

# Le suivi prénatal conjoint : expérience et satisfaction des femmes

Coline Menier

▶ **To cite this version:**

Coline Menier. Le suivi prénatal conjoint : expérience et satisfaction des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03436473

**HAL Id: dumas-03436473**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03436473**

Submitted on 19 Nov 2021

**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.

UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

ÉCOLE DE MAÏEUTIQUE UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

# ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ CLERMONT-AUVERGNE

# LE SUIVI PRENATAL CONJOINT : EXPERIENCE ET SATISFACTION DES FEMMES

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :**

MENIER Coline

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Année 2021

UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

ÉCOLE DE MAÏEUTIQUE
UNIVERSITÉ
Clermont Auvergne

# ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ CLERMONT-AUVERGNE

# LE SUIVI PRENATAL CONJOINT : EXPERIENCE ET SATISFACTION DES FEMMES

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :**

MENIER Coline

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Année 2021

# REMERCIEMENTS :

A *Eve-Caroline MADRONA*, directrice de ce mémoire, et à *Marine PRANAL*, co-directrice de ce mémoire, pour leur temps, leurs conseils avisés et leur aide précieuse tout au long de ce travail

A *la maternité* qui a accepté de m'ouvrir ses portes pour la réalisation de cette étude

A toutes *les femmes* et tous *les couples* qui ont accepté de participer à ce travail de recherche

A *l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand* pour leurs enseignements

A *ma famille* pour m'avoir toujours encouragée et avoir fait en sorte que ces années soient les plus douces possibles

A *Thibaut* pour ses innombrables relectures, sa patience et son soutien

A *mes camarades de promotion* et tout particulièrement à *Clémence* sans qui ces quatre années n'auraient pas été les mêmes

# ABREVIATIONS :

CPP : Centre périnatal de proximité

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

EPP : Entretien prénatal précoce

GOH : Gynécologue obstétricien hospitalier

GOL : Gynécologue obstétricien libéral

HAS : Haute autorité de santé

NDLR : Note de la rédaction

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

PRADO : Service de retour à domicile des patients hospitalisés

SA : Semaine d'aménorrhée

SFH : Sage-femme hospitalière

SFL : Sage-femme libérale

# SOMMAIRE :

SOMMAIRE……1

INTRODUCTION……2

REVUE DE LA LITTÉRATURE……..5

I. Etat des lieux de la profession de sage-femme en France…..…….....6

II. Suivi de grossesse……...…….....10

III. L'évolution des attentes et des besoins des femmes enceintes…..……17

POPULATION ET MÉTHODE……..…….21

I. Population…….……...…….22

1. Description de l'échantillon de l'étude……...……..…22

2. Modalités de recrutement…….....…….…. 22

II. Méthode……...……24

1. Type d'étude…….……...……..…24

2. Mode de recueil des données…….…..…24

3. Déroulement de l'étude…….…..… 25

4. Mode d'analyse des données……...…….…26

5. Aspects éthiques et règlementaires……..…..……..26

RÉSULTATS……..…...……..28

I. La population…….…….…….……29

II. Le choix……..……34

III. La satisfaction……...39

DISCUSSION…….…….…..…48

I. Atteinte des objectifs de l'étude…….……..…..….49

II. Forces et faiblesses de l'étude…….……..……49

III. Discussion des résultats……..……....…52

IV. Projet d'action……...…….……..…62

CONCLUSION……..……...…...….64

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES…….……

ANNEXES……..…….

# INTRODUCTION

L'étude nationale périnatale de 2016 portait sur l'ensemble du suivi obstétrical (pré, per et post natal) et l'évolution des pratiques dans ce domaine depuis 2010. L'étude a permis de mettre en évidence les acteurs principaux du suivi prénatal. Il apparaissait que le gynécologue- obstétricien était le professionnel de santé le plus fréquemment sollicité par les couples. Les sages-femmes étaient plus fréquemment consultées depuis ces dernières années pour l'accompagnement prénatal. Les hypothèses avancées dans cette étude pour expliquer cette évolution étaient la hausse du nombre de sages-femmes libérales en France ces dernières années. Des changements dans l'organisation de la surveillance prénatale dans certaines maternités publiques auraient permis d'offrir une plus grande place en 2016 qu'en 2010 au suivi prénatal par des sages-femmes (1).

En France, les couples ont le choix du professionnel ainsi que de la maternité pour le suivi de grossesse et l'accouchement. La sage-femme, le médecin traitant ou le gynécologue obstétricien sont les professionnels médicaux qui réalisent ce suivi. En cas de grossesse pathologique et au-delà de la physiologie, une prise en charge de la femme est organisée avec un gynécologue-obstétricien.

Bien qu'il n'existe pas de définition officielle et consensuelle en France, le suivi prénatal conjoint ou partagé désigne un suivi réalisé par la sage-femme et un médecin, tant généraliste que gynécologue-obstétricien. Ce type de suivi de grossesse, peu rencontré par le passé, a connu ces dernières années un essor parallèlement au développement de l'exercice libéral de la profession de sage-femme. Peu d'études ont porté sur ce suivi prénatal conjoint ou partagé. Dans ce contexte, il était intéressant de connaitre l'avis des femmes et des couples sur ce type de suivi afin de répondre au mieux à leurs attentes et leurs besoins.

Ce travail de recherche avait donc pour but de s'intéresser aux motivations qui ont conduit les couples à se tourner vers ce type de prise en charge. L'objectif principal était de déterminer la satisfaction des femmes afin de mettre en évidence les aspects positifs ou négatifs du suivi prénatal conjoint pour les femmes et les pistes d'améliorations pour les professionnels de santé concernés.

La réalisation de la revue de la littérature a permis dans un premier temps d'exposer le contexte historique, social et médical dans lequel s'inscrit le sujet de l'étude. Une présentation de la méthode de recherche a été établie puis les résultats ont été présentés et analysés afin d'apporter une discussion mettant en lien les résultats et les éléments retrouvés dans la littérature.

# REVUE DE LA LITTERATURE

# 1 Etat des lieux de la profession de sage-femme en France

## 1.1 Epidémiologies

### 1.1.1 Démographie des naissances

L'indicateur conjoncturel de fécondité est utilisé pour définir le nombre moyen d'enfant par femme au cours de leur vie selon les taux de fécondité observés sur l'année considérée (1). En 2019, la France recensait 753 000 naissances sur son territoire. L'indicateur conjoncturel de fécondité était alors de 1,87 enfants par femme. Après une légère diminution entre les années 2015 et 2018, ce taux était en cours de stabilisation (2). Au niveau européen, la France est la 3ème nation la plus féconde derrière la Turquie (1,99) et la Géorgie (2,09) (3).

### 1.1.2 La démographie des sages-femmes en exercice

Selon le dernier rapport du CNOSF, 22 946 sages-femmes exerçaient leur activité en France en 2017. Parmi-elles, 48% exerçait en secteur hospitalier, 22% exerçait en secteur libéral, 5% exerçait au sein de la protection maternelle et infantile (PMI), 10% exerçait en secteur privé (cliniques et établissements de santé privés d'intérêt collectif), 10% cumulait un emploi salarié et un statut libéral et 5% exerçait dans un autre secteur (4) .

Le nombre de sage-femme en exercice a augmenté de 3% par an entre les années 1991 et 2000. Ce nombre augmentait chaque année de 2% (5). Le nombre d'étudiants accédant au diplôme d'état de sage-femme, régit par le numérus clausus, est de 1015 chaque année depuis 10 ans (6). Ce chiffre pourrait varier prochainement avec les réformes universitaires et la suppression du numérus clausus. Ainsi il est prévu que chaque université déterminera, avec l'agence régionale de santé, le nombre d'étudiants qu'elle admettra dans chaque filière (7).

### 1.1.3 Démographie des structures d'accueil

Le plan de périnatalité de 1995 et son décret de 1998 ont permis l'élaboration de normes minimales de sécurité qui ont abouti, entre autres, à la fermeture des maternités réalisant moins de 300 accouchements par an. La coordination entre les différents établissements d'une région a également permis la création de réseaux gradués en niveau de soins, préconisant une orientation des patientes selon leur niveau de risque (8). De ce fait, depuis 1995 le nombre de maternité en France a diminué de 39% alors que le nombre de naissance par an est resté sensiblement stable (9).

## 1.2 Les compétences

La profession de sage-femme est une profession médicale au même titre que les médecins, les pharmaciens et les dentistes. De ce fait, ses compétences et champs d'intervention sont définis par le code de santé publique ainsi que le code de déontologie des sages-femmes.

La sage-femme est la garante de la physiologie. L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal dans le respect de la physiologie. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret (10).

Les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et de l'enfant, dans des conditions définies par décret (11).

En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin (12).

Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession (13).

## 1.3 Les lieux d'exercice

### 1.3.1 La profession de sage-femme hospitalière

La sage-femme hospitalière prend en charge les patientes dans l'enceinte de l'hôpital. Elles gèrent l'accueil des urgences, le suivi du travail, les déclanchements, puis l'accouchement physiologique. Elles prennent en charge également la mère et le nouveau-né dans le post-partum. Elles ont une grande place dans la prise en charge des femmes pendant et après leur accouchement, notamment dans le dépistage des pathologies mais aussi dans l'accompagnement psychologique et éducatif de ces nouvelles mères.

Une partie des sages-femmes hospitalières réalisent des consultations de suivi de grossesse. En 2010, 82% des maternités françaises proposaient ces consultations avec des sages-femmes. En 2016, c'était 96% des maternités publiques et 19% des maternités privées qui en proposaient à leurs patientes. Concernant les consultations de surveillance rapprochée réalisées par des sages-femmes, 96% des établissements, tant publiques que privés, en proposaient en 2016 (9).

### 1.3.2 La profession de sage-femme libérale

La sage-femme libérale exerce son art de manière indépendante et autonome dans un secteur extrahospitalier. Elle réalise le suivi gynécologique de la femme. Elle réalise les dépistages et peut également assurer les consultations de contraception. Elle peut réaliser le suivi obstétrical (pré et post natal) de la femme enceinte et assure les séances de préparation à la naissance et à la parentalité dans le respect de ses compétences. Son activité peut avoir lieu au sein d'un cabinet individuel ou de groupe et peut également

être exercé à domicile en particulier pour les femmes dont la grossesse nécessite le moins de déplacement possible et pour les femmes sortant de la maternité.

A ce jour, cette profession est majoritairement exercée en secteur hospitalier. Cependant l'essor actuel de l'activité libérale entraine avec lui un rajeunissement de cette activité. En effet, à l'heure actuelle nous notons 11% des sages-femmes libérales âgées de moins de 30 pour 4% il y a 10 ans (6). Une analyse démographique de 2012 laissait à penser que le nombre de sages-femmes libérales en exercice doublerait entre 2011 et 2030, ce qui porterai à 1/3 la proportion de sages-femmes exerçant en libéral (5).

La profession de sage-femme est la profession médicale la plus minoritaire à être installé en secteur libéral bien que le pourcentage de ces dernières soit en constante augmentation (14).

### 1.3.3 Les autres formes d'exercice de la sage-femme

Les sages-femmes peuvent exercer au sein des collectivités territoriales dans un service qu'on appelle la protection maternelle et infantile (PMI). Les sages-femmes territoriales ont une action orientée vers la prévention et l'information auprès des mères et des familles présentant des facteurs de risque de vulnérabilité psycho-sociaux. Elles interviennent à domicile ou dans des lieux de consultations spécifiques. Elles assurent également le suivi des femmes enceintes tant sur le plan médical que psychologique et social. Ce service est proposé et disponible pour toutes les femmes qui le souhaitent (15).

Les sages-femmes enseignantes assurent les enseignements théoriques, cliniques et pratiques afin de garantir l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Elles participent également à la mission de recherche. Elles sont donc rattachées à une école de sage-femme (16).

Les sages-femmes peuvent également exercées leur art au sein d'une équipe de recherche ou au sein d'une association humanitaire.

# 2 Le suivi de grossesse

## 2.1 Le suivi selon la Haute Autorité de Santé (HAS)

Selon les recommandations de la HAS, le suivi prénatal doit idéalement être réalisé par une seule personne ou un nombre réduit de professionnels. Il est nécessaire, pour les différents professionnels en charge de la grossesse, de travailler en collaboration afin d'assurer efficacement la coordination des soins et la centralisation des données concernant la patiente. Pour ce faire il est recommandé de mettre en place une informatisation du dossier médical de la patiente ou dans une moindre mesure fournir à la patiente son dossier médical papier afin que tous les professionnels y aient accès (17).

## 2.2 Les éléments clés du suivi

### 2.2.1 Le suivi prénatal

- Les consultations

Les recommandations actuelles de la HAS soulignent l'importance de la première consultation prénatale réalisée avant 10 semaines d'aménorrhées (SA). En ce qui concerne le suivi prénatal elle recommande une consultation par mois à compter du 4$^{ème}$ mois et ce jusqu'à la fin de la grossesse. Le suivi de grossesse doit permettre d'assurer le bien-être fœtal et maternel tant sur le plan physique que psychologique. Il doit également permettre la prévention et le dépistage des pathologies et l'orientation les patientes vers des professionnels adaptés. Une éducation prénatale sera également proposée à travers les cours de préparation à la naissance et à la parentalité qui viendront compléter le suivi obstétrical. La déclaration de grossesse doit également être réalisée avant 15SA par un médecin ou une sage-femme afin de permettre l'ouverture des droits sociaux (18).

- Les échographies

Les échographies recommandées sont au nombre de 3. La première est l'échographie de datation entre 11 et 13SA+6J, elle permet de dater précisément la

grossesse, définir le nombre d'embryon, la qualité évolutive de la grossesse et évaluer le risque d'anomalie chromosomique. La seconde échographie doit être réalisée aux alentours de 22 SA, elle a pour but de contrôler la morphologie du fœtus. La 3ème échographie recommandée est l'échographie de contrôle de la croissance fœtale (17).

En pratique on relève une augmentation du nombre d'échographies réalisées au cours de la grossesse. En 2003 le nombre moyen d'échographie pour une grossesse sans complication était de 4,5, en 2010 il était de 5 et en 2016 il était de 5,5 (9).

### 2.2.2 La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les consultations mensuelles de suivi de grossesse sont complétées par des séances d'information et d'échange à visée éducative et préventive. C'est ce qu'on appelle les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces cours doivent être systématiquement proposés aux patientes le plus tôt possible dans leur suivi (18). Ils peuvent être réalisés seul, en couple ou en groupe. L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % les huit séances proposées aux femmes.

Les sages-femmes sont habilitées à réaliser ces cours aux femmes enceintes depuis 1956 (19).

Dans les années 1950 le Dr Lamaze a initié cette pratique en créant la première méthode psychoprophylactique de préparation à l'accouchement, autrement dit « l'accouchement sans douleur ». Sa réflexion s'appuie principalement sur les théories behavioristes et s'attache aux principes d'éducation et d'amélioration de la santé en périnatalité. Ces séances étaient centrées sur la gestion de la douleur et le développement de comportements adaptés. Avec l'apparition de l'analgésie péridurale les objectifs de ces séances se sont transformés pour répondre aux nouveaux besoins des femmes en ciblant le côté médical et en y associant une approche éducative et préventive (20).

Ces séances sont très fréquentées par les femmes primipares, un peu moins par les femmes multipares. On remarque que leur fréquentation est en constante augmentation pour les primipares comme les multipares (9).

En matière de PNP plusieurs possibilités s'offrent aux femmes en fonction de leurs attentes, de leurs besoins, de leurs envies mais aussi de ce que proposent les professionnels. On peut retrouver de manière générale de la PNP dite « classique » composée principalement d'échanges entre les participant(e)s et le professionnel ainsi que de l'information utiles aux participants. Ce type de préparation associe souvent un petit temps de relaxation à la séance. Elle est bien souvent choisie par des couples attendant leur premier enfant car leurs attentes se portent principalement sur la recherche d'information et de compétence. Dans les préparations moins conventionnelles on peut retrouver la PNP en piscine, la sophrologie, le champs prénatal, l'haptonomie, le yoga, l'acuponcture ainsi que des méthodes crées de toute pièce par des professionnels tels que la méthode Bonapace ou la méthode Danis Bois. Chaque sage-femme propose à ses patientes les types de préparation à la naissance et à la parentalité qu'elle maitrise et pour lesquelles elle a été formée. Certaines femmes choisissent leurs professionnels en fonction de ce que ces derniers proposent en termes de suivi alors que d'autres choisissent un professionnel puis s'adapte à ce que celui-ci propose comme suivi. Peut-importe l'ordre établis, la place du choix de la femme a toujours une importance capitale quant à son sentiment de compétence et de d'implication face à son suivi (21) (22).

- L'entretien prénatal précoce (EPP)

L'entretien prénatal précoce, aussi appelé « entretien du 4ème mois », « entretien de périnatalité », constitue la 1ere séance de préparation à la naissance et à la parentalité (17). La haute autorité de santé le définit comme « un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent » (23).

