E2

La qualité du suivi s'évalue sur sa continuité, jusqu'au post-partum. Pour E3 son suivi a été particulièrement apprécié car la sage-femme a pu [l'] accompagner jusqu'au bout de [son] projet., comme E5 qui a trouvé une sage-femme. Et jusqu'à la fin elle [l]'a suivie et encore maintenant pour le petit. E5

Cette continuité est particulièrement appréciée en salle de naissance : ce moment de vulnérabilité est mieux vécu quand la patiente est dans un environnement connu pour mieux vivre ce moment d'intimité : *j'aime pas trop avoir plein de gens différents E8*

Ça c'était aussi un plus pour moi de retrouver une sage-femme que je connaissais dans la salle d'accouchement. C'était chouette. E2

C'est la sage-femme qui m'a accouchée. Elle était là, celle qui m'a suivie (...) j'étais très contente E8

Moi dans l'idéal, j'aurais aimé avoir une sage-femme qui me suit jusqu'à l'accouchement. J'avoue, je trouve que c'est ça le plus choquant dans le fait d'arriver à l'accouchement. On est suivi par quelqu'un qui nous connaît, qui connaît nos attentes et machin et à l'accouchement... (...) Mais voilà, de savoir qu'on est suivi par quelqu'un qui nous connaît un peu, qui sait nos attentes et qui le jour de l'accouchement est quelqu'un de familier. E2

C'est en travaillant en collaboration avec l'équipe de la maternité que le référent crée un relai permettant d'anticiper les difficultés et un meilleur vécu de son accouchement comme le prouve l'expérience de E10 qui n'avait pas suivi cette préparation attentivement.

vu que j'avais pas trop écouté les conseils, c'est-à-dire les souffles, comment faire et tout... ben je me suis retrouvée un peu en galère E10

Je savais très bien comment ça allait se passer quand j'allais accoucher parce que... c'est vrai j'ai eu de la chance S. et J. (nom des sages-femmes) tout en détail elles m'ont expliqué, par exemple la péridurale, j'ai même vu les aiguilles, tout en fait. E8

Le référent est donc un chef d'orchestre : c'est lui qui *guide (E1)* la patiente entre les différents intervenants médicaux. Son avis et ses décisions d'orientation sont importantes pour la patiente, elle se sent en confiance.

il n'y a qu'elle qui nous a guidé. E1

Quand je voyais le gynécologue (...) je posais des questions : qu'est ce qui serait le mieux ? ils me répondent : je peux vous suggérer des gens. Et ils me les décrivaient. C'était à partir de ça que je choisissais avec qui je voulais être. E6

J'ai pris rendez-vous avec ma gynéco qui m'a suivie tout au long de la grossesse. Elle m'a orientée (...) pour les échographies des trois trimestres. E10

C'est le médecin qui m'a demandé pour l'hôpital suite au résultat pour la prise de sang. Elle m'a dit l'hôpital pour la trisomie c'est mieux. E4

Cette coordination nécessite une bonne communication entre les intervenants pour une meilleure cohérence de la prise en charge et donc plus de sécurité.

dès qu'il y a quelqu'un qui remarque quelque chose il met une marque et les autres peut être qu'ils sont plus attentifs sur certains points E7

je sais qu'ils ont communiqué (...) à la fin de la journée on s'assoit et on discute de chaque patiente et on dit ce qu'il y a dans la chambre pour pouvoir mieux faire, revoir certaines choses E6

elle m'a même demandé de lui envoyer la 3^{ème} échographie. De demander à l'échographe de lui envoyer aussi pour vraiment prendre zéro risque. E8

il y avait un lien assez important qui se faisait entre les 2 sages-femmes, celle de C. (nom de la clinique) et celle de l'UTTD et lui. (..)Voilà pour accompagner un petit peu tout ça. E3

Mais cette coordination peut être opaque pour la patiente : quand la communication entre les professionnels n'inclut pas la patiente, elle risque de se désinvestir de son suivi : E7 n'a pas apprécié que la détection d'une complication ne lui soit pas partagée à elle mais aux autres professionnels. Elle est alors désinvestie de son rôle au sein de sa propre grossesse :

Quand il a détecté le problème il ne me l'a pas dit à moi mais à son collègue gynécologue du CHU qui me suivait E7.

ça me dérange pas j'ai rien à cacher mais je veux dire ça serait peut-être mieux pour certaines personnes, ça serait peut-être plus apprécié E7

Ce suivi doit être poursuivi jusqu'au post-partum. C'est une période de doutes, de questionnements sur sa capacité à s'occuper de l'enfant et de modifications hormonales durant laquelle la patiente se sent *un peu débordée (E10)*.

L'instinct maternel des fois ne vient pas forcément E10.

Pour l'après en fait parce que là, en fait elle est née elle a été bloquée dans le bassin donc elle a un peu une forme de tête qui n'est pas ronde, et du coup là ça nous inquiète un peu donc on va aller voir le médecin pour savoir et sur ça forcément on est pas forcément informé au départ. E1

ben c'est ma faute en fait j'ai pas vu que mon bébé il allait pas bien E8

J'étais épuisée, j'en pouvais plus. E9

Elles ont alors besoin de reprendre le contact avec le professionnel référent de confiance pour arriver à surmonter ces obstacles.

ça s'est bien passé quand on est rentré à la maison et que c'est J. (nom de la sage-femme) qui a pris le relai et tout ça, qui a fait les choses calmement E8
dès que je suis rentrée ici j'ai appelé A. (nom de la sage-femme) elle m'a dit t'inquiète pas, on va venir on va te montrer. Aucune gêne (...) Niveau suivi j'étais vraiment ravie. E9

- **La compartimentation des compétences permet d'optimiser le suivi : la sage-femme dans l'accompagnement, le gynécologue comme référent technique et le médecin généraliste comme référent de la patiente dans sa globalité, en tant qu'individu. Mais la multiplicité des intervenants peut perdre la patiente et devenir contraignant.**

Plusieurs intervenants interviennent au cours de la grossesse et se coordonnent. Chacun joue un rôle différent : le gynécologue est le référent technique de grossesse, la caution scientifique. La sage-femme est plus dans l'information, la préparation et l'accompagnement. Et le généraliste pour garder une vision globale de la patiente au-delà de sa grossesse. Ces professionnels travaillent en symbiose pour aboutir au *suivi idéal* (E6).

je l'ai eu le suivi médical idéal. J'ai eu un bon gynécologue, un bon généraliste. (..)J'ai eu de bonnes sages-femmes. E6

J'allais chez Mme E. (nom de la sage-femme), je me faisais ausculter ; elles étaient très pro et tout. L'autre elle était un peu moins expérimentée mais on pouvait discuter de plein de choses, elle me donnait plein de petits conseils. E7

Je ne connaissais pas en fait les sages-femmes. Pour le premier je n'en avais pas vues je ne savais pas le rôle exact et du coup franchement c'est vraiment très bien. (...) beaucoup de renseignements, des réponses à des questions, rassurer aussi. Je les trouve très impliquées. E5

Mon gynéco il est vraiment sur un rôle plus technique. (...) lui il est vraiment sur le côté très technique, on fait des échos tous les deux mois, il fait des échos 3D, c'est pointu c'est carré... E3

[le gynécologue] Il était parfait dans ce qu'il faisait mais surtout orienté vers ma grossesse. (...) Avec les informations du généraliste ça complétait. E6

La compartimentation se joue également sur les problématiques sociales : E3 qui *voulai[t] pouvoir avoir un suivi de femme enceinte normal* a décidé de *scinder les questions liées à la METHADONE*

et les questions liées à la grossesse qui ont court-circuité sa première grossesse et ont été source de culpabilité.

*Mon premier accouchement, la grossesse a été court-circuitée par la question de mon traitement où j'ai culpabilisée, angoissée que mon enfant naisse en manque. E3
j'avais un peu bordé le terrain. (...) J'avais mis en place par rapport à chaque question, chaque personne était au courant des autres personnes...E3*

Cependant deux difficultés émergent de cette multiplicité des intervenants : d'abord elle augmente le nombre de consultations et d'allers-retours ce qui peut être plus contraignant, fatigant et rajoute un coût : il y a un dilemme entre l'optimisation du suivi et les besoins organisationnels qui en résultent.

*J'avais quand même une grossesse où j'étais très fatiguée, très affaiblie mais pour ma santé et celle du bébé j'avais beaucoup d'allers-retours à faire. E7
je suis mobile j'ai quand même quelques ressources mais mes derniers mois de grossesse, j'allais parfois deux fois par semaine à Montpellier. Ça représente un coût aussi. C'est vrai que j'ai eu un super accompagnement mais derrière il y a eu un investissement aussi. E3
Je vous avoue que financièrement parlant 47euros la séance pas remboursée, du moment que moi je ne travaille pas je ne peux plus y aller. E9*

La patiente peut parfois se perdre dans tous ces intervenants et ne pas trouver d'interlocuteurs pour ces difficultés psychologiques ou administratives : quand les problématiques rencontrées ne font pas partie des attributions du professionnel dans l'esprit des patientes, elles ne font pas appel à eux pour trouver des solutions.

*Oui mais ça je pourrais dire, c'est peut-être pas leur rôle E7 (sur le soutien psychologique et la sage-femme)
Même C. (nom de la sage-femme) qui est une sage-femme que je trouve vraiment extraordinaire, le top du top, l'administratif c'est pas son job. Les professionnels ils peuvent pas répondre à tout, ils ont déjà chacun leur spécialité ils sont pas sur le global, chacun sa spécialité E3
(elle m'a dit) écoute je suis pas non plus pro là-dedans donc j'ai contacté une psychologue de G (nom de la ville). E9*

- **Le médecin généraliste permet une prise en charge de la patiente dans la globalité en intégrant les spécificités de son environnement mais n'est pas toujours vu comme un intervenant naturel de la grossesse par les patientes.**

Le médecin généraliste intervient peu au cours de la grossesse et son rôle n'est pas évident à décrire pour les patientes. Il n'est pas un interlocuteur naturel pour E9 qui préférerait le *laisser plutôt tranquille avec ça parce que c'est vrai qu'il a pas mal de boulot.*

Je vais pas beaucoup chez le médecin donc du coup. Non pour moi j'y suis pas allée du tout, peut-être pour les enfants je l'ai vu une ou deux fois mais non. E1

C'est une femme que j'aime beaucoup, on se croisait à la crèche, elle a sa fille à la même crèche que lui (en parlant de son premier enfant). Mais pendant la grossesse je l'ai pas trop vue. E2

Ce peu de recours au médecin généraliste s'explique par les multiples intervenants qui sont déjà impliqués dans le suivi de la grossesse ou son manque d'aisance dans la prise en charge de la grossesse.

En fait c'est pour ça que je n'ai pas eu besoin de mon généraliste. Elles étaient à l'écoute, elles étaient disponibles. (en parlant des sages-femmes) E2

Je ne l'ai pas vu énormément. Parce que je n'en avais pas besoin ça allait très bien. E5

(...)il m'a dit directement de voir avec le gynécologue il voulait pas du tout intervenir. E8

En fait les patientes de notre étude ont eu besoin de leur généraliste pour intégrer la grossesse dans leur environnement : son rôle se situe surtout dans la prise en charge de la patiente dans sa globalité. Il apporte ses connaissances de la patiente et de ses particularités et poursuit la prise en charge des pathologies chroniques de la patiente.

