

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE

(PARIS 6)

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Année 2017

N°2017PA06G076

THESE

pour le diplôme d'état de docteur en médecine
Médecine générale

**Quelles sont les attentes des femmes enceintes en
situation de vulnérabilité sociale vis-à-vis des
professionnels de santé ?**

Par

CEYLAN-MAMERI Ayla

Née le 17 Juillet 1986 à Vendôme (41)

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2017

Directeur de thèse :

Docteur LAZIMI Gilles

Présidente du jury :

Professeur MAGNIER Anne-Marie

Membres du jury :

Docteur CHAVANNES Barbara

Docteur IBANEZ Gladys

Remerciements

Au Docteur Gilles LAZIMI, merci d'avoir dirigé ce travail avec patience et bienveillance. Soyez assuré de mon admiration pour votre engagement dans des causes qui me sont chères.

Au Professeur Anne-Marie MAGNIER, merci d'avoir accepté de présider le jury et d'avoir suivi l'évolution de mon travail.

Au Docteur Gladys IBANEZ, merci de faire parti de mon jury, de ta patience et de ta disponibilité. Ton dévouement envers les étudiants t'honore.

Au docteur Barbara CHAVANEZ, merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury de thèse.

A Madame Mathilde DELESPINE, merci d'avoir accompagné mes premiers pas dans ce travail.

A Nolwenn Lagadec, Marie Finet, Marie Thomas, Mythily Suthesapalan et Sam Rohani qui travaillent sur le projet « Bien-Etre ».

Aux membres du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé dont les remarques ont pu faire avancer le projet.

A tous les médecins qui m'ont accueilli dans leur cabinet depuis le début de mon parcours et qui ont participé à ma formation, au Docteur Jean-Pierre LEBEAU, au Docteur Marylène GUICHARD, au Docteur Daniel FORET, au Docteur Marcel ELBAZ, au Docteur Julie CHASTANG, au Docteur Jean-François RENARD, au Docteur Eugénie ADORIAN. Au Docteur Laure FELDMAN, un immense merci de m'avoir enseigné ta spécialité avec passion.

Au Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER, sois assuré de ma profonde gratitude, ton humanité, ta bienveillance, ta vocation pour la médecine générale m'ont beaucoup appris.

A toutes les femmes qui ont accepté de me raconter leurs expériences de vie.

A mes grands-parents qui m'ont permis de faire des études. Merci de d'avoir pris soin de moi pour me permettre de grandir dans de bonnes conditions.

A mes sœurs Leïla et Cybelle pour leurs relectures. Même si je ne vous dis pas que je vous aime, je le pense très fort.

A Hamza, le cadeau du ciel qui m'accompagne depuis 10 ans. Merci pour ton soutien et ton amour durant les moments agréables comme difficiles.

A mes garçons Gaya et Syphax, vous avez donné un sens à ma vie, j'apprends sans cesse à vos côtés.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE	
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE	
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE	
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON	
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE	
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE	
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU	
8	ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE	
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE	
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON	
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE	
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON	
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE	
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE	
15	ASSOUD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON	
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE	
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE	
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE	
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20	
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU	
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE	
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE	
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE	
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON	
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON	
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE	
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON	
28	BAULAC	<i>Sumombre</i>	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE	
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON	
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE	
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE	
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX	
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE	
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE	
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE	
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU	
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE	
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE	
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE	
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE	
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE	
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON	
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON	
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20	
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON	
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE	
48	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE	
49	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE	
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE	
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON	
52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE	
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE	
54	CAPRON	<i>Sumombre</i>	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU	
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON	
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE	

58	CARRAT	Fabrice	Biochimie	SAINT ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE <i>Surnombre</i>	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINT ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS <i>Surnombre</i>	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINT ANTOINE
75	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES <i>Surnombre</i>	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG <i>Surnombre</i>	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINT ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMERMUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
101	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103	DUPONT DUFRESNE	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINT ANTOINE
106	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109	FAIN	Olivier	Médecine interne	SAINT ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON
111	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
112	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
117	FLORENT	Christian	Hépto Gastro-Entérologie	SAINT ANTOINE
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

123	FRANCES	<i>Surnombre</i>	Camille	Dermatologie	TENON
124	FUNCK-BRENTANO		Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
125	GALANAUD		Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126	GARBARG CHENON		Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	GIRARD		Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
128	GIRERD		Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129	GLIGOROV		Joseph	Oncologie	TENON
130	GOROCHOV		Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
131	GOSSEC		Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
132	GOUDOT		Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
133	GRATEAU		Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER	<i>Surnombre</i>	Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	GRIMPREL		Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	GUIDET		Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
137	HARTEMANN		Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138	HAROCHE		Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139	HATEM		Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
140	HAUSFATER		Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141	HAYMANN		Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT		Gérard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
143	HENNEQUIN		Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
144	HERSON	<i>Surnombre</i>	Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145	HERTIG		Alexandre	Néphrologie	TENON
146	HOANG XUAN		Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147	HOURY		Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148	HOUSSET		Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
149	HULOT		Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
150	ISNARD-BAGNIS		Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
151	ISNARD		Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
152	JARLIER		Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
153	JOUANNIC		Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
154	JOVENT		Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
155	JUST		Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156	KALAMARIDES		Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
157	KAROUI		Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
158	KAS		Aurélië	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
159	KATLAMA		Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
160	KAYEM		Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161	KLATZMANN		David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162	KOAJDA	<i>Surnombre</i>	Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS		Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164	LACAU SAINT GUILY		Jean	ORL	TENON
165	LACAVE		Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	LACORTE		Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167	LAMAS		Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168	LANDMAN-PARKER		Judith	Hématologie/cncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169	LANGERON		Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
170	LAPILLONNE		Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	LAROCHE		Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC		Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173	LE FEUVRE		Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN		Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LE HOANG		Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND		Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT		Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE		Jérémie	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND		Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY		Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE		François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE		Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183	LESCOT		Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184	LETAVERNIER		Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER		Guy	Hématologie/cncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186	LEVY		Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY		Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE

188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARIANI	Jean	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198	MAZERON	Jean-Jacques	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER	Dominique	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphane	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	PATERON	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	PERIE	Sophie	ORL	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
229	POYNARD	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT	Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET	Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232	RATIU	Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
233	RAUX	Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234	RAY	Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	REDHEUIL	Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	RIOU	Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237	ROBAIN	Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT	Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
239	RODRIGUEZ	Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	RONCO	Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	RONDEAU	Eric	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
243	ROUGER	Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET	Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245	ROZE	Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246	SAHEL	José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	SAMSON	Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SANSON	Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249	SARI ALI	El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250	SAUTET	Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251	SCATTON	Olivier	Chirurgie Hépto biliaire	PITIE SALPETRIERE
252	SEILHEAN	Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE

253	SEKSIK	Philippe	Hépatogastroentérologie	SAINT ANTOINE
254	SELLAM	Jérémy	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
255	SEZEUR	Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI	Jean Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI	Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON	Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL	Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SOUBRIER	Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	SPANO	Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF	Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263	STEICHEN	Olivier	Urgences médico-chirurgicales	TENON
264	STERKERS	Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265	STRAUS	Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266	SVRCEK	Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
267	TALBOT	Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE	Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269	TIABUT	Dominique	Hépatogastroentérologie	PITIE SALPETRIERE
270	THOMAS	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA	Isabelle	Radiologie	TENON
272	THOUMIE	Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
274	TOUBOUL	Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	TOUNIAN	Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	TOURAINÉ	Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277	TRAXER	Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET	Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279	TRUGNAN	Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
280	TUBACH	Florence	Diostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281	ULINSKI	Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	UZAN	Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283	VAILLANT	Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	VERNY	Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	VIALLE	Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDALHET	Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX	Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
288	WALTI	Heivé	Pédiatrie / Néonatalité	TROUSSEAU
289	WENDUM	Dominique	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
290	WISLEZ	Marie	Pneumologie	TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER
CORNET (sumombre)

Anne Marie
Philippe

59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
	<i>Stagiaire</i>			
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques/ informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophtalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
92	NGUYEN	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominiq	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
	<i>Stagiaire</i>			
101	ROOS-WEIL	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
102	ROSENBAUM	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
	<i>Stagiaire</i>			
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON
116	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Biostatistiques/ informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU	Valérie	Ophtalmologie	PITIE SALPETRIERE

121	TOURRET	Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER	Camille	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER <i>Stagiaire</i>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV <i>Stagiaire</i>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

Sommaire

Introduction	20
Méthode.....	25
Résultats	27
A. Recueil des données	27
B. Analyse des entretiens	30
1. La grossesse : un temps à part divisé en plusieurs périodes.....	30
1.1. Les différents temps de la grossesse	30
1.1.1. La programmation	30
1.1.2. Découverte de la grossesse	30
1.2. Les changements	31
1.2.1. Changements des symptômes	31
1.2.2. Changements physiques et psychologiques.....	31
1.2.3. Changements de vie.....	32
1.3. Prise en charge médico sociale particulière	33
1.3.1. Suivi.....	33
1.3.2. Situation administrative.....	33
1.3.3. Pathologies pendant la grossesse.....	34
1.4. Emergence de nouveaux sentiments	34
1.4.1. Positifs	34
1.4.2. Négatifs.....	34
1.4.3. Ambivalents.....	35
1.4.4. Neutres.....	35
1.4.5. Difficulté à exprimer ses sentiments	36
1.5. Changement dans les relations.....	36
1.5.1. Relation avec le bébé.....	36
1.5.1.1. Vision du bébé	36
1.5.1.2. Etat d'esprit centré sur le bébé.....	36
1.5.1.3. Investissement vis-à-vis du bébé	37
1.5.2. Relation avec l'entourage	37
1.5.2.1. Le comportement de l'entourage	37
1.5.2.2. La relation de couple.....	37
1.5.2.3. Le regard des autres	38
1.6. Le comportement de la femme enceinte	38
1.6.1. Passivité.....	39

1.6.2.	Impuissance	40
2.	Comment bien vivre sa grossesse.....	41
2.1.	Une influence sur le moral	41
2.2.	Le vécu de la grossesse	41
2.2.1.	La parité.....	41
2.2.1.1.	Primipare.....	41
2.2.1.1.1.	Un suivi plus personnalisé	42
2.2.1.1.2.	Recours à l'entourage.....	42
2.2.1.1.3.	Craintes accentuées	43
2.2.1.2.	Multipare.....	43
2.2.1.2.1.	Poids de l'expérience personnelle.....	43
2.2.1.2.2.	Suivi de la grossesse	44
2.2.2.	Le physique.....	44
2.2.3.	Le quotidien.....	45
2.2.4.	Le travail.....	46
2.2.5.	Le logement	47
2.2.6.	L'entourage.....	48
2.3.	Le père	49
2.3.1.	Sa place.....	49
2.3.2.	Son vécu	50
2.4.	Le vécu de l'accouchement.....	52
2.4.1.	Ressenti.....	52
2.4.2.	Douleur	54
2.4.3.	Durée	54
2.4.4.	Facteurs influençant le déroulement de l'accouchement.....	55
2.5.	Le vécu du post-partum	55
2.5.1.	Influence du déroulement de l'accouchement	55
2.5.2.	Projets	55
2.5.3.	Prise en charge médicale en post partum immédiat	56
2.5.4.	Séparation avec le bébé prématuré	56
2.6.	Allaitement.....	57
2.6.1.	Connaissances sur l'allaitement.....	57
2.6.1.1.	Méconnaissance	57
2.6.1.2.	Comportement de l'enfant	57
2.6.1.3.	Comparaison avec le lait en poudre	58

2.6.2.	Désir d'allaiter	58
2.6.3.	Pression extérieure.....	59
3.	De nouvelles problématiques et les manières d'y faire face	60
3.1.	Les craintes	60
3.1.1.	Liées à l'influence du discours de l'environnement sur la grossesse	60
3.1.2.	Liées à l'accouchement	61
3.1.3.	Liées aux antécédents	62
3.1.4.	Liées à la mort	62
3.1.5.	Liées à l'avenir	63
3.1.6.	Liées à la santé du bébé	63
3.1.7.	Liées à l'hospitalisation	64
3.1.8.	Liées aux informations données en post partum	64
3.1.9.	Pas de crainte	64
3.2.	Les ressources	64
3.2.1.	Les ressources psychologiques personnelles	65
3.2.1.1.	La relativisation	65
3.2.1.2.	L'optimisme.....	65
3.2.1.3.	La persévérance	65
3.2.1.4.	La résilience.....	66
3.2.1.5.	Les croyances.....	66
3.2.1.6.	Le lâcher prise.....	66
3.2.1.7.	La tentative de maîtrise.....	66
3.2.1.8.	L'anticipation des problèmes.....	67
3.2.1.9.	La position active dans le déroulement de la grossesse.....	68
3.2.1.10.	L'observation	68
3.2.2.	Les personnes ressources.....	68
3.2.2.1.	L'entourage.....	68
3.2.2.2.	Les personnes qui ont vécu l'expérience	69
3.2.2.3.	Les professionnels.....	69
3.2.2.4.	Sélection de l'entourage en fonction du motif.....	70
3.2.2.5.	La place des médias	70
3.3.	Les aides.....	71
3.3.1.	Les aides sociales.....	71
3.3.2.	Les aides pour le logement	71
3.3.3.	Les aides matérielles.....	72

3.3.4.	Les aides psychologiques	72
3.3.5.	Les aides financières.....	72
3.3.6.	Les aides alimentaires.....	73
3.3.7.	Les aides pour le transport.....	73
3.4.	Le bien-être	74
3.4.1.	Lié à l'activité physique	74
3.4.2.	Lié à la société de consommation.....	74
3.4.3.	Lié au repos	74
3.4.4.	Lié au travail.....	75
3.4.5.	Lié au quotidien	75
3.4.6.	Lié à l'entourage	75
3.4.7.	Centré sur la grossesse.....	75
3.4.8.	Pas d'activité de bien-être.....	76
4.	Point de vue sur l'accompagnement.....	77
4.1.	Suivi hospitalier	77
4.1.1.	Avantages	77
4.1.1.1.	Concernant les équipes soignantes	77
4.1.1.2.	Concernant les modalités du suivi	78
4.1.1.3.	Concernant les relations avec les patientes.....	80
4.1.2.	Inconvénients.....	80
4.1.2.1.	Concernant les professionnels	80
4.1.2.2.	Concernant la structure	81
4.1.2.3.	Concernant l'organisation du suivi.....	83
4.1.2.4.	Concernant le post-partum.....	83
4.2.	Suivi en ville	84
4.2.1.	Avantages	84
4.2.2.	Inconvénients.....	85
4.3.	Place de l'Entretien Prénatal Précoce	85
4.4.	Choix de la maternité	86
4.5.	Préparation à la naissance et à la parentalité.....	86
4.5.1.	Cours proposés	86
4.5.2.	Autres moyens de se préparer.....	87
4.5.3.	Nécessité d'un apprentissage.....	88
4.5.3.1.	Besoin de préparation	88
4.5.3.2.	Pas besoin de préparation	88

4.6.	Communication pendant le suivi médical.....	89
4.6.1.	Entre les différents professionnels.....	89
4.6.2.	Place du dossier médical.....	89
4.7.	Avis sur les professionnels.....	90
4.7.1.	Positifs	90
4.7.1.1.	Les qualités humaines	90
4.7.1.2.	La communication avec les professionnels de santé	91
4.7.1.3.	Les modalités du suivi	92
4.7.2.	Négatifs.....	93
4.7.2.1.	La communication avec les professionnels de santé	93
4.7.2.2.	Les modalités du suivi	94
4.7.2.3.	Les consultations.....	94
4.8.	Idées sur les changements à apporter.....	95
4.8.1.	Pas de réflexion sur le système actuel	95
4.8.2.	Le temps passé à l'hôpital	96
4.8.3.	Suivi à deux vitesses.....	96
4.8.4.	Aides pour les autres enfants	96
4.8.5.	Pas besoin de changements.....	97
4.8.6.	Avis sur l'entretien de thèse	97
	Discussion	98
1.	Synthèse des résultats.....	98
2.	Comparaison avec la littérature.....	104
2.1.	Les éléments communs entre notre travail et les articles consultés.....	104
2.2.	Ce qui existe dans les articles consultés, que nous n'avons pas retrouvé.....	106
2.3.	Originalité du travail	107
3.	Forces et limites de l'étude.....	109
	Conclusion.....	111
	Bibliographie.....	114
	Liste des abréviations	118
	Annexes.....	119
	Annexe 1 : guide d'entretien.....	117
	Annexe 2 : Caractéristiques des femmes interrogées.....	119
	Annexe 3 : Objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité (préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles HAS. Novembre 2005).....	123

Annexe 4 : Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité (Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles HAS. Novembre 2005).....	122
Résumé.....	125

Introduction

La périnatalité est une des périodes critiques de la vie d'un individu. Il a été montré que les grossesses des femmes vulnérables donnent lieu à plus de complications (1). D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, une personne vulnérable peut être exposée à la douleur physique et à la maladie, elle est très sensible aux attaques morales et aux agressions extérieures (2). D'après Joseph Wresinski, la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes d'assurer leurs obligations personnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux (3). Les situations de précarité se développent lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification personnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique sont défavorables (3). Dans « Santé, soins et protection sociale en 2004, vulnérabilité sociale et santé » Emmanuelle Cambois et Florence Jusot expliquent que l'état de santé des personnes repérées comme vulnérables socialement est en moyenne plus mauvais que celui des personnes jugées non vulnérables socialement (4). Plusieurs études montrent que dans des situations de vulnérabilité sociale, il existe un recours tardif aux soins, des décrochages dans le suivi, des obstacles financiers (5) qui entraînent un fort recours aux urgences, une durée de séjour plus longue et des carences post natales plus importantes (6) (7). Pour Earvolino-Ramirez, les femmes migrantes peuvent être exposées à des degrés élevés de vulnérabilité et de stress (8). La précarité et la pauvreté sont les principales causes d'un suivi médiocre des grossesses, et sont responsables de l'augmentation de la fréquence des pathologies périnatales selon Lejeune (9). De nombreuses études ont montré une augmentation du taux de prématurité et d'hypotrophie chez les enfants de mères considérées comme précaires (3). Ces études ont également démontré que les femmes en situation de précarité étaient plus souvent en surpoids ou obèses, les consultations prénatales étaient moins nombreuses, le tabagisme et les

interruptions volontaires de grossesse étaient plus fréquents. Les pathologies fœtales, en particulier les RCIU étaient plus importants (10). Une étude Américaine sur les besoins psychosociaux prénataux des femmes sans assurance maladie montre qu'il existe une incidence significativement plus élevée de la violence physique, des symptômes dépressifs et du tabagisme chez cette population (11).

Sur le plan psychologique, près de 10% des femmes enceintes françaises déclarent avoir ressenti un mal-être psychologique au cours de leur grossesse (1). Parmi ces femmes présentant un mal être psychologique, 81.3% n'ont pas consulté un professionnel de santé au cours de leur grossesse pour ces difficultés (12). Concernant la qualité de vie et le Bien Etre des femmes enceintes, Nolwenn Lagadec a réalisé une revue de la littérature qui montre que le bien-être physique a tendance à diminuer à la fin de la grossesse et le bien-être psychique est stable ou augmente au cours de la grossesse. Pour ce qui est des pères, leur qualité de vie semble être supérieure, mais quand il s'agit de la qualité de vie mentale, nous voyons qu'elle est proche de celle des femmes enceintes (13). En effet, cela laisse penser que les bouleversements psychiques éprouvés par la femme enceinte sont semblables chez le père (14). Par exemple, concernant le vécu de la grossesse de leur compagne, une étude montre qu'ils se sentent très impliqués dans la grossesse mais qu'ils se sentent exclus des rendez-vous prénataux (15). Récemment une étude française a validé un questionnaire sur le vécu de l'accouchement des pères pour leur premier enfant (16). Il est important de prendre en compte le père pendant la grossesse lorsqu'il est présent, et de proposer un entretien en couple.

Il est indispensable d'améliorer la prise en charge et le suivi des patientes en situation de vulnérabilité. Pour repérer ces personnes vulnérables, il existe les critères socio-administratifs classiques (chômeurs, bénéficiaires des minimas sociaux ou d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe et jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion professionnelle). La précarité est liée à de nombreux autres facteurs tels que les revenus, le logement, les diplômes, la protection sociale, les liens sociaux, l'environnement culturel, la santé (17). Dans « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un

patient adulte en médecine générale », les participants ont retenu 16 informations des 33 indicateurs issus de la bibliographie à enregistrer dans le dossier médical. Les 7 indicateurs indispensables pour appréhender la situation sociale retenus sont : la date de naissance, le sexe, l'adresse, l'assurance maladie, le statut par rapport à l'emploi, la profession et les capacités de compréhension du langage écrit (18).

Pour prendre en charge ces femmes, il existe à l'heure actuelle différents types de réseaux qui sont complémentaires. Pour développer et consolider les réseaux de périnatalité, le plan périnatalité 2005-2007 propose un certain nombre de mesure (19) notamment :

- L'application de la notion de soins urgents aux grossesses pour les femmes enceintes étrangères résidant depuis moins de trois mois sur le territoire français
- La création ou le renforcement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui permettent une prise en charge médicale et sociale à des personnes qui ont des difficultés d'accès aux soins.
- Le développement d'un programme de sensibilisation d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents vivant dans les milieux exposés durant la période périnatale.

Une enquête a été menée pour vérifier s'il y a une adéquation entre l'offre d'hébergement et d'accueil et les besoins spécifiques des femmes enceintes. Grâce à ce plan périnatalité, la vigilance a été renforcée dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité (comme le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) social, les gares...) et des conventions entre l'Etat et les organismes concernés ont été mises en place pour accélérer la prise en charge (3). Dans plusieurs études, l'avis des femmes enceintes migrantes (en Europe et au Brésil) concernant le suivi médical a été questionné. D'après ces femmes, il est à noter les différences de coutumes par rapport au pays d'origine et les différences de normes de santé. Pour améliorer l'accès aux soins, les femmes interrogées pensent qu'il est nécessaire de développer la possibilité de recours aux interprètes à l'hôpital et de former les professionnels de la santé aux différentes cultures qu'ils peuvent rencontrer

au cours de leur travail (20). Ces résultats se retrouvent lorsque l'on demande l'avis des sages-femmes. Une étude réalisée en Grande Bretagne montre que les sages-femmes estiment que les services de traduction sont importants, ainsi que l'éducation culturelle des professionnels de santé. En effet, elles considèrent que la grossesse est un moment idéal pour pratiquer des interventions visant à améliorer la santé des femmes et de leur famille (21). En France, plusieurs outils ont été mis en place suite au plan périnatalité 2005-2007 : la modification du carnet de maternité pour renforcer les messages de prévention, la promotion sur tout le territoire des réseaux périnataux, la valorisation des interventions des psychologues en maternité, et l'Entretien Prénatal Précoce (19). D'un point de vue global, le plan périnatalité 2005-2007 a pour objectif principal de « prévenir les troubles du développement psychoaffectif des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources. Ceci, par une écoute attentive des parents, de leur projet de naissance par un entretien prénatal précoce et par un travail en réseaux des professionnels » (22).

Dans le but d'aider les femmes et les couples à développer leurs ressources personnelles dans la préparation à la naissance et à la parentalité, un Entretien Prénatal Précoce (EPP) existe depuis 2005. Il dure 45 minutes, est pris en charge à 100% et peut être réalisé par tous les professionnels de santé impliqués dans le suivi des femmes enceintes. Les recommandations de l' HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité de novembre 2005 informent sur les techniques de communication à utiliser et les principaux thèmes à aborder. Les objectifs sont multiples. Il s'agit avant tout de réintroduire le concept de prise en charge globale en prenant en compte la dimension environnementale et émotionnelle autour de la grossesse (23). Cependant, il est réalisé uniquement dans 21% des grossesses. Cet entretien est apprécié par les femmes qui ont pu en bénéficier. Une étude d'évaluation de l'Entretien Prénatal Précoce montre que, parmi les femmes interrogées, 77% étaient satisfaites de cet entretien. Cette satisfaction est encore plus importante chez les femmes évoquant des difficultés. Elles considèrent cet entretien comme un temps d'écoute essentiel où elles

obtiennent des informations et des réponses qu'elles n'ont pas dans d'autres consultations pour un quart d'entre elles. Près de 70% répondent positivement quand on leur demande si l'EPP aide à gagner en confiance, en diminuant leurs craintes (24). Il s'agit d'un outil primordial.

Le projet « Bien être » fait suite à un travail réalisé par Gladys Ibanez (25). Il est développé lors de réunions du groupe « Inégalités Sociales de Santé » (ISS). Ce groupe est constitué de médecins, d'étudiants et de professionnels et se déroulent au sein du département de médecine général de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie de Paris 6. Plusieurs travaux sont en cours. Ils ont pour but d'améliorer la santé mentale des femmes enceintes en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. Le projet « Bien être » vise à améliorer le repérage précoce des vulnérabilités psychologiques ou sociales et le parcours de soin des femmes enceintes vulnérables. L'objet de notre travail est d'étudier les attentes des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale pour pouvoir anticiper leurs demandes, mieux connaître les difficultés auxquelles elles font face et pouvoir les orienter de manière adaptée vers les professionnels et les réseaux qui existent. Leurs expériences sont indispensables pour ce projet. Ce projet s'inscrit dans la continuité des actions de promotion de la santé mentale menées actuellement en France.