Il a été instauré en 2004 à la suite de la mise en place du plan périnatalité de 2004-2005. Le but de cet entretien est de sensibiliser, d'informer, de promouvoir la santé, de donner les ressources disponibles afin d'élaborer une réflexion autour du thème de la périnatalité, d'établir une démarche globale et mettre en place un suivi régulier et adapté à chaque situation. En bref, il a pour but de faire découvrir aux futurs parents une vision plus humaine de la grossesse et entamer un processus de « devenir parents » en les accompagnant dans un questionnement qui les mènera à établir leurs souhaits et attentes

en ce qui concerne cette grossesse (notamment via l'élaboration éventuel d'un projet de naissance, utile lors de l'accompagnement de la naissance par un professionnel non connu)(24), la naissance et leur rôle de parents. Cet entretien personnalisé doit permettre un dépistage des situations de vulnérabilité (25).

### 2.2.3 Le suivi post-natal

Dès le retour à la maison, les femmes éprouvent souvent le besoin de se sentir soutenues et entourées. Pour cela les sages-femmes peuvent leur apporter le soutien, l'écoute, les informations et explications dont ces femmes ont besoin pour démarrer en toute sérénité la nouvelle vie qui s'ouvre à elles. Le service de retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) (programme créé pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville) offre également la possibilité de recevoir à domicile une sage-femme dans les jours qui suivent la sortie de la maternité (26) (27) (28).

La sage-femme peut réaliser la visite post-natale entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. C'est la dernière consultation du suivi de grossesse. Au cours de cette consultation la sage-femme va évaluer le bien-être de la patiente tant physique que psychologique, le vécu de l'accouchement, le rapport au corps, le lien mère-enfant, la santé gynécologique, réévaluer la contraception ainsi que déterminer si la femme a besoin ou non de rééducation périnéale et abdominale (29).

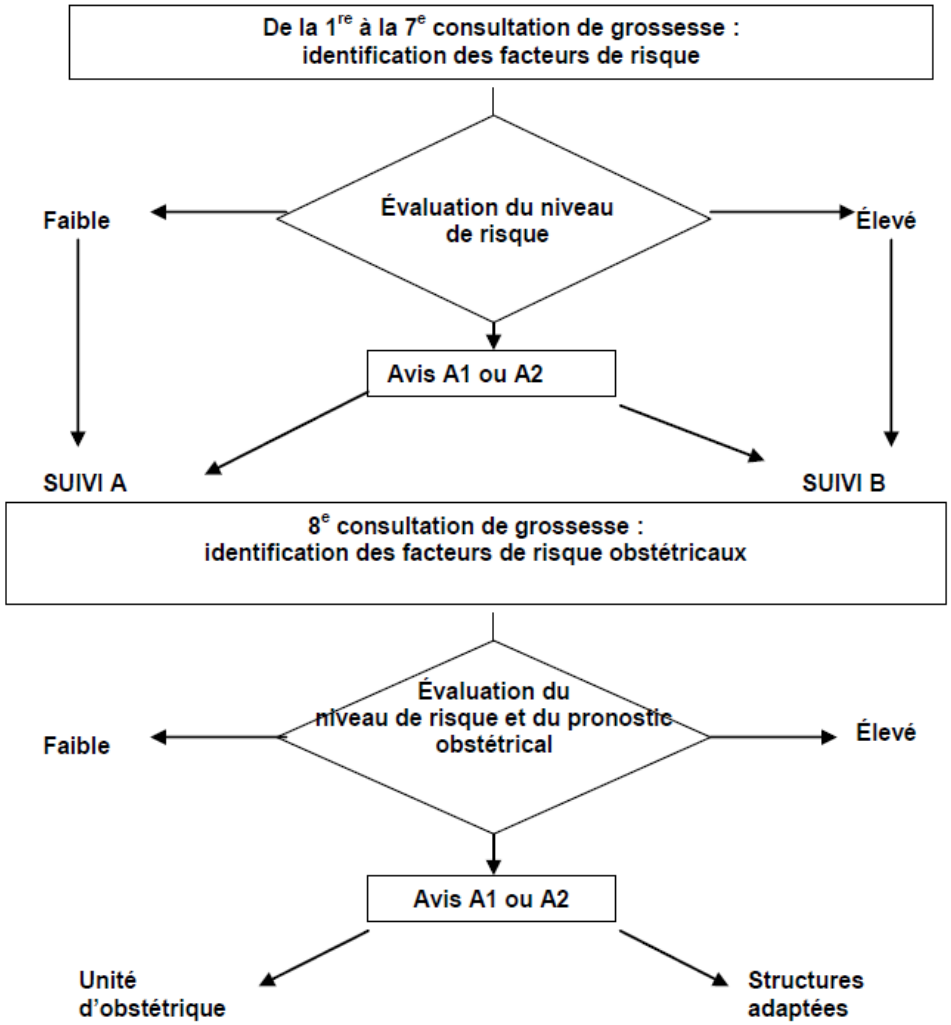
## 2.3 Les différents types de suivi

### 2.3.1 Les recommandations

En France, un accord professionnel définit les différents types de suivi prénatal ainsi que les différentes procédures d'orientation. Le premier type de suivi, le suivi A, peut-être réalisé par les sages-femmes ou les médecins, il s'agit des grossesses physiologiques ou à faible niveau de risque. Le deuxième type de suivi, le suivi B, doit être réalisé par un gynécologue-obstétricien, il concerne les grossesses à niveau de risque élevé (17).

Il est également défini des procédures d'orientation. Ce sont des avis auprès d'un gynécologue-obstétricien ou auprès d'un spécialiste qui sont conseillés dans le cas de l'avis 1 et nécessaires dans le cas de l'avis 2. Ces avis permettent de définir le niveau de risque de la grossesse et d'orienter la patiente dans le type de suivi A si le risque est faible ou non avéré et dans le suivi B si le risque est avéré. A noter qu'un passage de B à A est possible si l'état de risque de la grossesse est transitoire (17).

**Schéma 1. Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure**




Le rôle de la sage-femme est notamment de savoir dépister les situations à risque et la réorientation des patientes en fonction du niveau de risque identifié.

### 2.3.2 Offre disponible pour les couples

Dans le monde, les sages-femmes sont les premières professionnelles de santé à procurer des soins aux femmes enceintes. Ce sont les référentes de la procréation et des soins périnataux. Dans certains pays, comme l'Amérique du Nord, les premiers référents de la grossesse sont les gynécologues obstétriciens (30).

En matière de suivi prénatal, en France, plusieurs possibilités s'offrent aux couples. Le choix d'un suivi prénatal avec un gynécologue-obstétricien installé en ville semble être la possibilité la plus prisée en France selon l'enquête périnatale de 2016 (44% des couples). Les gynécologues-obstétriciens exerçant à l'hôpital sont quant à eux sollicités pour réaliser 16% de ces suivis. Le taux de fréquentation des cabinets de sages-femmes libérales est passé de 16% en 2010 à 25,2% en 2016 pour ce même suivi. La population restante déclare avoir été prise en charge principalement par un gynécologue-obstétricien hospitalier (16%) ou une sage-femme hospitalière (14,8%) (9).

Les couples peuvent faire le choix d'être pris en charge par un gynécologue-obstétricien et une sage-femme de façon conjointe. C'est ce qu'on appelle le suivi partagé ou suivi conjoint. Bien souvent les médecins s'occupent en totalité ou en partie des consultations mensuelles et des échographies alors que les sages-femmes sont quant à elles sollicitées pour réaliser les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que des consultations intermédiaires.

Le suivi semi-global est un suivi pré et post natal excluant le temps de l'accouchement par une même sage-femme, bien souvent libérale. La sage-femme va alors réaliser le suivi médical de la grossesse dans le cas où celle-ci entre dans son champ d'action (la physiologie), va assurer les cours de PNP puis va réaliser les visites à domicile après le retour à la maison de la patiente ainsi que la visite post-natale et la rééducation périnéale et abdominale. La sage-femme a alors le rôle de clé de voute : elle coordonne le suivi de la patiente et fait le lien entre les différents professionnels (31)

Les femmes ayant recourt à ce suivi recherchent un suivi personnalisé, au plus proche de leurs attentes et permet d'établir une relation d'écoute et de confiance avec la sage-femme (29).

Le suivi global de la grossesse se constitue des mêmes éléments que le suivi semi-global cependant la sage-femme libérale réalisera également l'accouchement et le suivi du post-partum immédiat. L'accouchement peut être effectué à domicile ou en plateau technique (32).

## 2.4 Le choix

### 2.4.1 Aspect législatif

Toute personne est libre de choisir le professionnel de santé qui la prend en charge. Les professionnels de santé sont tenus d'informer les patients des différentes modalités de leur prise en charge et du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués dans cette dernière (33).

### 2.4.2 Les composantes de ce choix

Le choix de la structure de suivi et d'accouchement peut être influencé par la démographie médicale. En effet à l'heure actuelle nombre de petites maternités ont fermé leur porte au profit de maternités à plus grosse capacité situées en zone urbaine. Cette géographie de terrain doit donc être un facteur de considération lors des choix des patients (34).

De plus, les femmes peuvent faire le choix d'être suivies tout au long de la grossesse dans l'établissement dans lequel elles prévoient d'accoucher ou alors faire le choix d'un suivi par un même professionnel à l'écart du lieu d'accouchement que ce soit un gynécologue ou une sage-femme. En ce qui concerne le choix du lieu d'accouchement plusieurs solutions s'offrent à elles. La maternité, structure hospitalière de référence dans le monde de l'obstétrique est encore bien souvent le choix évident aux yeux des futurs parents. Cependant au sein de ces structures médicalisées on voit apparaitre des pôles « physiologiques » qui mettent à disposition des femmes des salles d'accouchement moins médicalisées afin de répondre à ce besoin et cette envie de « plus naturel », dans le respect de la physiologie. De même nous voyons apparaitre l'ouverture des salles de naissances aux sages-femmes libérales. C'est ce qu'on appelle le plateau technique où

une femme suivie par une sage-femme libérale peut être prise en charge lors de son accouchement par cette dernière dans l'établissement médical. Il existe aussi un lieu géré par des sages-femmes, les maisons de naissances, où les femmes sont accueillies comme à la maison pour donner naissance à leur enfant accompagnées par des sages-femmes puis rentrent à leur domicile quelques heures après la naissance. Enfin le dernier choix s'offrant à ces femmes sont les accouchements à domicile. Cette pratique bien souvent diabolisée par le passé se voit aujourd'hui de plus en plus envisagée bien que peu de sages-femmes le pratique (35).

# 3 L'évolution des attentes et des besoins des femmes enceintes

## 3.1 L'histoire de la naissance : de la matrone à la sage-femme « normée »

Depuis la naissance de l'humanité la naissance était une histoire de femmes. La notion de transmission était alors un point clé de ces civilisations. Après avoir longtemps accouchées seules, les femmes se font peu à peu accompagnées par d'autres femmes tenant le savoir par le biais de la transmission. Ces savantes étaient considérées comme des prêtresses ou des mères divines. Nous pouvons retrouver des traces de leur passage au travers des écrits notamment grecs et romains. La fin du 1er millénaire marque l'essors des grandes écoles de médecine et avec lui le début de la diabolisation du savoir des sages-femmes. En effet, le manque d'écrits et les pratiques peu connues de ces dernières ont conduit à un recul du savoir et à un contrôle de la pratique obstétricale. Au 15ème siècle on voit alors naitre une nouvelle profession, celle de matrone. L'église puis L'état ont progressivement remplacé les matrones par les femmes « sages » qui détenaient le savoir. Ces dernières étaient soumises aux règles de pratiques médicales. A partir du 17ème siècle les Sages-femmes ont reçu un enseignement de la science des accouchements. Le 20ème siècle marque un tournant dans l'univers de la naissance avec l'essor de la médicalisation de l'obstétrique et de la présence des médecins dans le monde de la naissance. Peu à peu la science s'est emparée du domaine de l'obstétrique en y apportant des avancées considérables en matière de biologie et de médecine permettant d'améliorer les pratiques et de réduire le taux de morbi-mortalité autour de la naissance.

Nos pratiques actuelles sont régies par des protocoles établis de manière nationale et adaptés dans chaque établissement.

La prise en charge des patientes s'axe actuellement sur deux lignes directrices : la première est le rapport de confiance au soignant, la deuxième est le rapport de confiance à la technique. Le rapport de confiance soignant est déterminant dans l'expérience du couple. C'est un des éléments essentiels pour que l'expérience soit réussie. Au contraire, le rapport de confiance à la technique est bien souvent ambigu pour les patientes. En effet c'est un élément de réassurance pour elles cependant la iatrogénie associée à cette technique est bien souvent pointée du doigts (34).

## 3.2 Le Care et le Cure, une complémentarité

Dans notre système de santé actuel deux notions se font face : le care et le cure. Ces deux notions, très proches et parfois très opposées tendent à se rendre complémentaires.

Les travaux de Winnicott datant des années 1970 relatent cette ambivalence (36). Le « CARE » correspond au terme de soins et le « CURE » correspond au terme de traitement. Dans le passé, le care dominait le cure, il constituait la base de la médecine. Cependant avec les découvertes médicales et les avancées technologiques le cure a de plus en plus tendance à prendre le pas sur le care. Ces deux termes sont à la fois antagoniques et complémentaires. En effet selon les situations le care et le cure peuvent tour à tour se faire face pour se confronter ou se complémenter. Winnicott insiste sur le fait qu'une personne en état de vulnérabilité sera aussi demandeuse de care avec de l'attention, du prendre soins que de cure avec l'application automatique d'un savoir. La médecine est une science standardisée, protocolisée mais elle est également une science relationnelle et sociale. Un bon soignant, un « cure carer » doit donc avoir des qualités techniques associées à des valeurs humaines (37).

### 3.3 Vers une évolution des attentes des femmes : de la prise en charge standardisée à la prise en charge individualisée

Devant l'avancé des pratiques technologiques et médicales, le milieu de la santé se voit faire face à une demande grandissante quant à l'avancé de l'humanisation dans ce domaine. On voit se définir la notion de « citoyenneté » face aux problématiques que rencontre le système de santé actuel (25).

De plus à l'heure actuelle les patients souhaitent bien souvent être acteurs de leur prise en charge, ils veulent faire partie intégrante du système de soins en prenant part aux discussions, aux décisions face à leur santé (34).

L'évolution des pratiques médicales globales a entrainé avec elle une médicalisation grandissante de la naissance. L'apparition des protocoles et conduites à tenir on fait du suivi obstétrical un suivi normé et standardisé. Or, les femmes recherchent aujourd'hui un suivi plus personnalisé et plus individualisé. Le domaine de l'obstétrique doit faire face à une demande impliquant plus d'humanisation de ces pratiques (25).

En effet, les femmes enceintes souhaitent avant tout un professionnel qui les écoute. Au cours de leur suivi gynécologique ou suivi de grossesse une femme sera amenée à voir plusieurs fois le professionnel, il est donc important d'instaurer un climat de confiance qui va retentir sur leur santé et celle de leur enfant. Ils attendent du professionnel de santé un soutien différent, plus humain, qu'un acte de soin purement technique (34) (38).

On constate l'avancé des mentalités avec une population de plus en plus importante souhaitant une prise en charge semi-globale ou globale de leur grossesse (14). Certaines femmes, peu séduites à l'idée d'une grossesse et d'un accouchement médicalisés, se tournent vers des projets d'accouchement à domicile, en plateau technique ou dans une moindre mesure d'un accouchement plus naturel, dans le respect de l'intimité, de la physiologie, de la pudeur et de leur capacité à donner naissance à leur enfant (34).

## 3.4 Les points clés de la satisfaction

La littérature nous permet de mettre en lumière certains points essentiels de la satisfaction. En 2006, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a réalisé un état des lieux de la satisfaction des usagères des services de périnatalité suite à la mise en place du plan périnatalité 2005-2007 axé sur 4 principes : humanité, proximité, sécurité et qualité. Le rapport laisse à penser que le niveau de satisfaction des usagères dépend des contraintes qui leur sont imposées tant au niveau médical, financier ou en termes d'offre de soins ainsi que les complications potentiellement apparues durant la grossesse. La place du choix en matière de satisfaction est un élément clé. Les femmes n'ayant pu choisir librement et sans encombre les éléments de leur suivi se révèlent plus insatisfaites que les femmes ayant pu exercer ce droit. Ce que relève cet état des lieux c'est l'importance pour les patientes des qualités humaines des professionnels (écoute et accompagnement) ainsi que la communication et les informations reçues. Dans des proportions moins importantes on relève l'importance des qualités techniques de la prise en charge (sécurité et prestations techniques) (39).

D'autres études à travers le monde démontrent également que l'écoute, la disponibilité, les compétences et l'expérience ainsi que les capacités de communication du professionnel sont des qualités impactant la satisfaction (40). La qualité et la régularité des actes techniques (examens cliniques et paracliniques) semblent être des facteurs importants pour la satisfaction des patientes. Une étude réalisée auprès de femmes suivies par des gynécologues à l'hôpital indique que le temps d'attente avant la première prise de contact ainsi que le temps qui leur est consacré par le professionnel pour leur prise en charge, jugé trop rapide et impersonnel, sont, tout comme le manque de continuité dans les actes, des facteurs d'insatisfaction. Une autre, réalisée cette fois ci avec des participantes suédoises et australiennes suivies autant par des sages-femmes que des gynécologues, indiquent que le manque de prise en considération de leurs attentes par les professionnels et le manque d'informations concernant les difficultés qui peuvent survenir au cours de la grossesse sont des points à améliorer dans leur prise en charge (41) (42).