C'était quelqu'un qui ne me connaissait pas, c'était une période compliquée. (...) et ça ne s'est pas très bien passé avec cette personne. Après je suis retournée voir mon ancien médecin traitant. E3

il sait tout parce que ma mère elle lui raconte tout donc en fait il savait déjà mon cas, le cas du bébé E7

Oui, je le vois tous les mois pour renouveler mon traitement. A ce moment-là il était un petit peu en retrait. E3

Sur ma grossesse, c'était beaucoup plus sur ... l'aspect physique. Ça l'orientait beaucoup sur tout ce qu'il y avait à faire. Par exemple lorsque je prenais du poids, il surveillait mon poids, il surveillait la pression artérielle. Il proposait par exemple de faire des examens pour la pré-éclampsie. C'est quand même lui qui a vu que j'avais de la tension et que je devais faire plus attention à certaines choses E6

Les patientes ont également fait appel à leur généraliste pour des questions administratives. C'est aussi un relais en cas d'indisponibilité des autres professionnels pour la prise en charge des petits maux de la grossesse, qui influencent beaucoup le vécu de la grossesse : c'est la première remarque que font les patientes lorsqu'on les questionne sur le ressenti de leur grossesse. Elles ont tendance à les minimiser et les rationaliser, elles voient ces désagréments comme une fatalité alors qu'ils entraînent un véritable inconfort.

ça a été le pire (...) je ne m'attendais pas à ce que je souffre de l'estomac du premier au sixième mois /compliqué parce que je souffrais de l'estomac. La douleur était 10 fois plus intense que d'habitude. Donc j'ai rencontré un généraliste pour soulager mes maux d'estomac. E6

je suis juste allée le voir pour déclarer le médecin traitant parce qu'il fallait ça pour la sécurité sociale E7

ma grossesse idéale ce serait sans nausée parce que pour les deux j'ai été malade à en devenir complètement folle. E9

on porte aussi la vie donc ça peut pas non plus être tout le temps rose. E9

- **L'organisation des dépistages anténataux peut être source d'une anxiété anticipatoire et doit être accompagnée de l'information et du soutien des professionnels et des proches.**

Le développement des techniques de dépistage anténatal a révolutionné la prise en charge des grossesses. Cependant elles augmentent les situations de doute, d'anxiété par l'attente de confirmation. Dans notre échantillon, 7 patientes sur 10 ont été confrontées à cette situation pour une seule situation réellement pathologique.

Les patientes ont eu un vécu douloureux de la période d'attente et d'incertitude entre le dépistage et la confirmation des résultats. C'est une période faite d'anxiété anticipatoire pendant laquelle la

patiente s'interroge beaucoup sur la vie de son enfant, la sienne et ce qu'impliquera le résultat définitif. Cela nuit à l'établissement d'une connexion avec l'enfant à venir.

Je me suis sentie un peu... deux mois d'attente, de stress, de pas savoir et ne pas arriver à m'impliquer dans la grossesse et du coup de m'en vouloir, de ne pas aimer ce bébé qui peut-être que... bref ça c'était la partie difficile où il fallait juste attendre. E2

L'unique problème c'est à faire le test ici qui a ... qui m'a dit Melissa venir comme trisomie. Et on doit faire la prise de sang. Et après la tête (fait le signe de cogiter). Et après à faire l'amniocentèse. Et tudo bem. E4

A l'issue de cette échographie on m'a dit que ma poupette avait un fémur d'une taille inférieure au 3^e percentile. Donc là, pour nous c'est alerte rouge. (...) E3

c'est des moments où on se pose un peu la question : s'il est trisomique ou s'il a la mucoviscidose qu'est-ce qu'on fait ? (...) C'est vrai, on se dit un enfant malade mais comment il va à l'école ? comment il grandit ? est-ce qu'on peut travailler ? c'est plus des questions comme ça, angoissantes E8

C'est vrai quand on est enceinte on dit on va aller voir le généticien pour aller rechercher soit une trisomie soit une maladie, c'était pas des petites choses. Mucoviscidose, des mots comme ça forcément ça panique. E8

Devant cette angoisse, le rôle du professionnel et l'information qu'il délivre sont essentiels : cependant dans l'expérience de E2, ce soutien ne peut pas être suffisant car il ne peut pas partager dans l'intimité les conséquences de la potentielle maladie : *C'est pas sa vie que ça met en question, en vrai je ne sais pas si j'aurais pu avoir quelqu'un qui aurait pu me soulager de ce que je ressentais E2*

C'est l'entourage et le partage d'expériences dans le cercle privé qui peut soulager : *dans ses oncles et tantes, il y en a deux qui (...) ont eu des amniocentèses. Du coup, j'en ai vachement parlé avec elles et c'est vrai que ça m'a aussi permis de relativiser les risques.*

La confiance dans le professionnel et sa capacité à délivrer une information claire et chiffrée a permis de diminuer l'anxiété pour E3 et E8 et à la patiente de reprendre la main sur sa grossesse en toute connaissance de cause. Le soutien psychologique est également important comme l'atteste E2 qui a ressenti le besoin d'un nouvel intervenant pour gérer cette période difficile.

Je voulais la voir parce que pendant ces deux mois de flottement où je ne savais pas, j'ai vraiment eu du mal à m'impliquer dans la grossesse et j'ai eu beaucoup de culpabilité. Du coup j'avais envie de travailler sur ça. E2

Donc dès qu'il est rentré de vacances j'ai de suite fait le forcing pour le voir lui, il a repris la main et on a tout régulé ça. (...) E3

Très calme, elle m'a tout écrit le compte rendu de chaque entretien que j'ai eu E8

Et la dame elle était pareil, elle m'a vraiment tout expliqué en détail, au niveau des pourcentages, les options qu'on a. elle a été dans le détail, elle a senti que j'étais paniquée d'avoir... E8

Elle m'a expliqué qu'en fait ce que l'échographe avait vu c'était quelque chose de vraiment minime. Elle m'a parlé d'un pourcentage qui n'était même pas de 10% et qu'au vu des tests qu'on avait déjà faits ces 10% là ils étaient encore plus réduits en fait. E8

2- Etre isolée socialement ou géographiquement, avoir des difficultés socio-économiques ou psychologiques modifie les désirs et entraîne des besoins spécifiques : le profil de vulnérabilité de la patiente permet d'anticiper les aides nécessaires

- **Les conditions socio-économiques et l'environnement de vie influencent les conditions d'accueil de l'enfant et les patientes souhaitent anticiper les difficultés financières et sociales du post-partum**

La situation financière en début de grossesse influencera le vécu de la grossesse. Aucune de nos patientes n'a eu à renoncer à une consultation pour des raisons financières mais elles ont pu être amenées à faire des concessions sur le confort de vie. Il y a une priorisation des besoins.

c'était pas un coussinet assez important pour tout de suite trouver un appart en montrant que j'avais les moyens de payer. Mais au moins j'ai pu vivre quoi. E7

Si j'avais été sur la paille totalement je pense pas que j'aurai pu faire au moins 50% des consultations que j'ai faites E7

J'avais été licenciée quelques mois avant de tomber enceinte. (...) C'était un petit peu compliqué. E3

Cependant ces considérations financières ne sont pas un frein à la parentalité, comme le dit E9 :

c'est pas avec de l'argent qu'on élève un bébé pour moi. E9
On a préféré le garder même si c'était pas encore stable. E10

C'est surtout les changements récents du statut social qui sont source de culpabilité : E7 et E9 ont vu leur niveau social chuter brutalement peu avant la grossesse. Cette situation leur pose question sur leur capacité d'accueil de leur enfant.

C'est surtout le côté niveau social qui s'est tout d'un coup écroulé . C'est pas comme à Hong Kong où l'argent coulait à flot et je dépensais sans compter. E7
aujourd'hui je dépens du RSA et de la CMU et de toutes ces choses, ça ne m'est jamais arrivé avant dans ma vie E7
quand on justifie qu'on a gagné pendant 5 ans des bonnes sommes et qu'après on revient on peut même pas se payer un appartement E7
C'est vrai en deux ans notre situation elle a largement changé. Moi j'avais un boulot, mon mari il avait un super boulot là-bas. On s'est retrouvé ici avec une enfant en plus, moi qui n'ai pas de travail.. E9
un moment où on touchait pratiquement 8000€ par mois à deux et là on se retrouve on ne touche même pas 1500 E9

Les modifications du schéma familial et de l'environnement familial influencent le vécu : la patiente sera moins disponible et moins à l'écoute de ses besoins pour son suivi de par la présence au domicile d'autres enfants. Cela peut aussi engendrer un sentiment de culpabilité envers le premier enfant, en ne se sentant pas à la hauteur pour lui.

on est fatigué, on doit s'occuper des autres et tout E1
Par faute de temps surtout. Par rapport aux autres pour pouvoir vraiment se dégager en fait. E1
celle-là elle a été très compliquée. Parce que j'ai une petite fille qui a 2 ans ½ donc c'est vrai que ça n'avait rien à voir avec la première. C'est vrai que c'était complètement différent. Et puis elle était là E9
Je ne suis pas une femme d'intérieur, je suis pas faite pour rester entre 4 murs. E9
en plus il y avait T.(premier enfant) qui était fatiguant. Enfin j'étais fatiguée, du coup il était fatiguant.
j'ai pas de patience avec T. ! je n'ai pas trop de patience avec lui ! et en même temps il tire les cordes de la patience E2

pendant la grossesse [pour lui] ce qui était embêtant, c'est que maman elle avait un gros ventre, elle pouvait plus le porter, qu'elle pouvait plus courir ça c'est casse pied. E2

E1 s'interroge sur la vie à cinq à la maison, E4 a des difficultés à gérer les difficultés de son fils ainé et E2 change son point de vue sur les complications possibles de la grossesse et les implications pour son fils.

C'est la troisième hein donc là. Et puis aussi une appréhension à savoir comment ça va se passer avec 3. Mais... sinon ça va E1

C'est beaucoup de tristesse, assez compliqué. K(nom du fils) il est parti au Portugal à côté de son père, après son père est mort (père de son premiers fils mort pendant la grossesse) donc il est venu ici. Et donc avec son père et la grossesse de Mélissa... pfff... E4

J'étais persuadée que de toute façon même s'il était trisomique, je l'aurais gardé. Chose qui a changé quand c'est le deuxième où tu te dis ce n'est pas juste ma vie à moi et la vie de l'enfant, c'est aussi la vie du frère E2

La situation d'accueil de l'enfant et l'environnement doivent être évalués dès le début de la grossesse. E4 et E10 vivent dans des situations précaires avec les logements trop petits : *C'est la maison c'est petit tout de nous (E4)*, trop précaires : *On a souvent eu des conflits avec les voisins qui fumaient de la drogue. Donc pendant la grossesse c'est assez compliqué que je respire ça vu qu'il y a l'enfant aussi (E10) entraînant un stress supplémentaire : c'est très stressant de vivre dans un environnement qui est comme ça. (E10). C'est pas un endroit aussi sain que ça E10.*

Pour permettre d'accueillir leurs enfants dans les meilleures conditions, les patientes souhaitent anticiper et des démarches ont été initiées pendant la grossesse : *Nous à faire le papier pour demander E4*. Quand ces démarches aboutissent, elles permettent d'assurer un meilleur accueil de l'enfant. Cependant pour E4 les démarches n'aboutiront pas, ce qui posera des problèmes d'organisation pour la famille.

vu qu'on va déménager ce sera mieux E10

Au mois d'août on nous a dit que non, que pas de maison. Mais c'est petit. E4

Y'a mon fils qui fait les jeux de guerre. Toujours toujours toujours pfff. (Par ses gestes fait comprendre que son plus grand fils joue aux jeux vidéos de guerre dans le salon en présence des plus jeunes enfants parce qu'il n'y a qu'une seule pièce de vie) E4

- **Le soutien de l'entourage est le premier levier pour contrer les difficultés sociales et financières, l'isolement social entraîne un besoin d'accompagnement plus important de la part des professionnels**

Le partenaire est le premier aidant de la grossesse. Il est un allié précieux qui participe au bon vécu de la grossesse et permet de faire face aux difficultés sociales et médicales en équipe : *Cette grossesse, on avait vraiment envie de la vivre ensemble donc on échangeait beaucoup E3. Heureusement qu'on était deux. E3*

C'est cette notion d'équipe qui manque le plus à E8 qui est mère célibataire surtout en post-partum.

Un couple dans la journée forcément ils vont avoir un moment où ben l'homme il va prendre le bain, soit la femme elle va faire quelque chose... et l'un et l'autre en fait au bout d'un moment dans la journée ils peuvent se reposer ils peuvent se dire bon... c'est bon. E8

Il doit donc être intégré au suivi par les professionnels pour faciliter son implication, il participe aux décisions sur les modalités de l'accouchement.