Méthode

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi une étude de type qualitative. En plaçant l'interviewé au premier plan, elle fait appel à son point de vue et à son expérience vécue. Les entretiens réalisés sont des entretiens individuels en face à face avec ou sans la présence du conjoint, selon la volonté de la patiente. La technique choisie est celle de l'entretien semi-structuré permettant d'obtenir des descriptions détaillées des expériences individuelles. Ainsi l'interviewé parle ouvertement du sujet et le chercheur recentre l'entretien sur les objectifs.

Pour ce faire, il s'appuie sur le guide d'entretien. Ce dernier a été réalisé suite à une recherche bibliographique. Les moteurs de recherches utilisés sont « pubmed », « sudoc », « googlescholar ». Le guide d'entretien a été discuté au cours de réunions de travail sur les Inégalités Sociales de Santé au sein du Département de Médecine Générale de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris 6) composées de plusieurs médecins.

Les femmes rencontrées ont été sélectionnées à partir des critères d'inclusions suivants : les femmes qui ne travaillent pas, celles qui vivent seules, celles qui bénéficient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et celles qui ont une mauvaise compréhension du langage français écrit. Un seul des critères est nécessaire à l'inclusion. Les critères d'exclusion sont les femmes mineures, celles qui ne comprennent pas le français et celles qui refusent. Les femmes sont recrutées dans deux maternités de niveau trois d'Ile de France (Robert Debré Paris 19^e et Montreuil 93) en suite de couche.

Lors de jours choisis au hasard de décembre 2015 à juin 2016, tous les dossiers des patientes présentes dans le service sont examinés. Les dossiers correspondant aux critères d'inclusion sont sélectionnés. Les caractéristiques socio-démographiques sont recueillies. Puis les femmes sont rencontrées afin de leur présenter le projet et de leur proposer de participer à cette étude. Après accord écrit des patientes, les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un

dictaphone puis retranscrits à la main sur un logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2010 pour procéder au codage des données. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

L'investigatrice est la seule à connaître l'identité de ces femmes. Chaque entretien réalisé est nommé par l'initiale du nom de la patiente. Les noms, prénoms, date de naissance et date d'accouchement sont gardés par l'investigateur uniquement. Les caractéristiques socio-démographiques et quelques données médicales utiles pour chaque patiente ont été consignées anonymement dans un classeur Excel. Le nombre de dossiers papiers consultés, le nombre de femmes abordées et le nombre de femmes ayant acceptées de participer à l'entretien ont également été relevés sur un logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2010.

Une analyse thématique est réalisée au fur et à mesure selon la méthode de la théorie ancrée. Il s'agit d'une méthode inductive d'interprétation des données. Après quelques entretiens, le guide d'entretien a été adapté. Le verbatim de chaque entretien a été transcrit intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word 2010. Les verbatims ont ensuite été découpés en mots, phrases, expressions ou extraits de texte qui présentent une seule et même idée dans un premier temps : les Unités Minimales de Significations (UMS). Celles-ci ont été classées, regroupées en sous-catégories, puis en catégories et thèmes dans un second temps. Plusieurs relectures des verbatims ont été effectuées pour obtenir un codage pertinent et homogène. Quelques entretiens ont été codés en double aveugle. La concordance des codages a été recherchée par une triangulation des données, de manière à assurer la validité interne de l'étude.

Résultats

A. Recueil des données

Au sein de deux maternités de niveau trois (Robert Debré Paris 19 et Maternité de Montreuil 93) deux cents trente six dossiers ont été consultés. Vingt six dossiers ont été retenus grâce aux critères d'inclusion. Les vingt six femmes correspondantes ont été rencontrées pour leur proposer de participer à l'étude. Dix ont refusé et seize ont accepté (figure 1).

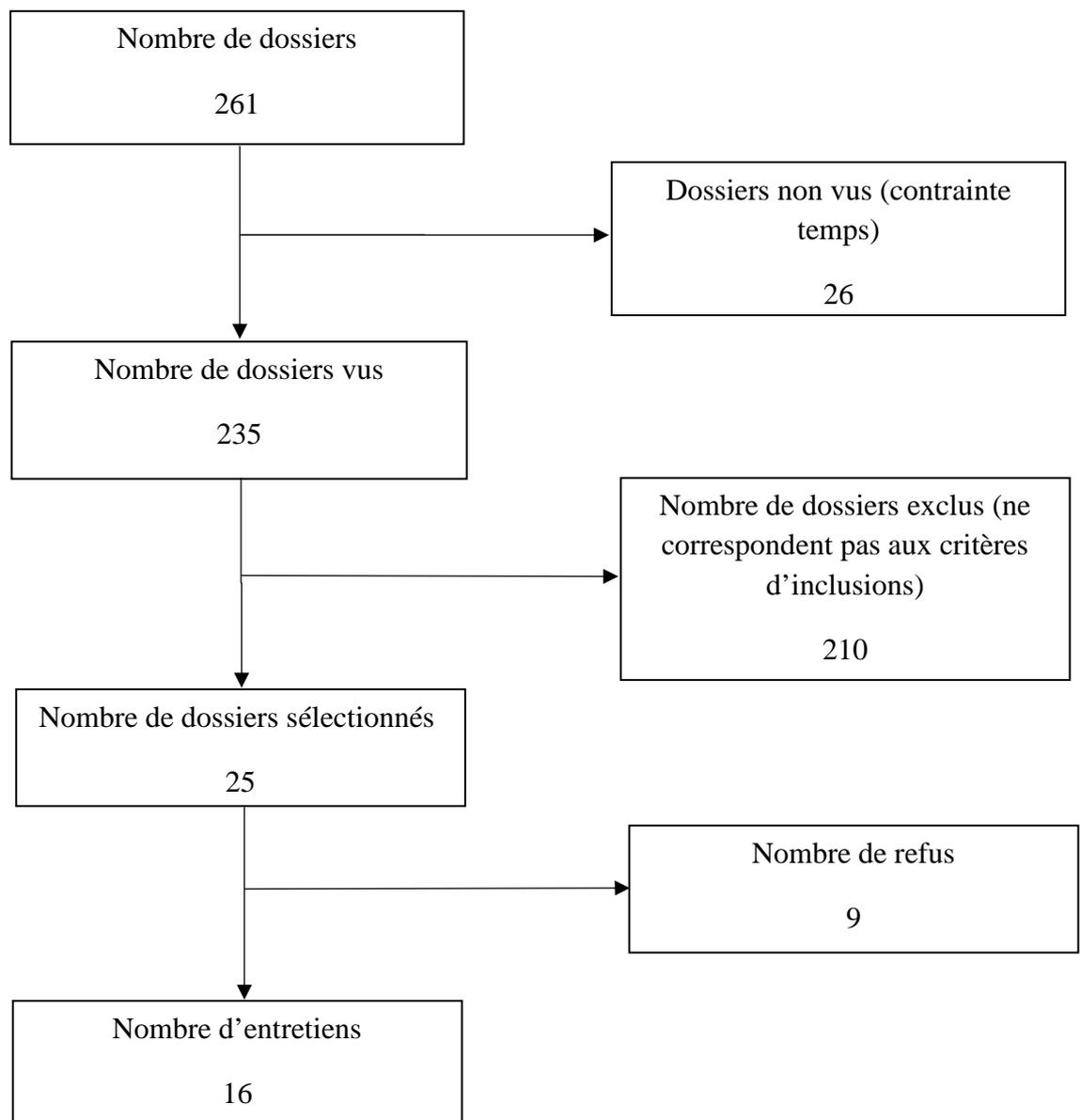
Les femmes rencontrées avaient entre 19 et 39 ans. En ce qui concerne la prise en charge sociale, huit avaient une mutuelle en complément de la sécurité sociale, six bénéficiaient de la CMUc et deux femmes de l'AME. Quatre femmes travaillaient, onze ne travaillaient pas et une faisait des études. Sur les onze femmes en couple, neuf vivaient avec leur conjoint, une était en cours de séparation et une autre vivait en France et son mari à l'étranger. Cinq femmes n'étaient pas en couple. Les caractéristiques sont recueillies dans le tableau 1.

La « healthliteracy » (que nous avons traduit par « littératie en santé ») est la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur sa santé pour pouvoir prendre une décision éclairée (26). La compréhension du langage écrit Français est une composante de la littératie en santé (18). Seules trois femmes avaient une mauvaise compréhension du langage écrit Français.

D'autres informations ont été extraites du dossier médical des patientes : onze femmes étaient primipares, et cinq avaient déjà un ou plusieurs enfants. Trois femmes avaient subi une césarienne en cours de travail et treize avaient accouché par voie basse. Les pays d'origine étaient assez variés.

Les entretiens réalisés ont duré entre 10 minutes et 40 minutes. Le conjoint d'une seule femme était présent lors d'un entretien.

Figure 1 : diagramme de flux



		% (n)
age	18-24	18.75 (3)
	25-34	56.25 (9)
	35-43	25 (4)
parité	primipare	37.5 (6)
	multipare	62.5 (10)
pays d'origine	france	12.5 (2)
	europe	18.75 (3)
	afrique du nord	25 (4)
	afrique sub saharienne	43.75 (7)
sécurité sociale	mutuelle	56.25 (9)
	CMUc	56.25 (9)
	AME	12.5 (2)
travail	oui	31.25 (5)
	non	68.75 (11)
situation familiale	couple	62.5 (10)
	seule	37.5 (6)
logement	stable	75 (12)
	hébergé	12.5 (2)
	foyer/hotel	12.5 (2)
compréhension français	oui	81.25 (13)
	non	18.75 (3)

Tableau 1 : Caractéristiques des femmes de l'étude

B. Analyse des entretiens

1. La grossesse : un temps à part divisé en plusieurs périodes

1.1. Les différents temps de la grossesse

1.1.1. La programmation

La grossesse est un évènement qui n'est pas toujours programmé. Cinq femmes m'ont confié que cet évènement n'était pas prévu.

« Moi je suis en France ici que depuis dix mois, je suis venue et un mois après je suis tombée enceinte » (E5)

Parmi elles, deux m'ont avoué que leur joie était immédiate à la découverte de cette grossesse.

« Moi j'étais heureuse quand même, j'étais contente » (E15)

A l'inverse, pour les trois autres femmes, la joie est différée.

« Je me suis rendue compte presque vers les trois mois, que j'étais enceinte donc ça m'a choqué un peu mais après j'étais contente » (E11)

Parmi les autres mamans, une m'explique qu'il s'agit d'un projet de vie.

« C'est vrai que nous deux, on es bien tous les deux et c'est vrai que bon ben, un p'tit bout on en avait un projet donc heu, quand on a su, bon ben voilà » (E15)

1.1.2. Découverte de la grossesse

La découverte de la grossesse marque un tournant dans la vie de nombreux couples. Elle fait place à plusieurs sentiments qui se succèdent et les préoccupations deviennent différentes.

Lorsque l'existence de la grossesse est connue tôt, les femmes le voient comme un avantage, une manière de profiter pleinement de toute cette période.

« En plus je l'ai su très très tôt donc j'ai pu profiter de tout [...] c'était encore mieux, ça a duré plus longtemps » (E7)

Deux des femmes interrogées ont découvert leur grossesse après le premier trimestre.

« Moi je savais pas, j'étais tout le temps fatiguée, je me demandais pourquoi » (E11)

1.2. Les changements

1.2.1. Changements des symptômes

La majorité des femmes interrogées mettent en évidence un changement des symptômes de grossesse au cours de celle-ci. Le cap des trois mois est parfois difficile à passer, tout comme le dernier trimestre.

« Un peu fatiguée les trois premiers mois, je faisais que dormir en fait, et les trois derniers mois aussi » (E9)

1.2.2. Changements physiques et psychologiques

Les femmes ont tendance à prendre soin d'elles physiquement pendant cette période. Il y a une notion émergente qui est celle du statut de parent et les responsabilités qui en découlent. Une femme a par exemple arrêté de fumer pendant sa grossesse.

« C'est moi qu'a décidé d'arrêter, pour le bien de mon p'tit » (E12)

Deux autres femmes racontent qu'avant elles plaçaient leur santé au second plan et elles ont revu leurs priorités à la découverte de la grossesse.

« Moi en général, Dieu merci, je suis en bonne santé et je suis pas intéressée pour ce genre de truc. Et du coup juste après, quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai pris une mutuelle » (E11)

Cette attention particulière à son corps s'explique par le fait que la grossesse impact directement sur l'organisme. Le fait de sentir bouger son bébé est un événement physique marquant de la grossesse.

« C'est spécial quand on sent le bébé qui bouge dans son ventre, c'est magnifique » (E6)

Un autre sujet fréquemment abordé est la modification du volume du ventre.

« Plutôt du mal à dormir, on arrive pas à trouver de position parce que le ventre il est gros donc c'est dérangeant, surtout vers la fin » (E16)

Ces transformations peuvent aller jusqu'à un handicap physique en fin de grossesse, que ce soit pour les déplacements ou pour les tâches de la vie quotidienne.

« La dame où je suis hébergée aussi me faisais les plats. Surtout à la fin je faisais rien, parce que j'étais trop fatiguée. C'est elle qui me préparait tout. Et mes petites sœurs aussi, elles me ramenaient à manger » (E11)

La grossesse apporte son lot de changements, et parmi eux, des changements psychologiques, il existe une certaine vulnérabilité durant cette période.

« Nos états d'âmes aussi, les montées hormonales, et les descentes et les machins » (E14)

1.2.3. Changements de vie

Au fur et à mesure de la grossesse, les femmes rapportent une prise de conscience de la responsabilité qui les attend. Certaines m'ont fait part de leur réflexion sur la parentalité. Il en est ressorti qu'il s'agit d'un acte inné, irrationnel, ou bien une décision égoïste avec un sentiment de possession de son enfant.

« Dans la vie, on peut pas s'empêcher de se faire plaisir » (E2)

« Quand on fait un enfant, c'est aussi pour soi » (E16)

Parmi les changements observés, il y a l'apparition de nouvelles capacités après l'accouchement. En effet, une des femmes décrit une sorte d'excitation post accouchement.

« Et pis, l'instinct maternel, c'est incroyable. Quand on nous dit 'oh je dors pas', on se dit 'oui enfin c'est bon quoi', et c'est vrai en fait, le moindre petit mouvement, hop, bien qu'on dort en fait, mais on a toujours un œil ouvert et une oreille attentive, donc c'est incroyable, je pensais pas ! » (E13)

Pendant la grossesse certaines femmes ont subi un isolement physique par le fait de rester seules à leur domicile. La cause peut être médicale ou sociale.

« J'ai pas pu participer aux autres cours parce que j'étais alitée » (E13)

« Je ne pouvais rien faire parce que je n'ai pas de revenus, du coup j'ai pas d'aide, je suis à la maison tout le temps, du coup les sorties c'était pas trop trop ça » (E2)

Les conséquences de cet enfermement sont multiples. Certaines femmes dépriment ou réfléchissent à leur situation, d'autres s'ennuient.

« La journée toute seule à la maison, c'est un peu long par moment, c'est vrai que y a des moments, ça m'fatiguait d'être seule » (E15)

Pour deux femmes, il existe une diminution du sentiment d'isolement à la naissance de l'enfant.

« Enfin, chui pas toute seule » (E12)

Une autre des préoccupations est le coût financier pour la garde de l'enfant.

« C'est ça le problème, comme on a pas les papiers, on a pas le droit à la crèche. Sachant que je suis étudiante, comment on fait ? Je peux pas travailler non plus pour payer une nounou parce que j'ai pas les papiers » (E2)

1.3. Prise en charge médico sociale particulière

1.3.1. Suivi

Il y a plusieurs temps dans le suivi de la grossesse. Souvent les femmes sont initialement suivies en ville puis par la maternité, ou alors à l'hôpital dès le début. Les professionnels qui les suivent sont souvent des sages-femmes. Elles passent parfois le relais aux gynécologues-obstétriciens.

1.3.2. Situation administrative

Parmi ces différents temps il y a la période qui correspond au congé maternité. Elle est source de nouvelles préoccupations ou de nouveaux symptômes.

« La fatigue elle est venue au moment du congé maternité, donc c'est bien tombé. J'ai bien compris à quoi ça servait à ce moment là » (E14)

Il s'agit aussi d'un temps propice aux changements administratifs, comme le changement ou la souscription d'une mutuelle. Les tâches administratives sont assimilées à des corvées. Par exemple, les démarches concernant les indemnités journalières et les droits sociaux sont perçues comme complexes.

« Au niveau administratif, en plus, tout ce qui concerne au niveau du pôle emploi, et la sécu, euh non la caf, de ce côté là, ça m'a un peu fatigué et c'était un peu compliqué pour moi » (E11)

1.3.3. Pathologies pendant la grossesse

Un autre temps particulier durant une grossesse est la découverte d'une maladie.

Elle apporte son lot de questionnements et d'inquiétudes.

« C'est quand j'ai fait mon ouverture de dossier ici, ils m'ont dit que la croissance du bébé s'était arrêtée, puis du coup je posais des questions sur pourquoi ça s'était arrêté, comment » (E5)

Elle réorganise le suivi médical de la grossesse.

« Au début, j'avais en fait un rendez-vous tous les mois, normale, classique, et quand ils ont su que le liquide était, en fait, pas beaucoup, j'avais un suivi très régulier » (E13)

Certaines femmes ont aussi expérimenté l'hospitalisation durant leur grossesse. Il s'agit d'une épreuve assez difficile à vivre, que ce soit pour la femme ou pour son conjoint.

« C'est vrai que 'est devenu compliqué à partir du moment où moi on m'a hospitalisé, c'est devenu compliqué de pas rentrer » (E15)

1.4. Emergence de nouveaux sentiments

1.4.1. Positifs

Le vécu psychologique de ces femmes est différent : la plupart vit cette période de façon positive. Les femmes disent qu'il s'agit d'un cadeau, d'un acte noble, quelque chose de magnifique qui se transforme parfois en obsession. Chez ces femmes, la grossesse développe des sentiments de joie et de bonheur.

« Donner la vie c'est le plus, enfin, c'est comparable à rien » (E2)

1.4.2. Négatifs

Certaines femmes avouent ne pas avoir aimé cet état, parfois à cause des symptômes, ou encore parce qu'il s'agit d'une période de remise en question.

« On devient fou, on dort plus la nuit, on se demande qu'est ce qu'il va se passer ? Est-ce que je vais être à la hauteur ? Comment je vais réagir ? Est-ce que je vais être forte, tout ça ? » (E16)

1.4.3. Ambivalents

Une femme m'a confié être plutôt ambivalente sur cette période. Elle explique que ses angoisses et ses joies coexistent.

« Les deux sentiments mêlés qui cohabitent tous les jours, alors à un moment donné y en a un, l'angoisse qui prend le pas sur le bonheur en perspective, et puis finalement c'est le bonheur qui prend le pas, enfin, ça cohabite » (E14)

1.4.4. Neutres

Pour d'autres femmes c'est un évènement plutôt neutre qui s'intègre dans leur vie, souvent parce qu'elles font face dans leur quotidien à des difficultés sociales importantes.

« Le moral était très bas, surtout quand ma cousine m'a mise dehors, j'avais mal digéré ça » (E5)

Il en découle que les activités habituelles comme le travail ne sont pas modifiées.

« Le matin je suis avec mon fils, l'après midi je le mets à la garderie, je prends le travail à 16H ou à 17H jusqu'à 19H30. Je fais la garde d'enfant » (E1)

D'autres fois, le maintien de la routine est plutôt un bon signe. Il montre que la grossesse n'entraîne pas de handicap, par exemple le rythme de vie n'est pas modifié, les femmes peuvent se reposer.

« C'est comme si je n'étais pas enceinte. J'avais ma petite vie, ma petite routine donc pas de soucis » (E7)

« Comme je ne travaillais pas j'étais pas sous pression, je pouvais dormir tranquillement et tout donc ça va, la vie a été cool » (E10)

Une autre femme n'a pas eu de soucis pour prendre les transports en commun, ce qui est important pour une femme enceinte en Ile-de-France.

« J'ai pas été ennuyée de prendre les transports » (E14)

1.4.5. Difficulté à exprimer ses sentiments

Pendant les entretiens, les femmes tentent d'exprimer leur vécu de la grossesse mais il est parfois difficile de poser des mots sur une expérience aussi forte.

« Mais comme je le dis 'faut le vivre', faut pas, je peux pas le raconter, voilà quoi » (E13)

1.5. Changement dans les relations

1.5.1. Relation avec le bébé

1.5.1.1. Vision du bébé

Pendant la grossesse, le corps de la femme change en même temps qu'un bébé se développe.

La vision du bébé évolue au fur et à mesure de la grossesse.

Il est parfois vu comme une personne à part entière.

« On réfléchit, on réfléchit à sa tête, on réfléchit à tout » (E15)

Les échographies réalisées pendant le suivi participent à son objectivation.

« Le voir, savoir qu'il est là. Voir sa tête, ses jambes » (E12)

D'autres fois, il est plus difficile de l'imaginer, et c'est la naissance qui rend concret ce petit être humain.

1.5.1.2. Etat d'esprit centré sur le bébé

Avant la naissance, les femmes avouent penser souvent à leur bébé. La préoccupation principale le concernant est sa santé.

« On a des doutes. Est-ce qu'il va être bien ? Est-ce qu'il va aller bien ? En bonne santé ? Prématuré ou pas ? » (E13)

Cette attention vis-à-vis du bébé est permanente et perturbe même le sommeil.

« Le moindre petit mouvement, hop, bien qu'on dort en fait, mais on a toujours un œil ouvert et une oreille attentive » (E13)

1.5.1.3. Investissement vis-à-vis du bébé

Les femmes investissent leur grossesse de façon différente.

Une des femmes communique avec son fœtus par le chant.

« Il a baigné dans la musique » (E14)

Une femme est tellement investie dans son nouveau rôle de maman que le bébé semble lui appartenir.

« C'est quand même notre bébé qu'on a sorti de nous » (E15)

Certaines mamans entretiennent une relation d'exclusivité avec leur bébé, excluant le papa.

« C'est nous qui le fabriquons ce bébé pendant neuf mois, et l'autre il est un peu spectateur » (E13)

1.5.2. Relation avec l'entourage

1.5.2.1. Le comportement de l'entourage

Les relations avec l'entourage peuvent aussi être modifiées. Parfois en bien, l'entourage est présent.

« Maintenant que j'ai mon bébé, j'ai le soutien de tout le monde, apparemment, les, mais, la famille, le papa aussi, il veut bien de son enfant » (E11)

1.5.2.2. La relation de couple

Parfois la grossesse est la cause de ruptures, notamment avec le conjoint.

« On était en contact et à partir du septième mois, ça y est, on se voyait plus » (E12)

D'autres fois encore, l'entente avec le conjoint est mauvaise et les changements attendus n'ont pas lieu.

« Pendant la grossesse, normalement ça doit changer, mais ça a rien changé » (E1)

Une femme a eu des difficultés de couples bien avant la grossesse et que ce fut un évènement déclencheur pour quitter son mari.

« Là j'ai demandé de l'aide, j'ai plus envie de vivre avec lui » (E1)

1.5.2.3. Le regard des autres

Quelques femmes m'ont parlé de leur embarras face aux regards extérieurs. Un couple a été gêné par le regard des gens dans la rue, ils font le lien avec leur jeune âge.

« Pendant la grossesse il était plus réservé, quand on allait chercher les vêtements c'était, c'était compliqué, y voulait pas, c'était comme si y commettait des crimes dans les magasins, il regardait à droite à gauche si personne le regardait, si les gens le jugeaient pas aussi parce qu'il était jeune, parce que les gens dans la rue y sont beaucoup comme ça a regarder, heu, de travers. Moi j'ai vu des femmes, heu, ben des femmes dans la rue qui m'regardaient de travers parce que voilà, j'étais jeune, j'avais envie de leur dire 'ça vous r'garde pas, mêlez vous de vos affaires, on vient pas s'mêler de vos vies heu, chacun fait quand il sent bien donc heu' » (E15)

D'autres femmes ont ressenti une mise à l'écart au travail.

« Par rapport au regard des autres, le regard est différent, surtout vis-à-vis du patron » (E8)

La discrimination peut aussi être ressentie lors de la recherche d'un emploi.

« Ca a pas marché parce que mon ventre ça se voyais tout de suite, les patrons ils aiment pas ça ! » (E11)

Une autre maman a dû arrêter ses études en cours d'année.

« Vers la fin j'ai dû m'arrêter, avec le ventre qui se voyais et tout, avec les a priori et tout j'ai finalement laissé cette année courir » (E2)

1.6. Le comportement de la femme enceinte

Pendant les entretiens, il est ressorti que beaucoup de femmes se sentent désarmées face à de nombreuses situations. Il y a parfois une volonté de contrôle des évènements qui n'est pas possible.

1.6.1. Passivité

Le comportement passif face à certaines situations est parfois volontaire. Il permet de déléguer certaines tâches à d'autres. Par exemple, en ce qui concerne le suivi médical.

« Faut pas hésiter de parler avec le docteur ou les sages-femmes pour que les choses n'aillent pas plus loin » (E6)

« C'est pas moi femme enceinte, de lui dire 'euh prenez ma tension, t'as ci à surveiller, ça à surveiller' » (E15)

Pendant l'accouchement, les décisions médicales peuvent être perçues comme une aide.

« Je me suis dit dans ma tête, ben césarienne. Et on m'a dit 'non, mais non, on peut te faire passer par voie basse' » (E13)

En ce qui concerne la partie sociale, les femmes s'en remettent volontiers aux professionnels formés et compétents dans les démarches complexes, comme la demande de logement social par exemple.