# POPULATION ET METHODE

# 1. Population

## 1.1. Description de l'échantillon de l'étude

L'échantillon était constitué de 15 femmes volontaires hospitalisées dans le service de suites de couches d'une maternité de type I de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient :

- Patiente primipare ou multipare
- Bénéficier d'un suivi prénatal conjoint : avoir consulté au moins une fois une sage-femme et un gynécologue-obstétricien/médecin au cours de la grossesse (Consultations mensuelles, échographiques, EPN et PNP)
- Comprendre et parler le français
- Accepter de participer à l'étude

Les critères de non-inclusion à cette étude étaient :

- Patiente mineure
- Patiente sous tutelle ou curatelle
- Avoir présenté des complications lors de l'accouchement
- Avoir présenté des complications maternelles ou néonatales dans les suites de couches

## 1.2. Les modalités de recrutement

Le mode de recrutement était basé sur le volontariat.

L'investigateur principal a dispensé, au sein du service de suites de couches, une information orale accompagnée d'une lettre d'information et de présentation de l'étude

(annexe I) à toutes les patientes hospitalisées entre J1 et J5. Les patientes volontaires après information, répondant aux critères d'inclusions de l'étude, ont pu être intégrées et interrogées le jour même.

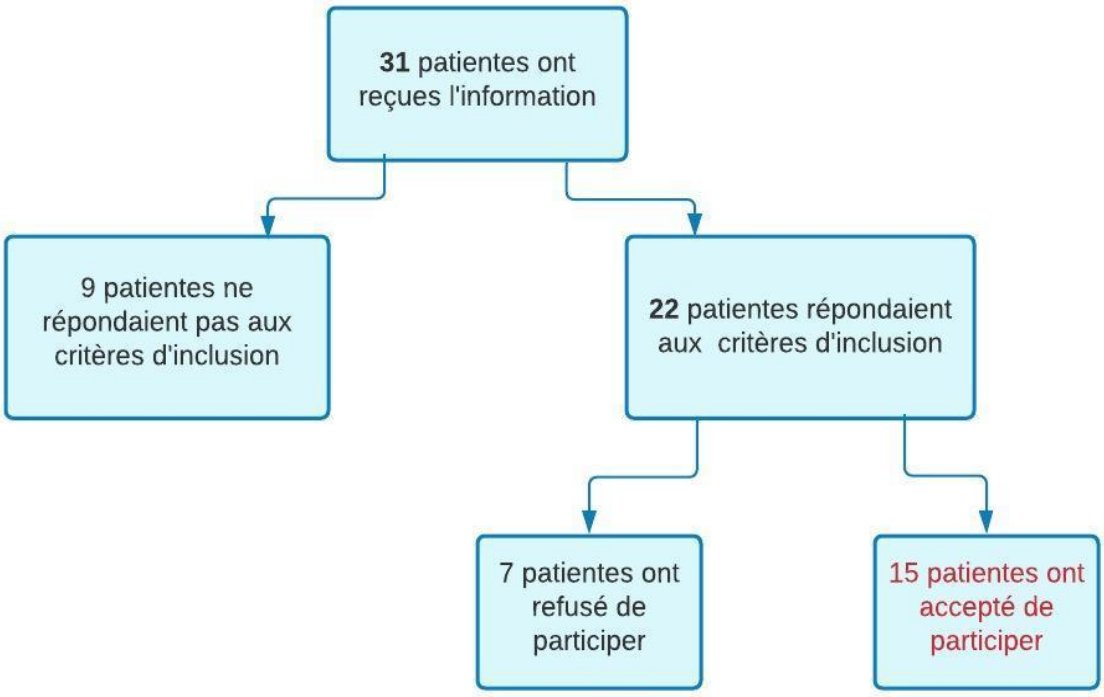
Au total, 31 patientes ont reçu l'information orale.

9 patientes ne répondaient pas aux critères d'inclusion car elles n'avaient pas bénéficié d'un suivi prénatal conjoint.

22 patientes répondaient aux critères d'inclusion, parmi elles :

- 15 ont accepté de participer à l'étude
- 7 ont refusé de participer à l'étude (par manque de temps ou pour cause de fatigue importante)

**Schéma 2. Organigramme des étapes de recrutement des participantes**



# 2. Méthode

## 2.1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type descriptive et interprétative réalisée auprès de patientes ayant fait l'expérience du suivi prénatal conjoint.

L'étude a été réalisée dans un service de suites de couches d'une maternité de type I.

L'objectif principal de cette recherche était d'identifier les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi prénatal conjoint.

Les objectifs secondaires étaient :

- Identifier les déterminants de la motivation des femmes face au choix du suivi prénatal conjoint
- Etudier les connaissances et l'information des femmes au sujet du suivi prénatal
- Chez les multipares : déterminer la valeur ajoutée du suivi prénatal conjoint chez des femmes qui ont expérimenté un autre type de suivi par le passé

## 2.2. Le mode de recueil des données

Le recueil des données a été mené par des entretiens semi-directifs avec la participante. La présence du deuxième parent, si ce dernier se trouvait au côté de la participante au moment de l'entretien, était autorisé. Les questions étaient destinées à la participante cependant l'accompagnant avait le droit d'apporter un complément au témoignage si son avis différait ou s'il souhaitait apporter des éléments complémentaires.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'entretien préalablement élaborée. Cette grille était composée de questions types, ouvertes et fermées, ainsi que de

thèmes ayant pour but de guider l'entretien et répondre aux objectifs de l'étude (annexe I).

Les entretiens se sont déroulés en face à face dans la chambre de la participante. Le moment de l'entretien a été déterminé avec la participante en fonction de sa disponibilité et de l'organisation du service.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Les participantes en ont été informées en amont de l'entretien et ont donné leur accord pour cet enregistrement. Les entretiens ont duré entre 8 et 30 minutes pour une durée moyenne de 15 minutes. Une retranscription fidèle de chaque entretien a été réalisée à posteriori.

Le principe de saturation des données a été retenu pour mettre fin au recueil des données.

### 2.3. Le déroulement de l'étude

L'étude a été menée sur une période de 2 mois, du 19 Octobre au 10 Décembre 2020, au sein du service de suites de couches d'une maternité de type I de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

La maternité où s'est déroulée l'étude propose aux patientes ayant une grossesse physiologique un suivi prénatal conjoint. A proximité de cette maternité se trouve un centre périnatal de proximité, des cabinets de gynécologues-obstétriciens et des cabinets de sages-femmes libérales. Le service de PMI est également présent sur le secteur.

Les lieux d'habitation des participantes ont été classés en 3 catégories en fonction de la distance séparant leur domicile du lieu d'accouchement.

- Les participantes habitant à moins de 10 minutes de la maternité ont été positionnées dans la catégorie « urbaine »
- Les participantes habitant à moins de 20 minutes de la maternité ont été positionnées dans la catégorie « semi-rurale »
- Les participantes habitant à plus de 20 minutes de la maternité ont été positionnées dans la catégorie « rurale »

## 2.4. Le mode d'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon la méthode d'analyse thématique du contenu.

Dans un premier temps, les données ont été traitées selon une analyse verticale. Chaque entretien a été analysé de manière individuelle afin de faire ressortir des thèmes et des sous-thèmes ainsi que les problématiques propres au ressenti et à l'histoire de chaque participante. Une grille d'analyse individuelle a été élaborée pour chaque verbatim (Annexe I). Cette grille comprenait les idées émergeantes du discours ainsi que les extraits significatifs permettant d'étayer l'idée principale.

Dans un second temps, les données ont été traitées selon une analyse transversale. Les idées émergeantes des différents entretiens ont été confrontées afin d'établir des relations entre les thèmes et sous-thèmes de chacun (Annexe III). Le but final était de réaliser une grille d'analyse générale regroupant les similitudes ou les divergences en fonction des différents thèmes identifiés afin de répondre aux objectifs de l'étude.

## 2.5. Les aspects éthiques et règlementaires

### 2.5.1. Les avis des comités consultatifs

Des autorisations de mise en œuvre de l'étude ont été obtenues auprès du chef de service ainsi que de la sage-femme coordinatrice du service. Une autorisation du délégué à la protection des données a également été obtenue.

### 2.5.2. Information et consentement

Une information orale a été dispensée aux participantes en amont de leur intégration à l'étude. Cette information orale s'accompagnait d'une lettre d'information remise en main propre. Cette lettre présentait l'étude ainsi que ses objectifs, ses critères

d'inclusion, le mode de réalisation des entretiens, la confidentialité et l'anonymisation des données et les coordonnées de l'investigateur afin qu'elles puissent à tout moment demander des renseignements complémentaires, modifier leur propos ou se retirer de l'étude (annexe II).

Un consentement oral a été recueilli en amont de leur inclusion à l'étude. Les participantes étaient informées de l'utilisation d'un dictaphone pour l'enregistrement des données et ont donné leur accord.

### 2.5.3. Anonymat

Les entretiens ont été anonymisés. Aucun élément permettant l'identification de la personne n'a été demandé au cours de l'entretien. Les participantes ont été renommées à l'aide de lettres de l'alphabet. Les noms, prénoms et lieux évoqués lors des entretiens ont été remplacés par des noms communs évoquant la qualité de la personne en question ou le contexte du lieu évoqué. Les enregistrements audios ont été archivés dans un fichier sécurisé par cryptage puis détruits après leur retranscription.

# RESULTATS

# 1. La population

## 1.1. Description de l'échantillon et Parcours de soins

L'échantillon de l'étude comportait 15 femmes. Toutes les participantes ont eu des grossesses physiologiques. Elles ont donc bénéficié d'un suivi de type A. Le suivi A peut être effectué avec une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste dans sa totalité.

L'âge des participantes, leur parité, leur lieu d'habitation ainsi que le type de profession qu'elles exercent ont été décrit par le tableau 1. Le tableau 2 expose un descriptif du suivi des participantes constituant l'échantillon.

**Tableau 1. Descriptif de l'échantillon**

| Participantes | Age | Parité | Lieu d'habitation | Type de profession exercée[1] |
|---|---|---|---|---|
| A | 26 ans | I | Urbain | Commerçant |
| B | 31 ans | I | Semi-rural | Profession intermédiaire |
| C | 26 ans | I | Semi-rural | Profession intermédiaire |
| D | 30 ans | II | Semi-rural | Employé |
| E | 31 ans | I | Rural | Profession intellectuelle supérieure |
| F | 29 ans | I | Rural | Employé |
| G | 35 ans | I | Rural | Profession intermédiaire |
| H | 25 ans | I | Rural | Employé |
| I | 19 ans | I | Urbain | Employé |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| J | 31 ans | I | Rural | Profession intermédiaire |
| K | 28 ans | I | Urbain | Employé |
| L | 36 ans | IV | Rural | Sans activité professionnelle |
| M | 24 ans | I | Urbain | Employé |
| N | 19 ans | I | Rural | Employé |
| O | 30 ans | II | Semi-rural | Profession intermédiaire |

[1] En référence à la nomenclature des professions et des catégories socio-professionnelles

**Tableau 2 : Descriptif du suivi des patientes de l'échantillon**

| Participantes | Consultations mensuelles de suivi | Echographies | PNP | EPN | Choix des professionnels rencontrés | Autres professionnels rencontrés |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | SFL[1] | GOH[2] | SFL | - | Non | - |
| B | GOL[3] | GOL | SFH[4] | SFH | Oui | - |
| C | GOL | GOL | SFH | - | Non | Médecin généraliste SFL pour acuponcture |
| D | GOL | GOL | SFL | - | Oui | - |
| E | SF CPP[5] | GOL puis GOH | SF CPP | - | Ne sait pas | SFL pour 1ère consultation |
| F | SFH + GOH | GOH | - | - | Oui | - |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| G | SFH + GOH | GOH | SF CPP | - | Oui | Psychologie bio-énergéticien |
| H | GOL | GOL | SFH | - | Oui | Médecin généraliste |
| I | SFH + SF PMI[6] | GOH | SF PMI | - | Oui | Médecin généraliste |
| J | GOL | GOL | SFH | - | Ne sait pas | Ostéopathe/ kinésithérapeute |
| K | SFH + GOH | GOH | - | - | Oui | Médecin généraliste |
| L | SFH + SF CPP + GOH | GOH | - | - | Oui | - |
| M | SFL | GOH | SFL | - | Oui | - |
| N | SF PMI + GOL | GOL | SF PMI | - | Oui | Médecin généraliste |
| O | GOL | GOL | SFL | - | Oui | Médecin généraliste |

