



HAL
open science

Note de synthèse. Dispositifs d'offre de soins obstétrico-pédiatriques :filières, trajectoires, usagers

Madeleine Akrich, Yann Bourgueil, Aude Develay, Michel Naiditch, Bernike
Pasveer

► To cite this version:

Madeleine Akrich, Yann Bourgueil, Aude Develay, Michel Naiditch, Bernike Pasveer. Note de synthèse. Dispositifs d'offre de soins obstétrico-pédiatriques :filières, trajectoires, usagers. Cahiers de Recherches de la Mire, 2000, 8, pp.3-8. halshs-00122102

HAL Id: halshs-00122102

<https://shs.hal.science/halshs-00122102v1>

Submitted on 26 Dec 2006

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

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

DISPOSITIFS D'OFFRES DE SOINS OBSTETRICO-PEDIATRIQUES : FILIERES, TRAJECTOIRES, USAGERS

MADELEINE AKRICH (CSI, ECOLE DES MINES), A. DEVELAY, M. NAIDITCH (GROUPE IMAGE, ECOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE), B. PASVEER (UNIVERSITE DE MAASTRICHT) AVEC LA PARTICIPATION DE Y. BOURGUEIL (GROUPE IMAGE, ECOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE)

Convention MIRE 29/96

Contrat Inserm n°4M611C

L'organisation des soins périnataux a fait l'objet, en France, de vigoureux débats qui ont débouché sur deux constatations majeures : une inefficacité relative du système qui, en raison de l'insuffisante coordination des professionnels et du cloisonnement des établissements, n'est pas à même d'assurer une orientation optimale des femmes et des enfants à naître ou des nouveaux-nés ; une spécialisation croissante des professionnels qui rend encore plus délicate la gestion des trajectoires des femmes et le maintien d'une continuité des soins. Dans ce contexte, le " réseau " est apparu comme une forme organisationnelle qui serait à même de contourner les difficultés mentionnées : il s'agit de créer des articulations entre les professionnels, les établissements de manière à définir des filières de soins qui permettent de gérer sans heurts les trajectoires des femmes et d'en assurer la continuité.

Le premier objectif du travail présenté ici était de décrire différentes formes d'organisation de l'offre de soins, parmi lesquelles certaines dites explicitement en réseau, et d'analyser la manière dont ces organisations sont ou non associées à des filières de soins. Nous nous proposons en particulier de repérer les représentations plus ou moins explicites et partagées des acteurs quant aux trajectoires " idéales " et les mécanismes de coordination/ orientation permettant d'assurer une réalisation même partielle des filières associées à ces trajectoires idéales. Nous avons mené ce travail d'enquête sur trois dispositifs français bien différenciés, le réseau de Clamecy construit autour d'une maternité et associant les généralistes de la région, la consultation avancée d'Issoudun, mise en place en liaison avec l'hôpital de Chateauroux après la fermeture de la maternité, et une clinique privée de la banlieue parisienne, la clinique des Noriets. Par

ailleurs, afin de disposer d'un éventail de situations contrastées, nous avons adjoint à ces cas nationaux l'analyse de trois cabinets néerlandais de sages-femmes: l'organisation obstétricale aux Pays-Bas, profondément différente de celle qui prévaut en France, est basée sur le postulat d'une sélection possible des femmes en fonction de leur niveau de risque et sur l'adaptation radicale des moyens de surveillance et des formes de compétences impliquées à chacun de ces niveaux de risque ; nous tenions donc ici une version extrême du programme politique défini en France. (voir encadré 1). Sur chacun de ces différents cas, nous nous sommes donnés comme objectifs :

- de décrire l'organisation de ces dispositifs de prise en charge du suivi de grossesse ainsi que leur fonctionnement ;
- d'analyser le cas échéant la manière dont ils se sont construits en décrivant les dynamiques sociales et professionnelles qui sont à leur origine ;
- de repérer les outils formels ou informels qui permettent la coordination entre les acteurs et l'instauration d'une continuité des soins ;
- de décrire le cas échéant les filières a priori qui sont visées par tel ou tel dispositif et les mécanismes, procédures, outils qui permettent de donner une certaine visibilité à ces filières ;
- de nous interroger sur la manière dont les usagers sont intégrés ou non dans la définition de ces filières, sur les moyens mis en œuvre de manière à guider et encadrer leur parcours, voire à les faire participer, adhérer à l'organisation en cause.