« L'assistante sociale aussi que j'ai vu, elle a fait des demandes particulières, j'ai oublié le nom des demandes, mais elle a fait des demandes » (E11)

Il y a aussi une passivité subie. Pour reprendre l'exemple de la demande de logement sociale, une fois le dossier envoyé il est entre les mains de l'administration et la femme ne peut qu'attendre la décision sans pouvoir agir sur celle-ci.

« Peut-être dans trois à six mois il y aura une réponse. J'attends » (E11)

En ce qui concerne le suivi, il existait une sorte d'obéissance envers la maternité et les modalités de suivi.

« Des fois j'ai plusieurs rendez-vous dans la journée, ce qui fait que je peux rester toute la journée à l'hôpital ici à être balancée entre mes rendez-vous » (E11)

De même pour l'accouchement il y a un sentiment de passivité, comme si l'action d'accoucher est réalisée par l'équipe médicale.

« Ils m'ont fait accoucher » (E15)

Parfois même, la femme tient pour responsable l'équipe du déroulement des événements, comme la survenue d'une déchirure du périnée.

« En bas ils ont déchiré » (E5)

Il en est de même avec l'hospitalisation post partum, la sortie est décidée par l'équipe présente sans concertation avec la jeune maman.

« C'est vrai que là on attend, j'attends, j'attends de voir avec la sage-femme, parce que là je sais pas du tout, je sais pas s'ils ont repris la décision de me faire sortir ou si ils ont prolongé, en fait je sais pas » (E15)

1.6.2. Impuissance

Il s'avère aussi que les femmes se sentent impuissantes face à certaines situations, comme par exemple face aux problèmes de santé de leur bébé.

« Peut-être le deuxième il va avoir des problèmes de respiration à l'accouchement comme la première » (E4)

Elles n'ont pas grand recours non plus face aux symptômes de grossesse.

« Ben en fait, à part prendre des médicaments, il n'y a pas grand-chose à faire, donc » (E10)

Des difficultés sont aussi retrouvées face au système médical. Une femme n'a pas réussi à trouver une place pour s'inscrire à la maternité malgré ses démarches, une autre a fait face au même problème pour la rééducation du périnée.

« J'avais pas trouvé de place en maternité parce que les places en maternité elles sont dures à avoir en Juillet, j'avais cherché, j'ai fait tous les hôpitals » (E15)

Le monde du travail est un des autres domaines où les femmes se sentent démunies. Une femme s'est fait licencier pendant sa période d'essai suite à l'annonce de sa grossesse et une autre n'a pas pu travailler car elle n'a pas de papier.

« Dès qu'elle a su, un j'étais en période d'essais, deux je suis enceinte, je viens d'arriver [...] elle s'est dit 'bon ben je vais pas garder celle là' » (E11)

Certaines femmes sont conscientes qu'elles ne peuvent pas tout contrôler.

« Je laissais le temps faire, je vivais au jour le jour » (E2)

« J'ai fait au feeling » (E13)

2. Comment bien vivre sa grossesse

2.1. Une influence sur le moral

Au cours de cet entretien, la question du moral pendant la grossesse est ouvertement évoquée chez neuf femmes.

Seules deux femmes considèrent leur moral comme « bon ».

Pour l'instant ça va (E14)

Certaines estiment que leur moral est mauvais.

Le moral était très bas (E5)

Les autres considèrent plutôt leur moral comme fluctuant au cours de la grossesse.

Avec des hauts et des bas (E8)

Des fois déprimée, ça dépend des jours (E9)

Les facteurs influençant le moral sont très nombreux et souvent liés aux craintes pendant la grossesse ou aux épreuves vécues pendant celle-ci.

2.2. Le vécu de la grossesse

Durant les entretiens, les femmes m'ont fait part de leur vécu. Chaque grossesse est différente, chaque femme est unique et évolue dans un environnement singulier. Cependant, il est intéressant de noter que les préoccupations tournent autour de quelques thèmes.

2.2.1. La parité

En écoutant ces femmes me parler de leur expérience de grossesse, je me suis rendue compte d'une différence de vécu en fonction de la parité.

2.2.1.1. Primipare

2.2.1.1.1. Un suivi plus personnalisé

Les femmes primipares interrogées déclarent avoir besoin d'un suivi plus encadré du fait de la nouveauté de la situation. Elles apprécient le fait de pouvoir poser des questions, d'avoir des renseignements sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Elles accordent de l'importance à l'écoute qu'offrent les professionnels.

« Je pense que si j'étais mal suivie je vous aurai dit 'oui, j'aurais voulu qu'on m'écoute plus, comme c'était ma première fois. Qu'on m'explique plus' » (E11)

Elles ont aussi raconté avoir apprécié les cours de préparation à la naissance, c'est un temps important pour se recentrer sur sa grossesse.

« J'ai participé à ses ateliers, c'était bien, ça a un peu enlevé la peur que j'avais » (E5)

2.2.1.1.2. Recours à l'entourage

Les femmes primipares ont tendance à demander des avis à des personnes de leur entourage. Elles demandent des conseils sur leur rôle de future maman, sur l'accouchement et veulent avoir des avis sur les maternités.

« Cet hôpital c'était mon premier choix. J'ai de bon avis dessus » (E 13)

Les conseils de l'entourage sont respectés et il existe une grande confiance dans l'équipe médicale. Il y a une envie de bien faire.

« Je pense que c'est tout à fait normal d'être suivie comme ça. Enfin, ché pas, oui [...] Après je pense que c'est ça non ? Faut vérifier le col, faut vérifier tout ça » (E12)

Pour se rassurer de leur manque d'expérience, les femmes aiment se comparer à d'autres mamans qui ont eu le même parcours. Il peut s'agir de préoccupations liées à l'alimentation, à l'asthénie pendant la grossesse, ou à l'accouchement (lieu, modalités, douleur).

« Il y a des gens qui disent que, enfin il y a des femmes qui disent que ça fait mal. Pour moi, j'aurais pas dit ça. Ça m'a fait mal. Mais pas autant comme les gens peuvent l'exprimer » (E12)

2.2.1.1.3. Craintes accentuées

Les différentes peurs qui existaient pendant une grossesse étaient ici argumentées par le fait d'être primipare car c'est une situation inconnue.

Il y a la peur de l'accouchement.

« J'ai eu peur d'accoucher parce que c'était nouveau pour moi, enfin je connaissais pas, c'était le premier » (E12)

Une femme a aussi eu peur de la prématurité.

« On avait peur tous les deux, d'avoir un petit prématuré alors que c'est le premier. On avait peur » (E13)

Plusieurs femmes ont confirmé que leurs craintes sont liées au fait que la situation est inconnue.

« Un peu de frayeur mais ça va. Quand c'est le premier surtout » (E13)

Une femme m'a expliqué avoir eu peur car les accouchements auxquels elle avait assisté se déroulaient en Afrique avec des conditions très différentes.

« Moi j'avais l'idée de l'accouchement en Afrique, alors j'avais peur [...] Souvent chez nous en Afrique, on peut venir te mettre une piqure, tu n'as pas le droit de poser la question c'est pourquoi, on te répond pas [...] en Afrique, on te dit allonge toi et c'est tout » (E5)

2.2.1.2. Multipare

2.2.1.2.1. Poids de l'expérience personnelle

Les femmes multipares, quant à elles, ont tendance à comparer leurs grossesses.

Elles comparent le déroulement de leurs grossesses (découverte de la grossesse, symptômes) et de leurs accouchements.

« Je l'ai su très très tôt donc j'ai profité de tout. Parce que mon premier je l'ai su à quatre mois et demi donc ça été assez rapide » (E7)

Une femme qui a accouché à la même maternité compare ses deux expériences dans le temps en mettant en lumière les changements de la maternité.

« Il y a deux ans c'était pas comme ça » (E10)

Une femme a été étonnée des problèmes rencontrés lors de cette dernière grossesse alors que les autres se sont bien déroulées.

« Moi je n'ai jamais eu de problème, moi j'ai fait quatre enfants, accouché normalement, je n'ai pas de maladie héréditaire, rien du tout » (E1)

A l'inverse, une femme a vu ses craintes augmenter suite aux problèmes de santé de sa première fille.

2.2.1.2.2. Suivi de la grossesse

Souvent, à partir de leur deuxième grossesse les femmes n'assistent plus aux cours de préparation à l'accouchement. En effet, les femmes me disent avoir peu de questions. De même, une femme m'a dit que sa sage femme ne lui a même pas proposé de cours de préparation.

2.2.2. Le physique

Les bouleversements vécus pendant cette période sont plus ou moins bien vécus.

Quatre femmes déclarent avoir physiquement bien vécu leur grossesse.

J'étais très en forme tout le long de ma grossesse (E14)

Les autres ont plutôt mal vécu les symptômes imposés par les changements hormonaux. Ce que l'on appelle les « petits maux de grossesse » peuvent parfois être très handicapants pour certaines.

Toutes les femmes ont été fatiguées au cours de leur grossesse, certaines de façon transitoire, au premier trimestre ou au dernier trimestre, et d'autres tout le long de leur grossesse. De même, l'intensité est variable.

« Un peu fatiguée » (E8)

« Je faisais rien parce que j'étais trop fatiguée » (E11)

Les autres symptômes fréquemment rencontrés sont les nausées, les vomissements, l'insomnie et les douleurs. D'autres sont moins souvent évoqués, comme les aigreurs d'estomac, les céphalées, les difficultés pour marcher, les vertiges, les malaises et la gêne liée à l'augmentation de volume du ventre.

Peu de femmes ont eu recours à des médicaments.

Une autre préoccupation physique a été abordée par une femme : la prise de poids.

« J'ai pris 20Kg [...] j'espère que je vais pouvoir les perdre après » (E2)

L'organisme est donc mis à rude épreuve et révèle sa fragilité. Certaines femmes ont eu une perte de confiance en leur propre corps, que ce soit pour mener à terme leur grossesse ou pour accoucher par les voies naturelles.

« Je pensais pas que ça allait aller jusqu'au terme » (E13)

« Même si sans ma pré éclampsie, j'aurai accouché plus tôt parce que il était lourd et que moi j'avais pas le corps pour le porter jusqu'au bout » (E15)

« Mon médecin moi il m'avait déjà dit 'vous risquez de passer par une césarienne' par rapport au fait que j'suis petite de taille, je suis pas très très large » (E15)

2.2.3. Le quotidien

La grossesse est un évènement qui impacte tous les faisceaux de la vie.

Par exemple, les repas sont modifiés. Cela peut être dû à la nourriture en tant que telle ou au fait que les symptômes de grossesse modifient la façon de manger.

Je mangeais un tout petit peu, plusieurs fois (E16)

A l'inverse, d'autres femmes expriment ne pas avoir changé leurs habitudes alimentaires. Elles le vivent comme un avantage.

La deuxième modification observée est plutôt d'ordre logistique, pour se faire à manger.

« J'avais un problème pour manger vu que je n'avais plus de logement » (E5)

Et enfin, l'hospitalisation en cours de grossesse bouleverse le rythme habituel des repas.

Le fait d'avoir d'autres enfants est aussi vécu comme difficile pendant la grossesse. Cela devient difficile de s'occuper d'eux au quotidien, de respecter les horaires de l'école, de gérer l'hospitalisation et la maladie d'un enfant ou de trouver du temps à consacrer à son bien-être.

« Pour gérer les deux enfants avec la grossesse c'est pas toujours évident » (E9)

2.2.4. Le travail

Un autre point important du quotidien est le travail.

Deux femmes ont travaillé jusqu'au congé maternité officiel selon leur choix. Une autre a arrêté précocement à cause de la fatigue et une encore a fini sa formation et n'a pas retrouvé de travail pendant sa grossesse.

Onze femmes ne travaillent pas et cette situation existait avant la grossesse. Certaines fois cela est volontaire.

« Quand j'ai eu mon premier j'ai arrêté de travailler pour m'occuper de lui et là je vais continuer avec elle » (E10)

D'autres femmes ont perdu leur emploi pendant la grossesse par un arrêt ou un non renouvellement de leur contrat par leur employeur. Plusieurs ont manifesté l'envie de travailler en me disant avoir réalisé des entretiens d'embauche. D'après elles, la grossesse est un obstacle pour trouver du travail.

« Ça a pas marché parce que mon ventre ça se voyait tout de suite, les patrons ils aiment pas ça ! » (E11)

D'autres freins existent. Les femmes évoquent des contraintes physiques. Soit parce que les symptômes de grossesse sont trop invalidants (principalement l'asthénie et les vomissements), soit parce que le poste est incompatible ou inadapté avec la grossesse.

« Le port des charges c'était trop dur » (E8)

« Avec les produits qu'on manipulais la bas, je savais pas si c'était bien pour moi » (E11)

En ce qui concerne les avantages, pour quelques dames l'absence de travail traduit une diminution du stress quotidien.

« Comme je ne travaillais pas j'étais pas sous pression » (E10)

« Ça m'a permis d'être tranquille » (E15)

Par ailleurs, cela permet de se recentrer sur soi, sur sa grossesse, sur la préparation à la naissance et sur les autres enfants.

« Je vais m'occuper de ma grossesse » (E11)

La conséquence directe de cette inactivité est le retentissement financier et une femme a aussi fait remarquer que l'absence de ressources financières est un frein à ses déplacements.

« Je me baladais, mais comme je n'avais pas le pass Navigo, je prenais des trains, parfois on m'attrapait et ils me donnaient des contraventions, je n'ai pas de quoi les payer » (E5)

Par ailleurs, certaines se heurtent à la complexité de l'administration.

« Au niveau administratif [...] ça m'a un peu fatigué et c'était un peu compliqué pour moi. Parce que j'avais pas assez travaillé pour toucher une indemnité, la CAF me demande des documents que j'avais pas » (E11)

2.2.5. Le logement

Le mode d'habitation a aussi souvent été discuté lors de ces entretiens.

Six femmes vivent seules dont deux femmes seules en foyer, une hébergée chez un membre de sa famille et trois femmes seules chez elles. Les dix autres femmes vivent en couple : deux couples hébergés, un à l'hôtel et sept dans un logement personnel indépendant.

Le mode d'habitation pendant la grossesse est une problématique importante car pour certaines, il entraîne une situation précaire dans cette période de vulnérabilité qu'est la grossesse.

En effet, certaines femmes ont dû changer de logement en cours de grossesse.

« Je suis venue en France [...] et un mois après je suis tombée enceinte [...] je suis venue ici parce qu'il y a ma cousine [...] ma cousine m'avait mise à la porte [...] le 115 m'a envoyé dans un foyer d'urgence [...] après ils m'ont déplacé » (E5)

« On a changé pendant l'incendie de l'hôtel » (E4)

D'autres ont ressenti plus fortement l'envie de changer cette situation pré existante.

« Dès que j'ai su que j'étais enceinte j'ai voulu tout de suite avoir un appartement » (E11)

La grossesse est un temps de réflexion sur différents éléments du quotidien. Par exemple, le logement illustre le foyer que l'on imagine pour son enfant, pour sa famille. Il y a un souhait d'intimité et de construire un cocon familial.

« J'aimerais avoir un chez moi, le bébé aura sa chambre bien décoré » (E5)

Cependant, avoir accès à un logement personnel reste difficile pour certaines.

A l'inverse, une femme n'a pas mal vécu le fait d'être hébergée.

« Je suis pas gênée [...] je m'inquiète pas trop parce que je suis pas dehors » (E11)

2.2.6. L'entourage

Pendant la grossesse, une place importante est accordée à l'entourage. Il existe la « grande famille » qui se compose des parents, des frères et sœurs, de la belle famille, des oncles et tantes et des cousins/ cousines ; et la « nouvelle famille » que construisent les femmes avec leur mari et leurs enfants. L'entourage proche comporte aussi parfois des ami(e)s, les autres femmes du foyer et les éducatrices. Nous consacrerons une partie séparée pour le père.

Dans les entretiens, les femmes identifient la présence d'un entourage comme positif.

« Moralement...ben après je pense que si on est bien entourés ça va » (E16)

« Surtout c'est ça qui m'a remonté le moral en fait, que j'étais bien entourée » (E11)

Inversement, l'absence d'entourage donne un sentiment d'isolement.

« Ma famille m'a manqué, m'a énormément manqué » (E2)

L'isolement est souvent imposé par un éloignement géographique et au contraire la proximité géographique est vue comme un avantage.

« Toute ma famille est à l'étranger, j'ai personne ici » (E9)

« J'ai beaucoup de famille pas loin donc ça va » (E10)

Si l'entourage a une place si importante dans le bien-être de la femme enceinte, c'est parce qu'il joue plusieurs rôles aidant. Du point de vue logistique, la famille d'une des femmes, s'occupe des autres enfants. La maman d'une autre l'a accompagnée aux rendez vous

médicaux. Certaines n'ont pas de famille, c'est alors l'éducatrice de l'une qui l'a aidée pour s'inscrire à la maternité. Dans le foyer d'une autre, la solidarité s'organise autour des repas.

« Chaque semaine y avait une fille qui faisait à manger pour tout le monde » (E12)

Une femme m'a confié avoir eu une aide financière de la part de ses frères et sœurs.

D'autres peuvent compter sur leurs proches pour les héberger pour les soutenir pendant la période du post-partum immédiat.

Par ailleurs, les proches ont un rôle de soutien pendant cette période particulière de la vie.

« Elle me dit qu'il faut pas que je m'inquiète, que tout se passera bien » (E11)

Les femmes parlent beaucoup des préoccupations de la grossesse. L'entourage est souvent le premier interlocuteur pour poser des questions ou partager son ressenti.

« Je ne me suis jamais sentie seule ou avec quelque chose dans la tête que je peux pas parler » (E14)

Les femmes de l'entourage n'hésitent pas à partager leur expérience de la maternité. Elles donnent des conseils pour les différentes périodes de la grossesse et du post partum.

« On me disait [...] quand tu vas accoucher, c'est comme ça, tu vas faire ça, il faut que tu sois comme ça » (E11)

D'ailleurs, naturellement les femmes enceintes privilégient un entourage bienveillant à leur égard et s'éloignent des personnes toxiques.

« Ma mère [...] j'ai pas encore dit que j'ai accouché » (E12)

2.3. Le père

2.3.1. Sa place

La présence du père est assez variable en fonction des situations.

Neuf femmes ont bénéficié du soutien du père durant toute la grossesse.

« Il était vraiment tout le temps là » (E13)

Sept femmes n'ont pas pu partager cette période avec leur conjoint.

Parmi elles, deux femmes ont subi l'isolement à cause d'un éloignement géographique.

« Le père il est pas là mais il m'appelle. Il est en Afrique. » (E3)

Deux autres sont en cours de séparation, une initiée pendant la grossesse et une autre en post partum.

« Là j'ai demandé de l'aide, j'ai plus envie de vivre avec lui » (E1)

Le vécu des femmes face à cette situation est hétérogène. Certaines ont mal vécu cette absence, d'autres considèrent que la présence du père est un critère secondaire pour bien vivre sa grossesse.

« [Aide du père] je sais pas, s'il le fait pff, s'il le fait pas c'est pas grave » (E11)

Une femme a reconnu que la communication avec son ancien conjoint se fait par le biais d'une tierce personne et que malgré son absence, ce père a insisté pour reconnaître son enfant.

2.3.2. Son vécu

La grossesse est un moment singulier dans la vie des couples. Lors des entretiens plusieurs situations se sont distinguées.

Une femme m'a dit que le papa n'avait pas connaissance de sa grossesse.

Certains hommes se sont opposés à la grossesse, deux ont demandé à leur compagne de subir une interruption volontaire de grossesse.

« Il voulait avorter, moi j'ai pas voulu » (E12)

D'autres ont accueilli cette nouvelle de façon positive.

« Il est très heureux que ça lui arrive » (E14)

Des similitudes existent entre le vécu du papa et celui de la maman.

Certains sentiments sont partagés, comme la joie mais aussi la peur. Il existe des inquiétudes concernant le déroulement de la grossesse, comme la peur de la prématurité.

« On avait peur tous les deux d'avoir un petit prématuré alors que c'était le premier » (E13)

Un des couples a appréhendé le regard des gens en raison de leur jeune âge.

« Pendant la grossesse il était plus réservé, quand on allait chercher des vêtements c'était, c'était compliqué, y voulait pas, c'était comme si y commettait des crimes dans les magasins, il regardait à droite à gauche si personne le regardait, si les gens le jugeaient pas aussi parce qu'il était jeune » (E15)

Il existe aussi un vécu paternel propre. Le père a peur pour la santé de sa partenaire, par exemple lors d'une hospitalisation. C'est une épreuve difficile pendant la grossesse.

« Il a eu du mal parce qu'il avait peur, le stress de savoir comment ça allait se passer, si j'avais bien, si le bébé va bien » (E15)

Une des préoccupations propre au père est la crainte de ne pas être présent lors de l'accouchement.

« Il avait quand même peur que j'accouche quand il était pas là, et au final ben [en rigolant] j'ai quand même accouché quand il était pas là ! » (E15)

En ce qui concerne le comportement des hommes, il peut être soutenant, même à distance via le téléphone.

« Avec mon mari on parle souvent, on essaye de se rassurer [...] il m'a beaucoup aidé mentalement » (E13)

Certains pères épaulent leur compagne pendant la grossesse, lors d'une hospitalisation et en post partum.

« Il a beaucoup couru ces dernières semaines » (E15)

Cependant cette période est loin d'être facile à vivre pour eux. Une femme a évoqué l'impuissance des hommes devant les changements physiques et psychologiques de la femme enceinte.

« C'est nous qui fabriquons ce bébé pendant neuf mois, l'autre il est un peu spectateur de nos états d'âmes aussi, les montées hormonales, et les descentes et machins » (E14)

Une femme a même confié que son conjoint était peu impliqué car le fait d'avoir un bébé était abstrait pour lui, il a eu besoin du contact physique avec son fils à la naissance pour s'investir.

« Il passe d'un stade 'j'm'en fous' pratiquement à 'en adoration' » (E15)

L'époux d'une autre a été très actif dans l'organisation matérielle pour rendre cet évènement concret.

« Installer l'appart, faire les travaux, des trucs comme ça, essayer de, ben de, d'être dans un processus de création quoi [...] lui s'est mis dans quelque chose de concret » (E14)

A l'inverse, certains hommes préfèrent rester distants tant physiquement que moralement.

« On arrive pas à communiquer » (E1)

2.4. Le vécu de l'accouchement

2.4.1. Ressenti

Lors des entretiens, les femmes m'ont naturellement parlé de leur accouchement car il vient conclure une période intense.

Certaines femmes ont bien vécu leur accouchement.

« L'accouchement aussi s'est très très bien passé » (E11)

Pour ces femmes il s'agit d'un événement heureux. Lors de la grossesse elles étaient impatientes de rencontrer leur enfant.

« J'étais pressée d'accoucher, donc je pense qu'il y a de ça aussi, l'excitation » (E16)

D'autres femmes n'ont pas eu la chance de passer un bon moment, pour elles il s'agit d'un moment « pénible », d'un « choc ».

« J'étais fatiguée, les contractions j'en pouvais plus » (E16)

Plusieurs femmes évoquent un manque du 'deux en un'.

« Y aura un manque, parce qu'automatiquement on le sentira plus bouger [...] on va s'dire 'mince il manque quelque chose là' » (E15)

Une autre a souffert de son accouchement prématuré.

Une des caractéristiques commune à ces femmes est le besoin de maîtriser cette épreuve.

Certaines y arrivent.

« Là j'ai su gérer un petit peu mieux » (E7)

D'autres ont le sentiment de ne pas avoir été actrice de leur accouchement.

« Je n'ai pas senti, ni les contractions, ni l'accouchement, j'ai rien senti du tout » (E10)

Souvent il s'agit d'un évènement contrôlé par les équipes médicales.

« J'avais vous faire accoucher » (E15)

Certaines femmes s'en remettent à l'équipe médicale de façon volontaire.

« Faites ce qu'il faut pour que ça sorte » (E16)

Mais parfois les actions de l'équipe médicale sont plutôt subies.

« C'était pénible, en bas ils ont déchiré » (E5)

Certaines ont accouché par césarienne. Il est intéressant de noter les différentes représentations de celle-ci.

Une des femmes considère cela comme un acte médical banal et sont en confiance.

« Franchement c'est pas grave [...] après césarienne, bon ben voilà, je serais ni la première, ni la dernière à avoir recours à ça, voilà, si ça doit arriver, ça arrivera » (E13)

Trois autres dames ont conscience qu'il s'agit d'un acte médical parfois nécessaire.

« Je me disais, peut-être il va avoir des difficultés respiratoires, peut-être son cœur va être faible, donc césarienne directe » (E13)

Une des femmes ayant subi une césarienne en urgence m'a confié qu'elle estime que c'est différent d'un 'vrai' accouchement et que c'est plutôt un acte à éviter.

Un autre des préjugés des femmes ayant accouché par voie basse est qu'après une césarienne le post-partum est plus difficile.

Quelle que soit la finalité de cet accouchement, toutes les femmes s'accordent à dire qu'il s'agit d'un évènement.

Tout d'abord, c'est un évènement qui s'impose dans le quotidien, on ne peut pas prévoir le moment où cela arrive.

« On est à la maison, [...] on sait qu'on peut accoucher en urgences » (E15)

A chaque fois, il s'agit d'un évènement singulier.

« J'ai jamais entendu quelqu'un qu'a accouché par le siège, et c'est arrivé à moi » (E13)

Une femme a même confié avoir été dans un état second.