[1] Sage-femme libérale

[2] Gynécologue-obstétricien hospitalier

[3] Gynécologue-obstétricien libéral

[4] Sage-femme hospitalière

[5] Sage-femme exerçant dans un centre périnatal de proximité

[6] Sage-femme exerçant au sein du service de protection maternelle et infantile

**Diagramme 1. Répartition des consultations échographiques**

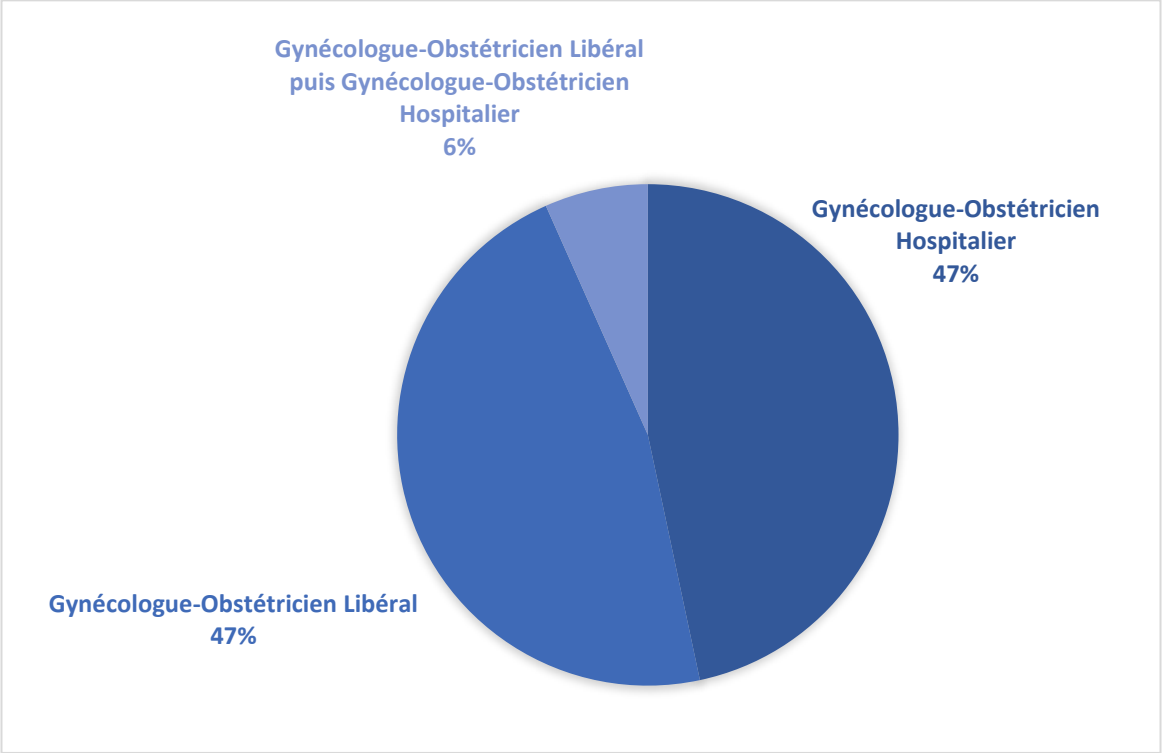



**Diagramme 2. Répartition des séances de préparation à la naissance et à la parentalité**

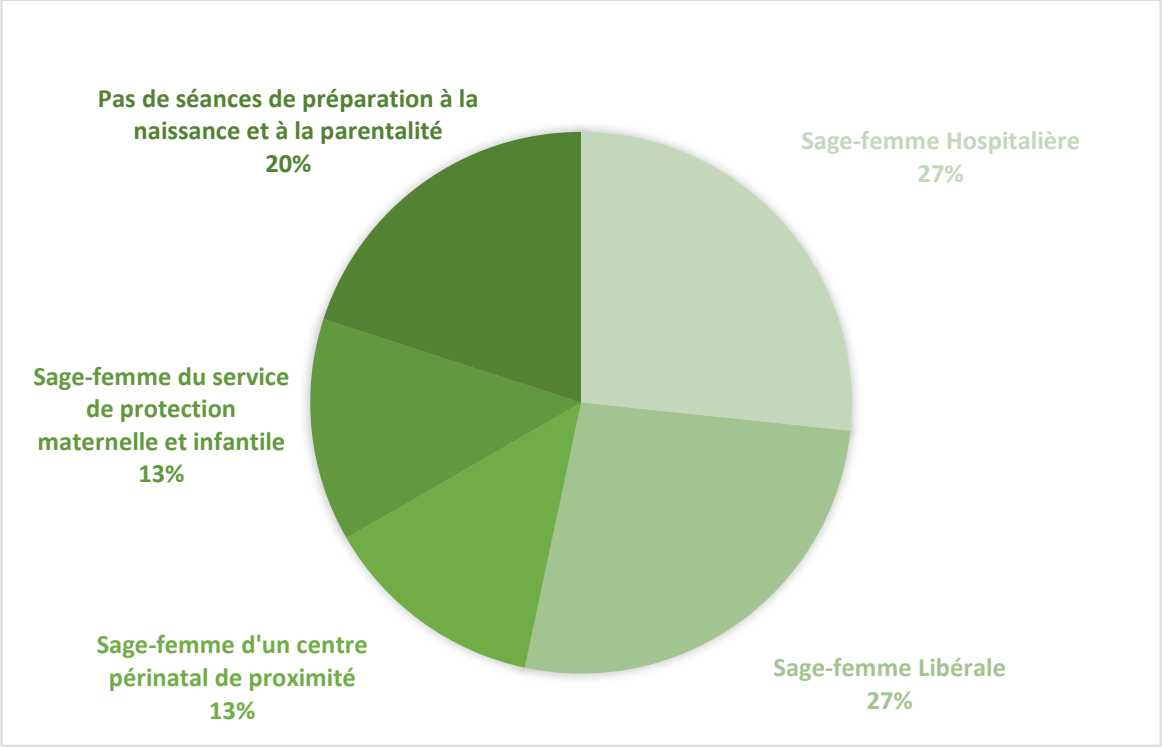
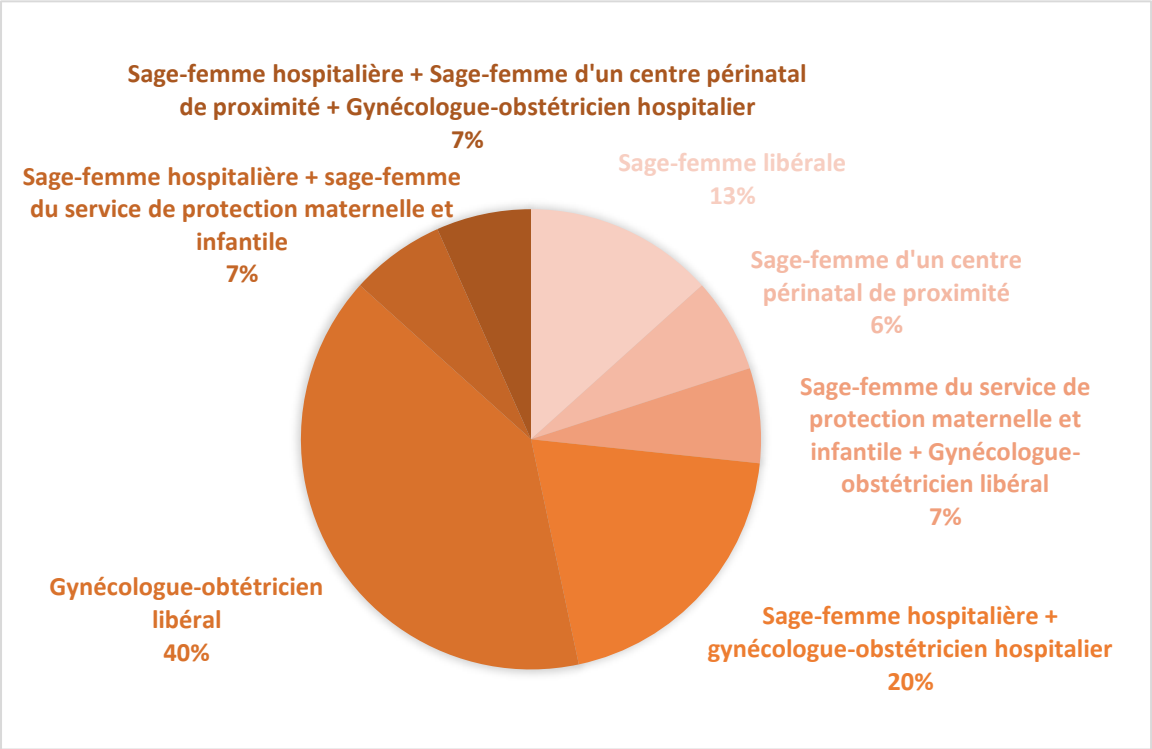


**Diagramme 3. Répartition des consultations de suivi mensuel**




L'âge des participantes s'étendait de dix-neuf à trente-six ans.

**Parmi les participantes, six (40%) ont déclaré avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste**. Pour cinq d'entre elles (83%) ce rendez-vous a eu lieu après la découverte de leur grossesse. Les patientes souhaitaient confirmer leur grossesse par une prise de sang pour certaines ou bien alors souhaitaient être orientées dans la suite du parcours comme l'explique Mme C « *Je ne savais pas du tout où aller, donc en prenant des conseils autour de moi […] on m'a dit qu'il fallait commencer par le médecin généraliste. Il m'a dit d'aller voir un gynécologue.* ».

## 1.2. Le professionnel de santé référent

L'une des questions de l'étude avait pour but de déterminer quel était le professionnel de santé que chaque participante considérait comme « référent » pour leur grossesse. **Les deux tiers des participantes (66%) déclaraient que leur gynécologue-**

**obstétricien était leur professionnel de référence et trois (20%) considéraient leur sage-femme comme professionnel de référence.** Une seule participante (6%) déclarait que le gynécologue-obstétricien et la sage-femme étaient tout autant ses référents l'un que l'autre. Une participante (6%) n'a pas répondu à la question. Les participantes sont unanimes sur le fait que l'argument principal est la constance du professionnel et le nombre de consultations effectuées par ce dernier. En effet, c'est ce que décrit Mme M « *Le gynécologue je l'ai beaucoup plus eu, je lui ai beaucoup plus parlé. Les sages-femmes ça changeaient souvent.* » et Mme E « *Plutôt la sage-femme parce que c'est elle qui a été là tout le temps* ». Mme H, quant à elle, nuance ses propos en s'interrogeant sur la notion de 'référence' : *« C'était le gynécologue même si « référente » ça sous-entend des réponses à nos questions et ce n'était pas toujours le cas* ».

## 2. Le choix

### 2.1. Le suivi conjoint, un choix pour les couples ?

**11 participantes à l'étude (73%) estiment que la réalisation d'un suivi prénatal conjoint était un choix de leur part**. Cependant quelques nuances sont à souligner. Pour certaines le choix était réellement réfléchi dès le début de la prise en charge comme c'était le cas pour Mme N « *C'était un choix, parce que j'appréhendais un petit peu et je me suis dit qu'à ce moment-là il faut avoir l'humilité de demander de l'aide. […] Donc c'était vraiment un choix raisonné* ». Pour d'autres, le choix s'est fait un peu plus tard, au moment des premières consultations de suivi de grossesses qui se réalisent aux alentours du 3ème mois de grossesse. C'est notamment le cas de Mme G « *Au début c'était de la discussion et puis après c'est devenu évident. […] les gynécologues et les sages-femmes, je l'ai su en venant ici. Et au final ça m'a convenu complètement. J'ai adopté le concept. J'ai tout pris, tout le package* ».

Deux participantes (13%) estiment, quant à elles, ne pas avoir eu le choix par manque de connaissances des possibilités qui s'offraient à elles. Mme C décrit « *Ce n'était pas vraiment un choix pour moi, il n'y avait pas d'autre option. On était obligé d'en passer par là. Je suis allée en consultation avec le gynécologue, on m'a donné des*

*rendez-vous jusqu'à la fin de ma grossesse. On ne m'en a pas expliqué plus non plus. Donc je me suis dit c'est comme ça, c'est comme ça.* », son avis est partagé par Mme A.

Mme E et Mme J restent indécises sur la question du choix. Mme E cite « *On ne me l'a pas imposé ça c'est sûr. Après si c'était un choix, je ne sais pas. Au final, je ne me suis pas trop renseignée pour savoir s'il y avait des alternatives* ».

## 2.2. Les déterminants de la motivation

Le choix du type de suivi et le choix du professionnel est bien souvent guidé par différentes envies et différents besoins du couple. L'étude avait pour but de mettre en lumière les motivations premières des couples qui ont eu recours au suivi prénatal conjoint.

**L'argument principal mis en exergue par les entretiens des participantes est la recommandation par un proche ou une bonne expérience personnelle passée avec le professionnel.** En effet, pour neuf participantes (60%) ce point est la raison essentielle de leur décision. Voici un extrait des différents témoignages :

- Mme C : « *Je l'ai choisi lui parce qu'il avait opéré ma mère et ça s'était bien passé.* »
- Mme F : « *Je suis venue ici parce que j'ai déjà vécu 2 interventions il y a quelques années et je suis toujours venue ici. Et je suis née ici aussi. Peut-être qu'inconsciemment ça m'a motivé.* »

**La proximité est un argument relevé par six des participantes (40%)**. Parmi ces six femmes, quatre résident (66%) dans une zone rurale, une (16%) réside dans une zone semi-rurale et une (16%) réside en zone urbaine. Pour Mme E le choix s'est fait en premier lieu sur la proximité des professionnels de santé « *Mes choix sur le début c'était plus pour la proximité […] le gynécologue du coup c'était vraiment parce qu'il était au plus près.* ». Mme G quant à elle a fait le choix d'un suivi à la maternité, cependant, elle a tout de même choisi de réaliser les séances de PNP à proximité de son lieu d'habitation

« *Les sages-femmes c'était ici à la maternité tous les mois […] ça faisait loin mais j'ai fait les trajets autant que j'ai pu. Pour les cours de préparation par contre on est allé au CPP car c'était plus près.* »

**Le choix des femmes s'oriente également en fonction des pratiques des différents professionnels.** Deux participantes (13%) ont été suivies par des sages-femmes cependant ces dernières n'étaient pas échographistes, c'est la raison pour laquelle elles ont été orientées vers des gynécologues obstétriciens comme l'explique Mme A « *La sage-femme n'était pas échographiste donc tous les rendez-vous échographiques je les ai faits ici.* ». Contrairement à Mme A, Mme B s'est tournée vers une sage-femme pour réaliser l'entretien prénatal précoce et les séances de PNP car le gynécologue-obstétricien ne proposait pas ces séances « *[…] jusqu'à la préparation que j'ai faite avec les sages-femmes ici. J'avais aussi demandé un rendez-vous prénatal précoce ici avec les sages-femmes parce que le gynécologue ne le faisait pas non plus.* ».

**La contrainte de l'offre de soins à disposition des patientes sur la zone géographique est évoquée par Mme B et le conjoint de Mme E**. Selon ce dernier une seule possibilité s'offrait à eux lorsqu'il a fallu trouver un gynécologue-obstétricien « *Vers chez nous le choix est vite fait, les sages-femmes ne peuvent pas faire les 3 échographies obligatoires. Donc c'est forcément un gynécologue et il n'y en a qu'un qui est près* ». Mme B, elle, relate le manque de professionnels libéraux dans la région « *Comme ici on n'est pas bien servi non plus, on se tourne plus vers la maternité pour avoir une sage-femme.* ».

**Les différents types de PNP et de soins proposés par les sages-femmes sont également un motif de décision pour 20 % des couples**. L'acuponcture, le yoga, la PNP en piscine et l'haptonomie, spécialités que certaines sages-femmes formées proposent à leurs patientes, sont évoquées par les femmes au cours de leur entretien. Mme H a abordé l'haptonomie dans son témoignage « *On a essayé des cours d'haptonomie. Mais pour le coup, c'est proposé par une seule sage-femme dans le secteur, on a trouvé qu'un seul contact.* ». Là encore la question de l'offre de soins dans la région est exposée. Le choix

se porte également pour certaines participantes sur le souhait de réaliser des séances de PNP en groupe ou en individuel.

Trois couples de l'échantillon (20%) ont affirmé avoir décidé de réaliser une partie ou l'ensemble du suivi prénatal à la maternité afin de **découvrir les locaux et le personnel dans le but de créer un climat de confiance pour le jour de la naissance**. Mme F a fait le choix d'un suivi prénatal conjoint à l'hôpital pour la raison suivante « *Je préférais rester à l'hôpital pour prendre possession des lieux* ». Mme H a, pour sa part, choisi de réaliser la préparation à la naissance et à la parentalité à l'hôpital pour cette raison « *On a opté pour du classique, à la maternité, je pense que c'est bien de voir les lieux et de rencontrer le personnel. On peut voir une partie de l'équipe qui sera peut-être là le jour J. C'est plus rassurant pour l'après*. ».

Trois participantes (20%) ayant effectué des consultations avec des sages-femmes libérales et des sages-femmes de la PMI indiquent qu'une de leur motivation initiale était **la prise de contact en vue du retour à domicile après l'accouchement.** C'est notamment le cas de Mme D « *La sage-femme je l'ai contacté pour avoir une première approche avec elle parce que je me suis dit que quand je sortirai de la maternité j'aurais besoin d'une sage-femme à domicile, ce qu'il risque d'arriver parce que j'ai demandé une sortie anticipée. Je me suis dit que ça serait un premier contact* ».

Cette étude a été réalisée en Octobre et Novembre 2020. **Des restrictions étaient alors en vigueur en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid 19. Ces restrictions et le contexte sanitaire ont eu une influence sur les choix des participantes.** En effet, pour Mme A le choix du suivi prénatal conjoint avec une sage-femme libérale lui a permis d'être accompagnée par son conjoint durant les consultations mensuelles alors que les accompagnateurs n'étaient acceptés à l'hôpital que lors des échographies « *Si j'avais tout fait au même endroit papa n'aurait pas pu me suivre partout.* ». Mme H affirme que le contexte sanitaire durant sa grossesse a orienté son choix vers un gynécologue-obstétricien libéral afin d'éviter le milieu hospitalier *« Le gynécologue en dehors de l'hôpital ça s'est réfléchi parce qu'au niveau du contexte*

*j'étais plus rassurée d'aller voir un gynécologue à part dans un cabinet plutôt que de revenir régulièrement à l'hôpital*. ».

### 2.3. Les attentes des couples

L'une des questions de l'entretien avait pour but d'interroger les participantes sur les attentes qu'elles avaient vis-à-vis du suivi prénatal et des différents professionnels. **Il s'avère que la majorité d'entre elles (67%) n'avaient pas d'attentes particulières vis-à-vis de ce suivi prénatal.**

Mme E a évoqué les attentes qu'elle avait d'un professionnel de santé. Selon elle le professionnel de santé se doit d'informer ses patients « *C'est ça que j'attends d'un professionnel de santé, qu'il explique et pas qu'il reste muet.* ».

Mme K, quant à elle, évoque également la notion d'information mais distingue les attentes qu'elle avait du gynécologue-obstétricien et de la sage-femme. Pour elle, la sage-femme se doit de répondre aux questions et doit apporter les informations nécessaires au bon déroulement de la grossesse. Le gynécologue doit faire preuve de pédagogie et doit informer la patiente sur la prise en charge. Elle explique « *Pour moi c'est le travail des sages-femmes de renseigner au maximum sur tout ce qui était possible pendant la grossesse. Du gynécologue j'attendais un peu plus de pédagogie, dans le sens où la première grossesse on attend qu'on nous explique comment ça va se passer*. ».

Mme A et Mme C s'accordent sur le fait qu'elles attendaient de leur suivi prénatal plus de continuité et de cadre. En effet, la première regrette le changement fréquent de sages-femmes lors des consultations et la seconde imaginait un suivi plus individualisé « *Je pensais que c'était plus encadré quand même. […] Je pensais qu'il y aurait peut-être des entretiens individuels. […] Je pensais que ça serait peut-être un peu plus individualisé*. ».

# 3. La satisfaction

## 3.1. Satisfaction globale

**De manière générale l'ensemble des participantes à l'étude (93%) se disent satisfaites de leur suivi prénatal**. Toutes les participantes ont pu argumenter leurs réponses en fonction des éléments positifs et négatifs qu'elles avaient relevés au cours de leur expérience. Seule Mme A ne semble pas entièrement satisfaite du suivi prénatal qui lui a été proposé « *j'étais très bien suivie, mais je suis quand même un poil déçue* ».

## 3.2. Les déterminants de la satisfaction

### 3.2.1. Les atouts perçus par les femmes vis-à-vis des différents professionnels

De la même manière que les participantes n'avaient pas les mêmes attentes des différents professionnels qui intervenaient au cours de leur suivi, elles n'ont pas non plus relevé les mêmes points de satisfaction en fonction du professionnel qu'elles rencontraient.