Cependant sa place est parfois difficile à définir : E6 a du mal à laisser de la place à son conjoint pendant la grossesse, son soutien naturel serait plus sa mère. Le conjoint de E9, bien qu'impliqué, laisse la patiente prendre les décisions importantes qui la concerneraient plus.

on avait vu les positions de l'accouchement (...) avec mon mari pour revoir avec lui certaines positions, où il peut être là E1

je voulais accoucher à domicile. (...) Et mon compagnon il n'était vraiment pas chaud. E2

Il m'a dit : (...) tu prends ta décision. C'est toi qui vas la porter, c'est toi qui vas la garder à la maison. E9

mon conjoint qui était très présent. Trop présent. Je l'avais à dos en fait (rires). (...) il s'impliquait un peu trop. (...) E6

C'est ça être en couple, tu écoutes l'autre mais bon ça me passe dessus (rires). Il avait peur de tout (...) il était pas là pour me rassurer E6

La place de la mère dans la grossesse est importante. Comme le rapporte E10 qui n'a pas eu de contact avec sa mère pendant la grossesse : *quand on est en grossesse on a beaucoup besoin d'une*

mère présente. Elle apporte un soutien et est le premier relai en l'absence du conjoint pour E5 et E7 dont les conjoints sont à l'étranger et pour E8 qui est mère célibataire.

Les deux premiers mois, j'ai eu ma mère. C'était très bien parce que j'arrivais à communiquer à ce moment, elle avait du temps. Je me sentais bien. Dans ma peau, dans ma tête. E6

Ma mère elle n'a jamais raté un rendez-vous je crois. Du coup ouais, tout le monde était là pour préparer, pour l'accueillir aussi E8

Il n'est pas là tous les jours. (...) c'est ma maman qui a pris le relais. E5

[pendant la grossesse] j'étais retournée chez ma mère. Donc elle m'a beaucoup aidée E7

Les patientes qui ne bénéficient pas du soutien de l'entourage nécessiteront un accompagnement plus appuyé des professionnels et d'être rassurés sur leurs propres capacités.

le fait d'avoir un enfant toute seule je sais qu'il m'a vachement parlé, rassuré (en parlant de son gynécologue). Il disait que c'était faisable. Je pense qu'ils m'ont plus entourée que peut-être quelqu'un qui sont deux E8

Je ne sais pas si c'est parce que c'était une première grossesse ou parce qu'on n'était pas ensemble avec mon compagnon au moment de... en tout cas j'ai été suivie par une sage-femme à la PMI aussi. E2

Elles ont été très présentes parce qu'elles ont vu que j'étais assez jeune/ j'ai été plus qu'étonnée d'avoir autant de gens à l'écoute et d'autant être suivie. E10

L'entourage familial et amical apporte un soutien affectif. Il participe au bon vécu de la grossesse : *Après moi je l'ai vécu seule, avec ma famille. Mais très bien. E8*

Après moi, je l'ai bien vécue à part ça. J'avais mon monde autour de moi, impeccable. E5

Il est un levier pour compenser les difficultés en cas de situation de vulnérabilité : C'est le premier rempart à l'isolement des patientes et il apporte une aide financière quand les aides et indemnités ne suffisent pas.

Ouais voilà, un soutien... affectif on va dire et un petit peu maternel parfois E3

Mon entourage il a quand même eu un rôle de soutien. Je pense pas que toute seule comme ça... c'est très difficile pour une maman solo d'avoir aucun soutien parce que ne serait-ce que la fatigue, les changements hormonaux il faut des fois... E7

Beaucoup de soutien. Puisque je savais que mon conjoint ne serait pas là E5

On vit en famille, on est très proches de nos familles donc ils sont proches de nous E6
Au niveau argent comme on n'a que le RSA ils nous ont beaucoup aidés pour la poussette, le lit enfin, beaucoup de choses. Donc ça nous a vraiment soulagé E10
On a demandé à nos parents de nous prêter un petit peu d'argent parce que c'était... E9
on a eu de la chance, on a eu beaucoup de visites (...)Du coup cela a été plus simple pour moi pour me reposer et prendre contact avec la petite. E2
J'ai quand même eu de la chance parce que j'avais une amie qui passait de temps en temps pour me faire à manger parce que je pouvais tout faire mais je rendais(...) Donc c'était compliqué.E6

Les grossesses de E9 et E10 n'ont pas bénéficié au début de l'investissement des proches inquiets par cette grossesse pendant une situation peu stable, et cette situation a été source d'anxiété et d'un sentiment d'isolement.

Personne n'a bien réagi. C'était plutôt la panique totale (..) j'aurais aimé qu'ils réagissent un petit peu mieux parce que franchement là... E9
c'est plus côté familial ça a été plus compliqué. Ils n'ont pas accepté donc... E10
Ils ne le prenaient pas trop au sérieux notre couple dès le départ. (...) Mais à partir des 3 mois ça a été acquis donc là ils se sont vraiment investis. E10

- **Les patientes isolées géographiquement ont besoin d'avoir accès à des professionnels de proximité ou doivent s'investir personnellement et financièrement pour se déplacer.**

L'éloignement géographique diminue les possibilités au cours du suivi et de l'accouchement. Il entraîne un sentiment d'abandon et d'isolement et des frais supplémentaires si les patientes veulent accéder à d'autres formes d'accompagnements.

Et puis le secteur rural ça peut pêcher, ça peut créer des difficultés sociales. E3
parce qu'on est à la campagne, j'ai été larguée un peu dans la nature. E3
les différents types d'accompagnements, ça c'est quelque chose dont on ne parle pas assez. (...)
ici dans l'arrière-pays si on cherche pas les différents types ben.. Après, l'accompagnement classique c'est bien aussi mais E2

Pour contrer ses difficultés, les patientes ont besoin de professionnels de proximité : *Je préfère aller avec ma sage-femme parce qu'elle est plus près E1*

Sinon la patiente doit plus d'investir pour obtenir un suivi optimal : cela demande plus d'organisation (E9) et coûte plus cher (E3). La gynécologue de E9 propose des consultations avancées dans l'hôpital local du secteur, ce qui lui a permis de pouvoir la voir plus facilement quand elle ne pouvait pas se déplacer.

on a une voiture pour le couple donc c'était toute une organisation pour aller aux rendez-vous E9

Mes derniers mois de grossesse, j'allais parfois deux fois par semaine à Montpellier. Ça représente un coût aussi. E3

J'avais vraiment décidé de (...) surtout ne pas être isolée avant, pendant, après. Du coup je me suis renseignée déjà pour des sages-femmes plus à proximité E3

J'ai eu un super accompagnement mais derrière il y a eu un investissement aussi. (...). On s'est démerdé. E3

Une fois où j'étais fatiguée j'ai demandé parce que Dr G. (nom du gynécologue) elle consulte aussi à C. (nom de la ville à proximité) donc je lui avais demandé si elle était d'accord de venir à C. E9

- **Les patientes verbalisent peu leurs difficultés psychologiques en les minimisant, les rationalisant : leurs interlocuteurs doivent prendre les devants pour ouvrir le dialogue.**

La grossesse est une période de *chamboulements* (E3) psychologiques. Ces problèmes ne sont pas facilement exprimés par la patiente : elle aura tendance à les rationaliser ou minimiser. Pour E1 ces périodes de dépression se rapportent à des causes organiques. Elle reconnaît aussi des difficultés à s'exprimer par son caractère introverti. Pour E4 la difficulté est déjà de s'exprimer sur ses difficultés malgré la barrière de la langue.

c'est peut-être hormonal, à la naissance on peut avoir des moments de dépression par manque de fer quand on a pas été assez suppléée. E1

J'en parle pas trop. Je suis pas trop expansive sur ça. E1

En femme enceinte j'avais des réactions un peu différentes, j'étais encore plus renfermée que maintenant E6

Quand je sens la dépression, la médecin me donnait l'ordonnance pour relâcher... la nuit toute bien mais tout le jour (fait le signe de tourner dans sa tête). Difficile. E4

E6 qui a pu bénéficier d'une prise en charge psychologique pendant une période difficile de la grossesse relativise aussi : *j'en avais pas tout à fait besoin. C'était juste pour une période (...). Je l'ai pas consulté longtemps.* E7 n'a pas voulu d'aides car elle se sentait trop fatiguée pour consulter *il y avait des jours où je pensais que j'étais trop épuisée, j'en pouvais plus mais ça passe.* Les difficultés psychologiques sont vues comme une faiblesse, la patiente se doit de les assumer seule, d'être « à la hauteur » pour l'arrivée de son enfant.

Je pouvais pas craquer, parce que si je craquais j'allais pas avoir assez de force pour lui E7

Il fallait que je sois forte psychologiquement envers et contre tout en fait E7

E3 avait déjà entamé une prise en charge psychologique suite à sa première grossesse qui lui a permis de mieux appréhender la suivante. Elle était donc plus à même de s'impliquer et de vivre sa grossesse.

j'ai passé 11 mois en psychothérapie avant de tomber enceinte. (...) justement enceinte, on voulait pas remuer trop de choses... E3

Donc j'aborde les choses très différemment. Je me sens beaucoup plus costaud à faire face à tout ça parce que c'est quand même des chamboulements. (...) E3

Pour faire face à ces difficultés et pouvoir se confier, la patiente a besoin que le professionnel de santé ouvre le dialogue. Les patientes se sentent souvent seules et vulnérables pendant la grossesse et auront du mal à faire cette démarche et c'est là qu'intervient le professionnel.

Pour E9 c'est la sage-femme qui a abordé pendant le suivi les antécédents de baby blues : en prenant les devants, la patiente savait qu'elle aurait une porte à laquelle frapper en cas de difficultés. Pour E6 c'est en discutant de tout et de rien que la sage-femme a réussi à débloquent la situation et à permettre à la patiente de verbaliser.

on a beaucoup parlé de ça avant l'accouchement, de ce baby blues. Et elle m'avait dit si tu sens que ça arrive on en parlera il ne faut pas que tu restes seule. E9

tout de suite je lui ai dit je t'avoue que là je le sens pas ça va pas. Je pleure pour rien, je suis irritable alors que d'habitude je suis pas comme ça. Et là elle m'a beaucoup aidée, elle m'a beaucoup soutenue. E9

Elles discutent beaucoup ce qui fait que pour moi qui suis pas toujours très à l'aise de discuter.... C'était plus facile parce qu'elle parlait beaucoup et de beaucoup de choses et j'apprenais en même temps (...). Mais en discutant avec elles, elles me rassuraient sur beaucoup de points E6

3- Les patientes sont en attente d'un professionnel à l'écoute de leurs souhaits : par une attitude bienveillante centrée patiente et une communication adaptée les professionnels valorisent les compétences à la parentalité

- **Le professionnel doit avoir une attitude bienveillante et faire preuve de considération envers la patiente pour éviter les situations stigmatisantes**

Les patientes sont très sensibles pendant la grossesse à l'attitude des professionnels : elles sont en demande d'un accompagnement humain et chaleureux qui leur permet de se sentir rassurées. Il est important de prendre en considération la personne et de rester à l'écoute pour que la patiente se sentent à l'aise.

Quand on est enceinte on a une sensibilité accrue et toutes les remarques des gens ça nous touchent, ça nous rend émotive. (...) moi j'étais plus vulnérable. E7
parfois j'arrivais j'étais en retard j'étais stressée, mais ça se passait toujours bien. E7
elle était très chaleureuse, très humaine E8
des fois ça aide d'avoir des réponses et d'être rassurée par quelqu'un qui s'y connaît. E5
J'ai eu de la chance parce que j'étais vraiment très très entourée (..) dès que j'avais un souci c'était vraiment vers A. que je me tournais j'avais vraiment confiance en elle E9
Ils ont été très à l'écoute. Franchement j'ai été très bien suivie pendant ma grossesse. E10
Elles sont rassurantes, elles ne nous laissent pas partir comme ça, qu'elles soient sûres que vous soyez prêtes. C'est pour ça, il y en a qui sont quand même consciencieuses E5
Je les trouve très impliquées. E5

Dans certaines situations, le professionnel manque de tact et ne prend pas en compte la patiente en tant qu'individu. Ce manque de considération entraîne une déshumanisation des rapports : *J'étais un bout de bidoche qu'il avait à passer E2, Il y a un minimum (...). Que ça ne fasse pas usine E5.*

La patiente ne se sent pas à l'aise, pas prise en compte. Cela peut s'expliquer par un manque de temps ou de disponibilité de la part des professionnels.