« Quand j'ai accouché, je pensais pas trop à la douleur, après quand il est sorti ils me l'ont posé sur moi, je pensais à rien, j'avais le sourire, j'étais contente enfin je sais pas, c'est bizarre comme sensation, c'est bizarre » (E12)

Pour beaucoup il s'agit d'un évènement excitant, un soulagement, la fin d'une période. Il est souvent associé à une épreuve physique intense.

« Lui (en regardant son bébé) il est passé dans la quatrième dimension, ça été éprouvant » (E14)

Concernant son accouchement, une femme a regretté les modalités de son accouchement. En effet, elle aurait aimé accoucher dans l'eau ou à domicile.

« Je pense que c'est différent, on sent moins l'hôpital » (E8)

2.4.2. Douleur

Lorsque l'on a évoqué la question de l'accouchement on a bien évidemment parlé de la douleur.

Certaines femmes ont souffert.

« C'était pénible » (E5)

D'autres ont plutôt bien géré la douleur.

« Il y a des femmes qui disent que ça fait mal. Pour moi, j'aurais pas dit ça. Ca m'a fait mal mais pas autant comme les gens peuvent l'exprimer » (E12)

2.4.3. Durée

Un autre déterminant du vécu de l'accouchement est la durée totale de l'accouchement, du début des contractions jusqu'à la délivrance.

Parmi les femmes interrogées, seules trois femmes ont trouvé leur accouchement long. Les autres ont été surprises de la rapidité de déroulement de cet épisode. Une des femmes ayant subi une césarienne en urgence a été choquée par la rapidité de la décision de pratiquer cet acte chirurgical.

« En trente minutes on m'a dit 'on va te faire une césarienne' et on me l'a fait » (E2)

2.4.4. Facteurs influençant le déroulement de l'accouchement

D'après les femmes interrogées, l'évolution de l'accouchement ne dépend pas uniquement d'elles.

L'équipe soignante est souvent citée pour expliquer le succès de l'accouchement.

« C'est un bon hôpital ici » (E10)

Le mari est aussi un soutien important.

« Lui il m'a beaucoup aidé mentalement » (E13)

Une autre femme évoque la chance comme contribution à la réussite de son accouchement.

« Moi ça s'est bien passé, voilà, j'ai eu de la chance » (E15)

2.5. Le vécu du post-partum

2.5.1. Influence du déroulement de l'accouchement

Il apparaît que le déroulement de l'accouchement peut influencer le vécu du post-partum.

Certaines fois l'influence est positive.

« Comme l'accouchement s'est très très bien passé, donc je suis pas fatiguée, donc je pense que là ça peut vraiment m'aider pour m'occuper de ma fille » (E11)

D'autres fois le moral est atteint par un accouchement difficile.

« Ca m'a vraiment fait un coup de choc et je le ressens jusqu'à maintenant » (E2)

Le déroulement de la grossesse et de l'accouchement influence le désir d'avoir des enfants, que ce soit dans le positif, comme dans le négatif.

« Je pense le deuxième va pas venir maintenant » (E16)

« Ca donne envie d'avoir d'autres enfants » (E13)

2.5.2. Projets

Plusieurs femmes interrogées à la maternité ont comme priorité le souhait de vouloir se reposer.

« Cette nuit encore j'me suis levée pour donner à manger, tout ça, c'est vrai qu'au final j'me repose pas » (E15)

Pour ce qui est des projets à plus long terme, il y a le désir de vouloir un retour au corps d'avant la grossesse.

« J'ai pris 20Kg, ça a changé mais bon, j'espère que je vais pouvoir les perdre après » (E2)

Une autre dame a évoqué le souhait de régler ses comptes avec son médecin traitant qui s'est occupé d'elle pendant sa grossesse. Sa pré-éclampsie a été découverte lors d'une consultation aux urgences et elle considère que son médecin traitant qui suivait sa grossesse est passé à côté de sa maladie.

« J compte aller le voir un bon coup là, quand j'vais sortir. Parce que pour moi, pour moi, c'est comme un, comme une faute professionnelle s'qu'il a fait, quoi » (E15)

2.5.3. Prise en charge médicale en post partum immédiat

En post-partum la prise en charge par l'équipe médicale reste importante pour la jeune maman.

Le séjour à la maternité est un moment important. Il permet de recueillir les informations nécessaires pour s'adapter à cette nouvelle vie. Une bonne communication est appréciée des femmes.

« J'ai eu des réponses à toutes mes questions et ça continue encore donc voilà, je suis toujours suivie » (E13)

La prise en charge de la douleur est aussi un facteur important d'un bon rétablissement.

« Ils me donnent des médicaments que je prends vraiment dès qu'ils me les donnent pour pas que ça se réveille » (E16)

De même, le soutien psychologique est un volet indispensable en post partum.

« On aimerait bien être aidé mentalement » (E15)

2.5.4. Séparation avec le bébé prématuré

Une des femmes a accouché prématurément, lors de l'entretien elle se prépare à être séparée de son enfant, celui-ci nécessitant une surveillance hospitalière. Il s'agit d'une épreuve difficile.

« On sait que on accouche plus tôt donc on sait qu'on repart sans lui, on es pas préparé mais on le sait » (E15)

Le quotidien avec le bébé est donc modifié par cette séparation précoce.

« On va essayer d'être là pour le maximum de biberon, que ce soit pas non plus tout le temps les autres qui lui donnent le biberon » (E15)

Dans ce contexte, la préoccupation principale de la maman après la naissance est la santé de son enfant.

« Au final le p'tit bout y s'porte bien donc j'ai quand même de la chance » (E15)

2.6. Allaitement

Avec quelques femmes, nous avons évoqué l'allaitement maternel. En effet, lors de l'entretien, le bébé réclamait le sein et ce thème s'est imposé.

2.6.1. Connaissances sur l'allaitement

2.6.1.1. Méconnaissance

Il est apparu pendant l'entretien qu'il existe une méconnaissance de ce sujet. Pendant la grossesse les femmes sont peu ou mal informées.

« La tire lait, enfin moi ce que j'ai compris c'est que quand on tire le lait, après pour qu'il se régénère c'est beaucoup plus long, pour qu'il remonte encore, enfin je sais pas, c'est ce qu'on nous avait dit donc je sais pas trop » (E16)

2.6.1.2. Comportement de l'enfant

Il subsiste encore des préjugés quant au comportement du bébé allaité. Le rythme des repas du bébé est par exemple copié sur celui des bébés nourris au biberon. Par ailleurs, la dépendance du bébé allaité fait peur aux jeunes mamans qui pensent pouvoir laisser plus facilement leur bébé s'il est nourri au lait maternisé.

« C'est contraignant je trouve parce que si par exemple, j'ai une course à faire, ou un rendez-vous et que je vais pt' être le laisser avec ma mère ou ma sœur, juste pour aller à mon rendez-vous et revenir, ou quoi, et ben si je donne que le sein, ça veut dire qu'il mange pas ou je suis tout le temps obligée de sortir avec lui s'il pleut ou autre » (E16)

2.6.1.3. Comparaison avec le lait en poudre

Une des mamans a d'ailleurs comparé le comportement de son bébé après le repas au sein ou au biberon, ce dernier ayant tendance à endormir son fils.

« Le biberon ça le met K.O., ça le met K.O. par rapport à la tétée du sein » (E16)

Cette maman, sans connaître le risque de confusion sein-tétine, a constaté une différence de succion du sein après l'introduction du biberon.

Pour ce tandem, les souhaits de chacun paraissent différents, le bébé aime bien téter le sein et la maman préfère lui donner le biberon.

« Lui il aime bien téter en tout cas [...] Ben moi j'trouve que le biberon c'est mieux en tout cas » (E16)

2.6.2. Désir d'allaiter

Il est parfois difficile pour les femmes d'avoir un avis tranché sur l'allaitement pendant la grossesse.

Pour une des femmes interrogées sur ce sujet, l'allaitement n'était pas envisagé pendant la grossesse, principalement pour éviter les difficultés de sevrage à la reprise du travail lorsque son bébé aurait dix semaines. Elle a tout de même donné le sein à son bébé en association avec le biberon.

« A la base, je ne voulais pas du tout allaiter » (E16)

2.6.3. Pression extérieure

Quand il s'agit d'allaitement, les personnes entourant une femme enceinte ont toutes un avis personnel. Une des femmes qui ne souhaitait pas allaiter a changé d'avis suite aux conseils de son entourage.

« On m'a conseillé de le faire un peu. Donc du coup, ben c'est pour ça que je fais les deux, parce que je compte pas le faire longtemps en fait » (E16)

3. De nouvelles problématiques et les manières d'y faire face

Pendant les entretiens, les femmes sont revenues sur leurs craintes et les moyens qu'elles ont mis en œuvre pour les affronter. Chaque femme a des inquiétudes propres à elle, propres à sa situation. Cependant certaines préoccupations sont largement partagées. Mais la grossesse n'est pas que source d'inquiétudes, elle permet aussi de prendre du temps pour soi et le bien-être est lié à diverses activités.

3.1. Les craintes

3.1.1. Liées à l'influence du discours de l'environnement sur la grossesse

Les préoccupations médicales sont au centre des inquiétudes des femmes durant leur grossesse. De même, l'absence de maladie rassure.

« On a pas détecté de gros problèmes, maladies donc j'étais soulagée » (E11)

Les signes sympathiques de grossesse sont amplement connus de tous et peuvent angoisser les femmes qui débutent une grossesse.

« Quand j'entendais les autres dire 'oh lala je suis fatiguée, j'ai dormi pendant les neufs mois, chui fatiguée' ben en fait je me suis dit 'ouh lala' » (E13)

Beaucoup d'informations circulent aussi sur les modifications alimentaires.

« Pour ce niveau là aussi, je pensais que j'allais être embêtée. Parce que comme je voyais d'autres femmes qui changeaient d'alimentation » (E11)

Une autre femme a eu peur de l'évolution de sa grossesse, principalement parce que la situation lui était inconnue.

« J'avais peur parce que c'était le premier » (E2)

Une autre crainte qui peut exister est celle du coût financier du suivi médical.

« C'est vrai que avant, au tout début, quand on a pas de mutuelle ou autre, je pense que c'est cher, parce que les visites avec les sages-femmes ou autre, c'est payant, donc je pense c'est cher quand même » (E16)

3.1.2. Liées à l'accouchement

Tout comme le déroulement de la grossesse, l'accouchement suscite des inquiétudes de part sa nouveauté.

« Enfin, j'ai eu peur d'accoucher parce que c'était nouveau pour moi, enfin je connaissais pas, c'était le premier » (E12)

Pour ce qui est du déroulement de l'accouchement, une femme a appréhendé les contractions.

« J'avais une peu peur des contractions » (E10)

D'autres se sont posé des questions sur la péridurale.

« Parce que j'appréhendais un peu la péridurale » (E2)

L'inquiétude qui est le plus souvent évoquée est celle de l'urgence de l'évènement, la peur de ne pas arriver à temps à la maternité, la peur que le papa ne puisse pas assister à l'accouchement.

« On sait qu'on peut accoucher en urgence » (E15)

Une femme s'est interrogée sur la durée de l'accouchement en se préparant à s'adapter à un accouchement rapide ou au contraire de longue durée.

« J'me faisais pas un idéal sur la grossesse en me disant que l'accouchement allait tout bien se passer, heu, j'm'étais préparée en m'disant [...] l'accouchement peut être long comme il peut être rapide » (E15)

Deux femmes ont déjà réfléchi à l'éventualité d'une césarienne en redoutant une telle intervention.

« Je voulais pas trop accoucher en césarienne ! » (E16)

La crainte d'un accouchement prématuré est aussi présente.

« Je pensais pas que ça allait aller jusqu'au terme mais bon c'est allé jusqu'au terme. Et puis mon col qu'était ouvert, à un, deux doigts, donc je pensais avoir un p'tit prématuré, mais non, jusqu'au terme, neuf mois piles. Non dans l'ensemble ça été, un peu de frayeur » (E13)

Plusieurs femmes sont préoccupées par les complications qui peuvent arriver durant l'accouchement.

« Vaut mieux qu'il soit en bonne santé plutôt que 'poussez poussez' et que au final ben voilà, qu'il y ai un souci » (E13)

Par exemple, elles appréhendent l'effet des contractions sur l'activité cardiaque du bébé.

« On sait pas s'qui peut s'passer pendant l'accouchement, on sait pas, son cœur, ça peut partir vite » (E15)

Une autre femme a redouté que l'asthénie en post-partum l'empêche de s'occuper de son nouveau né.

« J'avais un peu peur, je me suis dit 'oulala si il arrive et que je suis toujours aussi fatiguée, ça va faire bizarre » (E16)

Une des femmes a déjà assisté à des accouchements dans son pays d'origine. Elle me confiait avoir eu très peur car elle pensait accoucher dans les mêmes conditions.

« Moi j'avais l'idée de l'accouchement en Afrique, alors j'avais peur [...] c'est vraiment pénible, y a pas la péridurale et les conditions sont précaires, c'est pas sur des lits comme ça, sur un truc sans matelas » (E5)

3.1.3. Liées aux antécédents

Le vécu personnel peut aussi être source de tourments. Une femme a eu peur de faire une fausse couche, comme dans son passé.

« Oui j'avais des craintes de la grossesse, comme j'ai perdu le premier bébé au début de la grossesse alors j'avais toujours peur » (E8)

Une autre vit avec une fille handicapée et a peur que son deuxième bébé ait les mêmes problèmes de santé.

« Un peu inquiète parce que j'ai ma première fille qui est malade, donc j'étais un peu stressée » (E4)

3.1.4. Liées à la mort

Les femmes ont été interrogées à la maternité, donc peu de temps après avoir donné la vie, mais la mort est aussi un sujet qui a été évoqué.

« Des peurs un peu morbides » (E14)

La mort inattendue du nourrisson est un sujet qui angoisse les jeunes mamans.

« Quand y dort, on dort d'un œil parce qu'on a peur, on est à l'hôpital, on entend tellement de choses : heu, qu'y peut s'arrêter de respirer, on a peur au final, on sait qu'il était en couveuse, il est petit, on a toutes ces peurs la aussi » (E15)

3.1.5. Liées à l'avenir

Il y a des femmes qui ont une vision pessimiste de l'avenir, en rapport avec l'actualité.

« Y a une dose d'inconscience pour faire un enfant dans ce monde qui va si mal » (E14)

Elle est consciente de la nouvelle responsabilité qu'elle a maintenant que son enfant est là.

« Ben, peur de mettre au monde un enfant, en être responsable » (E14)

« Il a rien demandé lui » (E14)

Il y a bien sûr des inquiétudes concernant la performance du statut de mère.

« Peur de ne pas y arriver, de pas assurer » (E14)

La nouvelle organisation du quotidien est aussi un sujet de réflexion pour les nouveaux parents.

« Quand on dit 'ah mais ça va te changer de vie, t'aura pu le temps de faire ceci ou cela' mais en fait, faut juste de l'organisation c'est tout » (E13)

3.1.6. Liées à la santé du bébé

La santé de l'enfant est un sujet classique de tourments. En effet, c'est une situation que l'on ne peut pas maîtriser.

« On a des doutes. Est-ce qu'il va être bien ? Est-ce qu'il va aller bien ? En bonne santé ? Prématuré ou pas ? C'est dangereux. On sait pas, on sait pas comment notre enfant il va être. Je sais pas, c'est un peu stressant oui. On se posait beaucoup beaucoup beaucoup de questions, oui » (E13)

Pendant la grossesse, plusieurs femmes craignent la prématurité.

« On avait peur tous les deux, d'avoir un petit prématuré alors que c'est le premier. On avait peur » (E13)

Celles qui ont connu la prématurité suivent la prise de poids et la respiration de leur bébé.

« J'ai un bébé qui va bien, qui respire tout seul, qui prends du poids » (E15)

Une autre femme a des inquiétudes de santé plus précises. En effet, elle a vécu avec sa première fille un accouchement difficile qui avait conduit à des lésions cérébrales. Depuis, sa fille est handicapée. Elle craignait que la situation ne recommence.

« Peut être le deuxième il va avoir des problèmes de respiration à l'accouchement comme la première » (E4)

3.1.7. Liées à l'hospitalisation

L'hospitalisation pendant la grossesse est un évènement préoccupant. Le manque d'information des équipes soignantes renforce l'inquiétude. L'évolution de la maladie est au centre des angoisses de la femme et de son entourage.

« On sait pas, on a peur quand même, parce qu'on es là on a pas de réponse, on sait pas, on sait pas comment ça va se passer la suite » (E15)

L'hospitalisation du nouveau né est aussi difficile à vivre pour les jeunes parents. Une femme m'a expliqué que même rentrée chez elle, elle serait inquiète pour son bébé hospitalisé.

« J'vais m'éveiller, j'vais être obligée de les appeler pour savoir qu'est ce que comment il va, est ce qu'il va bien, parce que on a peur au final de ... (silence), on voit tellement de choses qui sont imprévue » (E15)

3.1.8. Liées aux informations données en post partum

Une seule femme a abordé le sujet de la rééducation périnéale en post partum. Elle craint de ne pas pouvoir trouver un praticien disponible pour la recevoir, comme ce fut le cas après son premier accouchement.

« Je vais chercher mais je suis pas sure de trouver » (E9)

3.1.9. Pas de crainte

Quatre femmes sur les seize interrogées n'ont pas eu de craintes particulières pendant leur grossesse.

« J'ai pas eu peur, j'ai pris ça comme ça » (E1)

3.2. Les ressources

Pour faire face à toutes ces interrogations, les femmes développent des stratégies d'adaptations. Par ailleurs, elles cherchent des réponses à leurs questions, parfois auprès de leur entourage, mais aussi via les médias.

3.2.1. Les ressources psychologiques personnelles

3.2.1.1. La relativisation

Parmi les différents problèmes évoqués, certaines femmes essaient de relativiser.

« Après j'me suis dis que au final j'suis pas la moins, la moins bien tombée » (E15)

Une femme a carrément arrêté de penser à ses problèmes pour pouvoir aller de l'avant.

« Donc tout ça, ça m'a un peu bousculé dans ma tête, mais après je pense, au bout de un mois, j'ai oublié de penser à tout ça » (E11)

3.2.1.2. L'optimisme

Plusieurs femmes sont naturellement optimistes pour l'avenir.

« Une confiance, heu, complètement naturelle [...] la confiance l'emporte » (E14)

Cette confiance concerne le fait de savoir s'occuper de son enfant.

« Je vais arriver à m'occuper de mon enfant, j'ai pas peur non » (E12)

Une des femmes qui vit en foyer est en rupture avec sa famille, cependant elle est optimiste concernant l'évolution de la relation avec ses parents.

« Je reste leur fille. Oui ça va changer, je pense que oui ça va changer » (E12)

Pour une autre femme, la perte de son travail lui a permis de se recentrer sur sa grossesse.

« A la fin, même quand j'ai perdu mon emploi, je me suis dit c'est mieux comme ça » (E11)

3.2.1.3. La persévérance

Une des femmes pense qu'il ne faut pas baisser les bras et toujours poursuivre ses efforts.

« En fait je pense que tout est dans la tête. Et faut être courageuse. Faut relever la tête et être forte, faut pas se laisser abattre » (E13)

3.2.1.4. La résilience

Une femme m'a confié avoir traversé beaucoup d'épreuves difficiles dans sa vie et grâce à cela elle a su surmonter les problèmes qu'elle a eu pendant la grossesse.

« C'est pas tout le monde qui arrive à gérer ça, hein ? On est pas toutes pareil, y en a qui arrivent à gérer, dans mon cas, d'autres allaient être dépressives et tout. Mais comme moi j'ai traversé beaucoup d'obstacles dans ma vie donc je sais tenir » (E1)

3.2.1.5. Les croyances

Pour une autre femme, les difficultés sont surmontées grâce à la croyance d'un équilibre entre le bien et le mal.

« Faut bien, euh, faut souffrir pour avoir je sais pas, des choses bien dans sa vie, quoi » (E13)

Il y a aussi une sorte de fatalisme dans son discours.

« On s'est dit 'si ça arrive, ça arrive, on peut pas y échapper, c'est la vie' et puis voilà, ce qui doit arriver, arrivera, c'est tout » (E13)

3.2.1.6. Le lâcher prise

Devant les difficultés, quelques femmes m'ont déclaré ne pas vouloir se révolter mais plutôt accepter ce qui est en train de se passer. Cela demande une certaine force de caractère.

« En fait faut, comment dire, faut être forte, faut vivre au jour le jour et faut pas penser. Ce qui arrivera, arrivera. On y peut rien » (E13)

3.2.1.7. La tentative de maîtrise

Plusieurs femmes veulent maîtriser les choses pour pouvoir éviter les problèmes. Par exemple une femme a décidé de prendre soin de sa santé et a arrêté de fumer. Une autre femme m'a dit avoir appris des techniques pour contrôler son accouchement.

« Je sais qu'il faut souffler, bien, être bien, faut pas être tendue. Faut pas être crispée, ou avoir peur [...] j'étais courageuse, je poussais » (E13)

Une des femmes a eu une pré-éclampsie. Elle a donc décidé de surveiller elle-même sa tension artérielle à sa prochaine grossesse.

« La prochaine fois, on f'ra plus attention, c'est vrai, on f'ra attention à la tension, on f'ra attention à tout » (E15)

3.2.1.8. L'anticipation des problèmes

En général, les femmes aiment anticiper pour éviter les problèmes.

« Parce que si ça arrive, quand ça va arriver, t'aura pas le choix, enfin t'aura pas le temps de réfléchir à ça. Dans la vie faut réfléchir avant parce que comme ça quand ça t'arrive, tu sais s'qui va t'arriver, tu es pas dans, dans l'illusion de, voilà » (E15)

Les sujets concernant cette réflexion sont nombreux. La mort inattendue du nourrisson est un sujet angoissant pour les jeunes parents.

« Ça arrive à tellement de personne, on s'dit, on s'dit 'ça va pas nous arriver mais au final faut qu'on s'dise 'ça peut nous arriver' parce que si ça nous arrive, heu, faut, voilà, faut préparer dans sa tête, ça peut arriver à n'importe qui » (E15)

L'accouchement est aussi un sujet d'inquiétude réfléchi en amont.

« J'm'étais déjà préparée pour au cas ou y s'passait quelque chose pendant l'accouchement, que je sois pas surprise ou quoi que ce soit » (E15)

La césarienne est aussi redoutée.

« Je me suis dit dans ma tête, ben césarienne. Et on m'a dit 'non mais on peut vous faire passer par voie basse'. Et moi franchement j'y croyais pas. Moi dans ma tête je vois toujours le pire » (E13)

Une jeune maman, s'est renseignée sur le déroulement de l'hospitalisation de son bébé prématuré.

« Je savais qu'il allait faire un peu d'couveuse pis qu'il allait rester un peu à l'hôpital, je, depuis l'début j'me suis préparée à ça, c'est vrai que y aident pas à préparer à ça, la sortie, le départ » (E15)

3.2.1.9. La position active dans le déroulement de la grossesse

Les femmes adoptent parfois une position active dans leur suivi de grossesse, comme cette femme qui a fait elle-même le lien entre les deux maternités qui l'ont suivie.

« Je ne voulais pas attendre encore que eux appellent, donc je suis partie à Saint Denis demander les photocopies de mon dossier pour les amener » (E5)

Une autre a eu une idée bien précise des cours de préparation à l'accouchement qu'elle souhaitait car elle voulait éviter la péridurale.

« Moi j'avais envie de suivre ces trucs [...] un deuxième truc que je voulais suivre quand on veut pas la péridurale. Parce que j'appréhendais un peu la péridurale » (E2)

3.2.1.10. L'observation

Certaines femmes comptent sur l'expérience de leur entourage pour leur transmettre des méthodes pour faire face aux difficultés. Il s'agit principalement de femmes qui observent la façon de s'occuper des enfants chez les mamans de leur entourage.

« Je la voyais faire, je la voyais avec ses enfants, donc quand je suis tombée enceinte, j'ai commencé à mémoriser les choses, comment ça allait se passer et tout » (E11)

3.2.2. Les personnes ressources

Face à un problème ou une question, naturellement les femmes interrogées essayent de trouver de l'aide grâce à d'autres personnes comme leur entourage ou les professionnels de santé.

3.2.2.1. L'entourage

Chaque femme a cité une ou deux personnes qui les a aidé pendant leur grossesse. Il s'agit souvent du mari ou de la maman de la femme. Parfois ce sont les frères et sœurs, ou encore la belle famille. D'autres fois encore ce sont les amies qui offrent leurs soutiens.

« Actuellement quand j'ai un souci j'en parle à ma copine qui est au foyer » (E5)

3.2.2.2. Les personnes qui ont vécu l'expérience

Un point important dans le recrutement de ces personnes ressources est le fait qu'elles ont aussi vécu l'expérience de la maternité, il y a une sorte de transmission des connaissances.

« Ma sœur elle a trois enfants, donc elle s'y connaît, donc elle était là aussi pour moi. Et la dame chez qui je suis, celle-là aussi elle a trois enfants » (E11)

3.2.2.3. Les professionnels

La confiance portée aux professionnels se retrouve aussi lorsque les femmes ont des questions. Une femme m'a dit qu'elle profitait des rendez vous pour poser toutes les questions apparues depuis la dernière consultation.

« J'attendais le rendez-vous pour demander au médecin ou à la sage-femme, je n'ai pas d'autre moyen » (E4)

Une autre femme a préféré attendre confirmation par un professionnel pour se rendre à la piscine comme lui a conseillé une amie.