**Un point essentiel relevé par six participantes (40%) est que le suivi par le gynécologue-obstétricien est qualifié de rassurant et protecteur avec une prise en charge plus médicalisée et plus technique de la grossesse. Le suivi effectué par la sage-femme est, quant à lui, décrit par les femmes comme centré sur le couple mère-enfant dans sa globalité en intégrant à la prise en charge médicale le coté social et pédagogique.** Mme E relève le fait que les deux types de professionnels n'étaient pas équipés de la même manière « *Si ces deux professionnels étaient outillés pareils, moi je ne vois pas trop la différence entre les deux* ». Son conjoint témoigne, quant à lui, « *Le deuxième gynécologue a bien pris le temps de nous expliquer, même si c'était toujours très « médical » la façon de le faire. Au final, on a remarqué qu'il y avait toujours un*

*langage très médical chez le gynécologue, ce qui est agréable c'est que c'est bien expliqué, ça pose un cadre très protecteur. Et du côté de la sage-femme, il y avait une bonne écoute des ressentis de la maman et du papa aussi d'ailleurs. C'était moins tourné médical, il y avait plus de social. C'est un peu la différence que j'ai notée. Et du coup c'était intéressant d'avoir les deux.* ». « Mme G, elle aussi, a noté cette différence « *Pour les échographies c'était assez médical. C'était le cœur, les reins, on explique ces choses-là. Alors que les retours que j'avais des consultations avec les sages-femmes c'était vraiment « Bonjour Madame, comment allez-vous ? » C'était vraiment « Comment vous sentez vous ? », « Comment vous sentez votre bébé ? », « Est-ce que vous êtes joyeuse ? », « Est-ce que vous êtes nostalgique ? » […] Et ça c'est médical aussi quelque part.* ». De plus, Mme N et Mme B notent toutes les deux que la mission du gynécologue-obstétricien est principalement la surveillance du fœtus dans le ventre de sa mère. Mme N explique « *Un gynécologue c'est plutôt la vie in- utéro qu'il observe.* ». Mme J a pu bénéficier d'une échographie régulière avec son gynécologue-obstétricien et y a trouvé un côté très rassurant « *C'était rassurant en fait, on avait les échographies avec toutes les mesures assez régulièrement* ». Deux autres participantes ont déclaré avoir apprécié les échographies supplémentaires réalisées par leur gynécologue-obstétricien.

Une deuxième différence notable est soulevée par six participantes (40%). Il semblerait que les consultations ne soient pas menées de la même façon par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. **Au travers des différents discours recueillis, il ressortirait que le temps de consultation serait perçu par les femmes comme plus important avec les sages-femmes qu'avec les gynécologues-obstétriciens.** Il découlerait de cela que les consultations avec les gynécologues seraient essentiellement centrées sur l'examen clinique et les échographies et qu'un temps supplémentaire serait consacré à l'information au cours des consultations avec les sages-femmes. Mme B regrette le manque de temps accordé à l'information lors des consultations avec son gynécologue-obstétricien « *C'est vrai qu'il ne s'étend pas tellement sur le reste autour. […] il ne parle pas beaucoup du autour, des démarches qu'on doit engager. Il est très focus sur ce qu'il se passe à l'intérieur donc des fois on est un peu frustré en sortant.* ». Mme C raconte avoir eu le même ressenti et raconte avoir eu plus de mal à créer un lien avec son gynécologue obstétricien par manque de temps « *Chez le gynécologue c'était un peu impersonnel. On ne se connaissait pas. […] c'est toujours gênant, il rentre quand*

*même dans l'intimité. Mais bon après c'est comme ça il faut y passer. Il ne peut pas prendre une heure avec chaque patiente pour lui demander « Est-ce que ça va ? », « Est-ce que ça ne va pas ? » »* , Mme N partage son avis « *Le gynécologue il a beaucoup de patientes à voir dans la journée, il n'a pas forcement le temps de prendre le temps justement, de répondre aux questions. […] Donc j'ai trouvé de l'information auprès des sages-femmes* ». Mme E soulève une idée similaire « *La sage-femme elle prenait vraiment le temps, elle répondait à mes questions et même parfois elle les anticipait en me prenant dans ma globalité, c'est-à-dire femme, future maman, avec le papa, avec les avis autour de moi.* ». Le temps passé avec chaque professionnel permet également de créer un lien de confiance qui est important pour certaines patientes comme Mme I qui raconte avoir créé un lien plus important avec sa sage-femme.

**Parmi les participantes, trois (20%) ont déclaré avoir apprécié avoir un même gynécologue-obstétricien alors que les sages-femmes n'étaient pas toujours la même lors des consultations**. La constance du professionnel de santé semble importante pour ces femmes. Mme K, qui a effectué un suivi avec un gynécologue-obstétricien et des sages-femmes de la maternité affirme « *C'était vraiment lui (ndlr : le gynécologue) le seul que j'avais du début à la fin alors que c'est vrai que les sages-femmes … On fait plus de lien qu'avec les sages-femmes. […] D'un rendez-vous à l'autre on est toujours obligé d'expliquer du début à la fin. C'est vrai que le gynécologue il relie le dossier et il dit « c'est cette dame-là ». Il ne pose pas les mêmes questions.* ». Mme M, qui elle a effectué un suivi avec un gynécologue-obstétricien de la maternité et des sages-femmes libérales, partage l'avis de Mme K « *Les sages-femmes, ce n'est pas que je voulais toujours la même, mais c'est vrai que quand ça tourne … Moi qui suis un peu timide il me faut un peu de temps, si j'avais des questions des fois je n'osais peut-être pas. Le gynécologue c'était toujours le même donc c'est plus facile de parler avec lui.* ».

**Quatre participantes (26%) interrogées, ayant été accompagnées par une sage-femme libérale ou de la PMI, affirment avoir apprécié la disponibilité de ces professionnelles par contact téléphonique**. A l'image de Mme O qui cite « *Les derniers temps, je savais que si j'avais besoin je pouvais l'appeler. Elle me l'avait dit.* ».

### 3.2.2. Le binôme sage-femme – gynécologue-obstétricien

Au travers des témoignages recueillis lors de l'étude il est mis en évidence que les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont complémentaires dans la prise en charge des patientes. **La notion de complémentarité est apparue dans la moitié des témoignages (53%)**. Mme G retient de son expérience une uniformité et une cohérence *« Je pense que c'est au-delà de la continuité, moi j'ai eu l'impression d'avoir une seule identité en face. Mais vraiment une seule identité avec pleins de personnes, avec un seul interlocuteur. Je n'ai jamais eu de problème, avec le dossier ils savaient qui j'étais. J'ai vraiment apprécié ça. C'était humain. […] C'était une expérience géniale de A à Z. J'ai été impressionnée par la cohérence psychologique d'accompagnement, physique dans les soins.* ». Mme D relève un avantage au suivi prénatal conjoint, le fait d'avoir deux avis et deux sources d'informations « *Je trouve qu'ils se complètent bien. Quand il y en a qui oublie quelque chose et bien l'autre va y penser. Je pense que c'est un bon complément d'être suivi par les deux.* ». Mme O témoigne dans ce sens également « *ils ont chacun répondu à ce dont j'avais besoin au moment voulu. Ils se complètent bien, il n'y en a pas un qui disait le contraire de l'autre* ».

**Les couples ont ressenti une bonne coopération entre les différents professionnels**. Mme N a aimé être réorientée par son gynécologue-obstétricien vers d'autres professionnels de santé « *Il a su me conseiller d'autres professionnels. Il faut savoir passer la main aux collègues. Ça j'ai trouvé que c'était bien, qu'il ne la joue pas pour lui tout seul, mais qu'il propose un suivi avec d'autres*. » tout comme Mme C « *Ils savent bien nous réorienter les uns vers les autres*. ».

**Le contexte sanitaire au moment de la réalisation de l'étude a, là encore, influencé la satisfaction des participantes**. Le premier point soulevé par deux participantes (13%) est la difficulté, voir l'impossibilité, d'accéder à certains types de préparation telle que la préparation à la naissance en piscine car les infrastructures n'étaient pas accessibles durant cette période comme l'explique Mme O « *J'ai trouvé dommage de ne pas pouvoir faire la piscine, mais ça c'est le contexte qui fait que*

*malheureusement…* » ou alors la difficulté à pouvoir bénéficier d'une préparation à la naissance alternative telle que l'haptonomie par des contraintes d'horaires imposées par le gouvernement comme le cite Mme E « *J'étais bien intéressée pour faire de l'haptonomie par exemple. […] Au final ce qu'il s'est passé c'est que j'ai contacté des gens, j'ai eu des noms, mais on était confinés et j'ai peut-être appelé un peu tôt du coup j'étais encore dans les trois premiers mois de ma grossesse. Après on a été déconfiné et j'ai repris le boulot. Après il y avait toujours des restrictions, et c'est là peut-être que j'ai loupé le coche.* ». Le second point mis en évidence par trois des participantes est l'absence du conjoint lors des consultations mensuelles. En effet, en milieu hospitalier les conjoints ne pouvaient venir qu'aux échographies obligatoires. Mme C a expliqué « *Un peu compliqué avec le confinement parce qu'il y a que pour les échographies que le papa pouvait venir.* » son conjoint a expliqué peu après « *Cette année on s'est senti un peu exclu. Jusqu'à l'accouchement où j'ai pu être là, tout le reste j'étais plutôt spectateur. J'ai pu aller aux échographies mais les cours d'accouchement je ne pouvais pas venir. Après c'est une année exceptionnelle.* ». Tous les couples qui ont évoqué cette problématique (53%) disent avoir bien conscience de l'importance de ces restrictions.

### 3.3. La place du conjoint

Huit pères étaient présents lors des entretiens (53%). Parmi les pères présents, cinq (62%) ont souhaité participer au témoignage avec leur compagne. **Le conjoint de Mme E, tout comme le conjoint de Mme C, s'est senti exclu lors de cette grossesse**. Mme C a réagi aux propos de son conjoint « *De manière générale moi je trouve qu'ils sont un peu mis à l'écart. Parce que quand il y a des papiers on les donne aux mamans. Il faudrait qu'on leur donne un peu plus de place. Après je me suis dit peut-être qu'en allant voir des sages-femmes libérales elles m'auraient dit par exemple que mon conjoint le soir il peut me masser le dos ou donner des conseils en incluant peut-être plus le papa.* ». Mme E a, quant à elle, évoquer la place de son conjoint d'elle-même « *Ah et le papa aussi. Ça ça m'a dérangé. Il a toujours été là, il a fait les 6 cours de préparation avec moi. Il était toujours impliqué dans la chose. Par contre il y avait toujours des petites choses, des choses langagières qui marquaient encore que c'était exceptionnel que le père soit là. On a senti que c'était maladroit que le père soit inclus dans cette*

*démarche.* ». Son conjoint a confirmé « *Des fois c'était un peu dérangeant d'entendre que la maman allait s'occuper du petit, que la maman allait faire ceci ou aller faire cela. Ce n'est que des petites choses mais on voit quand même qu'il y a un décalage.* »

### 3.4. Les connaissances préexistantes et les informations reçues

Une partie du questionnaire utilisé pour l'étude abordait l'état des connaissances des femmes au sujet du suivi prénatal et l'information qu'elles avaient pu recevoir au cours de leur grossesse.

**Les témoignages de quatre participantes (26%) se rejoignent sur le manque d'informations concernant les différentes possibilités de suivi de grossesse et le déroulement de la grossesse**. Ces femmes déclarent s'être orientées vers le suivi prénatal conjoint car il représentait le seul type de suivi qu'elles connaissaient ou alors elles se sont tournées vers un professionnel qui les a guidées vers ce type de suivi. Mme A explique « *Je ne connaissais pas vraiment les possibilités qui s'offraient à nous. […] On ne m'en a pas parlé réellement.* ». Mme E a également donné son avis « *ce qui m'a manqué le plus c'est qu'on ne m'a pas parlé des choses alternatives.* ».

**Il semblerait qu'une seule participante (6%) ait bénéficié de l'entretien prénatal précoce.** Les autres participantes ne semblent pas avoir été informée de la possibilité de cet entretien. Mme C, quant à elle, dit en avoir eu connaissance tardivement durant sa grossesse par des recherches personnelles « *Le gynécologue ne m'en a pas parlé. J'en ai entendu parler qu'après. C'était déjà un peu tard.* » elle explique également « *On n'est pas trop bien aiguillé. […] Il faudrait qu'on soit informé avant en fait* », son conjoint complète « *Quand les infos elles arrivent tard ça fait beaucoup à gérer d'un coup. […] Si les infos arrivaient avant ça laisserait le temps d'y réfléchir et d'y étaler*. ». Mme M a reçu des informations sur les possibilités de PNP « *Les explications sur les possibilités de suivi pas tellement non, c'était plus des informations sur la préparation par exemple.* ».

**Neuf participantes (60%) disent avoir obtenu des renseignements par d'autres sources d'informations telles que le site de la sécurité social AMELI, des prospectus, internet ou par des lectures**. Mme O raconte avoir obtenu des informations par l'intermédiaire de sa mutuelle santé « *Là j'ai plus eu de la documentation par ma mutuelle. Ce n'est pas forcément les professionnels de santé qui m'ont tout expliqué. […] Le petit livret qu'ils nous envoient je trouve qu'il est bien fait. Ça parlait de la préparation, ils expliquaient bien le congé maternité, comment ça se passe, le calendrier, comment ça se passe si on accouche avant, si on accouche après. Ils ont aussi une feuille où il y a toutes les dates à peu près, tous les créneaux, où on doit avoir rendez-vous.* ». Trois couples (20%) ont également déclaré avoir demander conseil à leur entourage, Mme E et son conjoint en font partie « *On a beaucoup de gens autour de nous qui ont déjà eu des enfants et c'est bien d'avoir leur point de vue.* ». Mme H émet une réserve sur la quantité d'informations disponible « *Je trouve que globalement on est assez perdu dans la masse d'infos qu'on peut trouver. Parce que maintenant on peut trouver beaucoup de choses toute seule.* ».

Mme G est satisfaite de la quantité et de la qualité des informations qui lui ont été transmises durant sa grossesse, elle n'a donc pas ressenti le besoin d'approfondir ses recherches « *Le suivi qu'on avait était déjà génial, donc je n'ai pas eu envie d'aller regarder ailleurs.* ».

## 3.5. Recommandations

La dernière question de l'enquête avait pour but de déterminer quel type de suivi la participante recommanderait à une amie en début de grossesse. **Selon les témoignages des participantes, dix d'entre elles recommanderaient le suivi prénatal conjoint tel qu'elles l'ont expérimenté.** Mme M dit s'être retrouvé dans cette situation peu avant l'entretien, une amie habitant dans une zone rurale avec très peu d'offre de soins lui a demandé ce qu'elle recommanderait et voici sa réponse « *Elle habite à la campagne où il n'y a pas forcement de gynécologue, alors elle me disait « est-ce qu'il ne vaut pas mieux une sage-femme ? » et moi je lui ai dit que j'avais préféré avoir les deux. Les sages-femmes on en a forcément de toute façon mais un gynécologue c'est bien aussi. Ça se complète.* ». Selon Mme M, toutes les femmes rencontrent des sages-femmes au cours de

leur suivi. Au contraire, pour Mme D, c'est le gynécologue-obstétricien que les femmes rencontrent de manière systématique au cours de leur suivi, elle recommanderait donc de consulter une sage-femme en plus du gynécologue « *Déjà le gynécologue, et la sage-femme aussi. Moi ça m'a apporté d'être suivie aussi par la sage-femme pour cette deuxième grossesse.* ».

Certaines participantes ont, quant à elles, nuancé leurs propos en argumentant sur les éléments précis du suivi qu'elles recommanderaient à une amie. Mme A ne recommanderait pas plus son gynécologue que sa sage-femme, mais elle recommanderait un suivi au même endroit « *Je lui conseillerais de tout faire au même endroit.* » elle ajoute, au sujet d'une prochaine grossesse, « *Je changerai le fonctionnement, je m'étais dit que je ferais tout au même endroit pour que ce soit tout recentré. Et pas un petit peu en ville et un petit peu à l'hôpital. Soit trouver une sage-femme qui fait les échographies, soit tout faire à l'hôpital. Je me dis que c'est peut-être mieux.* ». Mme C recommanderait à une amie de coupler le suivi du gynécologue avec celui d'une sage-femme libérale « *Je pense son gynécologue mais une sage-femme libérale pour faire ne serait-ce qu'une séance individuelle avec un examen prénatal ou, je ne sais pas, un entretien. Ça soulage, on peut poser toutes ces questions, on est bien écouté. Je pense que je les orienterais vers les sages-femmes que j'ai vues. Aller voir quelqu'un à l'extérieur qui n'est pas pressé par le temps.* ». Mme N recommanderait à son tour un suivi avec un professionnel en qui elle a confiance et qui peut être une source d'informations et de réponses aux questions « *Je lui conseillerai la PMI, aller voir une sage-femme, aller voir quelqu'un de confiance du moins. Quelqu'un qui puisse expliquer qu'est-ce que la grossesse, à quoi s'attendre.* ».

Mme H envisage, pour une prochaine grossesse, de se tourner vers une sage-femme afin de créer un vrai lien avec le professionnel qui l'accompagne « *Je pense que si c'était à refaire, je passerais plus avec une sage-femme directe parce que je pense qu'il y a plus un lien qui se crée.* ». Cependant, elle ne donnerait pas les mêmes conseils en fonction de ce que le couple en face d'elle attend du suivi prénatal. Pour elle, le bon suivi est le suivi qui s'approche au mieux des attentes du couple.