Ceci étant, pour comprendre comment les trajectoires des femmes se construisent en pratique, il nous est apparu nécessaire de ne pas se limiter à une approche par l'offre, mais d'essayer de comprendre comment du point de vue des femmes, s'organise leur trajectoire propre : en effet, dans un système qui repose sur l'affirmation d'une liberté de choix laissé au patient, marqué de plus par la relative faiblesse des mécanismes de coordination qui pourraient permettre de retracer son parcours, le patient se trouve investi de fait d'un rôle important dans la détermination de sa trajectoire. Nous nous sommes donc efforcés :

- d'analyser les ressources mobilisées par les femmes (ou les couples) pour construire leur trajectoire personnelle, de repérer les décisions prises et ce qui est décrit comme déterminant dans ces décisions ;
- de décrire les modes d'interaction des femmes avec les professionnels et la manière dont elles les interprètent ;
- d'appréhender les trajectoires telles que les femmes se les représentent et de voir quelle place est laissée dans cette représentation aux critères mis en œuvre par les professionnels et à ceux exprimés comme relevant du point de vue des femmes eux-mêmes.

Encadré 1

Aux Pays-Bas, plus de 50% des naissances ont lieu dans un environnement peu médicalisé (30% à domicile, 20% en ambulatoire ou “ polyclinique ”), sans utilisation de techniques usuelles en France telles le monitoring, la perfusion, la péridurale etc. Sauf si elles présentent une pathologie ou un facteur de risques, les femmes sont en principe suivies tout au long de la grossesse par des sages-femmes libérales ou des généralistes qui assurent la surveillance de l’accouchement soit à domicile, soit en polyclinique. Ces professionnels ne peuvent utiliser que des techniques très légères, l’accouchement physiologique étant considéré comme un événement naturel qui ne nécessite pas a priori d’intervention, mais une simple surveillance. Dans le cas où une pathologie apparaît, que cette pathologie préexiste à la grossesse ou émerge pendant la grossesse ou l’accouchement, les femmes sont orientées vers le second échelon, à savoir les gynécologues-obstétriciens qui exercent en milieu hospitalier, et accouchent obligatoirement à l’hôpital. Le passage entre la “ physiologie ” et la pathologie est assuré par une liste d’indications qui permet l’articulation entre les spécialistes de la physiologie, à savoir les sages-femmes, et les obstétriciens, spécialistes de la pathologie. Les trajectoires des femmes néerlandaises sont donc a priori assez fortement contraintes par l’organisation générale de l’obstétrique, redoublée par le système assurantiel, puisque ne sont remboursés, par les assurances publiques, que les soins correspondants à leur niveau de risque. Bien que cette organisation ne soit pas explicitement qualifiée de “ réseau ”, son fonctionnement effectif repose sur l’existence et l’institutionnalisation, à un niveau national, de coordinations très actives entre les différents niveaux de soins. C’est la raison pour laquelle elle nous a paru un point de comparaison intéressant.

LES DISPOSITIFS D’OFFRE DE SOINS : DES MODALITÉS DE COORDINATION MULTIPLES

Une première constatation émerge de l’analyse des différents dispositifs étudiés : l’organisation du suivi de grossesse et de l’accouchement implique partout la mise en relation de différents professionnels et leur coordination en vue d’optimiser l’orientation des femmes. De sorte que l’on pourrait parler de pratiques de fait en réseau. Ceci étant, les “ réseaux ” que dessinent ces pratiques peuvent être assez différents les uns des autres. Afin d’en spécifier les différences, nous allons tout d’abord faire la liste des différentes modalités de coordinations que nous avons pu repérer dans les dispositifs étudiés et qui visent à assurer la réalisation de certaines trajectoires de soins :

- les règles établies par des instances d’une certaine généralité et dont la définition échappe aux acteurs qui sont partie prenante des dispositifs : par exemple, les

règles définissant les compétences des différentes professions, en particulier les compétences respectives des sages-femmes et des obstétriciens qui, aux Pays-Bas comme en France, sont des règles d'extension très générale, les règles de bonne pratique et/ou la jurisprudence, certaines règles administratives, des conventions de réseau qui fixent des règles de transferts comme il en existe en France entre des établissements de différents niveaux etc.