J'étais un bout de bidoche qu'il avait à passer. (...) Il répondait au téléphone avec la sonde ! Après il a fini par partir mais au final il était au téléphone c'était un peu gênant E2
Qu'il s'occupe un peu de ses patientes, qu'il sache au moins qui c'est./ Quand on arrive devant lui, il ne nous demande pas : vous êtes qui déjà ? enfin plein de choses comme ça ouais... C'était compliqué./ Il y a un minimum quoi, s'intéresser. Que ça ne fasse pas usine. E5
il y a des docteurs, ils manquent de tact, ils savent pas comment parler aux gens, comment les traiter quoi E8
Mais au final j'avais l'impression qu'on m'écoutait sans forcément non plus trop écouter E8
des fois on veut parler au docteur, ils nous écoutent à moitié parce qu'ils croient qu'ils savent. Non, ils savent pas E7
je pense qu'ils étaient surchargés mais ma gynécologue n'est pas venue me voir. E9
c'est pas qu'elle était pas sympa mais elle faisait les choses machinalement. E7
A mon avis elle voit tellement de femmes enceintes, elle a tellement de travail, de rendez-vous qu'elle en devient... enfin elle donne la sensation d'être insensible/ les cas qui s'enchaînent, les mêmes cas, les mêmes têtes. On se dit bah, les mêmes remèdes E7

Les maladresses et erreurs de communication sont sources d'incompréhension et entraînent un sentiment de stigmatisation pour E3 qui se sent mise dans une case avec des professionnels dans l'incapacité de communiquer avec elle. E7 rapporte ce manque de considération à une stigmatisation des patients dans les quartiers défavorisés : les professionnels se créent des automatismes dans la prise en charge qui ne les rendent pas assez disponibles et bienveillants.

(...) je n'ai pas ressenti d'animosité mais le fait de ne pas être à l'aise, ben on est maladroit. Et ça veut dire que derrière on est moins en capacité d'apporter les bonnes informations et le bon accompagnement. E3
il n'y a pas eu de stigmatisation, mais on sentait qu'en fait ils étaient démunis quoi. E3
(...).. Et du coup je me retrouvais avec mon dossier médical, avec des choses écrites de façon maladroite, que je n'avais pas envie de voir sur un dossier de grossesse quoi. (...) les monitos de fin de grossesse j'avais : maman ex-toxicomane. Bon, voilà. Ça c'est bête mais c'est maladroit en fait. E3

Quand on va à la PMI de la cité on n'est pas traité de la même façon que quand on va dans un cabinet privé. (...)Le système de santé c'est un peu deux poids, deux mesures. E7
Je trouve qu'ils ont l'habitude, en plus j'habite dans un quartier un peu comme ici, ils ont plus l'habitude d'avoir à faire à une certaine classe de la population. Ils ne se rendent pas compte qu'ils se créent des automatismes et qu'ils traitent les gens d'une certaine manière. E7

Ce manque de bienveillance nuit à la relation médecin-patiente : cela crée une situation de gêne, il y a incompréhension et parfois même un conflit justifiant une rupture de suivi. E8 qui ne s'est pas sentie prise en compte et en sécurité durant le post-partum a perdu confiance et cela influencera la suite de la prise en charge de l'enfant.

j'ai dû aller vers un autre généraliste qui lui prenait les devants, me proposait de faire telle ou telle chose par rapport à ce que j'avais. C'était beaucoup plus agréable d'avoir un contact avec lui qui avait plus l'air de faire attention à ce qu'il fait. E6
J'ai pas voulu continuer mes séances de rééducation périnée là-bas/ elle m'envoyait plein de messages en me disant qu'elle allait venir chez moi pour m'ausculter et j'ai pas voulu en fait E7
Maintenant c'est au moindre petit truc qui pourrait ne pas aller ou qui m'alerte ou qui me dit non ça va pas c'est directement le pédiatre E8

L'amélioration de la relation entre la patiente et les professionnels par l'expérience des situations complexes permet un meilleur accompagnement, comme E3 a pu le constater entre ces deux grossesses.

Et c'est vrai que j'ai vu l'évolution. Les choses se mettaient en place. Ça a énormément évolué.
Ça a été beaucoup plus souple, ils étaient plus sereins, ils connaissaient mieux, ils ont eu d'autres patientes derrière E3
Par rapport à la problématique METHADONE je trouve que l'information et l'accompagnement (...), les choses bougent quand même quoi. Et se mettent en place oui E3

- **La patiente doit être actrice de sa grossesse pour assurer un bon vécu des évènements et favoriser la relation avec les professionnels**

Pour un bon vécu de la grossesse et de l'accouchement la patiente doit se sentir actrice des évènements. Si elle subit les procédures, elle est en position de passivité et ne peut s'investir ce qui entraîne des difficultés lors du post-partum.

La situation de E2 qui a eu deux expériences opposées pour ces deux accouchements l'illustre bien : pour sa première grossesse, elle a subi les interventions des professionnels, elle n'a pas pu choisir son mode d'accouchement et elle garde un mauvais vécu de cet accouchement. En opposition pour sa deuxième grossesse, elle utilise la première personne pour décrire son expérience car elle a été beaucoup plus décisionnaire lors du déroulé de l'accouchement, avec une meilleure finalité.

au moment de l'expulsion, j'ai voulu rester sur le côté ils m'ont dit : « non ! sur le dos ! les étriers ! » et je n'ai pas bataillé. Après ils m'ont donné le gaz hilarant. Bref c'était pas du tout physio (...) Enfin voilà, c'était un peu compliqué. E2

J'ai regardé l'écart des contractions, j'ai vu que c'était bientôt l'heure (...) j'ai réveillé mon compagnon, pris un bain le temps qu'il charge la voiture et suis arrivée. J'ai fait les étiquettes avec lui parce que je n'étais vraiment pas prête à rentrer dans l'hôpital et finalement du moment où on a passé les portes, elle est née en 1h30. E2

Il est né, on me l'a enlevé de suite, je l'ai vu que 12h après. J'ai vraiment subi le truc quoi. Donc après ça, j'ai fait une dépression du post-partum, suivie d'un burn-out enfin j'ai eu quelques années de galère que j'ai traité. E3

il se passait des choses mais je ne comprenais pas ce qui se passait, pourquoi on m'enlevait mon fils, pourquoi il était branché. Je ne savais pas ce qui était lié à l'accouchement difficile ou du traitement. Il y a eu vraiment un flou, je suis passée à côté de pleins de choses en fait. E3

j'arrêtais pas de lui dire de les enlever, elle a pas voulu elle a voulu me forcer/ Elle m'a fait une séance d'acupuncture forcée et j'étais horrifiée E7

Si la place de la patiente n'est pas respectée, elle va se retrouver dans l'obligation de s'imposer pour vivre sa grossesse et son accouchement. Elle se sent donc en position de conflit par rapport au corps médical, la relation médecin-patient en pâtit.

*J'étais bien moins en capacité de verbaliser mes besoins et ce que je voulais dire : moi je veux que ça soit comme ça, et c'est comme ça, et d'y aller. Parce que des fois il faut aussi un peu s'imposer même par rapport au corps médical. Faut y aller. E3
après on apprend aux gens comment on veut qu'ils nous traitent E7*

c'est vrai que je leur ai fait comprendre que je voulais pas sortir de l'hôpital. Parce que j'aurais pu sortir un jour avant ils m'auraient laissée. Moi non je voulais pas parce qu'il ne grossissait pas en fait. Du coup je suis restée un jour de plus parce que j'ai forcé un petit peu. E8

- **Les patientes expriment un désir de démedicalisation, un besoin de se faire confiance : respecter ce besoin permet de valoriser les compétences à la parentalité de la patiente et limite les frustrations**

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques qui doivent être respectés. Pour certaines patientes l'intervention médicale peut être néfaste et nuit à l'instauration du lien mère-enfant. Pour E1 la répétition des échographies peut être dangereuse. Pour E2 le processus physiologique de la grossesse ne doit pas être parasiter par l'utilisation de « produits, tout ça ».

c'est pas toujours terrible pour le bébé d'avoir les échographies trop souvent, et trop longues E1

Quand l'accouchement ne s'était pas très bien passé, j'étais persuadée que c'était le contexte de l'hôpital qui avait joué sur la longueur de l'accouchement. E2

Ça me paraissait tellement naturel je ne voulais pas de produits tout ça. E2

Je voulais un accouchement le plus naturel possible du coup ben il fallait travailler ça. E9

Pour la salle physiologique de Montpellier on rencontre aussi des... enfin on a trois entrevues avec des sage femmes qui sont spécialisées dans cette salle. Donc pour faire un dossier, savoir s'il est accepté et tout ça. E1

Respecter ce désir de démedicalisation permet un meilleur vécu de l'accouchement et limite le sentiment de frustration.

Super bien, ils nous ont laissé tous les deux. Après c'est allé vite, quand c'était le moment de pousser ils ont juste réussi à me mettre sur le canapé, j'ai accouché à 4 pattes et c'était juste parfait, on a eu la petite tout de suite. Une heure après je me levais pour chercher les toilettes. E2

Donc ça n'a pas été évident sur certaines choses. Donc j'ai été obligé d'avoir le monitoring tout le long du travail, ça c'était un peu... je n'avais pas envie du tout c'était pas un souhait et du coup bah (...)on est un peu obligé des fois quand même. il faut faire des concessions quoi E1

je lui ai dit que je déménageais (...) il m'a dit : « oh mais ce n'est pas grave si c'est la distance qui vous gêne on choisit une date comme ça vous allez chez votre mère, on vous déclenche et c'est bon ». Moi j'étais là : « mais j'ai un projet de salle nature, l'accouchement physio ce n'est pas trop ça » E2

En fait les patientes souhaitent pouvoir *se faire confiance* (E2), sur leur capacité à s'occuper de leur enfant et rester à l'écoute de leur instinct maternel tout en gardant une sécurité. Dans le récit de E6 il y a une ambivalence car elle veut laisser l'allaitement se mettre en place le plus naturellement possible mais est également en demande d'être rassurée.

ça fait du bien d'être chez soi et de se faire confiance. Après j'ai des petits doutes des fois, je ne sais pas, est-ce que je fais bien. Je ne sais pas E2

J'avais du mal à comprendre qu'elle suggère que je puisse sortir de là que si j'ai mis en place l'allaitement. C'est des choses qui se font instinctivement. Ça vient instinctivement. Tu le nourris ton enfant ! Je pense que ça, c'est plutôt clair pour une maman quand elles sont enceintes qu'elle veut nourrir au sein ou pas. C'est un choix de pas le mettre au sein et tout. E6

Ce que j'ai trouvé bien c'est qu'on me donne la possibilité de m'en occuper assez souvent. E6

à partir du moment où on a vu qu'elle allait bien je l'avais quasiment tout le temps avec moi, on l'a scopé une heure le matin, une heure la nuit et c'était fini quoi. (...) E3

heureusement qu'elle était là parce que ça permettait d'être un peu plus rassuré. Comme elle était prématurée j'avais toujours peur. Le fait qu'elle vienne sur place, c'était encore mieux. Elle me laissait la possibilité de venir chez elle mais comme on ne voulait pas la sortir, c'était beaucoup mieux qu'elle vienne sur place. E6

Cependant lorsque l'intervention médicale se justifie une bonne information et une attitude adaptée de la part des professionnels permettra à la patiente de comprendre l'intérêt et la nécessité de la médicalisation. C'est le climat de confiance et de respect que le professionnel aura réussi à installer qui lui permettra d'assurer la meilleure prise en charge.