### 3.6. Les expériences passées des femmes multipares

L'échantillon était composé de trois participantes multipares (20%). **Ces trois femmes avaient, pour leurs suivis précédents, réaliser des suivis prénataux conjoints**. Mme O avait réalisé, durant sa première grossesse, un suivi prénatal conjoint avec un gynécologue-obstétricien libéral et une sage-femme hospitalière avec qui elle avait réalisé de la préparation à la naissance et à la parentalité en groupe « *Les cours de préparation j'ai bien aimé en groupe parce qu'on pouvait partager nos questions, etc. Et puis c'était quasiment toutes des premières mamans, des premiers bébés. Une fois qu'on avait toutes accouché, la sage-femme qu'on avait eu en cours avait refait une séance où on s'était vu toutes ensemble avec nos bébés. C'était très agréable.* ». Mme D a, quant à elle, était suivi lors de sa première grossesse par le même gynécologue-obstétricien libéral et une sage-femme libérale différente de celle qu'elle a rencontré pour sa deuxième grossesse. Elle décrit son premier suivi de grossesse comme identique à celui qu'elle a vécu pour sa deuxième grossesse « *c'est un peu le même type de suivi.* ». Mme L avait fait le choix, lors de ces trois précédentes grossesses, de réaliser un suivi conjoint avec un gynécologue obstétricien libéral proche de son domicile et avait également réalisé des consultations au centre périnatal de proximité. Elle explique son choix par la proximité des professionnels « *Je n'avais que le centre et j'allais voir le gynécologue au cabinet parce qu'à l'époque je n'avais pas le permis*. ».

# DISCUSSION

# 1. Atteintes des objectifs de l'étude

L'analyse des témoignages recueillis lors des entretiens semi-directifs a permis d'évaluer la satisfaction des femmes à l'égard du suivi prénatal conjoint. Elle a également permis d'identifier les éléments influençant la satisfaction des patientes. L'objectif principal de l'étude a de ce fait été atteint.

Au cours de ces entretiens les participantes ont pu évoquer les raisons pour lesquelles elles se sont tournées vers le suivi prénatal conjoint. De plus, l'analyse a permis de mettre en lumière les connaissances des femmes et les informations qu'elles ont reçues au sujet des différentes types de suivi qui s'offraient à elles. Ces objectifs secondaires ont également été atteints.

L'objectif secondaire qui concernait les expériences passées des multipares n'a pas été atteint. Cet objectif avait pour but de déterminer s'il existait une valeur ajoutée au suivi prénatal conjoint face à l'expérience d'un autre type de suivi prénatal. Notre échantillon n'a pas permis de remplir cet objectif car il était constitué de 3 participantes multipares qui avaient, toutes les trois, réalisé des suivis prénataux conjoints lors de leurs précédentes grossesses.

# 2. Les forces et faiblesses de l'étude

## 2.1. Les forces de l'étude

L'étude qualitative était le choix le plus adapté à la problématique initiale de la recherche. Ce type d'étude permet de recueillir des témoignages nuancés et argumentés sur des sujets prédéfinis. Le mode d'entretien semi-directif a été retenu afin de guider les participantes dans leur réflexion pour répondre aux objectifs d'étude fixés en amont. La

grille d'entretien utilisée regroupait de grandes questions ouvertes permettant aux participantes de témoigner sur un sujet particulier selon leur expérience et leur ressenti sans les influencer par des propositions de réponses. L'étude s'intéressait à des éléments propres à chaque participante, il était donc peu pertinent d'utiliser des questions de type fermé ou des réponses prédéfinies.

L'échantillon de l'étude est large et varié. En effet, il est composé de 15 femmes/couples ayant bénéficié d'un suivi prénatal conjoint mais leurs parcours de soins sont diversifiés. Parmi les professionnels rencontrés par les participantes sont retrouvés des sages-femmes libérales, exerçant seules ou en association, des sages-femmes exerçant au sein de la PMI, des sages-femmes exerçant dans un centre périnatal de proximité et des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier. Il en va de même pour les gynécologues obstétriciens rencontrés par les femmes, certains exerçaient en milieu hospitalier quand d'autres exerçaient en libéral. L'échantillon regroupe donc un nombre important de schémas de soins différents ce qui permet de faire un large tour d'horizon de ce qui peut être proposé aux patientes. Toutefois, aucune des participantes n'a effectué de suivi prénatal avec un médecin généraliste. Or, le suivi des femmes enceintes fait partie intégrante de leurs compétences (17).

La participation des conjoints des participantes n'était pas un critère d'inclusion initialement. Cependant, lorsqu'ils étaient présents lors de l'entretien, la majorité des conjoints ont participé spontanément en argumentant ou nuançant les propos de leur compagne selon leur propre expérience. Cette participation supplémentaire a permis d'étayer l'étude en y intégrant des points de vue et des opinions similaires ou bien parfois divergentes.

## 2.2. Les limites de l'étude

Les entretiens ont eu lieu dans le service de suites de couches entre un et cinq jours après l'accouchement des participantes. L'heure de l'entretien était convenue en

amont avec la participante en fonction de sa disponibilité et du fonctionnement du service. De ce fait, aucun entretien n'a été interrompu lors de sa réalisation. Cependant, il aurait été intéressant de réinterroger les patientes quelques semaines après, une fois la visite post-natale effectuée car ce dernier rendez-vous fait partie intégrante du suivi de grossesse. De plus, cela aurait permis aux participantes de prendre du recul sur leur expérience et de pouvoir éventuellement compléter leur témoignage. Ce deuxième entretien n'a pas pu être mis en place aux vues du contexte sanitaire de pandémie. Toutefois, il était intéressant d'interroger les participantes précocement car cela permettait de limiter le biais de mémorisation.

L'étude s'intéressait à l'ensemble de la grossesse, depuis l'annonce jusqu'au dernier rendez-vous prénatal. Les participantes devaient donc témoigner de leur expérience sur les neuf mois passés. Le biais de mémorisation était donc inévitablement présent au cours de l'étude. Les souvenirs des participantes ont pu être modifiés ou occultés au cours de la grossesse, c'est la raison pour laquelle elles ont eu parfois du mal à évoquer précisément les faits qui se sont déroulés au début de leur grossesse et les informations qu'elles ont reçus à ce moment-là.

L'échantillon était principalement constitué de femmes primipares. Les multipares ne représentaient que trois femmes (20%) parmi les participantes. L'échantillon n'apparaissait pas équilibré sur ce point. De plus, l'échantillon comportait des femmes âgées de 19 à 36 ans. Seules deux participantes (13%) étaient âgées de plus de 35 ans. Or, selon l'étude nationale périnatale de 2016 la catégorie 35 ans et plus constituerait 21,3% des parturientes en 2016 et serait en constante augmentation (9).

L'étude a été menée au sein d'une maternité de type I de la région Rhône-Alpes-Auvergne. Il aurait été opportun de réaliser une étude multicentrique afin de cibler une population et des offres de soins plus variés et donc plus représentatifs de la population générale. L'offre de soins autour de cette maternité s'est avérée assez limitée du point de vue des patientes. Aucune sage-femme du secteur proche ne proposait la réalisation des échographies. Sur ce point les patientes n'ont eu d'autres choix que de se tourner vers un

gynécologue-obstétricien car toutes n'ont pas eu l'envie ou les moyens de se déplacer loin de leur domicile pour effectuer ce suivi avec une sage-femme.

Le choix a été fait de définir le suivi prénatal dans cette étude comme le suivi regroupant les consultations médicales mensuelles, les consultations échographiques, l'entretien prénatal précoce ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité afin d'avoir un panel de participantes large et représentatif des différents types de suivis prénataux qui sont proposés dans le secteur. Il est a noté que les gynécologues-obstétriciens ne réalisent pas les entretiens prénataux ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il serait donc intéressant de réaliser une étude multicentrique avec une définition plus stricte du suivi prénatal dans un secteur proposant une offre complète de soin afin d'avoir des résultats plus représentatifs permettant une analyse plus globale de ce type de prise en charge.

# 3. Discussion des résultats de l'étude

## 3.1. L'importance du choix

Le choix de son professionnel de santé est aujourd'hui un droit donné aux patients. Depuis 1991 toute personne a le droit de choisir librement le professionnel de santé qui la prendra en charge. Il en va de même pour les femmes attendant un enfant. Elles sont libres de choisir quel type de suivi elles souhaitent réaliser et quels types de professionnels elles souhaitent rencontrer. La littérature a démontré que le fait d'exercer ce droit est un motif de satisfaction pour les patients (33). Les résultats de notre étude sont en accord avec cette observation. Toutes les participantes ayant répondu à la question « Le suivi conjoint était-il un choix pour vous ?» se sont montrées satisfaites d'avoir eu le choix tout comme elles se sont dites satisfaites de ce choix.

Les participantes n'ayant pas répondu favorablement à cette dernière question ont évoqué le manque d'informations quant aux possibilités qui s'offraient à elles. De manière générale, les témoignages se rejoignent sur un point précis, le manque d'informations. Les informations et explications arriveraient tardivement durant la grossesse, au moment des séances de PNP mais un certain nombre de participantes

auraient aimé recevoir des informations plus précocement sur le début de la grossesse, le déroulement de la prise en charge, les consultations dont elles pouvaient bénéficier (EPN, PNP, méthodes alternatives, etc.). Selon le code de santé publique « Les professionnels de santé sont tenus d'informer les patients des différentes modalités de leur prise en charge et du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués dans cette dernière » (33). Or, les participantes prétendent avoir ressenti le besoin de rechercher des informations supplémentaires par elles-mêmes notamment auprès de proches, dans les livres, sur internet ou bien par l'intermédiaire de prospectus distribués par différents organismes. De plus, il est mis en évidence qu'une partie des participantes et leurs conjoints ne connaissaient pas réellement les différents types de suivis prénataux qui s'offraient à eux.

L'étude a permis de relever un manque flagrant de présentation de l'entretien prénatal précoce. Une seule participante a pu en bénéficier. Plusieurs femmes ont manifesté le manque d'individualité des consultations et le manque d'informations reçues sur le début de grossesse. Or, cet entretien prénatal, qui doit être proposé de manière systématique à toutes les patientes en début de grossesse, est un entretien individuel d'une heure avec un professionnel de santé formé permettant d'aborder des problématiques diverses afin de répondre aux éventuels questionnements du couple, de dépister les vulnérabilités, de prévoir un suivi conforme aux besoins et attentes du couple et de transmettre des informations essentielles au bon déroulement de la grossesse. C'est en somme un temps privilégié afin d'entamer le processus de « devenir parents » (23)(25). Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, l'EPP qui a été mis en place en 2007, était encore trop peu proposé avec 28,5% des patientes qui déclaraient en avoir bénéficié contre 21,4% en 2010. Un axe d'amélioration avait alors été mis en évidence (9). Aussi, les témoignages des participantes mettent en avant l'importance de cet entretien qui doit, à l'avenir, être plus généralisé.

### 3.2. Les composantes du choix

L'étude a permis de faire le point sur les représentations qu'avaient les patientes des différents professionnels qui les ont prises en charge. Les compétences des sages-femmes sont en pleine expansion depuis de nombreuses années. Avant cela les

gynécologues-obstétriciens étaient les professionnels de santé les plus reconnus dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique. Aujourd'hui, grâce à l'essor de la profession, les sages-femmes sont compétentes aussi bien pour le suivi gynécologique de prévention que pour le suivi obstétrical des grossesses physiologiques. Cependant, les connaissances des couples et la vision qu'a la société actuelle de la profession de sage-femme ne semble pas avoir avancé aussi vite que la profession elle-même bien que des études démontrent que les connaissances de la population au sujet des compétences des sages-femmes sont en évolution (43)(44).

L'étude met en évidence 2 groupes de patientes qui font le choix de se tourner vers un suivi prénatal conjoint. Le premier groupe est constitué de couples qui souhaitent être suivis par une sage-femme mais rencontrent le problème de manque de qualification au sujet du suivi échographique. L'échographie ne fait pas partie des compétences initiales de la sage-femme. L'acquisition d'un diplôme universitaire d'échographie est nécessaire pour qu'une sage-femme puisse réaliser des échographies. De ce fait, ces femmes ont fait le choix de se tourner vers un gynécologue-obstétricien pour le suivi échographique car les sages-femmes rencontrées ne le proposaient pas et aucune sage-femme du secteur proposait des consultations d'échographie. Le second groupe réuni les participantes qui souhaitaient être prise en charge par un gynécologue-obstétricien car cela représentait pour elles le suivi « classique », obligatoire ou alors essentiel à leurs yeux mais qui ont souhaité tout de même pouvoir bénéficier d'une sage-femme pour apporter un complément à ce suivi avec un gynécologue-obstétricien.

La démographie médicale a une influence sur le choix des patients. La fermeture de petites structures de proximité entraine une plus grande fréquentation des structures plus importantes qui se situent bien souvent en milieu urbain. Actuellement, il existe 31 réseaux de santé périnatale de France métropolitaine et d'Outre-Mer (45). Les patients vivant en milieu rural sont donc souvent confrontés à cette problématique d'éloignement (34). Une des conclusions de l'étude rejoint ce point. Certaines participantes ont déclaré que la proximité était la raison première de leur choix. En effet, parmi les six participantes qui ont évoqué ce point, quatre résidaient à plus de 20 minutes de la maternité, une résidait à plus de 10 minutes de la maternité et une autre résidait dans la ville où se situait la maternité. Il est intéressant de noter que parmi ces femmes plusieurs ont fait le choix de

fréquenter le centre périnatal de proximité qui se trouvait plus proche de leur lieu de domicile, certaines pour la totalité de leur suivi prénatal et d'autres ont préféré s'y rendre pour les séances de PNP afin de limiter leurs déplacements. Le CPP évoqué par ces femmes propose des consultations avec des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture mais aussi des gynécologues-obstétriciens hospitaliers qui y assurent des permanences. En milieu rural, il est intéressant de proposer des alternatives plus accessibles aux femmes. Ces dernières semblent séduites par ces alternatives et y trouvent une bonne continuité avec la prise en charge proposée par l'hôpital.

Le choix du pressionnel médical semble influencé principalement par les expériences personnelles passées de la patiente ou bien par les recommandations qu'elle a pu recevoir de la part de proches. Le fait que le professionnel soit à l'hôpital ou en libéral semble avoir peu d'intérêt pour la majorité des participantes à l'étude. Une étude menée au Canada tire les mêmes conclusions. Les femmes incluses dans l'étude qui ont été suivies par un gynécologue avancent comme argument principal de leur choix le fait d'avoir été référée par une connaissance (40). Ici, la seule justification recueillie en faveur d'un praticien en milieu hospitalier est la prise de contact avec l'équipe potentiellement présente le jour de l'accouchement et la familiarisation avec les locaux de la maternité. Cet argument est également avancé par les femmes ayant choisi de rencontrer des sages-femmes hospitalières. De plus, ces femmes-là sont intéressées par le fait que tous les professionnels qui les accompagnent se trouvent dans la même structure. Toutefois, le choix des sages-femmes exerçant à l'extérieur de la structure hospitalière est un peu plus argumenté dans les témoignages. Une sage-femme libérale sera plus fréquemment choisie pour les alternatives de soins qu'elle propose. En effet, certaines femmes recherchent des pratiques différentes qui sont plus facilement proposées par des sages-femmes exerçant en libéral comme la sophrologie, l'haptonomie ou encore la PNP en piscine. Les sages-femmes libérales sont également attractives pour les patientes qui souhaitent réaliser des séances individuelles de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est important de noter que des PNP alternatives sont également proposées par l'établissement dans lequel l'étude a été réalisé mais les séances sont des séances de groupe. Il est bon de noter que les participantes ayant été suivies par des sages-femmes libérales ou des sages-femmes de la PMI soulignent l'avantage de pouvoir communiquer facilement et rapidement par SMS en cas de questionnement. Cet avantage est également retrouvé au cours de l'étude

canadienne de 1993 qui comparait le suivi avec des gynécologues et le suivi avec des sages-femmes. Dans cette étude la quasi majorité des femmes déclaraient que la disponibilité constituait un argument influençant leur choix (40). De plus, ce type de professionnel est également choisi par les patientes qui souhaitent prendre contact avec un professionnel qui peut les accompagner après l'accouchement lors du retour à la maison avec des visites à domicile.

## 3.3. Satisfaction

### 3.3.1. Des attentes spécifiques et des attentes globales

Cette étude a permis de mettre en évidence les attentes que les couples avaient vis-à-vis de leur suivi de grossesse. Il ressort des différents témoignages que les couples attendaient principalement une individualisation et une personnalisation de leur suivi. Ils attendaient également une continuité dans les soins et recherchaient une relation de confiance avec les professionnels qui les accompagnaient. Enfin, ils attendaient des explications et des informations quant au déroulement de la grossesse et à la prise en charge. Une étude mise en place dans le Val-D'oise en 2008 recense les mêmes éléments. En effet les conclusions de cette étude montraient que les participants seraient favorables à une prise en charge prénatale assurée par un nombre réduit d'interlocuteurs. De plus, les réponses obtenues à la question des attentes en début de grossesse ont été uniformes sur le fait que les couples attendaient principalement d'être informés et d'être rassurés (46).