- les règles définies collectivement par les acteurs ou une partie des acteurs impliqués dans les dispositifs : les membres du réseau de Clamecy, généralistes, obstétriciens, pédiatres, voire autres intervenants, ont signé une Charte qui a été préalablement établie par ces mêmes acteurs dans un processus soutenu de négociation ; à la clinique des Noriets, un certain nombre de protocoles existent et ont été formalisés à la suite de réunions de service.
- les outils ou procédures qui permettent une certaine transmission entre différents professionnels sans que ces professionnels n'aient à se connaître ou se rencontrer : le réseau de Clamecy est rendu à la fois actif et visible du fait de l'existence du carnet de réseau – élaboré d'ailleurs de façon collective par les membres du réseau - complètement approprié par la femme qui l'emporte dans tous ses déplacements et le fait remplir par tous les acteurs rencontrés ; le carnet permet ainsi d'assurer une bonne coordination tout en encadrant assez précisément le travail de chacun puisque chaque rubrique peut aussi être lue comme une injonction adressée au professionnel. De même il existe à la clinique des Noriets un dossier obstétrical distinct du dossier général de la patiente qui permet de faire l'articulation entre le suivi en “ cabinet ” par l'obstétricien de sa patiente et la prise en charge par l'établissement, lors d'examens complémentaires ou même de l'accouchement. La liste d'indications obstétricales qui est utilisée par les sages-femmes néerlandaises pour l'orientation des femmes constitue un autre dispositif de ce type.
- la circulation des personnes : à la clinique des Noriets, par exemple, nombreuses sont les personnes qui ont une double fonction et qui, à ce titre, sont conduites à se déplacer dans l'établissement et à entrer en contact avec de multiples collègues – les secrétaires des médecins font office d'aides opératoires, la responsable du service de néonatalogie s'occupe de la biberonnerie etc. - ; autre exemple, les sages-femmes de la consultation d'Issoudun assurent l'accueil et le secrétariat, font des cours de préparation, animent la gym aquatique pour femmes enceintes, surveillent les grossesses et traitent les urgences et font des gardes en salle d'accouchement à l'hôpital de Châteauroux ;
- les relations interpersonnelles, fondées sur une connaissance mutuelle et des activités en commun : les sages-femmes néerlandaises ont des relations privilégiées avec certains établissements et certains praticiens et orientent les femmes à risque en priorité vers eux de manière à assurer une certaine continuité dans la prise en charge et la “ philosophie ” qui la sous-tend ; de même, les relations qu'entretient

la clinique des Noriets avec son extérieur et qui tissent un véritable réseau s'établissent principalement par l'intermédiaire des relations personnelles que chaque médecin a pu nouer avec des confrères, et par voie de conséquence des établissements.

Evidemment, si l'on se place à un certain niveau de détail, on pourra dire que dans tout dispositif, ces différentes modalités sont à l'œuvre. Ceci étant, il apparaît que les dispositifs étudiés présentent des profils relativement différenciés de ce point de vue.

Le réseau de Clamecy est marqué par la prééminence des trois modes de coordination intermédiaires, à savoir les règles collectives locales s'étendant à la définition de tout type de trajectoires, les outils (carnet de réseau, utilisation systématique des déclarations de grossesse...) et la circulation des personnes : la conjonction de ces trois modalités dessinent un espace relativement " transparent ". En effet, la négociation des règles collectives a permis d'explicitier ce qui constitue un espace commun d'action, la circulation des outils et de la sage-femme réseau (voir encadré 2) permet de maintenir et d'évaluer à tout moment le réseau en fonctionnement. Cette organisation serrée qui repose sur l'adhésion des acteurs y compris des femmes se traduit par la mise en œuvre effective de filières de soins qui encadrent assez précisément les trajectoires des femmes sur un espace géographique donné, et reposent sur une définition extensive de la prise en charge qui inclut non seulement les éléments médicaux mais tout le volet psycho-social.

Encadré 2

La sage-femme réseau est une sage-femme de PMI détachée par le conseil général pour remplir sa mission au sein du réseau. Ses multiples activités sont centrales dans le fonctionnement du réseau, en particulier sous l'angle de la coordination des différents acteurs impliqués. Elle rend visite aux femmes à leur domicile vers 3-4 mois de grossesse, et cela systématiquement : à l'occasion de cette visite, elle explique le fonctionnement du réseau, remet éventuellement de carnet de suivi, et essaie de dépister les facteurs de risque qui pourraient exister. Dans le cas où elle repère de tels facteurs, elle prend contact avec les acteurs susceptibles d'apporter des solutions aux problèmes posés. Par ailleurs, elle s'entretient régulièrement avec les généralistes et leur signale les éventuels problèmes qu'elle constate. Enfin, elle participe aux réunions de la maternité dans laquelle se situe son bureau. Elle constitue donc le pivot autour duquel s'organise le réseau, en mettant en relation les femmes, la maternité, les généralistes, la PMI, les assistantes sociales, l'intersecteur psychiatrique etc.