« C'est une amie qui m'a dit 'ah tu peux aller à la piscine'. Après je suis venue, j'ai demandé à ma sage-femme, et elle m'a dit 'oui ça peut aider » (E11)

Parmi les professionnels aidant il y a aussi les tabacologues.

« Au début de la grossesse j'avais fumé un petit peu et euh, elle m'aidait à arrêter, voilà » (E12)

Une autre femme a été soutenue par l'éducatrice de son foyer, avec laquelle elle a gardé un contact essentiel.

« J'ai mon éducatrice qui est là, qui m'appel, enfin qui, c'est elle qui m'aidait » (E12)

3.2.2.4. Sélection de l'entourage en fonction du motif

En fonction de leurs problématiques, les femmes choisissent les personnes ressources. Ainsi, comme l'a dit une des mamans, si la question est médicale, elle s'oriente vers les soignants et si les craintes sont plutôt en rapport avec le vécu, elle se tourne vers son entourage proche.

« Actuellement quand j'ai un souci j'en parle à ma copine qui est au foyer et si c'est question santé et tout ça j'en parle, à côté du foyer ou je suis il y a une sage-femme qui me suis au foyer, c'est à elle que je peux parler » (E5)

Les femmes se tournent naturellement vers les personnes en qui elles ont confiance.

« J'ai beaucoup, heu, on es très rapprochées en fait, donc à elle je lui demandais sans hésiter en fait » (E11)

Il apparait aussi que le téléphone est un moyen de communication indispensable. Il permet à la femme isolée (à la maison ou à l'hôpital) d'avoir du réconfort.

« C'est vrai qu'on passe plus de temps au téléphone pour le coup, rester au téléphone et essayer de s'mettre dans la vie de la maison au téléphone, heu, on essaye d'être là, d'être présent au téléphone parce qu'on a pas d'autre façon de l'être » (E15)

3.2.2.5. La place des médias

Pour la plupart des femmes internet et la télévision est une source d'information pendant leur grossesse.

« C'est parce que quand on est à la maison tout ça, ben on est là, on réfléchit, on réfléchit à sa tête, on réfléchit à tout, on r'garde sur internet tout c'qu'on peut trouver » (E15)

Parfois ces informations rassurent, parfois elles sont sources d'angoisses.

« Parfois je rentre à l'internet, mais l'internet, parfois, comment dire, parfois vaut mieux ne pas regarder sur internet, ça va être plus stressant » (E4)

Les informations recherchées permettent de compléter ce qui est dit en consultations ou d'autre fois les femmes préfèrent chercher les réponses à leurs questionnements directement sur leur ordinateur, plutôt que de demander à un professionnel de santé.

« J'ai pas mes craintes, on a plus de réponse » (E8)

Internet est aussi le moyen le plus utilisé pour s'inscrire à la maternité.

« Dès le premier mois je me suis inscrite sur internet en fait » (E9)

3.3. Les aides

Pour aider les femmes à faire face à leurs difficultés, de nombreuses aides sont mises en place, parfois grâce aux professionnels, d'autres fois c'est l'entourage de la femme qui est sollicité.

3.3.1. Les aides sociales

Les femmes interrogées sont souvent en situation de précarité. Pour certaines il y a déjà des aides de mises en place, comme les allocations de la Caisse d'Allocation Familiale, ou la nourriture distribuée par les restos du cœur.

« Ben on a les aides de la caf par rapport, pour la crèche, la paje ça s'appelle, plus les allocations » (E9)

D'autres fois les aides sont demandées en cours de grossesse.

« Parce que j'ai pas encore 25 ans et que j'étais enceinte, c'est pour ça que je touche le RSA » (E12)

Certaines femmes sont très actives dans leurs demandes d'aides et n'hésitent pas à solliciter les médecins ou les assistantes sociales.

« On a déposé des dossiers [...] même mes médecins de neurologie ont fait un certificat pour le dossier mais c'est long » (E4)

D'autres femmes délèguent à l'assistante sociale de la maternité.

« L'assistante sociale aussi que j'ai vue, elle a fait des demandes particulières » (E11)

Certaines femmes n'ont pas eu d'aide, par exemple parce que la femme n'a pas le droit aux différentes aides sociales car elle est sans papier.

« Elle m'a dit qu'avant l'accouchement j'ai le droit à rien » (E2)

Ou bien parce que la femme n'en ressent pas le besoin.

« J'ai pas spécialement demandé d'aide, j'avais pas besoin » (E10)

3.3.2. Les aides pour le logement

Le 115 est un organisme qui a souvent été sollicité pendant la grossesse des femmes que j'ai rencontré. Il permet de trouver une solution temporaire.

« Le 115 m'a envoyé dans un foyer d'urgence » (E5)

D'autres femmes ont été hébergées par un membre de leur famille quand elles ont eu besoin.

« Bon j'ai de la famille, je peux aller la bas, y a ma sœur, elle a une chambre où il y a personne, où je suis ici, je suis pas gênée » (E11)

3.3.3. Les aides matérielles

L'arrivée d'un enfant nécessite un minimum d'équipement et certaines femmes ont pu compter sur l'aide de leur entourage pour subvenir à ces besoins.

« Oui les aides je les ai eues au niveau du foyer, concernant la layette du bébé, j'ai eu de l'aide pour ça » (E5)

Pour une des femmes l'hôpital a participé à l'obtention d'un fauteuil adapté à sa grande fille handicapée.

« Une chaise adaptée pour elle qu'ils ont écrit ici à l'hôpital mais c'est tout » (E4)

3.3.4. Les aides psychologiques

Deux des femmes interrogées ont rencontré des psychologues et des psychiatres, une pour arrêter de fumer de la drogue et une autre pour pouvoir parler de ses problèmes.

« J'avais rencontré deux fois des psychologues, j'avais discuté avec eux [...] ça m'a fait du bien » (E5)

3.3.5. Les aides financières

La partie financière est celle qui pose le plus de problèmes, surtout concernant le suivi de grossesse, les examens et consultations médicales n'étant pris en charge à 100% qu'à partir du sixième mois de grossesse. Une des femmes n'était pas inquiète car elle a une mutuelle qui a

pris en charge ses dépenses, une autre a la CMUc, une autre encore a dû patienter pour obtenir son AME. En attendant elle a fait appel au système de consultation PASS de l'hôpital.

« L'assistante sociale de l'hôpital qui m'a fait des bons de PASS qui me prenaient en charge, après j'ai déposé le dossier de l'AME et après l'AME est sortie » (E5)

Une autre femme a utilisé ses économies pour payer les consultations médicales. Elle a aussi demandé de l'aide à sa famille.

« Mais heureusement j'avais un peu d'économie pour payer les consults. Pour les remboursements et tout après, c'est au bout de deux mois, mais comme je vous ai dit, comme j'avais de la famille, comme j'ai mes frères et sœurs ici, ils m'ont donné un peu de coup de main. De ce côté-là, jusque en gros jusqu'au mois de janvier, là après j'ai eu mes droits qui se sont ré ouverts donc après ça été » (E11)

En ce qui concerne les revenus financiers des dames qui ne travaillent pas, une femme reçoit le RSA, une autre les allocations de la CAF et une dernière les indemnités journalières que l'on perçoit pendant la grossesse.

« Comme j'ai eu mes droits d'indemnisation étaient mis en place donc au final je me suis débrouillée avec ça, ça été en fait » (E11)

3.3.6. Les aides alimentaires

En discutant avec ces femmes, il est apparu que certaines ont aussi eu besoin d'aide pour les repas. Elles ont fait appel à des associations ou aux restos du cœur.

« J'avais un problème pour manger vu que je n'avais plus de logement. Donc je partais dans une association » (E5)

« Le matin et le soir j'ai un repas, à midi des fois je pars aux restos du cœur, je prends des choses pour emmener au foyer pour préparer » (E5)

3.3.7. Les aides pour le transport

En général il y a eu peu de problème pour se rendre aux consultations de suivi durant la grossesse. Etant isolée, une femme a demandé l'aide des pompiers le jour de l'accouchement pour l'emmener à la maternité.

« A la fin, j'ai appelé les pompiers » (E3)

3.4. Le bien-être

Pendant leur grossesse, certaines femmes ont réussi à prendre du temps pour elles pour se faire plaisir, d'autres non. L'évocation du bien-être a amené des réponses assez différentes d'une femme à l'autre.

3.4.1. Lié à l'activité physique

La plupart des femmes assimile le bien-être à la réalisation d'une activité physique.

« Pour moi ? Pour le sport ? Non » (E9)

Les activités les plus pratiquées sont la marche et la natation.

« Je partais à la piscine pour m'occuper à la fin [...] je suis partie une ou deux, quatre ou cinq fois comme ça et ça m'a beaucoup aidé » (E11)

3.4.2. Lié à la société de consommation

La deuxième réponse qui revient souvent est le fait de faire des achats pour se faire plaisir, pour préparer l'arrivée du bébé.

« Je sortais souvent dans les magasins acheter des vêtements » (E3)

Une autre dame met en lien le bien-être et les revenus.

« Je ne pouvais rien faire parce que je n'ai pas de revenu, du coup j'ai pas d'aide » (E2)

3.4.3. Lié au repos

Une femme associe la sensation de bien-être au repos.

« Je dormais énormément, donc euh, à part dormir non » (E16)

3.4.4. Lié au travail

A l'inverse, une autre femme évoque le travail comme source de bien-être.

« De mon côté, j'ai travaillé. J'étais en bonne santé donc je n'ai pas arrêté jusqu'au congé de maternité » (E1)

3.4.5. Lié au quotidien

Une autre femme a apprécié ne pas être limitée par la grossesse et a profité de son quotidien pour faire des sorties ou partir en vacances.

« Je suis partie en vacances, j'ai été à la plage, des petits restos, des cinémas avec le grand. Vraiment rien n'a changé » (E7)

3.4.6. Lié à l'entourage

Durant la grossesse, l'entourage prend une part importante, cela se retrouve aussi lorsqu'on parle des plaisirs du quotidien. En effet les femmes associent spontanément les sorties avec les amis et la famille à leurs divertissements.

« J'ai commencé à sortir avec des amis. Ils me faisaient sortir, on partait, je sais pas, hum, même si dans les restaurants je mangeais pas mais je les suivais quand même. On sortait voir d'autres amis, ils venaient me voir, et puis je partais chez ma sœur. Ma sœur elle habite pas à Paris, elle habite à Reims [...] donc bon, je me suis pas trop ennuyée » (E11)

3.4.7. Centré sur la grossesse

Bien entendu il s'agit d'une période de la vie où l'esprit est accaparé par la grossesse. Les activités pour se faire du bien tournent autour de cela: le repos, l'activité physique pour se

sentir mieux dans son corps, les achats pour le futur bébé. Une femme a aussi cité les cours de préparation à la naissance comme source de plaisirs.

« Seulement ce que j'ai fait pour me faire plaisir, je participais aux ateliers d'accouchement, comment allaiter, les positions à prendre pendant l'accouchement » (E5)

3.4.8. Pas d'activité de bien-être

Six femmes sur seize déclarent n'avoir eu aucune activité de bien-être pendant leur grossesse. Les raisons sont multiples. Une femme n'a pas pris le temps car elle travaillait beaucoup, une autre n'a pas de revenus pour faire des sorties, une autre s'occupe à plein temps de sa fille handicapée, et les autres n'ont tout simplement rien fait de spécial pendant cette période.

« J'ai pas fait des activités, avec ma fille je ne peux pas » (E4)

4. Point de vue sur l'accompagnement

4.1. Suivi hospitalier

La majorité des femmes interrogées a eu un suivi uniquement hospitalier. Elles ont donc eu le temps de se faire un avis sur leur suivi. Elles ont raconté ce qui avait été positif et ce qu'elles ont regretté.

4.1.1. Avantages

4.1.1.1. Concernant les équipes soignantes

La notion qui revient le plus souvent lorsqu'on parle des professionnels de l'hôpital est le fait qu'ils sont qualifiés.

« C'est des professionnels donc je me dis 's'ils sont là, c'est pas pour rien, c'est qu'ils ont fait, voilà, des études et tout ça' » (E13)

Il peut s'agir des sages-femmes qui sont présentes pendant l'accouchement.

« C'est aussi une sécurité l'hôpital, d'avoir une sage femme qualifiée » (E8)

Cela peut aussi concerner les pédiatres de l'hôpital.

« Moi j'me vois pas l'emmener (en montrant son fils) voir c'médecin là, moi pour moi j'vais, à mon avis j'viendrais voir un pédiatre de l'hôpital » (E15)

La qualification de l'hôpital vient aussi de la réputation de la structure.

« Ca rassure. C'est vrai que c'est un hôpital pour enfant et tout donc on se dit, si jamais y a un problème, au moins on es bien entourés, y aura pas de soucis, donc voilà. L'hôpital, y a rien à dire » (E13)

Un autre avantage avancé par les femmes est le fait d'être entouré par plusieurs professionnels qui se coordonnent dans les différents temps de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

« Les équipes tout ça, elles vous entourent bien » (E13)

« Les sages-femmes et les infirmières étaient ensemble pendant les consultations et l'accouchement » (E10)

Par conséquent il y a un lien avec les professionnels référents pour les maladies génétiques des autres enfants, dans une bonne entente selon une des femmes.

« Ils parlaient bien, ils parlaient même avec le docteur qui suit ma fille, qui est au courant de tout, il y avait une bonne relation » (E4)

De même concernant les pathologies rencontrées pendant la grossesse, les différents spécialistes peuvent se rencontrer en réunion pluri professionnelle pour faire progresser la prise en charge, cela rassure les femmes.

« Quand y avait quelque soucis du col ouvert et du manque de liquide, je sais qu'ils avaient un contact avec mon dossier, ils se sont réunis et tout ça » (E13)

Les spécialistes sont complémentaires pour la prise en charge sociale, ils rédigent des attestations concernant l'état de santé des enfants.

« Même les médecins de neurologies ont fait un certificat pour le dossier mais c'est long » (E4)

Un autre atout de l'hôpital est le fait que plusieurs professionnels travaillent dans une même structure. Ainsi les femmes rencontrent selon leurs besoins des infirmières, des sages-femmes, des gynécologues, des tabacologues, des assistantes sociales, des psychologues. Ils sont sectorisés en fonction de la catégorie sociale de la femme.

« J'ai demandé à la sage femme de la PMI qui m'a envoyé voir l'assistante sociale de l'hôpital qui m'a fait des bons PASS qui me prenaient en charge » (E5)

4.1.1.2. Concernant les modalités du suivi

Le suivi tout le long de la grossesse est apprécié par les femmes.

« Pendant toute ma grossesse quasiment [...] dès que j'ai pu m'inscrire, après j'ai été suivie tout le temps ici » (E16)

La fréquence mensuelle a aussi été relevée par une patiente comme étant un privilège.

« J'ai des amies qui sont enceintes, elles sont suivies en banlieue et elles étaient étonnées que j'ai rendez vous tous les mois » (E16)

De même cette fréquence peut être modulée en fonction des besoins et une femme a été suivie plus régulièrement pour contrôler la quantité de liquide amniotique.

« On m'a dit que y a pas beaucoup de liquide amniotique donc du coup y avait un suivie vraiment toutes les semaines et sachant que au début j'avais en fait un rendez vous tous les mois, normale, classique, et quand ils ont su que le liquide était, en fait, pas beaucoup, j'avais un suivie très régulier » (E13)

La maternité offre aussi la possibilité de consultations en urgences.

« C'est l'hôpital donc si je viens aux urgences, ils ont déjà tout mon dossier alors que quand on est suivi à l'extérieur je trouve ça un peu plus confus » (E16)

D'ailleurs, il s'agit parfois d'un moyen d'entrée dans le suivi hospitalier.

« Parce que de base quand j'suis venue aux urgences parce que ils m'ont dit le bébé fait que 1Kg7 [...] comme j'avais pas trouvé de place en maternité » (E15)

De plus une femme m'a confié avoir eu un bon accueil dans le service des urgences.

« Au premier étage, aux urgences, ça s'est bien passé, tout le monde était très gentil la bas » (E3)

Le suivi hospitalier se poursuit en post-partum et cela est apprécié par les jeunes mamans, les femmes sont par exemple prise en charge pour leurs douleurs.

« Ils me donnent des médicaments que je prends vraiment dès qu'ils me les donnent pour pas que ça se réveille » (E16)

Les bébés, comme les mamans ont la possibilité d'être suivies à la sortie de la maternité.

« Ah oui y avait aussi un petit problème de rein. Mais pour le moment y a un médecin qui m'a rassuré. Il m'a dit 'on prendra en charge, y a pas de soucis, c'est pas dangereux' [...] j'ai eu des réponses à toutes mes questions et ça continue encore donc voilà, je suis toujours suivie » (E13)

Il y a aussi le lien ville-hôpital-associations de proximité qui est fait.

« Après l'accouchement elle pourra me donner des trucs pour que je puisse aller vers des associations » (E2)

De même pour réaliser la rééducation du périnée, à la sortie de la maternité une liste des professionnels à contacter est donnée aux femmes qui le souhaitent.

« Ils m'ont donné la dernière fois la liste » (E9)

4.1.1.3. Concernant les relations avec les patientes

Plusieurs patientes ont eu le sentiment d'être privilégiée, principalement quand leur inscription a été acceptée.

« Moi je pensais pas être prise, hein, parce que vu que je me suis dit, c'est un hôpital heu,...ils vont privilégier plus les personnes qui ont des soucis, et puis non, finalement non, j'ai été acceptée, j'étais contente » (E13)

Elles se sont aussi senties respectées dans leurs choix personnels, notamment lors de l'accouchement.

« Les équipes étaient super avec nous, vraiment rien à dire, hyper pro, heu, qui prend en compte, ce que je, enfin mes souhaits, tout en respectant l'avis médical qui a le dernier mot bien sûr, mais au moins que ça soit, au moins ce que je voulais, que ce soit, c'est-à-dire, pas un déclenchement forcené, pas des choses comme ça, que ce soit pris en compte, et je pense qu'ils l'ont pris en compte, même si y a eu un déclenchement finalement, mais bon, là je comprends bien » (E14)

Un autre point important relevé par les femmes est la facilité pour s'inscrire ou pour se rendre aux rendez vous.

« Me rendre aux rendez-vous, j'ai pas eu de difficultés » (E5)

4.1.2. Inconvénients

La structure hospitalière a les mêmes inconvénients dans le service de maternité que dans d'autres services médicaux.

4.1.2.1. Concernant les professionnels

Le fait d'être reçue par différents professionnels à chaque consultation est parfois mal vécu.

« C'était des sages-femmes, enfin à chaque fois ça changeait, donc j'ai pas retenu les noms. J'en ai eu trois à peu près » (E12)

Dans ces cas la, les femmes ont l'impression de ne pas avoir été mises au courant de ces changements.

« Bon moi j'ai rien compris à ce qui s'est passé » (E1)

Le manque de communication se retrouve aussi pendant l'hospitalisation au cours de la grossesse.

« Quand on a pas de réponse comme ça c'est compliqué de savoir qu'est ce qu'y vas s'passer pour moi, heu, [...] c'est vrai que j'ai pas beaucoup de réponse à mes questions » (E15)

De même en post partum, certaines femmes ont le sentiment de ne pas avoir été consultée pour décider de la date de sortie de la maternité.

« C'est vrai que là, on attend, j'attends, j'attends de voir avec la sage femme, parce que là je sais pas du tout, je sais pas s'ils ont repris la décision d me faire sortir ou si ils ont prolongé. En fait je sais pas. Ils m'ont dit 'on en r'parlera demain' et pis j'ai toujours vu personne, il va bientôt être midi, donc euh, j'aimerais bien savoir, parce que moi aussi, de mon côté, pour m'organiser, pour me préparer moi aussi » (E15)

Lorsque la communication n'est pas optimale, une faille se crée dans la confiance envers les professionnels de santé, et c'est pour cela qu'une femme a un doute quant à la décision de sa césarienne.

« Je pense que on aurait pu faire encore un peu de chose, peut-être marcher et, ou être sur le ballon, ou autre » (E16)

Trois autres femmes m'ont expliqué ne pas avoir été rassurées par le corps médical face aux problèmes de santé qu'elles ont rencontré.

« Seulement quand je suis venue ici, ce qui m'a un peu troublé, c'est quand j'ai fait mon ouverture de dossier ici, ils m'ont dit que la croissance de mon bébé s'était arrêtée, puis du coup je posais des questions sur pourquoi ça s'était arrêté, comment... Et comme ils n'avaient pas mon dossier là, je n'avais pas encore pris mon dossier à Saint Denis pour l'emmenner ici, ils me disaient qu'ils ne pouvaient pas me répondre [...] ils m'ont dit votre bébé ne sera pas gros, il sera petit » (E5)

4.1.2.2. Concernant la structure

Pour ce qui est de la structure hospitalière en elle-même, quelques patientes avouent ne pas être à l'aise en milieu hospitalier.

« Parce qu'on est jamais très à l'aise dans un milieu hospitalier, en tout cas moi » (E14)

Lorsque le suivi est hospitalier, la structure prend le dessus sur les professionnels et les femmes considèrent être prises en charge par la structure hospitalière plutôt que par des individus, au point d'oublier le nom des personnes qu'elles voient en rendez vous.

« C'était à l'hôpital, je me souviens plus du nom » (E9)

Une des difficultés largement connue en Ile-de-France est celle de l'inscription à la maternité. Plusieurs femmes ont rencontré des difficultés. Deux femmes, se sont vues refuser l'inscription, on leur a expliqué qu'il n'y a plus de place.

« Quand je suis venue ici la première fois on m'a dit y a pas de place. Elle a regardé l'emploi du temps et elle a dit 'il n'y aura pas de place' [...] le médecin généraliste m'avait fait une lettre à donner où je veux aller. Je l'ai donné ici, mais malgré cela elle a dit 'il y a pas de place' » (E1)

La notion de places réservées revient aussi lorsqu'il s'agit de sortir des suites de couches pour laisser la place aux autres jeunes accouchées.

« Y a d'autre mamans qui vont accoucher, y a d'autres mamans qu'on besoin des places, parce que c'est des places qui sont réservées » (E15)

L'acceptation à la maternité comporte plusieurs critères. Parmi ceux évoqués, il y a la notion de proximité géographique.

« J'habite pas ici donc j'ai pas le droit d'accoucher ici » (E4)

Les femmes qui présentent une grossesse pathologique sont aussi prioritaires.

« Ils vont privilégier plus les personnes qui ont des soucis » (E13)

Selon une femme, il est plus difficile de s'inscrire à la maternité en juillet car toutes les places sont prises.

« J'avais pas trouvé de place en maternité parce que les places en maternité elles sont dures à avoir en juillet, j'avais cherché, j'ai fait tous les hôpitals » (E15)

La structure hospitalière peut aussi comporter des inconvénients lors de l'hospitalisation. En effet, les sorties doivent être limitées, le rythme de vie est différent.

« Les cachets, faut supporter, faut s'adapter à un rythme de vie pas forcément qu'était le notre parce qu'on vient nous lever le matin, la tension, le midi, on mange à des heures.. » (E15)

L'entourage manque beaucoup aux femmes hospitalisées.

« C'est...à la maison, on a tout le monde, on a du soutien, on a tout ça » (E15)

4.1.2.3. Concernant l'organisation du suivi

L'organisation du suivi à la maternité a été critiqué par de nombreuses femmes, principalement par rapport aux retards lors des rendez vous de suivi.

« T'arrive en avance d'un quart d'heure, on te prend en retard [...] moi une fois je suis arrivée vingt minutes en avance et on m'a pris, déjà à l'accueil on m'a pris en retard ! » (E11)

« Bon c'est vrai que quand on vient à dix heures des fois, on passe à midi. Et c'est vrai que en fait ici, quand on vient, on sait jamais à quelle heure on sort » (E13)

Une femme m'a dit que pour avoir la date de son prochain rendez vous mensuel, elle a dû faire la queue à l'accueil une deuxième fois et donc passer beaucoup de temps debout.

« On fait la queue avant de passer en consultation, et avant c'était les sages femmes qui donnaient les rendez vous, et la faut refaire la queue une deuxième fois. Déjà que c'est assez long, il y a deux ans c'était pas comme ça » (E10)

Une autre femme s'est plainte du temps passé à l'hôpital. Plusieurs rendez vous ont été organisés dans la même journée et cette dame a eu l'impression de passer sa journée à l'hôpital, parfois même sans pouvoir manger.

« Des fois j'arrivais à 11 heures, j'avais rendez vous à 11 heures, et on me prenait des fois à 11H40-11H30. Et des fois j'ai plusieurs rendez vous dans la journée, ce qui fait que je peux rester toute la journée à l'hôpital ici à être balancée entre mes rendez-vous. Et je mangeais pas, j'ai faim » (E11)

En ce qui concerne la préparation à l'accouchement, certaines femmes sont déçues de ne pouvoir faire qu'une préparation théorique. Une femme aurait aimé des propositions de cours plus personnalisés.

« Des préparations un peu spéciales à l'accouchement. Par exemple la sophrologie » (E2)

Ces séances étant payants, une des femmes regrette l'inégalité d'accès à ces préparations.

« Le fait que je ne peux pas accéder à tous les trucs que les mamans peuvent bénéficier parce que j'ai pas les papiers, par exemple j'ai pas le droit à un suivi particulier avant l'accouchement, on me dit tout est payant [...] moi j'avais envie de suivre ces trucs mais je ne pouvais pas vu ma situation, c'est juste ça qui m'a un peu choquée » (E2)

4.1.2.4. Concernant le post-partum

Durant le séjour en suite de couche, une femme a eu le sentiment de ne pas avoir été écoutée et que la sortie de la maternité lui a été imposée.