Un point de divergence a cependant été retenu par deux participantes concernant spécifiquement les attentes qu'elles avaient des sages-femmes et les attentes qu'elles avaient des gynécologues. Selon elles, les compétences de chaque professionnel sont spécifiques à leur profession. Cependant, il est important de rappeler que les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ont les mêmes compétences au sujet du suivi prénatal physiologique. Ces participantes attendaient des sages-femmes qui les accompagnent des informations sur le déroulement de la grossesse, accouchement et post-accouchement alors qu'elles attendaient des gynécologues plutôt de la pédagogie et des

explications médicales pures. Cela démontre que dans leur imaginaire le gynécologue-obstétricien et les sages-femmes n'ont pas totalement le même rôle au sein du suivi.

### 3.3.2. Des apports différents mais complémentaires

Les entretiens des participantes ont mis en évidence que le suivi proposé par les sages-femmes et le suivi proposé par les gynécologues sont des suivis différents mais complémentaires entre eux.

Les gynécologues seraient, selon elles, plus techniques et plus médicaux dans leur prise en charge et dans leurs propos. En effet, les consultations seraient principalement tournées vers le bon déroulement médical de la grossesse et vers le bien être fœtal. Les explications dispensées par ces professionnels seraient également des informations sur « *des faits purs et durs* » exposées avec un langage médical parfois peu adapté à la compréhension des patients. Le suivi réalisé par un gynécologue apparait, pour les participantes, comme rassurant et protecteur de par son expertise médicale.

Le suivi proposé par les sages-femmes serait, quant à lui, plutôt tourné sur la dimension sociale et pédagogique de la prise en charge prénatale. Les sages-femmes s'intéresseraient plus à la femme dans sa globalité en intégrant l'aspect psychologique à la consultation. De plus, les sages-femmes s'attachaient plus à informer les patientes et consacreraient un temps défini de leur consultation à répondre aux questions.

L'étude canadienne évoquée précédemment a soulevé les mêmes observations, l'aspect sécurité était associé au suivi prénatal par des gynécologues alors que l'aspect communication était associé au suivi prénatal par des sages-femmes. Lors de cette étude les praticiens ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles leurs patientes étaient satisfaites. Les réponses données sont les suivantes « les sages-femmes consultées mentionnent le respect des choix, le support, un meilleur accueil au nouveau-né, la compétence, la disponibilité téléphonique et la connaissance de ses limites » et « le gynécologue consulté mentionne le contact et les résultats sans séquelle » (40). Cependant cette étude a été réalisée en 1993. Il semblerait donc que les conclusions soient les mêmes en 2020. Il est intéressant de se demander pourquoi le ressentis des femmes vis-à-vis de ces 2 professionnels de santé est sensiblement le même presque 30 ans après.

L'une des pistes envisageables est, comme le laisse penser une participante, le fait que si les sages-femmes étaient outillées de la même façon que les gynécologues, en référence à l'échographie, les atouts retenus n'auraient peut-être pas été les mêmes. De ce fait, le côté « médical et rassurant » évoqué au sujet des gynécologues serait certainement associé à la réalisation des échographies car les participantes ont souvent évoqué le fait que la surveillance échographique était pour elles un des éléments de satisfaction du suivi. Un travail de recherche au sujet de la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur suivi échographique a retrouvé des conclusions similaires (47). Une seconde piste peut être évoquée. Il peut être envisageable que les représentations qu'ont les participantes des différents professionnels serait lié à un passé historique où les sages-femmes n'avaient pas les mêmes compétences et le même statut que les gynécologues et où le suivi prénatal était bien plus souvent réalisé par des gynécologues-obstétriciens. Il peut donc être envisageable que les représentations sociales de la place de la sage-femme dans le suivi obstétrical des femmes n'ont pas évolué aussi vite que les compétences de ces dernières. Cependant, des études récentes ont permis de faire le point sur les connaissances qu'avaient les femmes des compétences des sages-femmes et il en ressort que les femmes sont tout de même de mieux en mieux informée mais un travail reste à faire pour que les missions de la sage-femme soient réellement reconnues (43)(44).

Un parallèle peut être fait avec la distinction entre le Cure et le Care. En effet, si on s'intéresse à la définition du Cure on retrouvera les notions de soins de réparation, traitement de la maladie mais aussi d'expertise standardisée et protocolisée. Le Care évoque les notions de prendre soins, soins d'entretien et soins liés aux fonctions de la vie (36). Ces deux versants indispensables à la médecine actuelle sont représentés de différentes façons dans les différents types de professionnels. Les gynécologues semblent apporter une part importante de Cure accompagnée de Care alors que les sages-femmes semblent apporter principalement du Care associée cette fois ci à du Cure. Le bon soignant, le « cure carrer », défini par Jean-Christophe MINO est une entité incarnant à la fois l'expertise technique et le côté humain (37). Le suivi prénatal conjoint incarne parfaitement cette entité. L'axe fondamental de cette réflexion est la notion de complémentarité. En effet, les entretiens réalisés pour l'étude ont permis de mettre en lumière l'aubaine que représente ce type de suivi pour les patientes qui en font l'expérience. L'ensemble des soignants qui vont prendre en charge le couple vont

constituer une seule et même entité mais chaque professionnel va pouvoir apporter ses propres atouts qui sont complémentaires les uns aux autres. L'une des clés de voute de la réussite de ce partenariat est la communication entre les différents intervenants. En Auvergne, une plateforme informatisée permet de partager un dossier médical afin que tous les intervenants utilisent les mêmes outils et permettent une bonne continuité de la prise en charge des patientes. L'étude a démontré également une bonne coopération entre les différents professionnels impliqués car plusieurs participantes ont témoigné avoir été orientées par leur gynécologue chez une sage-femme pour réaliser des consultations qu'il ne faisait pas lui-même comme la PNP ou encore l'EPP et les sages-femmes qui effectuaient les consultations mensuelles ont également réorienté leurs patientes vers des gynécologues pour effectuer les échographies obligatoires qu'elles ne pouvaient pas faire elles-mêmes n'ayant pas reçu la formation adéquate. Le suivi prénatal conjoint est donc parfois induit par les compétences quelques peu différentes des professionnels. Une femme voulant réaliser un suivi prénatal avec une unique sage-femme devra donc se tourner vers une sage-femme échographiste. Cependant dans certain secteur géographique l'offre de soins à disposition des femmes ne permet pas cette possibilité pour les patientes qui souhaiteraient être suivi à proximité de leur domicile. Il en va de même pour les femmes qui voudraient bénéficier de l'EPN ou de PNP qui ne sont pas réaliser par des gynécologues-obstétriciens.

D'autres points de disparité ont été mis en exergue par les études. La durée et l'agencement des consultations ne semblent pas être les mêmes suivant le professionnel de santé rencontré. Les participantes regrettent des consultations trop rapides chez les gynécologues et apprécient le temps dédié aux informations et aux questions chez les sages-femmes. Cet argument est retrouvé dans une étude anglaise qui évoque l'insatisfaction des femmes suivies par des gynécologues face à la rapidité des rendez-vous et au manque de personnalisation des consultations (41). Cette notion est à mettre en relation avec la conjoncture actuelle des différentes professions. Le nombre de gynécologue est en chute alors que celui des sages-femmes est en hausse. Les gynécologues-obstétriciens, comme tous les médecins spécialistes, sont de plus en plus en situation de surcharge de travail. L'évolution des compétences des sages-femmes est un atout pour palier à cette baisse du nombre de gynécologues. Une sage-femme peut effectuer un suivi obstétrical et gynécologique de manière autonome tant que celui-ci

reste physiologique. Actuellement les sages-femmes réalisent de plus en plus de consultations dans ces domaines ce qui permet aux gynécologues de se consacrer à la prise en charges des situations pathologiques.

Les participantes ont évoqué à plusieurs reprises l'importance de la constance des professionnels. En effet, elles semblent apprécier avoir un nombre réduit d'interlocuteurs durant la grossesse. Les participantes qui ont effectué un suivi avec des sages-femmes hospitalières qui changeaient régulièrement ou dans un cabinet de sages-femmes libérales comportant plusieurs praticiens qui changeaient également ont apprécié avoir un gynécologue fixe qui restait le même d'une fois sur l'autre. Nous retrouvons la notion de constance du professionnel encore une fois dans l'étude canadienne (40). Les participantes qui se sont retrouvées dans cette situation ont toutes identifié leur gynécologue comme professionnel référent de leur grossesse car il avait été présent tout au long de leur suivi à l'instar des sages-femmes qui, elles, avaient été plus nombreuses.

Les recommandations que les participantes pourraient donner à une amie sont un reflet de leur satisfaction. L'étude a démontré que les femmes sont globalement satisfaites du suivi dont elles ont bénéficié car c'est presque à l'unanimité qu'elles recommanderaient le suivi conjoint à une amie. Seulement 2 participantes recommanderaient d'effectuer un suivi uniquement avec une sage-femme ou uniquement avec un gynécologue afin d'avoir un seul interlocuteur. De plus, il est intéressant de noter que les connaissances des femmes sur la réalisation du suivi de grossesse ne sont pas toujours le reflet de la réalité. Une participante a expliqué que la sage-femme était un élément central du suivi de grossesse, toutes les femmes rencontraient des sages-femmes et il était donc, pour elle, intéressant d'y associer un gynécologue. Or, un avis contraire a été exposé par une autre participante pour qui le suivi « classique » était un suivi effectué par un gynécologue et la présence d'une sage-femme représentait un atout supplémentaire à la prise en charge. La place du médecin généraliste a également été évoquée par quelques participantes. Ces femmes ont déclaré être aller voir leur généraliste en début de grossesse afin, principalement, de confirmer cet état de grossesse. Aucune des participantes n'a réalisé de suivi prénatal avec un médecin généraliste. Or, le suivi de grossesse entre dans les compétences des omnipraticiens (17). Une thèse de médecine

réalisée en 2017 fait un état des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse (47). Il est mis en évidence dans cette étude et dans la littérature que le taux de femmes réalisant des consultations de suivi de grossesse avec un médecin généraliste serait en constante augmentation.

### 3.4. La place du conjoint dans le suivi prénatal

Lors des entretiens la présence des conjoints était possible mais pas inclusive. Au cours de plusieurs entretiens les conjoints présents ont tenu à intervenir sur différents points afin de compléter le témoignage de leur compagne. Au-delà du simple fait de compléter les propos de leur compagne quelques-uns parmi eux ont également tenu à faire part de leur insatisfaction vis à vis de la place laissée aux pères durant le suivi de la grossesse. Les conjoints ont exprimé leurs regrets quant à la place que les professionnels leur attribuent. Pour imager ces propos un père a expliqué avoir assisté aux cours de PNP avec sa conjointe cependant le discours des professionnels était essentiellement tourné vers la mère il cite « la maman va faire ceci, la maman va faire cela », il s'est donc senti mis à l'écart, pas physiquement, mais par les habitudes langagières et culturelles des professionnels. Cette sensation de mise à l'écart des pères a été renforcée par la situation sanitaire dans laquelle le suivi de grossesse s'est déroulé. En effet, la crise sanitaire de la Covid 19 a obligé les administrations à prendre des mesures quant à la présence des pères en consultation notamment dans les hôpitaux. Un regret général des couples a été soulevé quant au fait que la présence des pères, en milieu hospitalier, était uniquement accepté lors des échographies. Les conjoints ont exprimé leur désir d'assister aux consultations mensuelles de suivi de grossesse et aux séances de PNP. Une réflexion a donc été émise sur l'intégration peut-être plus importante des pères dans ce processus avec un praticien libéral. En dehors du contexte particulier de ces grossesses, des recherches ont été mises en œuvres pour définir les attentes des pères et étudier la place laissée par les professionnels de santé aux pères notamment lors de l'accouchement et lors du post-partum (48). Il a été démontré que la place du conjoint durant la grossesse a évolué en même temps que la modernisation, le progrès médical et l'évolution des structures familiales. Cependant cette évolution n'est pas aussi rapide que les autres avancées. Le conjoint a une place importante dans le déroulement de la grossesse et doit être considéré

au même titre que la mère dans le processus de devenir parent. Le conjoint doit avoir une place à part entière dans le déroulement de la grossesse (49).

## 4. Projet d'action

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence des points d'améliorations. Une seule participante (6%) a pu bénéficier de l'entretien prénatal précoce. Cet entretien est un temps d'échange entre le professionnel et le couple afin d'apporter des informations sur divers thèmes et répondre aux questions des futurs parents. C'est également un moment propice au dépistage des vulnérabilités. Tous les couples devraient pouvoir en bénéficier s'ils en ressentent le besoin. Pour cela il est nécessaire que les professionnels de santé informent les couples de cette possibilité dès le début de la grossesse car il ressort de cette étude que le manque d'informations perçu par les participants concerne principalement les informations sur de déroulement global la grossesse et les possibilités qui s'offrent à eux. L'information initiale des couples par d'autres sources d'informations est également essentielle pour la promotion de l'entretien prénatal précoce. Les patients se tournent de plus en plus vers des sources d'informations externes telles qu'Internet. Il pourrait donc être envisageable de mettre en place des actions d'informations via des publications sur des réseaux sociaux tels que Facebook, par exemple, qui représente un moyen de communication de plus en plus utilisé par les couples à l'heure actuelle. Il pourrait également être envisageable d'informer les patients par des supports tels que des prospectus mis à disposition dans les salles d'attente des professionnels, des affiches exposées dans les cabinets médicaux ou à l'hôpital à destination des femmes enceintes mais également des futurs femmes enceintes ou encore un article dans le livret d'accueil de la maternité qui propose la réalisation de ces entretiens.

Un second point d'amélioration peut être soulevé. Les couples et les femmes interrogés ont exprimé le regret d'avoir parfois eu un nombre trop important d'intervenants. Ce point concerne principalement les sages-femmes hospitalières ainsi que les sages-femmes qui exercent au sein d'un même cabinet. Une réflexion pourrait être menée afin de modifier l'organisation de ces services pour permettre aux femmes de rencontrer un nombre limité de sages-femmes tout au long de leur suivi.

Un troisième point d'amélioration a été retenu. La profession de sage-femme est une profession en constante évolution. Les compétences des sages-femmes sont de ce fait bien souvent peu ou mal connues par la population. Il semble important de continuer à promouvoir la profession de sage-femme et à informer les patientes des compétences de celles-ci. Au travers des témoignages recueillis pour l'étude il semblerait que certaines participantes ne connaissent pas bien les missions et les compétences des sages-femmes. La présence d'un gynécologue-obstétricien au cours du suivi prénatal reste dans certains esprits encore nécessaire. Or, le suivi prénatal fait partie intégrante des compétences des sages-femmes. La sage-femme peut suivre une grossesse physiologique de manière autonome et dans son ensemble. Le diplôme universitaire d'échographie est également ouvert aux sages-femmes. De ce fait, les sages-femmes qui ont obtenu ce diplôme peuvent également prendre en charge le suivi échographie des femmes présentant une grossesse sans complication. L'étude a permis de mettre en évidence un manque d'offre de soins dans le secteur étudié concernant les sages-femmes échographistes. Le suivi semi-global effectué par une sage-femme n'était pas une option possible pour les participantes sauf si ces dernières étaient prêtes à s'éloigner de leur domicile pour réaliser leur suivi prénatal. Il peut donc être intéressant de proposer cette possibilité aux femmes qui en expriment le désir.

# CONCLUSION

Cette étude s'est inscrite dans une démarche descriptive de l'opinion des femmes et des couples dans un contexte où le suivi prénatal a évolué. Il a été exposé que le suivi prénatal était en évolution depuis de nombreuses années. La profession de sage-femme est en évolution, tant au niveau des représentations sociales que des compétences professionnelles. De ce fait, les sages-femmes sont de plus en plus sollicitées pour accompagner les femmes lors du suivi prénatal, aussi bien lors des consultations mensuelles que des séances de PNP ou lors de l'EPN. Les sages-femmes ayant reçu des formations spécifiques sur certaines spécialités comme l'acuponcture, l'haptonomie ou les échographies par exemple peuvent également en faire profiter leurs patientes. Le nombre de sages-femmes exerçant en libéral est en pleine expansion tout comme le nombre de sages-femmes réalisant des consultations en milieu hospitalier. C'est la raison pour laquelle on retrouve aujourd'hui de plus en plus de femmes suivies exclusivement par des sages-femmes mais aussi des femmes qui partagent leur suivi entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes. L'étude s'intéressait principalement à ce dernier type de patientes.

L'étude a permis de mettre en évidence la satisfaction des femmes qui ont fait l'expérience du suivi prénatal conjoint. Ce dernier apparait comme un suivi satisfaisant pour les patientes. Elles ont pu trouver un accompagnement cohérant et complémentaire avec deux types de professionnels de santé reliés par l'objectif d'un accompagnement optimal des patientes en apportant chacun les atouts propres à leur profession. L'étude a permis également d'exposer les raisons qui ont conduit ces femmes vers ce type de suivi. On retrouve parmi ces motivations principales la proximité géographique du professionnel, la recommandation du professionnel par un proche ou une expérience passée satisfaisante.