L'organisation néerlandaise admet certains points en commun avec le réseau de Clamecy, le fait par exemple qu'il existe des règles explicites et que ces règles concernent l'ensemble des trajectoires possibles, l'inscription de ces règles dans certains outils comme la VIL (liste d'indications obstétricales). Ceci permet de comprendre que, malgré l'éclatement dans les instances de prise en charge – une multitude de cabinets de sages-femmes – il existe des filières bien définies. Ceci étant, les règles n'ont pas été établies par une négociation impliquant chacun des acteurs ; le caractère mécanique ou rigide que

pourrait avoir l'application de règles définies de façon aussi générales est tempéré par le jeu de relations interpersonnelles établies par les sages-femmes avec certains obstétriciens ou certains généralistes desquels elles se sentent les plus proches du point de vue de la philosophie de leur pratique. Par ailleurs, l'on pourrait dire que l'organisation néerlandaise se caractérise par la non-mobilité des personnes, l'absence de circulation d'un espace à l'autre, l'étanchéité entre physiologie et pathologie. Du coup, l'on obtient un panorama bien différent de celui que présente Clamecy où la femme accompagnée de son carnet se déplace d'un point à l'autre du réseau dans la mesure, où la sage-femme est l'interlocuteur privilégié et quasi-unique de la femme. La sage-femme est, dans une proportion importante de cas, le réseau à elle toute seule.

La clinique des Noriets est marquée par la faiblesse relative des règles collectives explicites, en tous cas en ce qui concerne ses relations avec les réseaux extérieurs et par la prégnance de mécanismes de coordination " pragmatiques ", dossier obstétrical, circulation des personnes, relations interpersonnelles. Cette absence de règles est aisément mise en relation avec l'exercice libéral des médecins de la clinique. Ces modes de coordination s'avèrent relativement solides tant que l'identité de formation, la longue pratique du travail en commun ou l'existence de standards externes permettent de se dispenser d'explicitier plus avant les droits et obligations de chacun. Notons que centrées sur un établissement, les modalités de coordination ne peuvent concerner que les trajectoires de la clientèle. Celles-ci sont cependant assez homogènes du fait de l'existence de ces multiples formes de coordination et ne s'interrompent pas aux frontières de l'établissement : les relations privilégiées nouées par les professionnels avec des instances extérieures permettent de gérer, y compris par le transfert, la trajectoire de toute femme suivie aux Noriets à un moment de sa grossesse.

Enfin, la consultation avancée d'Issoudun se présente comme un dispositif hybride : d'un côté, il s'analyse comme un service d'un département hospitalier et donc à ce titre admet des modes de coordinations classiques, à savoir l'incorporation dans des habitudes de travail, des formes d'organisation, et des outils, d'un certain nombre de règles de fonctionnement implicites qui définissent des modalités de prises en charge pour une clientèle donnée. Mais en même temps, la délocalisation de ce service, le fait qu'il soit " avancé " ou externe défait l'évidence d'une liaison entre les différentes prestations proposées et par la même occasion défait l'univocité de la relation de clientèle. Du coup, les sages-femmes sont seules susceptibles de reconstruire de la continuité, de la cohérence, de la coordination, de par leur circulation physique et la multiplicité des activités qu'elles exercent. On obtient en définitive des trajectoires assez éparses sur le bassin d'Issoudun : certaines femmes vont être happées par la consultation avancée et finalement avoir un parcours assez continu et articulé. D'autres vont d'emblée s'orienter vers d'autres établissements, d'autres enfin vont se composer une trajectoire hybride qui mélange certaines prestations de la consultation avancée à des éléments provenant d'autres médecins ou établissements : de la sorte, elles construisent

en pratique l'ébauche d'un réseau de soins qui demande encore la mise en place d'outils de coordination explicites pour pouvoir avoir une véritable existence.

Il apparaît en définitive que si l'on associe l'idée de réseau à l'idée de couverture des besoins dans un territoire donné, et que l'on veuille se donner les moyens de construire des filières de soins à l'échelle de ce territoire, quels que soient les structures et les professionnels qui servent de point d'appui aux trajectoires particulières, alors il faut définir des règles explicites de conduite, faisant l'objet d'un relatif consensus – qui assurent donc la coexistence pacifique des professions et des établissements – et inscrire ces règles dans une série d'outils rendant la coordination praticable.