« J'aimerais bien un peu savoir, que c'est pas 'bon ben vous partez tout à l'heure, allez hop dans deux heures vous êtes sortie de la chambre', voilà, j'aimerais bien que ce soit préparé, que ce soit organisé un petit peu parce que la j'trouve que c'est pas très très organisé [...] c'est pas un paquet cadeau qu'on laisse, hein, c'est pas un kinder qu'on laisse ici, c'est quand même notre bébé » (E15)

Cette même femme trouve la durée d'hospitalisation en post partum trop courte.

« J'ai accouché vendredi, dimanche matin on vient m'voir on m'dit 'vous sortez ct'après midi' [...] c'est compliqué en fait à accepter de la matin on nous dit 'on le met dans le berceau' et pis heu deux heures après la sage-femme vient m'voir en disant 'ben vous sortez ct'après midi' donc moi j'me dis je ai même pas eu la chance d'en profiter, d'avoir eu mon bébé heu un p'tit peu avec moi» (E15)

4.2. Suivi en ville

Quelques femmes ont débuté leur suivi en ville, par une sage-femme, une gynéco ou encore le médecin traitant.

4.2.1. Avantages

Les avantages retrouvés portent avant tout sur la relation privilégiée avec les professionnels. Une femme évoque la confiance qu'elle a envers son médecin traitant. Une autre considère que l'ambiance du suivi et des cours de préparation réalisés en ville est plus détendue.

« C'est pas comme à l'hôpital, là c'est plus calme, plus détendu, tout ça » (E8)

La proximité avec les professionnels favorise une prise en charge plus personnalisée. Une femme a apprécié que la sage-femme se déplace à son domicile pendant sa grossesse.

« La sage-femme était venue à la maison aussi » (E6)

Une autre femme m'a expliqué avoir eu beaucoup de questions au début de sa grossesse, la gynécologue a pris le temps de lui répondre. Elle a apprécié qu'elle l'appelle au téléphone pour poursuivre ses conseils.

« Oui au début, j'avais plein plein de questions donc elle était là pour me répondre. Des fois, quand elle a pas le temps, elle m'appelait même chez moi, pour m'expliquer les choses, donc elle était très très bien » (E11)

La proximité géographique des professionnels libéraux est aussi un point important pour les femmes enceintes.

« A côté du foyer où je suis il y a une sage-femme qui me suit au foyer, c'est à elle que je peux parler » (E5)

Le lien avec l'hôpital paraît facile et rapide.

« J'avais pris rendez-vous et comme ma sage-femme me suivait, je suis venue qu'au mois de novembre pour la première visite et pour l'anesthésiste, ça été rapide » (E7)

« Elle s'est occupé de ça très vite pour que je sois là [...] elle s'est occupé de tout et elle est partie en congé de maternité avant moi » (E11)

Parfois le médecin généraliste remet une lettre à la dame pour qu'elle la transmette à la maternité.

« J'étais suivie par un médecin généraliste qui m'avait demandé ou je veux accoucher, je n'avais pas encore choisi ou je veux accoucher. Donc il m'avait fait une lettre à donner ou je veux aller » (E1)

D'autre fois la sage-femme libérale est connue de la maternité car elle y a travaillé.

« Apparemment ils la connaissent bien, ils savent comment elle travail » (E7)

L'avantage d'avoir une sage-femme qui connaît le fonctionnement de la maternité est qu'elle peut adresser les femmes aux spécialistes selon leurs besoins.

« J'ai demandé à la sage-femme de la PMI qui m'a envoyé voir l'assistante sociale de l'hôpital » (E5)

4.2.2. Inconvénients

Le seul inconvénient évoqué est le fait qu'un suivi en ville pour le début de la grossesse multiplie les intervenants.

« Quand on est suivi à l'extérieur je trouve ça un peu plus confus » (E16)

4.3. Place de l'Entretien Prénatal Précoce

Aucune des femmes interrogées n'a bénéficié de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). Certaines ne connaissent pas son existence.

« Non, j'ai pas eu ça [...] En fait je savais même pas que ça existais » (E11)

Une autre pense que l'EPP a peut être fait partie des consultations de suivi réalisées.

« En fait j'avais un rendez vous tous les mois donc je ne sais pas si c'était dedans ou si c'est à part » (E10)

4.4. Choix de la maternité

Un des privilèges en Ile-de-France est le fait de pouvoir choisir sa maternité.

Les critères retenus par les femmes pour ce choix sont multiples. Il y a tout d'abord la proximité géographique qui est primordiale.

« Au début j'étais suivie à Saint Denis et je suis venue ici (Montreuil), parce que mon foyer est non loin d'ici » (E5)

Le deuxième critère est la réputation de la structure, notamment le fait d'être un hôpital pour enfant.

« Cet hôpital c'était mon premier choix. J'ai de bons avis dessus [...] des enfants qui ont été hospitalisés ici, oui, franchement, nickel, j'ai de bons retours [...] ça rassure. C'est vrai que c'est un hôpital pour enfant et tout donc on se dit, si jamais y a un problème, au moins on est bien entourés, y aura pas de soucis, donc voilà » (E13)

Une femme s'est intéressée au taux de césarienne.

« Ici ils font pas, enfin ils font rarement de césarienne, enfin c'est très rare » (E16)

Une autre m'a expliqué ne pas avoir eu le choix car une seule maternité a accepté son dossier à cause du terme de sa grossesse.

« J'ai accouché à Tenon parce que c'était au quatrième mois » (E9)

4.5. Préparation à la naissance et à la parentalité

4.5.1. Cours proposés

Les femmes interrogées ont parfois assisté aux cours de préparation à l'accouchement. Les femmes primipares ont quelquefois participé à tous les cours, d'autres fois elles ont fait le premier cours uniquement.

« J'ai bien fait les cours de préparation à l'accouchement et cetera, ça je les aie tous fait » (E16)

Les femmes multipares les ont faits durant leur première grossesse. Certaines femmes même primipares n'ont pas voulu participer à ces cours.

« C'est moi qui devais prendre les rendez-vous mais je voulais pas » (E3)

Ce refus s'explique par la croyance que ces cours sont réalisés pour faire face aux problèmes qui surviennent pendant l'accouchement.

« J'y suis pas allé [...] Je n'ai pas fait parce qu'ils m'ont déclenché l'accouchement [...] j'ai poussé deux fois cinq minutes et c'était fini » (E3)

Une autre femme n'a pas assisté à ces cours car elle n'en connaissait pas l'existence.

« Non j'ai pas fait parce qu'elles ne m'ont pas dit. Ma première fille n'est pas née ici donc je connais pas beaucoup ici comment ça se passe donc les sages-femmes m'ont pas proposé et moi je savais pas qua ça existais, j'ai pas demandé » (E4)

La préparation à été faite soit en groupe, soit de façon individuelle.

« La première fois c'était en groupe et après que avec la sage-femme, c'était bien » (E6)

De même, elle a été réalisée à l'hôpital ou en ville.

« J'ai fait au sixième mois la préparation à l'accouchement à la PMI » (E6)

4.5.2. Autres moyens de se préparer

Hormis les cours de préparation à la naissance et à la parentalité proposés par les professionnels, il existe d'autres moyens d'anticiper la venue d'un nouveau né.

L'apprentissage par imitation est la plus élémentaire des méthodes.

« Je la voyais faire avec ses enfants, donc quand je suis tombée enceinte, j'ai commencé à mémoriser les choses, comment ça allait se passer et tout » (E11)

Une autre femme a déjà l'expérience de s'occuper d'enfants car elle s'est occupé de ses frères et sœurs étant jeune.

« J'ai des petites sœurs, une de dix ans et l'autre de douze, maintenant treize et onze je crois, et heu, ma mère elle travaillait donc c'est moi qui m'en occupait donc j'ai pas eu peur d'avoir un bébé » (E12)

Une autre façon de se préparer est de se laisser guider par son entourage.

« Des fois je réfléchissais pas et on me disait en fait, on me disait, quand tu vas accoucher c'est comme ça, ça va être ça. Ma tante, c'est ma tante chez qui je suis hébergée, elle parlait souvent, après quand tu vas accoucher c'est comme ça, tu vas faire ça, il faut que tu sois comme ça » (E11)

En ce qui concerne l'accouchement, une femme a porté de l'intérêt à une préparation non théorique, comme la sophrologie.

« Des préparations un peu spéciales à l'accouchement. Par exemple la sophrologie, ou l'autre j'ai oublié, un deuxième truc que je voulais suivre quand on veut pas la péridurale » (E2)

4.5.3. Nécessité d'un apprentissage

4.5.3.1. Besoin de préparation

Une des femmes m'a expliqué vouloir anticiper les choses.

« Parce que si ça arrive, quand ça va arriver, t'aura pas le choix, enfin t'aura pas le temps de réfléchir à ça. Dans la vie, faut réfléchir avant parce que comme ça si ça t'arrive, tu sais s'qui va t'arriver, tu es pas dans, dans l'illusion de, voilà » (E15)

Pour une autre, l'apprentissage se fait au fur et à mesure.

« La préparation pour moi ça va être l'apprentissage, d'apprendre en même temps » (E11)

Plusieurs femmes ont apprécié les cours de préparation car cela a diminué leurs peurs.

« Ca m'a un peu enlevé la peur que j'avais, vu la façon dont je voyais l'accouchement parce que je voyais que c'est très bien [...] quand j'ai participé à ces ateliers, c'était bien, ça a un peu enlevé la peur que j'avais » (E5)

D'autres femmes ont aimé les informations apportées par ces cours.

« Ce qui est dommage parce que je voulais vraiment, c'était très très intéressant, franchement le premier cours ça nous a appris plein de choses » (E13)

4.5.3.2. Pas besoin de préparation

Une femme a affirmé ne pas avoir eu besoin de se préparer.

« Je pense qu'on se prépare pas, non ? On peut pas préparer ça [...] donc je pense ça se prépare pas, on le devient automatiquement. Et c'est ça qu'est bien. Et pis, l'instinct maternel, c'est incroyable [...] je pensais pas ! (rires). On apprend chaque jour à être maman » (E13)

4.6. Communication pendant le suivi médical

4.6.1. Entre les différents professionnels

La plupart du temps les femmes ne savent pas comment communiquer les professionnels de santé entre eux, elles ne savent même pas s'ils sont en contact.

« Je ne sais pas s'ils ont eu à communiquer » (E5)

Dans d'autres situations il n'y a pas eu de relation entre les différents protagonistes, ce qui a causé des incompréhensions durant les consultations.

« Le médecin même comprenait pas, il m'a demandé pourquoi on vous a envoyé vers moi » (E1)

Parfois la communication s'est fait par téléphones.

« Ils m'ont demandé le numéro de mon médecin parce qu'ils l'ont enregistré et j'leur aie donné [...] peut-être qu'ils l'ont appelé, peut-être ils voulaient mon dossier de avant chez eux » (E15)

Le travail en commun à la maternité passe aussi par les réunions pluri professionnelles.

« Quand y avait quelque soucis du col ouvert et du manque de liquide, je sais qu'ils avaient un contact avec mon dossier, ils se sont réunis et tout ça » (E13)

4.6.2. Place du dossier médical

A la maternité, l'informatisation du dossier est inévitable.

« Y a un dossier avec le formulaire sur l'ordinateur, tout est marqué sur l'ordinateur » (E9)

Le lien informatique peut aussi se faire par les mails.

« Je pense pas qu'elles se soient parlé. Peut-être par mail. Ou elle a transféré directement mon dossier sans que j'y participe en fait. Sinon, ça s'est passé très très vite » (E11)

Souvent c'est la femme enceinte elle-même qui apporte son dossier médical à la maternité pour que les choses aillent plus vite.

« Parce que c'est moi-même qui me suis déplacée pour aller chercher mon dossier. Normalement on m'avait dit que c'était à eux, ici, d'appeler ou j'étais avant pour récupérer mon dossier mais vu qu'on m'avait dit que la croissance du bébé s'était arrêtée, je ne voulais pas attendre encore que eux appel, donc je suis partie à Saint Denis demander les photocopies de mon dossier pour les amener » (E5)

Implicitement, l'organisation du suivi fait que les femmes gardent un exemplaire de leur examens médicaux et en donnent un aux professionnels, elles ont donc toujours la main sur leur dossier.

« Moi aussi j'ai presque tout mon dossier. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'on me donnait quelque chose, je donnais un exemplaire et gardais un exemplaire donc du coup moi j'ai tout et eux ils ont tout » (E16)

4.7. Avis sur les professionnels

Durant ces entretiens, nous avons évoqué le travail des professionnels de santé impliqués dans le suivi des grossesses et ce que les femmes en pensent.

4.7.1. Positifs

4.7.1.1. Les qualités humaines

Plusieurs qualités humaines sont communes à ces personnes. La gentillesse du personnel est largement reconnue.

« Les gens de l'hôpital sont super gentils, les infirmières, les médecins sont super gentils, super attachantes » (E15)

De même, les femmes ressentent une présence bienveillante durant leur suivi.

« Super, elles étaient géniales, elles étaient bien, elles étaient toujours là quand j'avais besoin » (E1)

De part cette présence, le personnel soignant rassure et met à l'aise.

« Franchement très bien, elles sont agréables, elles sont là pour vous rassurer, quand ça va pas et quand on a des questions, elles sont là pour répondre donc vraiment, nickel [...] ouais, même quand j'avais des doutes, elles étaient là, donc vraiment nickel » (E13)

Cette approche concerne les sages-femmes, les infirmières et les médecins.

« Ils m'ont parlés. J'ai eu même un médecin qui m'a parlé, tout ça. Qui m'a rassuré [...] pour le moment y a un médecin qui m'a rassuré » (E13)

Ils rassurent sur l'évolution physiologique de la grossesse ainsi que pour les pathologies.

« Dès que y a un doute et tout ça, moi, faut voir un médecin » (E13)

Durant l'accouchement, les professionnels prennent le temps d'expliquer aux femmes son déroulement, ce qui est grandement apprécié.

« Ici tu as tout droit de poser des questions et puis on t'explique c'est pourquoi, voilà. Pendant l'accouchement, ils m'ont d'abord expliqué ce qu'ils vont me faire, ce que je vais ressentir » (E5)

Par exemple, une femme avait peur de devoir subir une césarienne en cours de travail mais l'obstétricien a su la rassurer.

« Je me suis dit dans ma tête, ben césarienne. Et on m'a dit 'non, mais non, on peut vous faire passer par voie basse' » (E13)

En post partum, les femmes aiment avoir l'avis des professionnels aussi, sur la cicatrice de césarienne par exemple.

« Ils m'ont dit que au niveau de la cicatrice et tout ça allait » (E16)

Un des moyens utilisé dans ces échanges est le téléphone. Il n'est pas rare qu'en début de travail, les femmes appellent les sages-femmes de la maternité pour qu'elles leur expliquent la marche à suivre.

« Au téléphone ils m'ont dit d'attendre encore une heure et de venir si c'était plus ou moins régulier » (E10)

De même, lorsqu'un bébé est hospitalisé, la maman peut prendre des nouvelles de son enfant et cela est très sécurisant.

« On nous a dit 'vous avez le numéro, vous nous appelez, on vous répond H24 [...] elles essayent de nous aider au maximum, de nous reconforter en nous disant que on peut les appeler, on peut venir, qu'y a pas d'heure » (E15)

4.7.1.2. La communication avec les professionnels de santé

La majeure partie des compliments est consacrée à la communication. Pour les femmes un bon suivi est associé à la disponibilité des professionnels pour répondre aux questions.

« Elles ont répondu, parce que des fois je comprenais pas le terme médical je comprenais pas trop alors elles m'ont expliqué » (E1)

D'après les femmes, l'écoute est une partie importante du suivi.

« Ca s'est très très très bien passé. Elle m'a bien conseillé, elle m'a bien suivi, elle m'a bien écouté » (E11)

Toutes ces qualités permettent une relation de confiance avec ces professionnels. Cette confiance est aussi expliquée par les diplômes obtenus par les professionnels.

« C'est des professionnels donc je me dis s'ils sont là, c'est pas pour rien, c'est ce qu'ils ont fait, voilà, des études et tout ça » (E13)

Le professionnalisme a aussi été relevé par une des femmes.

« C'est informatique et ils ont le dossier en fait, donc ils regardent bien » (E16)

De plus, une femme a apprécié ne pas sentir de rapport de supériorité avec la sage-femme, elles étaient toutes les deux optimistes sur l'évolution de la grossesse.

« Avec la sage-femme on se disait que tout allait très très bien se passer » (E2)

4.7.1.3. Les modalités du suivi

En ce qui concerne les modalités du suivi, une seule femme a trouvé important d'être suivie par la même sage-femme tout le long de sa grossesse.

« J'ai eu la chance de voir la même sage-femme pratiquement tout du long, donc ça créé des liens, c'est pas mal » (E14)

Trois femmes ont eu différentes sages-femmes et l'ont bien accepté.

« C'était pas la même à chaque fois, c'était des différentes mais peut-être une sage-femme j'ai du la voir deux trois fois, l'autre aussi, mais c'était pas la même à chaque fois [...] ça m'a pas dérangé » (E16)

De plus, les femmes ont eu la liberté de choisir leur sage-femme.

« Si on s'entendait pas avec elles, on pouvait changer, oui si le feeling il passait pas » (E16)

Un autre point positif relevé est la fréquence mensuelle du suivi.

« Super, tous les mois on avait des consultations » (E7)

Pour ce qui est des modalités du suivi, trois femmes ont apprécié avoir une échographie mensuelle lors de toutes leurs consultations.

« Super, tous les mois on avait des consultations, elle regardait le bébé à chaque fois » (E7)

4.7.2. Négatifs

Beaucoup de critiques ont aussi été émises à l'encontre des professionnels de santé.

4.7.2.1. La communication avec les professionnels de santé

Plusieurs femmes évoquent le manque de communication entre les différents professionnels de santé. Une femme a dû ramener elle-même son dossier médical dans le cadre de son changement de maternité.

« C'est moi-même qui me suis déplacée pour aller chercher mon dossier. Normalement on m'avait dit que c'était à eux, ici, d'appeler où j'étais avant pour récupérer mon dossier mais vu qu'on m'avait dit que la croissance du bébé s'était arrêtée, je ne voulais pas attendre encore que eux appel, donc je suis partie à Saint Denis demander les photocopies d mon dossier pour les amener » (E5)

Une autre femme a remarqué qu'elle a eu du mal à recueillir des informations durant son séjour en suite de couche, les différents professionnels se renvoient la responsabilité.

« Mais le problème c'est que quand j demande aux infirmières, les infirmières me disent faut voir avec les sages-femmes, c'est pas nous qu'on prend la décision » (E15)

En post partum, cette même femme aurait aimé être préparée à la sortie sans son bébé qui restait hospitalisé du fait de sa prématurité.

« Je savais qu'il allait faire un peu d'couveuse pis qu'il allait rester un peu à l'hôpital, je, depuis l'début j me suis préparée à ça, c'est vrai que y aident pas à préparer à ça, la sortie, le départ » (E15)

Durant le suivi, il y a aussi eu des lacunes dans les informations transmises. Par exemple, une femme ne connaissait pas l'existence des cours de réparation à la naissance et à la parentalité.

« Non j'ai pas fait parce qu'elles ne m'ont pas dit. Ma première fille n'est pas née ici donc je connais pas beaucoup ici comment ça se passe donc les sages-femmes m'ont pas proposé et moi je savais pas que ça existait, j'ai pas demandé » (E4)

La césarienne est aussi un sujet qui n'a pas été traité durant les consultations de suivi d'une des dames interrogées.

« J'étais pas du tout informée sur le fait qu'on allait me faire une césarienne, pendant toute la grossesse, on en a même pas parlé [...] on a même pas une seule fois parlé de la césarienne » (E2)

De même, une femme a regretté ne pas avoir pu parler de son moral pendant sa grossesse.

Une autre femme s'est plainte d'un manque d'ouverture dans la communication de sa sage-femme, ce qui l'a empêché de poser des questions.

« Elles sont pas trop ouvertes les sages-femmes, elle disait rien, moi je ne connais rien de la grossesse, moi je voulais poser des questions mais je voyais bien sur son visage, il était fermé [...] celle qui la remplace j'arrive à parler avec elle. Mais celle qui me suivait pas trop » (E3)

4.7.2.2. Les modalités du suivi

Certaines femmes se sont plaintes d'un suivi trop standardisé sur l'examen physique.

« Tous les mois j'avais un rendez-vous, ben pour vérifier le col et cetera » (E16)

Par ailleurs, une femme relève que l'examen physique nécessite une certaine intimité.

« Elles voient quand même un peu notre intimité, elles font des touchers vaginal et cetera » (E16)

Le suivi n'est pas assez personnalisé pour plusieurs femmes.

« Ben pour le peu qu'on les voit, enfin on les voit, elles nous examinent, on discute rapidement » (E16)

Par exemple, la plupart ne connaît pas le nom de la sage-femme qui s'occupe d'elles.

« J'étais suivie par une sage-femme, je connais pas son nom » (E5)

Une femme a eu l'impression qu'on ne considérait pas son enfant comme une personne à part entière.

« C'est pas un paquet cadeau qu'on laisse, hein, c'est pas un kinder qu'on laisse ici, c'est quand même notre bébé »(E15)

4.7.2.3. Les consultations

Plusieurs femmes critiquent le suivi par des professionnels différents.

« Je m'imaginais pas répéter tout à la prochaine sage-femme, ah non » (E16)

Une femme aurait aimé plus d'échographie pendant sa grossesse pour le plaisir de voir son bébé.

« Vers la fin, j'aurai aimé avoir fait une écho encore. Parce que moi dans ma tête, la dernière que j'avais fait c'était avant qu'il naisse, enfin deux mois avant je pense, un mois et demi. Et pour moi c'était long d'attendre, d'attendre la fin » (E12)

De plus, elles regrettent le court temps de consultation qui ne permet pas de créer du lien.

« Ben pour le peu qu'on les voit, enfin on les voit, elles nous examinent, on discute rapidement » (E16)

C'est une plainte qui concerne les consultations de l'hôpital mais aussi celles du médecin généraliste.

« C'est un médecin sans rendez-vous donc c'est vrai que, des fois il est un peu débordé et puis qu'à mon avis il laisse passer mais bon » (E15)

Une des femmes reproche à son médecin traitant d'avoir tardé à diagnostiquer sa pré-éclampsie.

« C'est vrai que mon médecin a pas su la prendre à temps, il l'a pas vu à temps » (E15)

D'après elle, il s'agit d'un manque de rigueur dans sa prise en charge.

« Pour moi c'est comme un, comme une faute professionnelle s'il a fait, quoi [...] J'ai envie de lui dire 'heu, franchement, vous t'es pas médecin, vous savez pas s'que vous faites, vous êtes pas capables de voir une simple maladie, en plus c'est une maladie qu'on surveille, ouais, c'est qu'y a quelque chose qui cloche chez vous, enfin y a un truc, c'est que vous faites pas attention à vos patients alors » (E15)

4.8. Idées sur les changements à apporter

4.8.1. Pas de réflexion sur le système actuel

Les femmes pour lesquelles le suivi s'est bien déroulé n'ont pas réfléchi à un changement du système actuel.

« Je, je n'ai pas vraiment réfléchi à ça ! En fait tout s'est bien passé pour moi donc j'ai pas réfléchi à ça » (E10)

Effectivement les idées de changements sont inspirées des problèmes et des difficultés rencontrées au quotidien.

« Je pense que si j'étais mal suivi je vous aurai dit 'oui, j'aurai voulu... »(E11)

4.8.2. Le temps passé à l'hôpital

Trois femmes se sont plaintes de l'accueil à l'hôpital. Elles relèvent un manque de personnel présent pour un fonctionnement fluide de l'accueil.

« T'arrive en avance d'un quart d'heure, on te prend en retard. Parce que c'est un manque de personnel a l'accueil. Il y a qu'une seule personne a l'accueil alors qu'il y a trois bureaux et la queue elle est jusque devant l'ascenseur, du coup on est obligés d'attendre. Mais c'est juste ça qui pour moi doit être amélioré. Moi une fois je suis arrivée vingt minutes en avance et on m'a pris, déjà à l'accueil on m'a pris en retard ! Donc après je pense que si y a plus de personnel a l'accueil, les sages-femmes vont nous prendre à l'heure, au moins les gens qui vont arriver en avance » (E11)

Toutes trois disent avoir été systématiquement prise en retard en consultations.

« L'attente peut être [...] Oui aux consultations [...] quand on attend la consultation. C'est ça, juste l'attente. C'est vrai que y a beaucoup beaucoup beaucoup de femmes et euh. Bon c'est vrai que quand on vient à dix heures des fois, on passe à midi. Et c'est vrai que en fait, ici, quand on vient, on sait jamais à quelle heure on sort [...] comme y a du monde [...] ça doit être partout ça je pense ? Dans tous les hôpitaux, quand on est plusieurs femmes qui viennent et qui attendent » (E13)

4.8.3. Suivi à deux vitesses

Une femme regrette l'inégalité d'accès aux cours de suivi. Elle n'a pas pu réaliser certaines consultations payantes.