J'avais ce RDV (...) qui m'a vachement aidée à prendre sur moi, à me reconnecter avec le bébé, à me dire que si c'était une césarienne, ben c'était pas si grave parce que c'était ce qu'il y avait de mieux pour nous deux, et tout ça ... E2

cette grossesse je veux la vivre à fond et l'accouchement le vivre autant que possible. Après s'il y a raison médicale, il y a raison médicale, pas de soucis E3
ces salles nature ça doit être le moins médicalisé possible donc pas de péridurale etc...
(...)Du coup on m'a dit oui, ça va être possible, peut être pas. J'ai senti que ça partait dans un truc un peu compliqué. On retournait sur un truc pas clair et j'avais vraiment pas envie. Au dernier moment j'ai dit on laisse tomber ce truc-là. En même temps une salle d'accouchement ça n'empêchera pas de faire nos trucs. E3

- **La mise en place de moyens de communication adaptés sont nécessaires pour que la patiente se sente en sécurité et accompagnée.**

Les défauts de communication par la barrière de la langue ou le manque de disponibilité du professionnel nuisent à l'efficacité du suivi. E4 a un sentiment d'abandon face aux professionnels qui ne développent pas de moyens de communication et ne répondent pas à ses efforts pour parler français. E7 regrette que certains professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer aux patientes présentant des difficultés de compréhension alors qu'il y a toujours possibilité au-delà de la barrière de la langue. Pour E8 c'est l'attitude même des professionnels qui pêche : il y a un sentiment de ne pas être écoutée, pas prise en compte.

Moi je peux expliquer bien mais le médecin... pff (fait un signe de balayement de la main) et je demande à faire échographie, les radios et prises. Mais rien. Alors moi je pars avec un autre médecin qui parle... E4

La médecin comme je... portugais... (à nouveau signe de balayement de la main). J'ai compris. Parce c'est moi je parle bien et la médecin... c'est compliqué. E4

C'est normal qu'ils prennent le temps d'expliquer aux gens. Ils n'ont pas face à eux des abrutis. E7

Même des fois si c'est des gens qui parlent pas très bien le français c'est pas des abrutis. Ils s'expriment très bien dans leur langue, vous voyez ce que je veux dire. E7

Mais au final j'avais l'impression qu'on m'écoutait sans forcément non plus trop écouter E8

L'instauration de moyens de communication efficaces entre le professionnel et la patiente malgré la barrière de la langue est essentiel pour lutter contre le sentiment d'abandon et permettre une réassurance. Chaque effort des professionnels est accueilli positivement par la patiente et diminue l'isolement.

A l'hôpital (...) c'était déjà mieux. Parce qu'il y avait des médecins qui parlaient un petit peu espagnol

C'est l'hôpital (nom du CHU). C'est passé bien. La communication c'était bon. Ils parlaient doucement et moi compris, pas blablalbla E4

Elles étaient à l'écoute, elles étaient disponibles. E2

Ils ont été très à l'écoute. E10

4- L'accès à l'information et aux démarches sociales se fait par internet mais l'intervention d'un interlocuteur direct reste essentielle pour assurer la fiabilité des informations et adapter la prise en charge sociale aux spécificités des situations de vulnérabilité

- **Les patientes recherchent des informations auprès de leurs proches pour le partage d'expériences et auprès d'internet pour l'accessibilité permanente : cependant le professionnel de santé reste le référent car l'entourage manque d'objectivité et les sites internet de fiabilité.**

Les patientes sont globalement satisfaites de leur niveau d'informations.

Moi j'ai pas eu l'impression de.. enfin j'ai toujours trouvé des réponses à mes questions. E2

La première source d'informations de la patiente est son entourage. L'apport de l'expérience des proches permet un partage moins médical mais plus dans l'intimité, complémentaire aux informations scientifiques des professionnels. L'expérience des amies permet d'accéder à beaucoup d'informations. La mère est également un interlocuteur privilégié de la grossesse et son expérience enrichit la patiente. Pour E9 dont la mère n'a pas allaité, l'allaitement était une toute nouvelle expérience, une aventure sans repère. E6 se sent particulièrement prête à la maternité car elle a le sentiment de l'avoir déjà expérimenté à travers ses tantes en vivant 24h/24.

Et les copines. Qui ont quasiment toutes trois gosses plus vieux que les miens. Ouais, parce qu'on échange sur leur expérience. Ça amène un autre avis. Mes amies pour les deux grossesses, c'est une source d'informations assez importantes. E3

Je parlais beaucoup à ma meilleure amie parce qu'elle a une fille qui a quatre ans maintenant E7

Aucune femme dans mon entourage, ni ma mère ni mes grand-mères avaient allaité donc du coup je partais complètement à l'aventure. E9

J'avais à vivre avec mes tantes qui ont été enceintes. Quand je dis vivre c'est vraiment au quotidien, 24h/24. Donc je savais un peu comment ça se passait, qu'est-ce qu'elle vivait. E6

Mais ce rôle est relativisé par E2 et E5 : l'affectif que chacun met dans le vécu de sa propre grossesse ne permet pas d'informations neutres et pertinentes à prendre au premier degré.

Enfin l'entourage il est tout le temps là pour soutenir mais après les petites questions... Moi ma mère elle se souvient plus, ses grossesses c'était parfait (...) E2

Mais chaque grossesse est tellement différente. 50 personnes et vous aurez 50 personnes qui vous diront différent. E5

Parce qu'il y en a toujours des gens... les gens ça parle E6

La primiparité est un facteur d'anxiété car la patiente n'a pas d'expérience à laquelle se rattacher : elle sera plus en demande d'informations, d'attention auprès des professionnels. Elle aura du mal à se faire confiance dans l'évaluation de l'état de son bébé par manque d'élément de comparaison. En comparaison la multipare sera plus *rodée* (E1). Mais une mauvaise expérience d'une précédente grossesse peut aussi influencer négativement le suivi et entraîner une anxiété

Comme c'était ma première grossesse, je voulais quelqu'un qui soit dans ce type de fonctionnement que celles qui sont un peu plus relâchées. Pour qu'elle me dise tout, qu'elle ne pense pas que j'ai déjà des connaissances E6

j'avais vu une sage-femme de la PMI qui m'avait contactée (...) quand c'est notre premier bébé E2

C'est un premier bébé on se rend compte qu'il y a un problème. E8

je m'en veux un peu c'est que je me dis qu'en fait du coup j'ai peut-être mis quelques heures ou même un jour pour me dire là non ça va vraiment pas E8

L'accouchement de T. (nom premier enfant) ne s'était vraiment pas passé bien. Je suis retournée en salle physio mais j'avoue qu'au tout début de ma grossesse je voulais accoucher à domicile. E2

pour L. (nom du bébé), ça va forcément partir de la première grossesse (...) En gros, la naissance de mon fils a été une naissance très compliquée E3

je me laisse du temps parce que pour moi ça a été plus un choc psychologique d'avoir fait sans péridurale et d'avoir vu tout ça et d'avoir enduré tout ça qu'autre chose E10

Bien que les proches apportent des informations et un retour d'expériences, le professionnel par son attitude neutre et empathique reste le référent de confiance. Il fournit les informations fiables vers lesquelles la patiente se réfère.

plus que ma mère dans le sens où elles le font de manière pédagogique alors que ma mère elle le fait plus de manière à me montrer comment je fais pas bien. E7

le gynécologue me l'expliquait mais j'aime bien toujours avoir plusieurs explications, je reposais toujours les mêmes questions. Et c'était toujours les mêmes réponses, ce qui me rassurait E6

on avait un dialogue assez fluide donc c'est vrai dès que j'avais un souci c'était vraiment vers A. que je me tournais j'avais vraiment confiance en elle. E9

c'est vrai que ma maman elle est pas forcément à l'écoute par rapport à ça E9

Internet est une autre source importante d'informations pour les patientes. Les patientes y ont souvent recours, mais toujours avec une pointe de culpabilité puisqu'elles précisent toujours prendre de la distance par rapport à ces informations jugées « non fiables ».

J'ai cherché un peu sur internet mais bon faut pas trop faire ça (rires). Des fois, c'est un peu paniquant quand même. E2

*Il y a internet aussi. Même si j'évite parce que des fois ça fait plus flipper qu'autre chose E3
ce n'est pas toujours la meilleure solution parce que c'est tout le monde qui met des choses, on est jamais sûr que ce soit un médecin. (...) pour quelques trucs c'était pas mal. Pour les différences entre semaines d'aménorrhée, les petites questions qu'on se pose E5*

j'évitais parce que c'est vrai qu'après quand on se tournait vers des trucs, des petits symptômes vite ça peut être une catastrophe. Donc j'évitais des fois de regarder sur internet E9

Par exemple pour E8 le recours à internet ne se fait que pour les questions de puériculture et non médical pour éviter ce travers : *Les biberons en verre ? pas en verre ? les tétines ? Allaiter ? Si on allaite, quel est le mieux pour la tétine./ Du coup c'était plus les questions comme ça que médical parce que ça fait peur E8*

Malgré cette prise de conscience les patients utilisent beaucoup internet : il permet une réponse immédiate et c'est ce sentiment de permanence de l'information *on était beaucoup dessus, (...)* Sur

internet tout le temps E6 qui séduit car cela limite la frustration. Il répond aux questions dans l'instantané mais nécessite une confirmation par les professionnels dans un deuxième temps quand celui-ci sera disponible : internet ne remplace pas le rôle de référent du médecin.

qu'est-ce qu'il fallait faire, qu'est-ce qu'il fallait pas faire. On était beaucoup dessus. (sur internet) Mais après c'est les sages-femmes qui disaient qu'il fallait aussi un peu relâcher, pas se mettre trop de stress. E6

je ne les avais pas sous la main à domicile quand je les avais dans la tête (en parlant des professionnels) Je demandais quand même confirmation auprès du médecin. E5

Je préférais me fier à ma sage-femme. E9

si je vois qu'il y a trop de décalage, je ne comprends pas (...)je demande conseil à la gynéco pour voir si c'est vrai ou pas. E10

Pour E6 internet lui servait à contrer un manque d'implication de son médecin : avec un professionnel plus investi elle a pu relâcher ses recherches car lui faisait confiance : *Après ça s'est très bien passé avec l'autre. Il me proposait de faire des choses. J'avais plus à faire autant de recherches sur ce que j'avais pour dire : oh oui qu'est-ce qu'il faut faire en plus, pour comment ça peut s'améliorer. (...)c'était son rôle de médecin qu'il jouait très bien.*

Les patientes ont donc besoin de professionnels disponibles pour pouvoir poser leurs questions facilement : cela nécessite un accès rapide aux prises de rendez-vous et un contact facile, même par téléphone.

Je l'aimais bien c'est juste [que] la prise de RDV c'est compliqué, par téléphone donc je n'ai pas pu faire les trois avec lui. E2

que je n'ai pas vu pendant des mois... (...) Donc c'est fini. Je n'irai plus jamais le voir. E5

si on a tout simplement une question et qu'on appelle ou quoi qu'il puisse nous répondre.

Au minimum par téléphone. Je ne demande pas à le voir tous les jours mais au minimum E5

Au-delà de la prise en rendez-vous la disponibilité s'évalue sur l'attitude du professionnel en consultation : en instaurant un climat de confiance et en prenant le temps au cours de la consultation nécessaire à l'échange la patiente se sent plus en confiance, et plus rassurée.

c'était assez speed parce qu'elle avait d'autres rendez-vous alors elle a été en retard (...) donc j'espère qu'on aura le temps d'en parler. E1

on a pu poser les questions qu'on voulait, donc ça c'était très agréable. E1
j'ai appelé A. (nom de la sage-femme) elle m'a dit t'inquiète pas, on va venir on va te
montrer. Aucune gêne, même A. E9

- **Les démarches d'accès aux aides sociales sont informatisées ce qui facilite les procédures mais ne remplace pas le rapport humain en cas de situation fragile ou complexe**

Les démarches administratives pour avoir accès aux indemnités journalières et prime à la naissance sont automatisées ce qui facilite l'accès aux aides pour la patiente.