L'étude a permis de mettre un lumière la place de la sage-femme dans le suivi prénatal conjoint où elles partagent leur suivi avec un gynécologue-obstétricien. Les avancées des compétences des sages-femmes leur permettent actuellement de réaliser un suivi global de la grossesse tant que cette dernière se présente comme physiologique. La sage-femme possède donc les connaissances nécessaires pour prodiguer aux femmes des soins sécuritaires, dépister rapidement les complications potentielles et répondre adéquatement aux situations d'urgence. L'avis d'un médecin n'est nécessaire qu'en cas de pathologie. Les couples ne semblent encore pas assez informés des missions et des compétences des différents professionnels. De plus, l'avancée de la profession de sage-

femme en termes d'effectif fait face à la baisse du nombre de gynécologues-obstétriciens en France. De ce fait, le suivi prénatal conjoint, tout comme le suivi prénatal réalisé par les sages-femmes exclusivement tendent à continuer de se développer dans les prochaines années, laissant aux gynécologues-obstétricien le soin de prendre en charge les situations pathologiques. Le suivi prénatal conjoint apparait donc comme un suivi où le gynécologue-obstétricien prend la place de référent mais où la sage-femme apporte un complément bénéfique pour les couples. Ce suivi permet aux femmes de découvrir les compétences des sages-femmes. C'est un nouveau pas vers la promotion du suivi prénatal réalisé uniquement par des sages-femmes car les couples rencontrés lors de cette étude recommanderaient presque tous ce type de suivi à des amis et certains envisage un suivi uniquement réalisé par une sage-femme pour une prochaine grossesse. De plus, il semblerait qu'au-delà de la réalisation des actes techniques de surveillance et de dépistage, les sages-femmes proposent à leurs patientes un accompagnement plus social et pédagogique de la grossesse du fait de leur plus grande disponibilité.

Ce travail de recherche s'est intéressé au point de vue des femmes. Il serait donc intéressant à l'avenir de s'interroger sur l'expérience que constitue le suivi prénatal conjoint du point de vue des professionnels qui le pratiquent.

La participation des conjoints n'était pas un critère d'inclusion à l'étude mais a permis d'enrichir les entretiens en intégrant leur point de vue. Depuis quelques années des études ont vu le jour concernant la place des conjoints et leur implication dans la naissance et la parentalité. Cependant, les pères témoignaient se sentir mis à l'écart lors du suivi prénatal et avoir du mal à trouver une place à part entière. Ce sentiment a été renforcé par le contexte sanitaire dans lequel l'étude s'est déroulée.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. Institut national d'études démographiques (UNED). définition indicateur conjoncturel de fécondité [Internet]. ined.fr. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/lexique/indicateur-conjoncturel-de-fecondite/

2. Insee. Bilan démographique 2019 - la fécondité se stabilise en France [Internet]. insee.fr. [cité 21 févr 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926

3. Union Européenne. Statistics [Internet]. europa.ue. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/default/table?lang=fr

4. Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Rapport D'activité 2019 [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: https://www.calameo.com/read/005126917ba87564cf5b3

5. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats. 2012;(791):8.

6. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? [Internet]. 2014 [cité 19 févr 2020] p. 100. Disponible sur: https://ansfl.org/document/le-marche-du-travail-des-sages-femmes-transition-ou-desequilibre-rapport-detude-cnosf-octobre-2014/

7. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Transformer l'accès aux études de santé [Internet]. 2019 nov [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Reforme_des_etudes_de_Sante/25/3/DP-Reforme_etudes-sante_1199253.pdf

8. Lionel JOSPIN. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998. Journal officiel. 10 oct 1998;(235).

9. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Paris: INSERM,DRESS; 2017 [cité 5 déc 2019] p. 317. Report No.: 2016. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

10. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.

11. Code de la santé publique - Article L4151-2. Code de la santé publique.

12. Code de la santé publique - Article L4151-3. Code de la santé publique.

13. Code de la santé publique - Article L4151-4. Code de la santé publique.

14. Bréard C. Y a-t-il un avenir à l'exercice libéral de la profession de sage-femme en Haute-Normandie ? [Internet]. [Rouen]: Université de Rouen; 2013 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881550

15. Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT). Sage-Femme PMI : Fiche métier & référentiel [Internet]. ansft.org. 2020 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel

16. Eléonore BLEUZEN. Le statut des sages femmes enseignant.e.s. L'engagement [Internet]. 2016 [cité 24 avr 2020];(27). Disponible sur: http://anesf.com/index.php/2019/01/13/8368/

17. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. HAS. 2016 [cité 1 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_605115/fr/suivi-des-femmes-enceintes-recommandations-maj-mai-2016

18. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. has-santé.fr. 2005 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes

19. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. Sante Publique. 2014;26(5):591-602.

20. Bernard M-R, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. Sante Publique. 2012;24(4):283-9.

21. Clotilde G. La préparation à la naissance et à la parentalité: à chacun sa méthode... [Mémoire Sage-femme]. [Metz]: Université Henry Poincaré, Nancy I; 2009.

22. Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents [Mémoire Sage-femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2010.

23. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. has-santé.fr. 2012 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

24. Bradfield Z, Kelly M, Hauck Y, Duggan R. Midwives 'with woman' in the private obstetric model: Where divergent philosophies meet. Women and Birth. 2019;32(2):157-67.

25. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 [Internet]. who.int. 1986 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986

26. CNOSF. Après l'accouchement [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/apres-laccouchement/

27. Sécurité sociale. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. ameli.fr. 2020 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado

28. Sécurité sociale. Accompagnement par une sage femme : du nouveau pour les mères en 2008 [Internet]. ameli.fr. 2008 [cité 29 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/24.php

29. Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL). L'accompagnement semi-global [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://ansfl.org/wp-content/uploads/Laccompagnement-semi-global.pdf

30. Sandall J, Hatem M, Devane D, Soltani H, Gates S. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. Midwifery. 2009;25(1):8-13.

31. Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL). L'accompagnement semi-global [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: https://ansfl.org/document/laccompagnement-semi-global/

32. ANSFL. l'accompagnement global [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/

33. Article R4127-306. Code de santé public (2016).

34. Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? La santé de l'homme. 2007;(391):16-50.

35. Akrich M, Bardes F, Phan E. Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? Spirale. 2010;n° 54(2):149-58.

36. Donald Woods Winnicott. Conversations ordinaires. Gallimard. 1988.

37. Jean-Christophe MINO. À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott. Presses universitaires de France. 2015. 136 p. (Questions de soins).

38. Green JM, Renfrew MJ, Curtis PA. Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. Midwifery. 2000;16(3):186-96.

39. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats. 2008;(660):6.

40. Nicole Bouchard. Critères de choix et de satisfaction des femmes à l'égard des soins en obstétrique : La vision de la consommatrice à face à trois approches différentes. [Mémoire de recherche en économie et gestion des PME]. [Quebec]: Université du Quebec à Trois-Rivieres; 1993.

41. Williamson S, Thomson AM. Women's satisfaction with antenatal care in a changing maternity service. Midwifery. 1996;12(4):198-204.

42. Hildingsson I, Haines H, Cross M, Pallant JF, Rubertsson C. Women's satisfaction with antenatal care: Comparing women in Sweden and Australia. Women and Birth. 2013;26(1):9-14.

43. Gauvain A. Perception de la profession de sage-femme par les femmes [Mémoire Sage-femme]. [Caen]: Université de Caen Basse-Normandie; 2018.

44. Hugo A. Les connaissances des étudiants sur la profession de sage-femme: enquête auprès de 2495 étudiants des universités [Mémoire Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2016.

45. Fédération Française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP). Qui sommes-nous ? [Internet]. ffRSP. [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: https://ffrsp.fr/qui-sommes-nous/

46. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. La Revue Sage-Femme. 1 sept 2008;7(4):177-86.

47. Albrecht A. Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal [Mémoire Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2020.

48. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse [Thèse de médecine]. [Rouen]: Université de Rouen Normandie; 2017.

49. Chateau A. Place du père autour de la naissance: point de vue des professionnels de santé dans une maternité de type III (Région Auvergne Rhône-Alpes) [Mémoire Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2019.

50. Tavernier L. L'évolution de la place du père en période anténatale [Mémoire Sage-femme]. [Metz]: Université de Lorraine; 2014.

# ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Age :
Profession /niveau d'étude :
Lieu de résidence :
Avez-vous d'autres enfants ?

- Quels professionnels de santé a/ont participé à votre suivi votre grossesse ? Et dans quelles structures (hôpital ou libéral ?)
- Selon vous, qui a été votre personnel de santé référant durant cette grossesse ?
- Combien de consultations environ avez-vous réalisé avec chacun de ses professionnels ? A quelles occasions ?
- Le suivi conjoint a-t-il était un choix pour vous ?

Si oui :

- Comment avez-vous eu connaissance de la possibilité de ce type de suivi ?
- Pour quelles raisons avez-vous choisi d'être suivi par une sage-femme et un gynécologue ? Qu'est-ce qui vous a attiré dans ce type de suivi ?

Si non :

- Quelles sont les raisons qui vont ont amenées vers ce type de suivi ?
- Est-ce que cela a été ressenti comme une contrainte pour vous ?

- De manière globale, Etes-vous satisfaite du déroulent de votre suivi ?
- Etes-vous satisfaite de la coopération entre les différents professionnels qui vous ont pris en charge ? Vous être vous sentie bien accompagnée et bien pris en charge par tous les professionnels que vous avez rencontrés ?
- Etes-vous satisfaite de la répartition des différentes consultations ? Ou auriez-vous aimer une répartition différente ?
    - Si oui : Pourquoi ? Comment auriez-vous aimé que les consultations soient réparties ?
- Quelles sont les éléments que vous avez appréciés dans ce suivi ?
- Au contraire, quels sont les éléments qui vous ont déplu dans ce type de suivi ?
- Connaissez-vous d'autre type de suivi ? (libéral, global…) Vous a-t-on présenté ses différentes options ? A quel moment ? Comment en avez-vous eu connaissance ?

Multipares :

- Quel(s) était(ent) le(s) professionnel(s) de santé qui a/ont suivi votre/vos précédentes grossesses ?
- Avez-vous remarqué des différences entre ce type de suivi et le suivi conjoint que vous avez vécu pour votre dernière grossesse ?
- Y a-t-il est des choses que vous avez aimé lors de votre premier suivi prénatal que vous auriez aimé retrouver lors de cette dernière grossesse ?

- Si une amie vous demande conseil car elle ne sait pas vers quel type de suivi s'orienter, que lui conseilleriez-vous ?

Annexe II : Lettre d'information

# LETTRE D'INFORMATION

**Etude de la satisfaction des femmes ayant fait l'expérience du suivi prénatal conjoint**

Investigateurs :
- **MENIER Coline**, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame MADRONA Eve-Caroline, enseignante sage-femme et sous la codirection de Madame PRANAL Marine, enseignante sage-femme

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail :

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Etude de la satisfaction des femmes ayant vécu l'expérience du suivi prénatal conjoint".

Une étude sur la satisfaction du suivi prénatal conjoint est engagée au sein de service de suite de couche de l'hôpital . Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame MADRONA Eve-Caroline et Madame PRANAL Marine, enseignantes sages-femmes.

1. Pourquoi cette étude :

Cette recherche a pour but d'étudier la satisfaction des femmes vis-à-vis du suivi prénatal conjoint. Elle cible donc les femmes qui ont réalisé leur suivi prénatal avec un gynécologue-obstétricien et une sage-femme. En abordant la question de la place du choix des couples et en s'intéressant à leur ressenti nous espérons pourvoir faire ressortir des pistes d'amélioration qui permettraient de faire évoluer les pratiques et d'adapter la prise en charge en fonction des besoins et attentes des patientes.

2. L'étude en pratique :

Pour mener à bien cette étude, des entretiens individuels seront réalisés auprès de femmes ayant accouché en service de suite de couche de l'hôpital . Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits avant leur analyse. Chaque entretien sera anonymisé.

3. Confidentialité et sécurité des données :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.
Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.
Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.
Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.
Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décider d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à :

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :
Coline MENIER, étudiante sage-femme :

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données,

Annexe III : Tableaux de synthèse des thèmes et sous-thème émergeant des entretiens

| Thèmes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Parcours de soins** | **Motivations** | **Attentes initiales** | **Satisfaction** | **Connaissances et informations** | **Expériences antérieures** |
| **Sous thèmes 1** | | | | | |
| Professionnel de référence | Proximité | Suivi personnalisé et individualisé | Importance du choix | Place de l'entretien prénatal précoce | - |
| **Sous thèmes 2** | | | | | |
| - | Expériences personnelles et recommandations | Continuité des soins et relation de confiance | Complémentarité | La dispensation des informations | - |
| **Sous thèmes 3** | | | | | |
| - | Disponibilité du professionnel | Information et réponses aux questions | Divergences | - | - |
| **Sous thèmes 4** | | | | | |
| - | Offre de soins et compétences | Attentes différentes en fonction du professionnel rencontré | Constance des professionnels de santé | - | - |
| **Sous thème 5** | | | | | |
| - | - | - | Recommandations | - | - |
| **Sous thème 6** | | | | | |
| - | - | - | Place du conjoint | - | - |

**RESUME :**

*Introduction* : Bien qu'il n'existe pas de définition officielle et consensuelle en France, le suivi prénatal conjoint ou partagé désigne un suivi réalisé par la sage-femme et un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien. Peu d'études ont porté sur ce suivi prénatal conjoint ou partagé. Il était intéressant de connaitre l'avis des femmes et des couples sur ce type de suivi afin de répondre au mieux à leurs attentes et leurs besoins.

*Méthode* : Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les déterminants de la motivation des femmes qui ont fait le choix d'un suivi prénatal conjoint et d'évaluer leur satisfaction. Une étude qualitative à visée descriptive et interprétative a été réalisée dans une maternité de type I de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Quinze femmes dont huit en présence du conjoint ont été interrogés par des entretiens semi-directifs.

*Résultats* : Pour la majorité des participantes, le suivi prénatal conjoint a été un choix réfléchi (73%), lié à la proximité géographique par rapport à leur domicile (40%) ou une recommandation par l'entourage ou une expérience passée satisfaisante avec le professionnel de santé concerné (60%). 4 participantes (26%) soulignent le manque d'informations concernant les différentes possibilités de suivi de grossesse et son déroulement. Une seule participante (6%) a bénéficié de l'entretien prénatal précoce.

*Discussion* : Le suivi prénatal conjoint apparait comme satisfaisant pour les patientes. Elles ont trouvé un accompagnement cohérant et complémentaire avec deux types de professionnels de santé liés par l'objectif d'un accompagnement optimal des patientes.

*Conclusion* : L'étude a permis de mettre en évidence un manque important de réalisation de l'entretien prénatal précoce. Devant la décrue du nombre de gynécologues-obstétriciens en France et l'essor de la profession de sage-femme dont les effectifs et les compétences ne cessent de croitre, le suivi prénatal conjoint semble une possibilité attractive pour les couples. C'est aussi l'opportunité pour les couples de prendre connaissances des missions de la sage-femme dans le suivi prénatal qui restent encore aujourd'hui mal connues.

*Mots clés* : suivi prénatal – suivi conjoint - satisfaction – motivations – sages-femmes – gynécologues-obstétriciens

**ABSTRACT :**

*Introduction* : Although there is no official and consensual definition in France, joint or shared prenatal follow-up refers to a follow-up carried out by the midwife and a doctor, either general practitioner or obstetrician-gynecologist. Few studies have focused on this prenatal follow-up. It was interesting to know the opinions of women and couples regarding this follow-up in order to better reach their expectations and needs.

*Method* : The purposes of the study were to identify the women's motivations who made the choice of joint prenatal follow-up and to assess their satisfaction. A qualitative study with a descriptive and interpretive aim was carried out in a type I maternity in the Auvergne-Rhône-Alpes region. Fifteen women including eight in the presence of the spouse were questioned by semi-structured interviews.

*Results* : For the majority of participants, the joint prenatal follow-up was a considered choice (73%), linked to the geographical proximity to their home (40%) or a recommendation by relations or a satisfactory past experience with the health professional concerned (60%). 4 participants (26%) pointed out the lack of information concerning the different possibilities of pregnancy follow-up and the course of the pregnancy. Only one participant (6%) benefited from the early prenatal interview.

*Discussion* : Joint prenatal follow-up appears to be satisfactory for the patients. They found the support consistent and complementary with two healthcare professionals linked by the objective of an optimal patient follow-up.

*Conclusion* : The study highlighted a significant lack of performance of early prenatal interviews. Faced with the decline of the number of gynecologists and obstetricians in France and the rise of the midwifery profession, whose numbers and skills are constantly growing, joint prenatal follow-up seems an attractive possibility for couples. It is also an opportunity for couples to learn about the tasks of the midwife in prenatal care, which are still not well known today.

*Keywords* : prenatal follow-up – joint prenatal follow-up - satisfaction - motivations - midwives - obstetrician-gynecologists