« Pouvoir accéder à tous les trucs qu'une maman qui a les papiers peut accéder, celle qui a une bonne couverture sociale » (E2)

4.8.4. Aides pour les autres enfants

Deux femmes se sont heurtées à des problèmes qui ne concernent pas directement le suivi de la grossesse mais plutôt le quotidien avec leurs enfants. C'est le sujet qui est abordé spontanément par ces femmes au moment de discuter des changements souhaités. Une femme s'inquiète du mode de garde qu'elle peut offrir à son enfant.

« C'est ça le problème, comme on n'a pas les papiers, on n'a pas le droit à la crèche. Sachant que je suis étudiante, comment on fait ? je peux pas travailler non plus pour payer une nounou parce que j'ai pas les papiers pour pouvoir aller à la fac » (E2)

Une autre a des difficultés à scolariser sa fille ainée handicapée.

« je cherche une place à l'école, avec l'assistante sociale du service neurologie, on n'a pas encore trouvé une place à l'école, c'est pas facile » (E4)

4.8.5. Pas besoin de changements

Quatre femmes pensent qu'il n'y a pas besoin de changement.

« Déjà il y a le nécessaire pour les femmes ici » (E9)

Une femme compare les prises en charge des grossesses en France et dans son pays d'origine en Afrique. Selon elle, les femmes sont bien suivies en France.

« Bon moi je pense que, je ne sais pas si c'est parce que je viens de l'Afrique, mais je trouve que tout va bien, je n'ai rien à reprocher » (E5)

4.8.6. Avis sur l'entretien de thèse

Deux femmes sont revenues sur l'entretien que nous étions en train de faire. Elles trouvent le sujet de thèse intéressant et pensent important de pouvoir exposer le point de vue des femmes enceintes. Elles ont apprécié revenir sur leur vécu.

« Et puis l'entretien aussi, que je suis en train de passer avec vous je trouve que c'est vraiment, c'était bien, parce que je sais pas comment vous allez mettre ça en place mais ça peut améliorer les choses, les différents points de vue des femmes enceintes » (E11)

Discussion

1. Synthèse des résultats

La grossesse apparaît comme une période à part dans la vie des femmes et des couples. Les modifications physiques se succèdent. Les plus citées sont les signes sympathiques de grossesse, comme l'asthénie, les nausées et les vomissements. Ils sont plus handicapants pendant le premier et le dernier trimestre et limitent l'activité physique ou le travail. Les autres changements notables sont la prise de poids et l'augmentation du volume du ventre. Durant la grossesse, pour un grand nombre de femmes interrogées, leur santé devient prioritaire. C'est par exemple une occasion de souscrire à une mutuelle.

Dans cette période, des modifications psychiques ont lieu. Différents sentiments se mêlent. Les sentiments positifs évoqués sont la joie, le bonheur et la fierté d'accomplir un acte noble. Les sentiments négatifs sont liés aux craintes et à la remise en question qu'impose la grossesse. Certaines femmes vivent cet épisode de façon neutre. Elles font face à beaucoup de difficultés au quotidien, ce qui fait que la grossesse passe au second plan. Pour d'autres leur état d'esprit est centré sur leur bébé. Il permet parfois de diminuer le sentiment d'isolement qu'elles ressentent.

Pour ce qui est de leur comportement, les femmes peuvent choisir d'être passive dans certaines situations notamment lors du suivi social et des décisions médicales. Parfois cette passivité est subie, comme face à l'administration ou face au milieu médical qui inspire une sorte de respect et d'autorité. Les futures mamans se sentent impuissantes face aux problèmes de santé.

L'entretien s'est longuement attardé sur le vécu de la grossesse. La grossesse influence clairement le quotidien des femmes mais aussi leur moral. Plusieurs facteurs sont impliqués. Le physique est affecté, ainsi que le quotidien.

Pendant la grossesse certaines femmes ont poursuivi leur travail jusqu'au congé maternité. Mais la plupart ont arrêté bien avant le délai officiel. Parfois c'est parce que le poste était trop dur ou inadapté à l'état de grossesse. D'autre fois les femmes rapportent des changements de relations avec leur patron qu'elles attribuent à leur grossesse en évoquant le fait que les patrons n'aiment pas les femmes enceintes. Dans ces circonstances certaines femmes interrogées ont vu leur contrat s'arrêter ou bien se sont vues refuser un emploi. Certaines avaient choisi de ne pas travailler.

Les conditions de logement revêtent une signification importante pendant la grossesse. Il reflète la stabilité et le foyer que l'on veut construire pour son enfant. Beaucoup de situations différentes existent et évoluent au cours de la grossesse. Certaines vivent seules, d'autres en couple ou en famille. Des femmes vivent à l'hôtel, en foyer ou sont locataires de leur logement.

La présence d'un entourage est vue comme positive car aidant. Il apporte un soutien psychologique, une aide financière, une aide matérielle, un hébergement temporaire et peut répondre aux questions que se posent les femmes enceintes. A l'inverse, l'absence d'entourage a pour conséquences un sentiment d'isolement.

Le père n'est pas toujours présent pendant la grossesse. Cette situation peut être bien vécue par la femme ou bien accentuer l'isolement. Lorsqu'il est présent il peut être opposé à la grossesse et demander à sa partenaire de subir une interruption volontaire de grossesse. Ou bien il est impliqué dans la grossesse et a un rôle important pendant la grossesse et l'accouchement. Les femmes interrogées m'ont expliqué comment leur conjoint avait vécu la grossesse. Les craintes concernant l'évolution de la grossesse (problème de santé du bébé, prématurité) sont partagées. Le père a aussi des inquiétudes qui lui sont propres. Il s'inquiète pour la santé de sa compagne et peut avoir peur de ne pas être présent à l'accouchement.

L'investissement dans la grossesse peut être difficile car le fait d'avoir un enfant est abstrait. Certains hommes préparent matériellement le foyer, ce qui leur permet d'être actif et de participer à leur échelle.

Les entretiens se sont déroulés à la maternité, peu de temps après l'accouchement. Les femmes sont donc naturellement revenues sur cet épisode. Lorsqu'il est bien vécu l'accouchement est un moment heureux car il permet la rencontre avec cet enfant tant attendu. Certaines fois il est synonyme de douleur et de prématurité, les femmes regrettent de ne plus sentir leur bébé dans leur ventre. Souvent les femmes ont l'impression de ne pas maîtriser le déroulement de l'accouchement. Les expressions utilisées laissent penser que la naissance est réalisée par les sages-femmes ou les obstétriciens. L'accouchement par césarienne est décrit soit comme un acte chirurgical banal, utile dans certaines circonstances ou alors comme une intervention à éviter, principalement car le post partum est plus difficile. Une des femmes qui a eu une césarienne a dit qu'il ne s'agit pas d'un vrai accouchement, contrairement à un accouchement par voie basse. La durée de l'accouchement a aussi été évoquée. Un accouchement long est synonyme de souffrance et un accouchement rapide est vécu comme un choc. Par ailleurs plusieurs facteurs sont évoqués pour expliquer la réussite de l'accouchement : le soutien du mari, le professionnalisme de l'équipe présente et la chance.

Le vécu du post partum immédiat est grandement influencé par le déroulement de l'accouchement. A la maternité les femmes remarquent l'importance de la communication avec les équipes soignantes. Certaines femmes pensent qu'il y a beaucoup trop d'informations données et que la fatigue de l'accouchement empêche de les assimiler. D'autres regrettent ne pas être associées à la décision de sortie à domicile. Par ailleurs, les femmes trouvent important la prise en charge de la douleur et le soutien psychologique en post partum.

La parité modifie le vécu de la grossesse. Les femmes primipares ont plus de craintes et de questions, elles souhaitent être suivies de façon plus personnelle et ont tendance à solliciter leur entourage pour poser des questions. Les femmes qui ont déjà eu des enfants comparent

leurs grossesses et leurs accouchements. Elles n'assistent pas aux cours de préparation à l'accouchement et disent avoir peu de questions.

A la maternité le bébé est souvent allaité au sein, exclusivement ou complété par des biberons de lait maternisé. Il y a une mauvaise connaissance du rythme alimentaire du bébé allaité, il est souvent calqué sur les repas donnés au biberon de lait en poudre. L'allaitement est vu comme contraignant car obligeant la mère à rester avec son enfant ou à subir un sevrage à la reprise du travail dix semaines après la naissance. La pression sociale est importante concernant l'allaitement, il pousse les femmes à effectuer une tétée d'accueil.

Il est évident que les multiples modifications pendant la grossesse entraînent de nouvelles craintes car la femme se sent plus vulnérable et n'a pas de contrôle sur tous les événements. Les préoccupations les plus fréquentes sont liées à l'évolution de la grossesse et de l'accouchement. La santé est au cœur de tous les tourments, la mort inattendu du nourrisson fait peur, ainsi que la prématurité. De plus, la grossesse fait survenir des souvenirs douloureux et les femmes ayant déjà vécu des grossesses difficiles ont peur que les mêmes problèmes se reproduisent. Pour ce qui est de l'avenir, les femmes craignent parfois de ne pas être à la hauteur ou s'inquiètent de la sécurité de notre société. L'hospitalisation pendant la grossesse est un épisode stressant pour les parents.

Quelques femmes ont estimé ne pas avoir eu de peur particulière, elles se contentent de vivre les événements comme ils viennent, elles essayent de relativiser, de lâcher prise et d'être optimiste. D'autres font preuve de résilience ou de combativité face aux problèmes. Le fait d'être croyant peut aussi aider à mieux accepter les obstacles de la vie. Plusieurs femmes sont actives dans le déroulement de leur grossesse, tentent de maîtriser les choses et anticipent les problèmes. Pour faire face à ses questions, une des femmes observe son entourage pour s'inspirer de leurs expériences.

D'ailleurs, comme nous l'avons déjà vu, l'entourage est très important pendant la grossesse, il est une aide précieuse, tout comme les professionnels de santé. Les femmes

sélectionnent leurs interlocuteurs en fonction des questions qu'elles se posent. Les questions pratiques sont posées aux femmes d'expérience, les problèmes de santé sont vus avec les professionnels de santé ou alors via internet. Les émissions de santé télévisées sont aussi consultées pour s'informer.

D'autres aides sont mises en place pour les femmes enceintes qui en ont besoin. Pour certaines, les aides ont été mises en place avant la grossesse, d'autres les ont demandées en cours de grossesse, d'autres encore n'y ont pas le droit. Certaines n'ont pas eu besoin d'aide sociale. Le 115 et les proches ont été sollicités pour trouver un logement. Le matériel de puériculture a parfois été fourni par l'entourage, le foyer ou l'hôpital. Psychologiquement les femmes ont eu recours à des consultations avec des psychologues ou des psychiatres présents à la maternité. La prise en charge financière du suivi de grossesse est totale à partir du sixième mois de grossesse. Avant, l'AME, la CMUc, la mutuelle et les consultations PASS sont utilisées par des femmes. Le problème se pose pour les femmes ne bénéficiant pas de ces aides. Elles ont utilisé leurs économies ou l'aide de leurs proches. Pour leurs revenus, les femmes qui ne travaillent pas comptent sur l'aide du RSA, les allocations de la CAF ou les indemnités journalières du congé maternité. Des associations d'aides alimentaires fournissent des repas aux femmes nécessiteuses. Le jour de l'accouchement une femme a demandé l'aide des pompiers pour le transport.

Pendant leur grossesse certaines femmes ont réussi à prendre du temps pour elles pour se faire plaisir, parfois en faisant de l'activité physique comme la marche ou la natation. D'autres femmes mettent en lien le fait de se faire plaisir et le shopping. La société de consommation est omniprésente.

Certaines femmes aiment se reposer, d'autres préfèrent travailler. Le quotidien est source de multiples plaisirs comme les sorties, les vacances, avec la famille ou les amis. La plupart des activités de bien-être est centrée sur l'état de grossesse.

Il y a aussi des femmes qui n'ont pas pris soin d'elles, par faute de temps ou de revenus.

La majorité des femmes interrogées ont eu un suivi uniquement hospitalier. Parmi les avantages relevés il y avait le fait que les professionnels sont compétents, la structure a une bonne réputation, la prise en charge est multidisciplinaire. La fréquence mensuelle modulable en fonction des besoins est aussi appréciée. Quand le service des urgences a été fréquenté, les femmes disent avoir été bien accueillies et que cela est un mode d'entrée dans la prise en charge par la maternité. Quand leur inscription est acceptée, les femmes se sentent privilégiées. L'inscription est facile à faire et les rendez vous sont faciles à honorer.

Pour ce qui est des inconvénients, le fait de rencontrer un professionnel différent à chaque consultation est parfois mal vécu. La communication est aussi critiquée, tout comme le manque de réassurance face aux problèmes de santé. La structure hospitalière prend parfois le pas sur l'individu, les femmes ne connaissent pas le nom des professionnels qui les suivent. Pour certaines l'inscription a été difficile par manque de place à la maternité. Les femmes subissent des retards lors des rendez vous et l'accueil est parfois mal organisé. En effet le temps passé à l'hôpital est beaucoup trop long. Une autre critique concerne les cours de préparation à l'accouchement qui sont trop théoriques, pas assez personnalisés ou payants. Pendant le post partum, la durée d'hospitalisation semble trop courte et la sortie est imposée.

Quelques femmes ont été initialement suivies en ville. Un des avantages cité est la relation de confiance qui peut se créer dans cet environnement détendu. La proximité géographique est aussi importante tout comme la disponibilité des professionnels pour répondre aux questions. Le lien avec l'hôpital est facile et rapide. L'inconvénient évoqué est le fait que cela multiplie les intervenants.

La maternité est sélectionnée selon plusieurs critères. La proximité géographique, la réputation de la structure et le faible taux de césarienne sont pris en compte.

Les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité sont parfois suivis. C'est un moyen de se recentrer sur sa grossesse et parfois de se faire plaisir. Les sujets abordés sont variés. Aucune des femmes interrogées n'a réalisé d'Entretien Prénatal Précoce, elles ne connaissent pas l'existence de cette séance.

2. Comparaison avec la littérature

2.1. Les éléments communs entre notre travail et les articles consultés

En ce qui concerne les sentiments ressentis pendant la grossesse, une étude gambienne s'intéresse à la dualité des sentiments des femmes enceintes qui associe la joie et la tristesse, tout comme l'explique une des femmes interrogée (27). Le ressenti des femmes enceintes est aussi décrit dans une étude prospective réalisée en 1992. Les sentiments positifs sont la fierté, le fait d'être excité et heureux. Les sentiments négatifs sont l'anxiété, le fait d'être nerveux et effrayé. Des sentiments positifs sont souvent retrouvés lorsqu'il y a un bon vécu de l'accouchement et les sentiments négatifs sont liés aux craintes de ne pas savoir s'occuper de son nouveau né (28). De même dans l'étude gambienne, les craintes relevées concernent les complications de l'accouchement et du post partum. Nous avons effectivement constaté dans ce travail que les craintes pendant la grossesse sont très variées, de même que les difficultés rencontrées. Dans son étude qualitative, Sawyer retrouve que les problèmes de ces femmes sont d'ordre financier ou relationnel par le manque de soutiens du père (27). Le coût du suivi est un facteur important dans le déroulement de la grossesse. Kihara et al montre dans son étude réalisée au Kenya qu'en distribuant des bons de gratuité de prise en charge des soins médicaux, il y a un bénéfice sur la grossesse (29). C'est ce que l'on retrouve en France avec les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les Protections Maternelles et Infantiles (PMI) et les Centres Municipaux de Santé (CMS).

Pour revenir sur la place du père, une étude réalisée en Grande-Bretagne sur les différents soutiens dont disposent les femmes en pré natal, souligne l'importance d'inclure le père (15). Moreau A. avance même que les bouleversements psychiques éprouvés par la femme enceinte sont semblables chez le père (14). Nous avons en effet vu que les craintes pendant la grossesse sont partagées. Dans son étude Deave cite aussi les femmes de l'entourage ainsi que

les groupes de préparation prénataux comme aides (15). Les femmes à faibles revenus d'origine mexicaine vivant aux Etats-Unis ont aussi été interrogées sur leurs attentes. Elles disent avoir besoin du soutien de leur conjoint et de leur famille dans leur rôle de maman (30). Cette information est retrouvée dans l'étude de Benn C. qui a aussi identifié les sources d'informations des femmes enceintes. Les informations factuelles sont données par les médecins et les spécialistes. Les sages femmes ont un rôle de soutien, de réconfort et d'information (31). Une étude réalisée en Arabie Saoudite sur les soins primaires pendant la grossesse montre que les femmes considèrent comme primordiale l'éducation et l'information pendant cette période (32). Les sources d'informations des femmes enceintes ont aussi été étudiées en Australie. Les sages-femmes sont les plus sollicitées, vient ensuite internet, puis les groupes de préparation à l'accouchement (33). En Allemagne, les sources d'informations utilisées sont les livres, les pédiatres, les sages-femmes et les gynécologues (34). Internet ne fait pas parti des ressources citées, on peut supposer que c'est parce que l'étude a été réalisée avec les dossiers de 1997, internet était donc moins développé. Cette étude retrouve une nécessité de développer des programmes personnalisés en fonction des besoins des femmes enceintes. C'est une idée qui ressort aussi du focus groupe réalisé par Louise Dumas sur l'avis des professionnels de santé et des parents sur l'éducation en prénatal (35). De même, lors d'une étude qualitative sur les attentes face au système de soin des femmes noires à faibles revenus habitant aux Etats-Unis, il s'avère que, dans un « système parfait », les femmes souhaitent une continuité des soins, des consultations personnalisées et être respectées par les professionnels de santé (36). Tous ces résultats s'accordent à dire que le soutien psychologique est primordial dans le vécu des femmes enceintes, comme le montre Sapountzi-Krepia dans son étude (37). En ce qui concerne le comportement des femmes enceintes, une étude américaine a décrit qu'elles apprécient pouvoir être dans le contrôle de leur grossesse et de leur accouchement (38), ce qui conforte nos résultats.

Un des derniers thèmes retrouvés dans les entretiens est le choix de la maternité. Dans une étude allemande, le choix de la maternité est expliqué par la réputation des gynécologues, la

politique de l'hôpital envers l'allaitement et le cododo, la présence d'un service de néonatalogie, le respect du contact entre le bébé et la maman à la naissance et la présence d'un personnel reposé (34).

2.2. Ce qui existe dans les articles consultés, que nous n'avons pas retrouvé

En ce qui concerne les thèmes importants pour les femmes enceintes, certains retrouvés dans la littérature n'ont pas été cités durant nos entretiens. Par exemple, une étude gambienne met en avant la transition à l'âge adulte, les positions des enfants de la fratrie les uns par rapport aux autres et l'importance des enfants dans la vie des adultes (27).

L'influence de la culture sur la grossesse est retrouvée dans les études étrangères. Au Japon, les femmes immigrées venant du Brésil ont fait l'objet d'une étude sur le système de soin pendant la grossesse. Dans cette étude les femmes relèvent une différence de normes de la santé en fonction du pays, comme par exemple la prise de poids (39). Dans une étude qualitative interrogeant des femmes enceintes taïwanaises, il s'avère que les facteurs culturels et les problèmes d'image corporelle sont importants pendant la grossesse des femmes vivant dans un environnement urbain moderne mais ayant une culture traditionnelle (40). C'est ainsi que l'on retrouve dans une étude anglaise qui s'intéresse au point de vue des sages femmes face aux inégalités sociales de santé des femmes noires vivants en Grande-Bretagne, l'importance de développer l'éducation culturelle des professionnels de santé car ils sont confrontés à différentes cultures. Il en ressort aussi que les services de traduction ont une place très importante à l'hôpital (21).

Pour ce qui est du système de soins, une revue de la littérature anglaise montre l'importance de l'accès aux soins et la continuité des soins (20). Une étude américaine décrit que les femmes interrogées préfèrent le suivi avec les sages-femmes plutôt qu'avec les obstétriciens (38), alors que dans notre étude les femmes portent moins d'importance au statut du professionnel soignant. Sigurdardottir a réalisé une cohorte longitudinale qui montre une

corrélation entre le rôle de soutien des sages-femmes pendant la grossesse et à la naissance avec la perception des femmes de l'expérience de la naissance (41).

2.3. Originalité du travail

Quelques notions inédites sont retrouvées dans notre étude. Par exemple, les femmes montrent un intérêt pour leur santé plus importante pendant la grossesse. Cela peut être important de développer la prévention pour la santé des femmes pendant cette période. C'est un moment où les consultations médicales sont nombreuses, et cela peut être une période pour acquérir des habitudes sanitaires qui resteront tout le long de la vie.

En ce qui concerne les ressentis évoqués, l'arrivée d'un enfant permet de diminuer le sentiment d'isolement. Parmi les craintes, il y a la peur de la mort inattendue du nourrisson et la peur du monde dans lequel nous vivons. En effet, les attentats perpétrés récemment ne font qu'accroître le sentiment de peur de l'avenir.

Le travail pendant la grossesse a aussi été longuement discuté. Ce qui ressort de ces entretiens est la difficulté de travailler pendant la grossesse. Les femmes qui ont un emploi ont souvent arrêté précocement pour de nombreuses raisons, quelques fois car le travail est trop pénible physiquement, d'autre fois parce que le poste n'est pas adapté à la grossesse et peut être dangereux. Certaines femmes ont même ressenti une discrimination à l'emploi ou à l'embauche lors de leur grossesse. On peut donc voir que les conditions de travail sont très importantes à connaître pour les professionnels qui suivent les grossesses car il peut influencer le vécu de cette période.

Une autre problématique non retrouvée dans les articles consultés est l'importance du logement pendant la grossesse. En effet, les femmes interrogées sont dans des situations sociales parfois précaires avec un logement instable. Elles peuvent être hébergées chez des amis ou de la famille, être en foyer, ou alors vivre à l'hôtel. Le logement est le reflet du foyer

que les femmes veulent construire pour leur enfant, cela fait référence à une certaine stabilité de l'environnement.

Peu d'études s'intéressent au vécu du père pendant la grossesse. Ici, nous avons pu voir que le père partage les craintes de sa compagne mais qu'il a aussi des inquiétudes qui lui sont propres. De même on a vu que l'investissement dans la grossesse peut être difficile car il ne subit pas de modifications physiques, donc le fait d'attendre un enfant peut être un peu abstrait et certains hommes ont besoin du contact physique avec le bébé à la naissance pour prendre pleinement conscience de leur rôle de père. Pour ce qui est de l'accouchement, les facteurs de réussite décrits ici sont le soutien du mari, le professionnalisme de l'équipe et le facteur chance. Il est donc primordial d'inclure le père lorsqu'il est présent, que ce soit lors des consultations de suivi mais aussi lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ce qui est intéressant de noter également est que malgré la mise en place en 2005 de l'Entretien Périnatal Précoce, aucune des femmes interrogées n'en a bénéficié, et aucune ne sait ce que c'est. Ces entretiens n'ont pas été proposés durant leur parcours.

Pour ce qui est du post partum, les nouvelles informations recueillies durant les entretiens ont permis de montrer qu'il y a beaucoup trop d'informations délivrées à la maternité. Les femmes sont fatiguées et viennent de subir une épreuve autant physique que psychologique et ont du mal à retenir tout ce qui leur est dit. Ce que les femmes apprécient en post partum est la prise en charge de la douleur et le soutien psychologique apporté par les professionnels, soutien qui pourrait être développé d'avantage d'après les plaintes de certaines femmes. Les femmes regrettent aussi la courte durée du séjour en maternité et le fait de ne pas être associée à la décision de sortie à domicile.

Un autre point intéressant sur le vécu de la grossesse est le fait que la parité influence la manière de vivre la grossesse. En effet, les femmes primipares ont plus de craintes et elles ont besoin d'un suivi plus personnalisé. Elles ont besoin qu'on les informe et qu'on réponde à leurs questions qui peuvent être très nombreuses. Les femmes multipares ont des craintes qui

sont liées au vécu de leurs précédentes grossesses et en ce qui concerne le suivi, elles n'assistent pas aux cours de préparation à l'accouchement.

Pendant leur grossesse, certaines femmes ont mal vécu le fait de voir un professionnel différent à chaque consultation. Elles ne connaissent pas le nom des sages-femmes ou des médecins rencontrés et ont du mal à tisser une relation de confiance avec eux. Au contraire, d'autres n'ont pas trouvé cela gênant. Plusieurs femmes critiquent l'organisation des consultations au sein de la maternité et se plaignent des retards et des rendez vous qui se succèdent, les poussant à rester toute la journée à l'hôpital, ce qui entraîne de la fatigue. Une des particularités de l'Ile-de-France est le fait de pouvoir choisir sa maternité. Lorsque leur inscription est acceptée les femmes se sentent privilégiées. Cependant plusieurs femmes essuient des refus et l'argument du manque de place dans la maternité est souvent évoqué. Lors du choix de la maternité, un des critères non retrouvé dans les articles étudiés est le taux de césarienne.

3. Forces et limites de l'étude

Le bien-être des femmes enceintes a été étudié dans de nombreux pays mais à notre connaissance, il existe très peu d'études sur le vécu des femmes enceintes socialement vulnérables en France. Le choix de la méthode a été adapté au sujet. En effet, la méthode qualitative a permis d'analyser les représentations, les idées, le vécu et les attentes des femmes. Cette méthode peut comporter plusieurs biais. Tout d'abord les entretiens ont été réalisés par une étudiante novice, un manque d'expérience peut être critiqué. De plus, lors des premiers entretiens la présentation en tant qu'étudiante en médecine a pu orienter la discussion sur les problématiques médicales, occultant le versant social du vécu de la grossesse. Cela a rapidement été modifié.