Ben la prime de naissance, je crois que ça se fait automatiquement quand on envoie les petits
volets de la déclaration de grossesse E2
Ça se fait tout seul. E1

Cependant cette automatisation peut paraître floue aux patientes. Comme E2 qui a du mal à s'y retrouver dans toutes les démarches et aides et peut perdre le contrôle de son dossier. Elle entraîne également un désinvestissement des patientes dans leur prise en charge qui ne sont plus informées des aides auxquelles elles ont droit et à quel titre.

je crois, A l'hôpital il y a aussi une dame de la caf ? CPAM ? non CPAM... mais qui envoie
aussi à la CAF ?... je crois ? E2
Ben ça s'est mis en place tout seul, on m'a pas tellement informée. E10
J'y connais pas grand-chose dans tout ça. E10
Je le savais c'est de par mon boulot, par mes connaissances. Parce que sinon c'est vrai on
a peu d'informations (...) E3

Cette perte de contrôle peut entraîner des difficultés en cas d'erreurs, de perte de dossier comme l'ont expérimenté E2, E3 et E9. Ces erreurs peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie du foyer et la budgétisation du foyer et entraînent une perte de confiance dans les administrations.

Ils l'avaient enregistré mais comme ils ne l'avaient plus ben ils l'ont désenregistrée.
Super.E2
J'appelle la CPAM pour savoir et en fait ils avaient perdu ma déclaration de grossesse.
Donc ils ne m'avaient rien envoyé E2

je sais que même en étant assez carré ça peut... E3

nous avons un délai de traitement de 8 semaines. Il n'y a pas de carence etc mais j'ai fini la démarche quelques jours avant d'accoucher et je viens juste de recevoir, ils ont rattrapé tout. Heureusement qu'on était deux et avec un peu d'argent de côté sinon c'était compliqué E3

la prime de naissance ça nous aurait vraiment fait du bien d'avoir ce plus là parce qu'on vivait avec un seul salaire pour une famille de 4/ Parce qu'en plus ils nous ont dit oui, après ils nous ont dit non. Donc nous on comptait là-dessus on s'était dit bon... Et puis on voyait que ça trainait, ça n'arrivait pas sur le compte. E9

Cette automatiser des demandes ne permet pas aux patientes d'avoir un interlocuteur en réponse à leur situation. Ce manque de moyens de communication entraîne une deshumanisation et peut être source d'incompréhension voire de colère.

On arrivait de temps en temps à les avoir au téléphone quand on avait la patience d'avoir une demi-heure sur une boîte vocale E9

Tout dépend ce qu'ils nous annoncent on a du mal à rester cordial (...) Surtout le jour où on s'est ramassé ça. E9

Ils savent même pas pourquoi ils sont inflexibles, ils veulent juste être chiant E10

Ces difficultés sont surtout ressenties dans les situations complexes ne rentrant pas dans les cases de l'administration. Ce qui est souvent le cas dans les situations de vulnérabilité : E7 a été confrontée à la rigidité de l'administration quand elle a dû déclarer son enfant pour l'inscrire à la CMU dont le sexe n'était pas encore déterminé, situation déjà difficile psychologiquement. Le niveau de vie sociale de E9 a brutalement chuté avant la grossesse et elle n'a pas trouvé d'interlocuteur pour savoir à quelles aides elle pouvait prétendre et cette situation d'incertitude, ce manque de communication a pêché sur le budget de la famille.

Il fallait que je fasse son état civil mais j'avais un certificat médical qui disait « bébé » et non J. (nom du bébé). Et il fallait qu'on attende les résultats des tests génétiques pour lui donner son prénom. Alors c'était dur, et face à des gens qui sont bêtes, qui n'aiment pas leur travail et qui se moquent comme ça parce qu'on ne sait si notre bébé c'est un garçon ou une fille

Donc expliquer ça aux gens, les démarches c'était difficile en fait E7

Ils nous ont dit oui, après ils nous ont dit non. Donc nous on comptait là-dessus on s'était dit bon... Et puis on voyait que ça trainait, ça n'arrivait pas sur le compte. Et on a appelé et là : ah non mais vous n'y avez pas droit on a vérifié le dossier. E9
Et ça qui nous passe sous le nez. Donc du coup c'est vrai que ça a été dur E9

Pour pallier ces difficultés les patientes doivent faire preuve de plus d'anticipation (E5) ou d'un plus grand investissement personnel (E7). Pour pouvoir se faire comprendre auprès des administrations et faire comprendre sa situation E4 va prendre des cours de français.

En fait j'ai fait tout tout tout toute seule et ça s'est mis en place au bout du mois de mai. (...)j'ai pris RDV à la sécurité sociale j'ai expliqué mon cas, j'ai pris RDV à la CAF j'ai expliqué mon cas E7
on avait fait une pré-reconnaissance à la mairie puisqu'on savait qu'il ne serait pas là. E5
Je vais faire des cours de français sauf que les deux petits à la maison. Et moi je dois les papiers pour la CAF pour prévenir une personne pour ici pour la... E4

Pour E9, E10 et E7 c'est l'investissement des professionnels sociaux et de santé qui a permis de mieux accompagner les patientes dans leurs démarches quand elles étaient trop perdues.

heureusement qu'A. (nom de la sage femme) m'a bien aidé aussi parce que j'étais perdue des fois.E9
c'est surtout les personnels de santé qui l'ont fait à ma place parce que j'étais un peu dans la galère je ne savais pas trop quoi faire E10
fait grâce à l'assistante sociale du CHU elle m'a fait ma CMU, la CMU de J. (nom du bébé), la CAF, la CAF de J. (nom du bébé) même avant qu'on ait finalisé son état civil. E7

DISCUSSION

A) Forces et limites de l'étude

Choix de la méthode

Cette étude avait pour but de recueillir le ressenti, le vécu de patientes pour établir leurs besoins. La méthode qualitative était donc adaptée pour répondre à cette question.

Forces et limites de l'étude

Nous avons obtenu une variation maximale dans l'échantillon car tous les critères d'inclusion sont représentés. La méthode qualitative n'a pas vocation à être représentative, les variations à l'intérieur de l'échantillon n'interviennent pas dans la validité de l'étude.

Cependant plusieurs éléments sont à prendre en compte et peuvent interférer dans les résultats : d'abord les patientes ont toutes été suivies dans des cabinets de sages-femmes libérales, sauf une. Par ce biais nous n'avons pu avoir accès aux patientes n'ayant pas de sages-femmes libérales dans leur suivi. Un contact avait été pris avec la PMI Cœur de l'Hérault pour diversifier l'échantillon mais aucune patiente n'a pu être recrutée par ce biais.

Le recrutement a aussi été ralenti par le type de population étudiée : il s'agissait de patientes ayant accouché récemment et dans un contexte de vulnérabilité. La disponibilité des patientes limitait les entretiens, il y a eu des refus et des rendez-vous non honorés le jour où le chercheur s'était déplacé chez les patientes.

Un des biais est le manque d'expériences du chercheur. Il s'agissait en effet du premier travail qualitatif et les problématiques de la méthodologie qualitative et phénoménologique nécessite une adaptation.

La saturation des données est un critère de validité de la méthode qualitative. Elle a été obtenue à partir du 8^{ème} entretien dans notre étude, deux autres entretiens ont été réalisés pour s'assurer que de nouveaux éléments ne seraient pas mis en évidence.

Une triangulation des données a été effectuée avec le directeur de recherche pour valider le travail sur plusieurs entretiens, et sur l'élaboration des catégories conceptualisantes.

B) Besoins et attentes des patientes vulnérables : des spécificités et des similitudes par rapport à la population générale

Les résultats obtenus peuvent être comparés à de précédentes études qui posaient la question des attentes des patientes dans la population générale. La spécificité de la population vulnérable est l'absence de certaines sécurités sociales entraînant une fragilité, une instabilité susceptible de faire basculer la patiente dans la précarité ou la grande pauvreté. Par rapport aux précédentes études sur la population générale (34) notre étude révèle l'importance de l'entourage pour pallier les difficultés rencontrées. L'organisation du suivi par les professionnels doit donc s'attacher à proposer des solutions aux patientes pour garantir leur autonomie et leur indépendance, pour leur permettre d'accéder à un suivi de grossesse normal et améliorer les conditions d'accueil de l'enfant.

• Organisation et coordination du suivi : l'importance du référent

Les résultats obtenus soulignent l'importance de la coordination des soins et de la mise en place d'un référent unique pour limiter le nombre d'intervenants. Une précédente étude sur les attentes des patientes concernant leur suivi de grossesse avait déjà noté l'attachement des patientes à un référent et à la continuité du suivi. (34)

Ces éléments font effectivement partie des recommandations HAS sur l'organisation du suivi de grossesse : (5)

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

Le réseau de périnatalité Naître en Languedoc-Roussillon a inscrit dans ses objectifs prioritaires de favoriser l'accès et la coordination des soins, la continuité de prise en charge des femmes enceintes en améliorant l'organisation des professionnels entre eux et avec les établissements, leurs compétences par des formations spécifiques, en coordonnant leurs actions et en leur permettant d'utiliser des outils de communication performants. (35)

Cette volonté passe notamment par les journées de formation du réseau ouverts à tous ses adhérents et la mise en place d'un dossier commun périnatal informatisé (DCPI) pour faciliter les échanges entre les professionnels.

- **Dépistages anténataux : plus d'informations et de prise en compte de l'anxiété**

Dans notre étude sept patientes sur dix ont été confrontées à une situation d'alerte dans le cadre de dépistages prénataux dont une s'est effectivement révélée pathologique. Ces situations étaient source d'anxiété, de stress et nuisaient à l'établissement d'une relation avec l'enfant à venir. Une précédente étude a étudié le ressenti des patientes face au dépistage anténatal de la trisomie 21 (36) : c'est le manque de connaissance des patientes de la différence entre dépistage et diagnostic et le manque d'informations durant la période d'attente des résultats qui est rapporté par les patientes. Plusieurs pistes peuvent être proposées pour améliorer cette prise en charge, comme par exemple mieux expliquer la notion de risque ou laisser plus de délai de réflexion aux couples pour faire leur propre choix.

- **Dépister les vulnérabilités : l'apport de l'entretien prénatal précoce pour contextualiser la grossesse**

Les patientes ont exprimé des besoins différents en fonction de leur profil de vulnérabilité : plus d'accompagnement, plus d'aides financières à l'arrivée de l'enfant, plus de relais de proximité... Répondre à ces besoins nécessite d'abord d'identifier les caractéristiques des patientes dès le début de la grossesse pour mieux anticiper les difficultés : selon les recommandations HAS toutes les patientes devraient se voir proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple pour évaluer le niveau de vulnérabilité, repérer les signes de violence. Ce repérage permettrait ensuite d'orienter vers un soutien spécialisé (PMI, social, psychologique) ou un réseau d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents auprès des partenaires du réseau de périnatalité. (5)

Cet entretien précoce est encore trop peu développé, 40% de nos patientes en ont bénéficié. Ce chiffre est plus élevé que les données de l'enquête périnatale de 2016 où 28,5% de la population y avait eu accès. (4) Sur le plan national il est moins développé dans la population des femmes précaires où il ne concerne que 18,5% des patientes.

Développer ces entretiens permettrait de pouvoir personnaliser le suivi en fonction des besoins sociaux.

- **Sensibilisation des professionnels à l'accueil des populations vulnérables**

Les patientes de notre étude insistent sur l'importance dans leur vécu de l'attitude empathique du professionnel qui apporte un soutien et une valorisation de la patiente. Un manque de considération, une deshumanisation de la relation médecin-patient aboutira à un moins bon ressenti. Une précédente étude évaluant les besoins des patientes lors de l'accouchement retrouvait des résultats identiques (37) : elles sont d'abord en attente de soins centrés sur la patiente et sa famille.