L'échantillon obtenu était varié en termes d'origines géographiques, de modes de vie et de parité. Le nombre de femmes interrogées était relativement faible mais les entretiens ont été

poursuivis jusqu'à saturation des données. Un des critères d'inclusion était l'absence de travail, mais cela pouvait aussi être volontaire de la part des femmes et cela ne correspondait pas forcément à un critère de vulnérabilité sociale. En ce qui concerne le lieu de recrutement, il a donné lieu à quelques difficultés. En effet, les entretiens ont été réalisés en maternité de niveau 3, ce qui peut sélectionner des femmes aux grossesses compliquées et orienter les réponses sur le côté médical de la grossesse. De plus, lors d'un accouchement en maternité de niveau 3, le suivi de la grossesse est réalisé presque exclusivement à l'hôpital et les problématiques rencontrées lors d'un suivi en ville ont été peu développées. De même, en suite de couche les entretiens ont pu être hachés par les aller venues des soignants ou de la famille de la jeune maman. De plus, le but de l'entretien était de revenir sur l'ensemble de la grossesse qui venait de s'achever, il pouvait exister un biais de mémorisation surtout après l'accouchement qui est un évènement fatigant ou au contraire euphorisant. De même, les femmes étaient bien souvent revenues sur le déroulement de leur accouchement, ce qui ne faisait pas parti du guide d'entretien. En ce qui concerne le contenu des entretiens, certaines questions n'étaient pas comprises et en les expliquant j'ai pu involontairement influencer les réponses. Cependant pour y remédier, le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure du codage, selon la méthodologie de la théorie ancrée.

Un biais d'interprétation ne peut pas être exclu mais pour l'éviter plusieurs entretiens ont été codés par différentes personnes, nous avons ainsi pu réaliser une triangulation des données.

Conclusion

Cette étude s'intéresse au vécu des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale. Ces femmes méritent une attention toute particulière. La précarité est un facteur de morbi-mortalité et on peut intervenir pour diminuer les risques.

Notre travail a permis de mettre en évidence quelques points essentiels spécifiques à la situation des femmes socialement vulnérables :

- Lorsqu'elles travaillent les femmes ont plus souvent un emploi pénible, il est donc difficilement compatible avec la grossesse.
- Celles qui ne travaillent pas, ont en plus des conséquences financières, un sentiment d'isolement social.
- Les professionnels qui suivent les grossesses doivent interroger les conditions de travail de ces femmes.
- Le logement est aussi un élément majeur de la situation précaire dans laquelle se trouve certaines femmes. Il est important d'améliorer l'accès à un logement décent pendant cette période.
- Le coût du suivi médical en début de grossesse pose problème pour un certain nombre de femmes n'ayant pas de prise en charge type CMUc et AME. La prise en charge à 100% devrait être effective dès le début de grossesse.
- Les femmes interrogées ont développé une incroyable force de caractère pour faire face à leurs difficultés.
- Parmi elles, certaines n'ont pas pu prendre le temps et /ou n'ont pas pu avoir les moyens de prendre soin d'elles. D'autres se sont fait plaisir via une activité physique ou à des achats en lien avec la grossesse.

Nous avons pu retrouver des idées décrites dans la littérature étrangère, comme les modifications physiques handicapantes liées aux signes sympathiques de grossesse, les

modifications psychologiques avec l'association tout le long de la grossesse de sentiments positifs et négatifs. Ce qui revient souvent est le comportement des femmes, à la fois impuissantes devant les problèmes de santé et passives devant le corps médical. Les femmes ont confirmé que la présence d'un entourage est un facteur positif du vécu de la grossesse.

Concernant la prise en charge médicale, aucune différence liée à l'origine sociale n'est à noter à la maternité en raison de la prise en charge à 100% des consultations à partir du sixième mois de grossesse. Les femmes ont un ressenti différent concernant le nombre de professionnels rencontrés pendant la grossesse. En effet, certaines ont mal vécu la succession de personnes différentes à chaque consultation, d'autres n'ont pas été gênée par cette instabilité. Les cours de préparation ne sont pas toujours suivis, surtout pour les femmes multipares. Lorsque les femmes y participent, elles apprécient beaucoup leur contenu et les informations données qui diminuent leurs craintes sur la grossesse et l'accouchement.

D'autres études sont intéressantes à mener sur cette période de la vie des couples afin de connaître le point de vue du père et son vécu. En effet, quand il est présent, il fait partie de cette aventure mais sans forcément assister à tout le suivi de la grossesse. Il manque donc peut être d'informations ou de soutien nécessaire pendant cette période. Nous savons que la présence du père est un facteur positif pour le vécu de la grossesse, pendant l'accouchement et probablement aussi pendant le post partum.

L'entretien prénatal précoce a aussi pour objectif d'inclure le père dans ces consultations de suivi. Dans notre étude, les femmes que nous avons interrogées n'ont pas eu accès à cet entretien. Cet outil doit être développé.

Les femmes rencontrées ont sollicité un suivi plus personnalisé des consultations de la grossesse, des cours de préparation à l'accouchement et un suivi psychologique notamment lors du post partum. Il est intéressant de noter que pour ces femmes la sortie de la maternité est trop précoce.

Les connaissances sur l'allaitement sont insuffisantes. Il s'agit d'un enjeu de santé publique et il serait bien de développer la transmission d'informations sur ce sujet pendant la grossesse et en post partum.

L'analyse des entretiens nous révèle l'importance du travail en réseaux, plusieurs disciplines sont parties prenantes et essentielles dans le suivi de ces femmes, de nombreux professionnels peuvent aider les femmes à mieux vivre leur grossesse. Parmi eux, les psychologues, les psychiatres, les assistantes sociales. L'organisation de consultations gratuites avec des examens complémentaires pouvant être réalisés gratuitement en début de grossesse favorisent un bon suivi de grossesse. Les associations de soutien lorsque les femmes sont isolées socialement aident en fournissant des aides matérielles comme le matériel de puériculture et les repas, ce qui permet à ces femmes de mieux vivre la grossesse.

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec, M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants INSERM-U.953, Paris; 2011 Mai.
2. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/vuln%C3%A9rable>.
3. Caroline Scoazec. Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université Paris Descartes. Gynécologie et obstétrique. 2011. <dumas-00633666>
4. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Santé, soins et protection sociale en 2004. Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2006 Jan p. 212. Report No.: 1621.
5. Mahieu-Caputo D. Pregnancy and social vulnerability: the need for specific care. *Gynecol Obstet Fertil*. 2010 Feb;38(2):83–91.
6. Depret M-H, Ancelot L. Santé et grande précarité: une analyse empirique d'un dispositif d'accompagnement des femmes enceintes, Paris, France. 2013 Oct; 61(S4):207.
7. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005 Feb;34(1 Pt 1):23–32.
8. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. 2007 Jun;42(2):73–82.
9. Lejeune C. Précarité et prématurité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. Elsevier. 2008 Décembre;344–8.
10. Convers M. Utilisation du score Epices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La revue de Sage Femme*. 2010 février;9(1):3–9.
11. Jesse DE. Prenatal psychosocial needs: differences between a TennCare group and a privately insured group in Appalachia. *J Health Care Poor Underserved*. 2003 Nov;14(4):535–49.

12. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015 Apr;63(2):85–95.
13. Lagadec N. Qualité de vie et bien-être des femmes enceintes: Revue de la littérature Thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine diplôme d'état. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2015.
14. Moreau A. De l'homme au père: un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce; *Eres*. 2001 Feb;dialogue 152(152):128.
15. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 Jul 29;8:30.
16. Capponi I, Carquillat P, Premberg Å, Vendittelli F, Guittier M-J. Translation and validation in French of the First-Time Father Questionnaire. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016 Sep;44(9):480–6.
17. Moulin J-J, Sass C, Labbe E, Gerbaud L. Le score EPICES: l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Saint-Etienne: centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé; 2005 Jan p. française.
18. Cadwallader JS, Cartier T, Charissou A, Cheymol C, Chauvin P, Denantes M, et al. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? Groupe de travail universitaire et professionnel; 2014 Jan.
19. =Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA. Plan "Périnatalité" 2005-2007: humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: Ministère chargé de la santé; 2004 p. 42p.
20. Balaam M-C, Akerjordet K, Lyberg A, Kaiser B, Schoening E, Fredriksen A-M, et al. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*. 2013 Sep;69(9):1919–30.
21. Aquino MRJV, Edge D, Smith DM. Pregnancy as an ideal time for intervention to address the complex needs of black and minority ethnic women: views of British midwives. *Midwifery*. 2015 Mar;31(3):373–9.

22. Lethu Abtey C. La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post partum. Université de Nantes; 2008. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00347470/document>
23. Capgras-Baberon D, Lefevre-Penel A, Perié M-A. Logique et antilogique de l'entretien prénatal précoce: prendre soin d'un "utérus sur pattes" ou de la "parentalité naissante"? *Vocation Sage-femme*. 2013 Mar;12(101):10–4.
24. Robert H, Rouget F. Evaluation de l'entretien prénatal "dit du 4ème mois" en Ile et Vilaine. Du 15 septembre au 12 décembre 2008. CHU, 2 rue de l'Hôtel-Dieu CS 26419. 35064 Rennes Cedex: Réseau périnatal Bien naître en Ile de France; 2009 p. 17.
25. Ibanez G. Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant. Thèse de doctorat de santé publique. Pierre et Marie Curie; 2014.
26. <https://www.litteratie-sante.com/>.
27. Sawyer A, Ayers S, Smith H, Sidibeh L, Nyan O, Dale J. Women's experiences of pregnancy, childbirth, and the postnatal period in The Gambia: a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2011 Sep;16(3):528–41.
28. Wallach HR, Matlin MW. College women's expectations about pregnancy, childbirth, and infant care: a prospective study. *Birth Berkeley Calif*. 1992 Dec;19(4):202–7.
29. Kihara A-B, Harries AD, Bissell K, Kizito W, Van Den Berg R, Mueke S, et al. Antenatal care and pregnancy outcomes in a safe motherhood health voucher system in rural Kenya, 2007-2013. *Public Health Action*. 2015 Mar 21;5(1):23–9.
30. Gress-Smith JL, Roubinov DS, Tanaka R, Cmic K, Cirnic K, Gonzales N, et al. Prenatal expectations in Mexican American women: development of a culturally sensitive measure. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Aug;16(4):303–14.
31. Benn C, Budge RC, White GE. Women planning and experiencing pregnancy and childbirth: information needs and sources. *Nurs Prax N Z Inc*. 1999 Nov;14(3):4–15.
32. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Health education needs for pregnancy: a study among women attending primary health centers. *J Fam Community Med*. 2003 Jan;10(1):31–8.
33. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 2014 Jan;30(1):e26-33.

34. Bergmann RL, Kamtsiuris P, Bergmann KE, Huber M, Dudenhausen JW. Competent parenting: expectations of young parents of counseling on pregnancy and labor. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2000 Apr;204(2):60–7.
35. Dumas L. Focus groups to reveal parents' needs for prenatal education. *J Perinat Educ.* 2002;11(3):1–9.
36. Tucker Edmonds B, Mogul M, Shea JA. Understanding low-income African American women's expectations, preferences, and priorities in prenatal care. *Fam Community Health.* 2015 Jun;38(2):149–57.
37. Sapountzi-Krepia D, Tsaloglidou A, Psychogiou M, Lazaridou C, Julkunen KV. Mothers' experiences of pregnancy, labour and childbirth: a qualitative study in Northern Greece. *Int J Nurs Pract.* 2011 Dec;17(6):583–90.
38. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery.* 2012 Feb;28(1):39–44.
39. Uemura N, Martinez M, Hatashita H. Healthcare and daily needs of expectant Brazilian women residing in Japan. Analysis of fieldwork conducted during prenatal examinations and home visits. *Nihon Koshu Eisei Zasshi Jpn J Public Health.* 2012 Oct;59(10):762–70.
40. Chang S-R, Kenney NJ, Chao Y-MY. Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2010 Jan;47(1):60–6.
41. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* 2017 May 3;

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CMS : Centre Municipale de Santé

CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire

EPP : Entretien Prénatal Précoce

Ex : Entretien n°x

HAS : Haute Autorité de Santé

ISS : Inégalité Sociale de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

UMS : Unité Minimales de Significations

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

- Racontez-moi comment s'est passé votre grossesse.
 - o Physiquement ?
 - o Moralement ?
 - o A la maison ?
 - o Avec votre entourage ?
 - o Pour les repas ?
 - o Vous travaillez ? comment ça s'est passé au travail ?
 - o Financièrement ? vous avez eu des aides ? (financières/ménages/garde d'enfant/courses)

 - o Comment s'est passé le suivi des trois premiers mois ?
 - o Pourquoi vous êtes-vous orienté vers ... pour le suivi de grossesse ?
 - o Pouvez-vous me décrire les relations que vous avez eues avec les différents professionnels de santé qui vous ont suivi pendant cette grossesse ?
 - o Comment les professionnels communiquaient entre eux sur votre situation ?

 - o Comment vous êtes-vous préparée à devenir maman ?
 - o Comment la grossesse a changé votre quotidien ?
 - o Comment avez-vous vécu votre/ vos accouchements/ grossesses précédent(e)s ?
 - o Qu'avez-vous fait pendant la grossesse pour vous faire du bien ? (activités ? sport ? cours de préparation ? rencontres ?)
 - o Quelle place à eu le papa pendant cette grossesse ? pendant le suivi ?

- Avez-vous bénéficié de l'entretien pré natal précoce ? (c'est l'entretien du quatrième mois, une consultation plus longue pour parler des attentes ou des préoccupations du couple, qui dure environ 45 minutes sans vous examiner).
 - o Si oui : comment ça s'est passé ? quelles ont été les suites ?
 - o Si non : que pensez-vous de l'existence de cet entretien ?

- Quelles difficultés avez-vous eu pendant votre grossesse ?
 - o Matérielles ?
 - o Santé ?
 - o Relationnelles ? (couple, entourage, professionnels)
 - o Au travail ?
 - o S'inscrire à la maternité ?
 - o Suivi de début de grossesse ?
 - o Réaliser ou payer examen médicaux ? consultations médicales ?
 - o De quoi avez-vous le plus manqué pendant votre grossesse ?

 - o Quelles solutions avez-vous trouvé ?
 - o Où avez-vous trouvé les solutions ?

- A qui avez-vous demandé de l'aide ?
 - Qui vous a aidé ?
 - Comment souhaitiez-vous être aidé pendant votre grossesse ?
 - A qui avez-vous parlé de vos soucis ? de votre moral ? de votre bien être ?
- Qu'est-ce que vous auriez aimé avoir pour que cette grossesse se passe mieux ?
Comment est-ce que vous auriez pu vivre mieux votre grossesse ?
- Vous avez eu le suivi de grossesse habituel que l'on propose en France. Si vous pouviez choisir, qu'est-ce que vous auriez aimé de différent ?
 - Qu'est-ce que vous auriez aimé comme suivi de grossesse ?
 - Qu'attendez-vous de plus des médecins ? généralistes ? sage-femme ?
 - En général, que pourrait-on mettre en place pour améliorer la santé des femmes ? que pensez-vous qui pourrait être modifié, ajouté ou supprimé ?

Annexe 2 : Caractéristiques des femmes interrogées

		age	GxPx	Accouch	terme	poids naissance	pays d'origine	Sécurité sociale	travail	Situation familiale	Lecture français	maternité	présence père	
F1	E1	38	G5P4	AVB	38+6	3765	cote ivoire	S+M	oui	séparation e	non	RD	non	
F2	E2	22	G1P1	cés U	39+4	3410	mali	AME	etudes	couple	oui	RD	oui	
F3	E3	26	G1P1	AVB	39+3	2985	guinée	CMU	non	mari au pays	non	RD	non	
F4		42	G2P2	AVB	34+0	2170-1400	maroc	CMU	non	couple	oui	RD	oui	refus
F5	E4	32	G3P2	AVB	39+3	3355	algérie	CMU	non	couple hotel	oui	RD	non	
F6	E5	29	G1P1	AVB		3400	congo	AME	non	seule	non	CHIM	non	
F7		32	G4P3	AVB		2975	maroc	CMU	non	couple	oui	CHIM	non	refus
F8	E6	33	G4P1	AVB		2780	madagascar	CMU	oui	couple hébé	oui	CHIM	non	
F9		26	G1P1	AVB		3480	inde	AME	oui	couple	non	CHIM	non	refus
F10		43	G4P4	AVB		3940	algerie	AME	non	couple hebe	oui	CHIM	non	refus
F11	E7	39	G3P2	AVB		2795	Portugal	S+M	non	couple	oui	CHIM	non	
F12		30	G3P3	AVB		3305	inde	CMU	non	couple	non	CHIM	non	refus
F13		37	G8P7	AVB		3975	mali	S+M	non	couple	oui	CHIM	non	refus
F14	E8	35	G2P1	ces U	41+6	3990	turquie	S+M	oui	couple hébe	oui	RD	non	
F15	E9	27	G2P2	AVB	39+3	2980	algérie	S+M	non	couple	oui	RD	non	
F16		33	G2P2	AVB	38+4	3625	maroc	CMU	non	couple	non	RD	non	refus
F17	E10	29	G3P3	AVB	41+0	3990	italie	S+M	non	couple	oui	RD	non	
F18	E11	26	G2P1	AVB	39+6	2985	mali	CMU	non	seule	oui	RD	non	
F19	E12	24	G1P1	AVB	40+2	3590	maroc	CMU	non	seule foyer	oui	RD	non	
F20		39	G6P5	AVB	37+1	2615	mali	CMU	non	couple	non	RD	non	refus
F21		19	G1P1	AVB	40+5	3570	roumanie	AME	non	couple	non	RD	oui	refus
F22	E13	28	G1P1	AVB	41+1	3300	algérie	S+M	non	couple	oui	RD	non	
F23		34	G8P6	cesa U	35+4	2670+2635	france	S+M	non	seule	oui	RD	non	refus
F24	E14	35	G1P1	AVB	41+4	3120	france	S+M	oui	seule	oui	RD	non	
F25	E15	19	G2P1	AVB	35+2	2300	france	S+M	non	couple	oui	RD	non	
F26	E16	27	G2P1	césa U	37+5	3440	mali	S+M	non	seule	oui	RD	non	

Accoucht : Accouchement

AME : Aide Médicale d'état

AVB : Accouchement par voie basse

Cesa U : Césarienne en urgence

CHIM : Centre hospitalier intercommunal de Montreuil

CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire

E : Entretien

F : Femme

GxPx : Gestité Parité

RD : Maternité Robert Debré

S+M : Sécurité sociale et mutuelle

Annexe 3 : Objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité (préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles HAS. Novembre 2005)

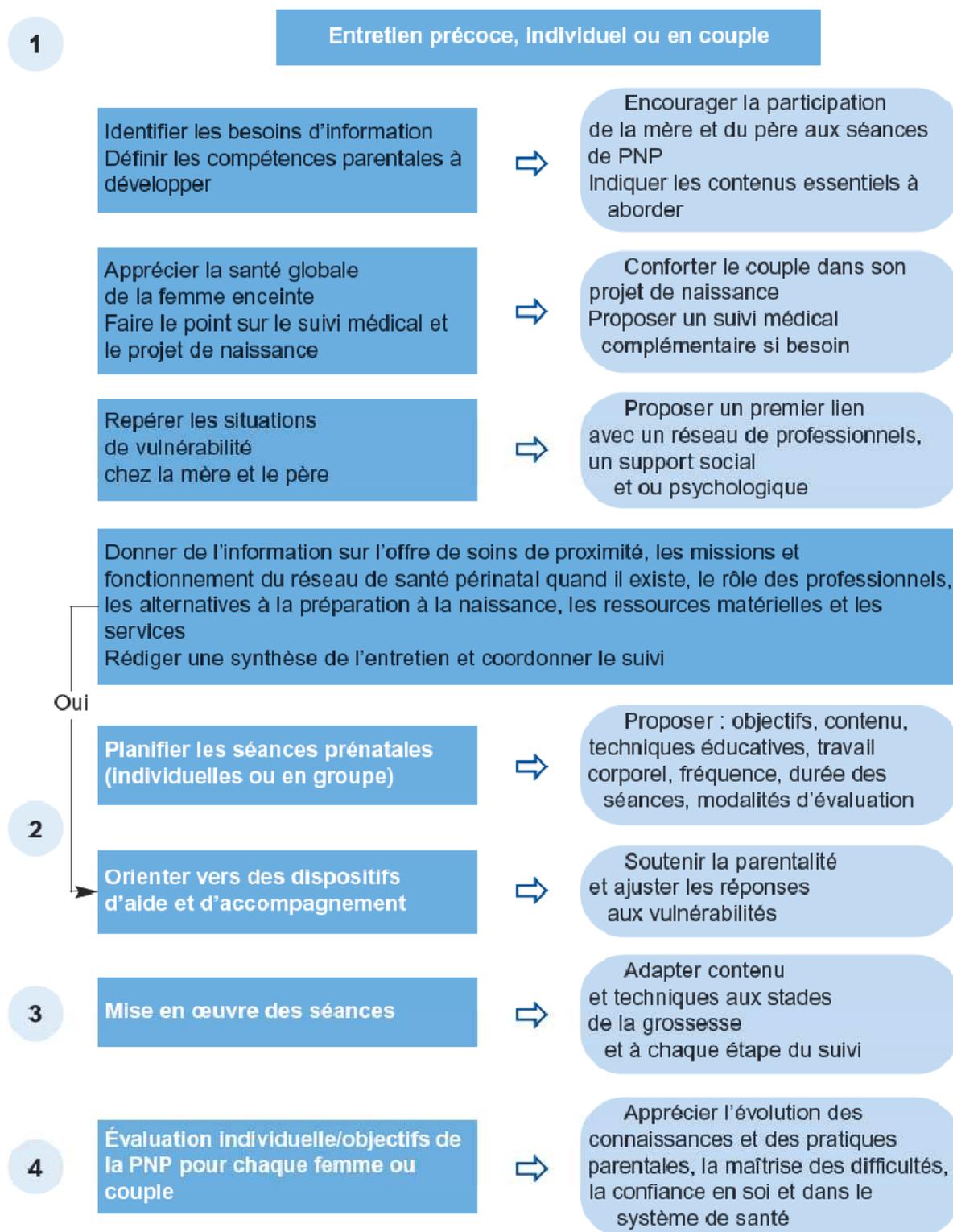


Figure 1. Étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité

Annexe 4 : Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité (Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles HAS. Novembre 2005)

► Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

► Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
 - *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
 - *La violence domestique*, en particulier conjugale.
 - *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
 - *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
 - *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
 - *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
 - *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
 - *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
 - *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
 - *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
 - *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.
-

Quelles sont les attentes des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale vis-à-vis des professionnels de santé ?

Résumé

INTRODUCTION : La précarité et la pauvreté entraînent un suivi médiocre des grossesses et augmentent la fréquence des pathologies périnatales. L'objectif de notre travail est d'étudier les attentes et les difficultés des femmes enceintes en situation de vulnérabilité pour faciliter leur suivi.

METHODE : Seize femmes ont participé à cette étude qualitative. Elles ont été sélectionnées selon quatre critères d'inclusions (pas de travail, seules, bénéficiant de la CMUc ou de l'AME, ne comprenant pas bien le langage Français écrit), en suite de couche de deux maternités de niveau trois.

RESULTATS : Les principales difficultés rencontrées concernent le travail qui est souvent incompatible avec la grossesse ou l'absence de travail qui associe isolement social et difficultés financières. Le coût des examens médicaux de début de grossesse est aussi un problème car la prise en charge à 100% n'est qu'à partir du sixième mois. Les femmes n'ont pas toujours accès à un logement stable et décent. Pour faire face à leurs difficultés, les femmes ont développé une grande force de caractère. Beaucoup n'ont pas pris soin d'elles par manque de temps ou d'argent. D'autres associent le bien-être à une activité physique ou à la société de consommation.

CONCLUSION : Connaitre les conditions de vie des femmes enceintes permet de les orienter vers les professionnels compétents en fonction de leurs besoins. L'EPP est un bon outil pour cela. Le projet « Bien-Etre » vise à améliorer le repérage de ces vulnérabilités.

MOTS CLES : médecine générale, grossesse, pauvreté, entretien prénatal précoce, coopération médicale.

What are the expectations of pregnant women in situations of social vulnerability to health professionals?

Summary

BACKGROUND: During pregnancy, precariousness and poverty lead to limited medical monitoring and to the increase of frequency of perinatal pathologies. The present work aims to study the expectations and difficulties of vulnerable pregnant women.

METHODS: Sixteen women participated in this qualitative study. They were selected according to four inclusion criteria (being jobless, living alone, benefiting from the government's medical financial support and having a low health literacy), after giving birth in the hospital.

RESULTS: Their main difficulties are: the work is often incompatible with their pregnancy, or the lack of work, which results in social isolation and financial difficulties. The cost of medical tests at the beginning of the pregnancy is also a problem, as the government's aid starts after the sixth month. Only few women have stable and decent housing. To overcome their difficulties, women have developed a strong character. Many of the women have not taken care of themselves for lack of time or money. They consider that taking care of themselves comprises practicing sports or going shopping.

CONCLUSIONS: Inquiring about the living environment of pregnant women could aid to refer them to the appropriate professionals according their needs. "Bien-Etre" project demonstrates the usefulness of prenatal interviewing and helped identifies the vulnerabilities that pregnant women encounter, while contributing to their optimal management.

KEYWORDS: general medicine, pregnancy, poverty, prenatal interviewing, medical cooperation.