L'importance de l'accompagnement et de l'accueil est primordiale dans les populations vulnérables comme le soulignait la commission nationale des naissances sur la prise en charge des patientes vulnérables : « *Une attention bienveillante doit être portée à ces femmes pour qui peuvent constituer des obstacles considérables, la complexité du système de santé, des difficultés de déplacement, le coût du suivi prénatal, mais aussi le cas échéant la barrière de la langue et les craintes liées à une situation administrative irrégulière.* » (27) Sensibiliser les professionnels aux spécificités et difficultés de ces populations peut améliorer la relation médecin-patient et les aider à se montrer plus compréhensif.

E3 dont la problématique était sociale et addictive a noté une nette amélioration entre ces deux grossesses : une meilleure communication et un personnel plus adapté car mieux habitué aux problématiques de la METHADONE. Son expérience est le témoin de l'efficacité des politiques publiques de périnatalité : en effet depuis 2008 le réseau de santé Naître en Languedoc-Roussillon a fait de la prise en charge de l'addiction en périnatalité une de ces missions prioritaires : en 2011 le projet « Repérage précoce des conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité » a permis de mettre en place dans les maternités une sage-femme référente addiction et vulnérabilité et a proposé des journées de formations à l'adresse des professionnels de périnatalité. Ces résultats encourageants pourraient faire proposer d'élargir dans l'avenir le champ d'action de ces sages-femmes à toutes les formes de vulnérabilités sociales.

- **La prise en charge de l'isolement social et les réseaux de proximité**

Un des facteurs d'inégalités d'accès aux soins décrits par les patientes de l'étude est l'isolement géographique : les patientes doivent alors plus s'investir personnellement pour accéder aux mêmes soins.

Pour lutter contre ces inégalités deux pistes peuvent être envisagées :

- Favoriser les réseaux de proximité et le recours aux soins primaires : les médecins généralistes sont un relais naturel de la grossesse et la tendance actuelle montre qu'ils sont de plus en plus investis dans le suivi. L'amélioration de leur formation avec les stages d'externat et d'internat et la participation au DU et DIU de gynécologie-obstétrique expliquent que de plus en plus de médecins généralistes participent au suivi de grossesse de leurs patientes. Cette tendance est particulièrement visible dans les jeunes générations.(38)

Le développement des sages-femmes libérales sur le territoire permet de proposer aux patientes présentant une grossesse à bas risque une prise en charge adaptée de proximité. Le champ de compétences de cette profession continue à s'étendre pour permettre de répondre aux besoins de la population.

- Développer les relais de proximité avec des consultations avancées spécialisées gynécologiques au sein des hôpitaux locaux. La circulaire de mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local propose de développer ces consultations pour instaurer une démarche où l'offre vient au patient, constituer une équipe pluridisciplinaire, renforcer le temps médical et éviter le recours injustifié à des structures spécialisées (39). Cette solution peut compenser la pénurie de gynécologues-obstétriciens de ville mais ne suffira probablement pas pour compenser la chute du numerus clausus.

- **Accès à l'information et référentiels**

Bien que l'apport d'internet de l'entourage soit incontestable il est important que la patiente puisse avoir accès aux professionnels et à des référentiels pour s'informer.

Les recommandations de la commission nationale des naissances pour la prise en charge des patientes en situation de vulnérabilité insistent sur l'importance de délivrer une information pertinente et complète aux femmes en s'assurant de la bonne compréhension des informations reçues. Le professionnel de santé doit se montrer exhaustif dans ces informations pour éviter à la patiente de se sentir perdue et obligée d'avoir recours aux autres supports d'informations moins fiables. Sa disponibilité influencera la qualité du suivi.

Une autre solution pourrait être de proposer aux patientes des supports d'informations validés sur internet vers lesquels elles pourraient se tourner en attendant de pouvoir poser leurs questions. Le site du réseau de périnatalité Naître en Languedoc-Roussillon propose des référentiels pour

l'information et la prise en charge à l'adresse des professionnels de santé : proposer des référentiels pour les patientes pourrait être une solution pour éviter l'errance des patientes

- **La spécificité de la prise en charge sociale et les recours à disposition**

Dans notre étude les patientes n'ont pas toujours trouvé un interlocuteur à leurs difficultés sociales. Ce rôle ne faisait pas partie des attributions des professionnels de santé et les administrations, en informatisant les démarches, ne permettent pas un contact physique direct pour répondre aux questions des patientes. Pourtant le professionnel a une mission de dépistage et d'orientation. Plusieurs ressources sont à sa disposition pour aider les patientes dans leurs démarches et faciliter l'accès aux aides.

D'abord les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) qui ont pour mission l'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies. (40) Les assistantes sociales des PMI peuvent aider à remplir des demandes d'allocations diverses et informer sur les droits des patientes.

Les Caisses d'Assurance Familiales (CAF) proposent dans certaines régions des rencontres avec les patientes étant en situation de vulnérabilité pour leur proposer des solutions adaptées.

Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) peuvent également être mobilisés pour améliorer la prise en charge de certaines patientes.

C) Implications des résultats dans la pratique et dans l'organisation des soins

Après cette étude plusieurs pistes pour la prise peuvent être proposées pour adapter l'organisation du suivi et la prise en charge à la problématique de la vulnérabilité.

1) Un suivi simplifié et performant

- Rendre le suivi plus simple en favorisant les relais de proximité et en limitant le nombre d'intervenants.
- Garantir la qualité du suivi par la coordination autour d'un référent unique et le développement de moyens de communication efficace en intégrant la patiente au centre des échanges

2) Une attitude bienveillante et centrée patiente pour adapter la prise en charge au profil de vulnérabilité de la patiente

- Sensibiliser les professionnels au dépistage des vulnérabilités sociales : promouvoir l'entretien prénatal précoce pour toutes les patientes pour anticiper les besoins et difficultés en fonction du profil de la patiente : adresser aux centres sociaux en cas de difficultés financières, intégrer l'entourage en cas d'isolement ou proposer un accompagnement plus rapproché...
- Accompagner et rassurer la patiente sur ses compétences à la parentalité par une attitude respectueuse de leurs désirs.
- Se rendre disponible pour informer et communiquer la patiente, développer des moyens de communication en cas de barrière de la langue.

3) Accompagnement dans les démarches sociales et un accès à des informations vérifiées

- Proposer des rencontres auprès des agents des caisses d'assurance maladie ou centres communaux sociaux pour accompagner les démarches administratives
- Mettre à disposition des patientes des ressources informatiques validées pour répondre à leurs questions

CONCLUSION

Le suivi de grossesse des patientes en situation de vulnérabilité est un enjeu majeur de Santé Publique. La qualité de la prise en charge des patientes conditionnera le vécu de la patiente et les conditions d'accueil de l'enfant. Les réseaux de santé de périnatalité sont très sensibles à cette problématique qui a fait l'objet d'une mise à jour de leur mission prioritaire et un guide ressource à l'adresse des professionnels a été édité pour les aider dans ces prises en charge.

Dans notre étude qui explorait les besoins et les attentes de cette population à travers leur vécu on note l'importance d'une organisation simplifiée des soins et de leur continuité, permettant de limiter les ruptures de suivi et le suivi chaotique.

La relation médecin-patiente est essentielle dans ces situations et la sensibilisation des professionnels à la prise en charge de patientes vulnérables permet une meilleure compréhension de chacun pour l'amélioration du suivi, plus de réassurance et de confiance.

Enfin dans ces populations l'importance du contact humain pour l'information et les démarches semblent primordiales pour s'adapter à la spécificité de leur situation.

BIBLIOGRAPHIE

1. adsp n° 61 - Naître en France [Internet]. [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=102>
2. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=ec_evol.naisdnn&s=2017&view=map2
3. Population, naissances, décès [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/population-naissances-deces/>
4. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale- Rapport 2016- les naissances et les établissements- situation et évolution depuis 2010. 2017 oct.
5. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES HAS Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016 mai.
6. LE BRETON- LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale 2016- situation au 1er janvier 2016. (Conseil national de l'ordre des médecins).
7. Rapport D'activité Cnosf 2017 [Internet] [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/005126917185b2b041e2f>
8. CPAM- Amelie. Ma maternité- Je prépare l'arrivée de mon enfant Mon parcours d'assuré disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4868/document/preparer-arrivee-enfant_assurance-maladie.pdf.
9. Plan périnatalité 2005-2007 [Internet]. nov 10, 2004. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
10. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles M-J. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. *BMJ Open*. avr 2016;6(4):e009511.
11. SCHEIDDEGER S, VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. 2007 janv. Report No.: N° 552.
12. Larousse É. Définitions : vulnérable - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vuln%C3%A9rable/82657>
13. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles HAS; 2005.
14. Martin C. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. *ALTER - Eur J Disabil Res Rev Eur Rech Sur Handicap*. oct 2013;7(4):293-8.
15. CASTEL R. L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ? *Seuil*. 2003. (La république des idées).

16. Gilligan C. Une Voix différente. Pour une éthique du care. 2008. (Flammarion, Champs Essais).
17. Zielinski A. L'éthique du care. Études. 28 nov 2010; Tome 413(12):631-41.
18. Tronto. Un monde vulnérable- pour une politique du care. Editions la découverte. (Textes à l'appui/ philosophie pratique).
19. Comblent le fossé en une génération- Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé- rapport final- Commission des Déterminants Sociaux de la Santé- OMS. Genève; 2008.
20. Ibanez G, Le Masne A. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. 2014 mai. (Repères pour votre pratique- collège de la médecine générale et INPES).
21. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. 2009 déc. (Rapport du Haut Conseil de la santé publique).
22. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. 1987 févr. (avis et rapports du conseil économique et social- Journal Officiel).
23. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
24. Safon M-O. La loi de modernisation de notre système de santé Synthèse documentaire. Centre de Documentation L'Irdes. oct 2018;107.
25. Bourgueil Y. Comment les soins primaires peuvent- ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>. sept 2012;(179).
26. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
27. Commission nationale de la naissance et de la santé des enfants. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. (Collection CNNSE 2014).
28. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinence pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;(105):4-11.
29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer Revue Fr Médecine Générale. 2008;19(84):142-5.
30. Poitras M. Depraz Natalie, 2012, Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète. Paris, Armand Colin, 256 p. Anthropologie Sociétés. 2016;40(3):304.
31. Pierre Paillé, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. 2016. (Armand Colin).
32. Lognos B. Perception de la vulnérabilité socio-économique de leur patient par les Médecins Généralistes [Mémoire Master 2 Recherche Mention Santé, Humanité Autonomie

Spécialité Maladies chroniques et Société]. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, Université de Montpellier 1; 2013.

33. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212.
34. Houlé C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. [Thèse d'exercice] 2013.
35. Rapport d'activité du réseau Naître en Languedoc-Roussillon. 2017.
36. Chaisneau Marie. Quel est le vécu des femmes à qui l'on a proposé le dépistage combiné de la trisomie 21 pendant la grossesse ? [Thèse d'exercice] Montpellier: Université de Montpellier diffusion/distribution; 2018. 79 p.
37. Jenkins MG, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Women's expectations and experiences of maternity care in NSW--what women highlight as most important. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. sept 2014;27(3):214-9.
38. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. 2016 oct. (études et résultats- DREES). Report No.: 0977.
39. Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261841.htm>
40. Code de la santé publique - Article L2111-1. Code de la santé publique.

ANNEXES

1- Guide d'entretien

I) Présentation de la patiente

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation maritale ? Combien d'enfants avez-vous à charge ?
- Quelle est votre situation professionnelle ? conjoint ?
- Quel est votre type de protection sociale ? CMU ? ACS ? AME ? Complémentaire santé ?
- Depuis combien de temps vivez-vous en France ?
- Avez-vous bénéficié des 7 consultations de suivi ? 3 écho ? des bilans biologiques ? un entretien prénatal précoce ?

II) Retour d'expériences sur votre suivi de grossesse

J'aimerais que vous me parliez de votre parcours de soins de femme enceinte.

- *Comment s'est passé le premier contact ? déclaration de grossesse ?*
- *Quels professionnels avez-vous rencontrés ? Contact ?*
- **Quels ont été les éléments déterminants dans le choix des professionnels impliqués ?**
- **Quel a été le rôle de votre médecin généraliste au cours de la grossesse ?**
-
- **Comment avez-vous vécu votre grossesse ?**
- *Plan médical : comment avez-vous vécu le suivi ?*
- *Quel a été le rôle de votre entourage ? conjoint/ famille/ amis*
- **Quelles ont été vos sources d'informations au cours de la grossesse ?**
- *Avec qui en avez-vous parlé ? De la famille, amis ? En avez-vous parlé ou vous en a-t-on parlé ?*
- **Savez-vous comment se passe la prise en charge financière pendant la grossesse ? (des consultations, des indemnités.. ?) Quelles démarches pour y accéder ? Vous en a-t-on parlé ? Avez-vous cherché vous-même ces infos ?**

Vous souvenez vous d'une situation, un soin ou une consultation au cours de votre grossesse que vous auriez aimé avoir mais n'avez pas pu? Racontez-moi comment cela s'est déroulé.

III) Les pistes d'amélioration

- **Pour vous, comment voyez-vous la grossesse idéale ?**
Grossesse : Accès aux aides et à l'information, fréquences des consultations...
Anticipation du post-natal : Aide à la parentalité et conseils de puériculture
- **Avez-vous des remarques à ajouter ?**

2- Formulaire d'informations et de consentement des patientes

INFORMATIONS ET CONSENTEMENT DES PATIENTES POUR PARTICIPATION A L'ETUDE

Responsables : Lorène Gonzalez, interne de médecine générale
Docteur Béatrice Lognos, MCU au département de médecine générale de Montpellier et médecin généraliste

Je m'appelle Lorène Gonzalez et je travaille actuellement sur une étude sur le vécu et le ressenti des femmes enceintes au cours de leur suivi de grossesse, notamment sur les difficultés sociales rencontrées. Vous avez accouché récemment et votre témoignage est important pour mieux comprendre les besoins et les attentes des patientes.

Votre participation est volontaire et que vous pouvez vous retirer ou refuser de participer à l'entrevue en tout temps. Il s'agit d'un entretien d'une trentaine de minutes que nous pourrons effectuer dans le lieu de votre choix et qui sera intégralement enregistré.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question pendant l'entrevue.

Merci de vérifier que les assertions suivantes sont correctes :

- je suis informée que les renseignements obtenus lors de cette enquête sont confidentiels et anonymes, qu'ils ne seront connus que des responsables de ce projet/
- je reconnais la possibilité de me retirer de l'étude en tout temps pour des motifs dont je serai le seul juge ou de ne pas répondre à certaines questions posées.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à ce projet de recherche. Il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante.

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, une copie de ce document vous sera remise.

De plus, une copie du rapport de recherche pourra vous être envoyée.

Signature du participant --- --- --- --- date --- --- ---

Signature de l'intervieweur --- --- --- --- date --- --- ---

Merci de votre participation.

Lorène Gonzalez

3- Exemple d'analyse phénoméno-pragmatique : entretien n°5

Catégories émergentes	PRIMEITE (sentiments, émotions, ressenti) => perçu	SECONDEITE (faits, constats) => vécu	TERCEITE (principes, concepts) => théorisé, institué, interprété
Lorsque le conjoint est absent la grossesse peut être plus compliquée émotionnellement et la patiente aura plus besoin de son entourage pour compenser ce manque.	<p><i>il n'est pas là tous les jours. C'est compliqué. Et après c'est ma maman qui a pris le relais</i></p> <p><i>et j'ai fissuré la poche des eaux un matin. Le lendemain du départ. Je pense que c'est un petit peu lié</i></p> <p><i>Après moi, je l'ai bien vécue à part ça. J'avais mon monde autour de moi, impeccable.</i></p>	<p><i>Mon mari n'était pas là. Puisqu'il est militaire il est très souvent absent</i></p> <p><i>Il est parti pour 4 mois. Il est parti la veille de l'accouchement.</i></p>	<p><i>Quel a été le rôle de votre entourage au cours de votre grossesse ?</i></p> <p><i>Beaucoup de soutien. Puisque je savais que mon conjoint ne serait pas là donc...</i></p>
Pour se sentir considérée et rassurée, la patiente a besoin d'un rapport humain avec le professionnel de santé pendant les consultations, une attitude distance risque de créer un sentiment de frustration.	<p><i>Qu'il s'occupe un peu de ses patientes, qu'il sache au moins qui c'est.</i></p> <p><i>Sentiment de manque de considération, frustration</i></p> <p><i>Quand on arrive devant lui, il ne nous demande pas : vous êtes qui déjà ? enfin plein de choses comme ça ouais... C'était compliqué.</i></p> <p><i>On s'est retrouvé vraiment... Parce que ma sœur était avec moi... c'était n'importe quoi.</i></p>	<p><i>A part me dire : faites appeler une sage-femme, c'est tout ce qu'il a fait. A moi, il ne me parlait pas.</i></p> <p><i>les puéricultrices en néonatal vraiment elles expliquent vraiment bien. Elles sont rassurantes, elles ne nous laissent pas partir comme ça, qu'elles soient sûres que vous soyez prêtes. C'est pour ça, il y en a qui sont quand même consciencieuses.</i></p>	<p><i>Il y a un minimum quoi, s'intéresser. Que ça ne fasse pas usine.</i></p> <p><i>Elles sont rassurantes, elles ne nous laissent pas partir comme ça, qu'elles soient sûres que vous soyez prêtes. C'est pour ça, il y en a qui sont quand même consciencieuses.</i></p> <p><i>Je ne demande pas à ce qu'on prenne soin de moi, juste rassurer</i></p>

<p>Pour répondre à leurs questions, à leurs angoisses la patiente a besoin d'un professionnel disponible et un accès rapide, au moins téléphonique à des informations médicales.</p>	<p><i>Oui, Dr P. (nom du gynéco) que je n'ai pas vu pendant des mois et que...(...) Donc c'est fini. Je n'irai plus jamais le voir. Sentiment de déception devant le manque de disponibilité du professionnel</i></p>	<p><i>pendant 2 mois il n'a pas été là donc c'est là que j'ai trouvé une sage-femme, A. (nom de la sage-femme). Et jusqu'à la fin elle m'a suivie et encore maintenant pour le petit.</i></p>	<p><i>si on a tout simplement une question et qu'on appelle ou quoi qu'il puisse nous répondre. Au minimum par téléphone. Parce qu'on n'est pas tous médecins, on sait pas toutes les choses et que des fois ça aide d'avoir des réponses et d'être rassurée par quelqu'un qui s'y connaît.</i></p>
<p>L'accès à l'information sur internet permet aux patientes de trouver des réponses immédiates à leurs questions car accessibles en permanence, mais ne valent pas une information validée et vérifiée auprès d'un professionnel</p>	<p><i>Google est mon ami (rires). Pour tout, dès que j'avais des questions, j'allais sur internet. Oui pour quelques trucs c'était pas mal..</i></p>	<p><i>Pour les différences entre semaines d'aménorrhée, les petites questions qu'on se pose tout le long, la taille puisqu'on ne les voit pas toutes les semaines Je demandais quand même confirmation auprès du médecin.</i></p>	<p><i>Bon après ce n'est pas toujours la meilleure solution parce que c'est tout le monde qui met des choses, on est jamais sûr que ce soit un médecin. Non c'est parce que je ne les avais pas sous la main à domicile quand je les avais dans la tête donc. Mais après c'est sûr on se fait une première idée sur le téléphone et après on demande confirmation.</i></p>
<p>Les proches ont un rôle d'informations pour les démarches administratives mais le partage de leur vécu de grossesse apporte peu à la patiente car ce sont des récits subjectifs.</p>		<p><i>J'ai tout découvert au fur et à mesure, en me renseignant auprès de mon amie qui en a 3 (rires) mais j'ai ma sœur qui a accouché à 5 jours d'écart. Elle a eu la femme de la sécu qui est passée dans sa chambre</i></p>	<p><i>Oui. Mais chaque grossesse est tellement différente. 50 personnes et vous aurez 50 personnes qui vous diront différent.</i></p>

<p>La patiente n'a pas ressenti le besoin de consulter son médecin généraliste malgré la confiance qu'elle place en lui car les professionnels déjà impliqué assuraient bien leur mission d'accompagnement</p>	<p><i>J'ai une très bonne relation avec lui parce que c'est lui qui a entre guillemet sauvé la vie de mon premier.</i></p>		<p><i>Je ne l'ai pas vu énormément. Parce que je n'en avais pas besoin ça allait très bien</i></p>
<p>La patiente a été très satisfaite par la prise en charge des sages-femmes qui lui ont apporté des informations et un accompagnement qu'elle ne retrouvait pas avec son médecin</p>	<p><i>Génial. Que ce soit à la clinique, que ce soit A. (nom de la sage-femme) et C. (nom de la sage-femme) vraiment. c'est vraiment très bien.</i></p>	<p><i>Je ne connaissais pas en fait les sages-femmes. Pour le premier je n'en avais pas vu je ne savais pas le rôle exact</i></p>	<p><i>Pour vous, que vous ont-elles apporté de plus ?</i> <i>beaucoup de renseignements, des réponses à des questions, rassurer aussi. Je les trouve très impliquées.</i></p>
<p>Les démarches administratives sont plus aisées à réaliser avec un interlocuteur physique qui s'adapte à la situation spécifique de la patiente et l'absence de son conjoint</p>	<p><i>j'ai fait la reconnaissance moi quand je suis sortie à C. (nom de la clinique). Ils ont un bureau c'est bien pratique</i></p>	<p><i>on avait fait une pré-reconnaissance à la mairie puisqu'on savait qu'il ne serait pas là (...) Pour l'instant pas de couac, j'attends toujours le traitement de tout.</i></p> <p><i>j'ai ma sœur qui a accouché à 5 jours d'écart. Elle a eu la femme de la sécu qui est passée dans sa chambre. Moi elle n'est pas passée.</i></p>	<p><i>Alors peut-être parce que le mien était en néonate. Peut-être que si je n'avais pas le petit dans la chambre peut être qu'elles passaient moins, je sais pas...</i></p>

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

La vulnérabilité sociale est un état de fragilité qui ne permet pas de faire face aux évènements de la vie. La grossesse est une période de bouleversements pouvant déséquilibrer cet état entraînant un suivi chaotique et des complications obstétricales. Nous cherchons à déterminer les besoins des patientes vulnérables concernant leur suivi de grossesse.

Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse phénoméno-pragmatique auprès de patientes ayant accouché dans les 6 derniers mois et présentant au moins un critère de vulnérabilité, recrutées auprès de sages-femmes et médecins libéraux.

10 entretiens ont été réalisés. Les patientes sont en attente d'un suivi coordonné autour d'un référent assurant la continuité des soins. L'isolement et les difficultés socio-économiques ou psychologiques modifient les besoins. Pour se sentir rassurée et considérée la patiente a besoin de professionnels à l'écoute de ses souhaits et présentant une attitude bienveillante centrée patiente et une communication adaptée. Elles demandent des informations fiables accessibles et un interlocuteur direct pour leurs démarches administratives.

Les patientes veulent un suivi simplifié avec un référent de confiance coordonnant les intervenants et un réseau de proximité développé. Les professionnels doivent être sensibilisés au dépistage et à la prise en charge des vulnérabilités, notamment par l'entretien prénatal précoce. En adoptant une attitude bienveillance centrée patiente ils valorisent les compétences à la parentalité. Il faut aussi faciliter l'accès à des référentiels d'informations validés et proposer un relais dans la prise en charge sociale spécifique en fonction du dépistage à travers les PMI.

Mots-clés : suivi de grossesse- vulnérabilité sociale- attitude centrée patiente- organisation des soins