TROIS GRANDES STRATÉGIES DES FEMMES : DÉLÉGATION, EXPÉRIMENTATION, DÉTERMINATION

Comment les femmes s'orientent-elles dans un système de soins relativement complexe avec une offre qui, dans certaines régions, peut être très abondante ? Cette question, centrale si l'on veut se donner les moyens de intégrer les usagers, de susciter leur adhésion à de nouvelles formes d'organisation est rendue d'autant plus pertinente qu'il n'existe pas de supports d'information très développés qui fourniraient d'emblée une liste de critères par rapport auxquels les futurs parents pourraient s'orienter. Les descriptions des établissements dont ils disposent sont assez pauvres et se situent souvent dans un registre très médical. Partant de là, nous avons cherché à comprendre la manière dont se définissaient les points d'inflexion de la trajectoire, compris ici dans les termes compatibles avec ceux des professionnels : ainsi, nous avons considéré essentiellement les décisions qui concernent le choix du ou des médecins/sages-femmes, le choix de la maternité, le choix des cours de préparation. En première approximation, il est possible de distinguer trois types de trajectoires, qui renvoient à trois stratégies mises en œuvre par les femmes et que nous avons caractérisées par les termes de délégation, expérimentation, détermination.

Dans un grand nombre de cas, les termes de choix ou de décision apparaissent abusifs dans le sens où ils installent une situation bien campée dans laquelle se trouveraient définies différentes possibilités entre lesquelles la femme se prononcerait, ce qui suppose de fait qu'elle soit munie de critères lui permettant de faire un tri entre elles. Or, tout particulièrement lorsqu'il s'agit de primipares, les stratégies déployées par les femmes ont pour résultat de leur éviter d'être placées dans une telle situation. En effet, les principales inflexions de leurs trajectoires se font par une sorte de **délégation** à des instances extérieures, instances en lesquelles elles ont placé leur confiance : ce peuvent être des organisations (maternités, réseaux de soins), des professionnels ou des relations personnelles, amicales, familiales etc. qui déterminent leur parcours et en sont les garants. La chaîne de confiance constitue alors le fil conducteur de la trajectoire ; les femmes ne fondent pas a priori leurs choix sur une évaluation comparative des

différentes possibilités qui sont susceptibles de s'offrir à elle, et les justifications qu'elles produisent, les critères qu'elles mobilisent a posteriori pour "expliquer" le cheminement qu'elles ont suivi se construisent au fur et à mesure de leur expérience. On peut distinguer deux sous-groupes, selon que les femmes s'en remettent à des professionnels, et l'on parle alors de prescription, ou qu'elles mobilisent des relations personnelles, stratégie caractérisée par le terme de procuration.

Dans le premier cas, la confiance s'appuie sur l'expertise professionnelle, envisagée à la fois comme expertise technique mais aussi connaissance pratique des "ficelles" permettant de tracer son chemin dans un univers médical perçu comme opaque. Bien souvent, cependant, cette expertise se trouve en arrière-plan pour la femme : c'est plutôt la fréquentation plus ou moins longue d'un médecin qui a permis de construire une relation de confiance l'autorisant à s'en remettre à lui.

Face à la double incertitude dans laquelle elles se trouvent – incertitude sur ce qu'elles désirent, et incertitude sur les qualités de "l'offre" – beaucoup de femmes adoptent ce que nous avons appelé une stratégie de substitution ou d'expérience par procuration, c'est-à-dire le recours à d'autres femmes, d'autres "elles-mêmes", qui deviennent en quelque sorte leurs représentantes par anticipation : les amies, les sœurs, les belles-sœurs, les cousines, les collègues de travail, les mères sont très souvent invoquées comme ayant été à l'origine d'une orientation vers tel ou tel praticien, telle ou telle maternité etc. les critères sont secondaires par rapport à la possibilité de pouvoir s'en remettre à des "garants", des représentants de soi-même. Autrement dit, on peut toujours mettre en avant des avantages et des inconvénients, mais l'important est ailleurs, dans le fait de pouvoir s'appuyer sur des expériences d'autres dans lesquels on a confiance et en lesquels on se reconnaît.

Cette configuration – une première orientation sur la base de relations de confiance, puis une prise en charge par d'autres professionnels et/ou un établissement – est très fréquente. Tout se passe comme si la confiance placée dans le médecin traitant, les amies, les relations etc. se déplaçait vers le médecin ou l'établissement recommandés, de sorte qu'ensuite les femmes acceptent assez facilement de suivre les prescriptions qui leur sont adressées par les professionnels. Ceci étant, cette "règle" doit être tempérée en considération de la nature même des dispositifs : certaines organisations prévoient d'emblée un suivi "global", c'est-à-dire qui intègrent les différentes interventions médicales, les cours de préparation, voire le conseil en diététique ou d'autres prestations particulières. D'autres, à l'inverse, soit ne prennent pas en charge tous ces aspects, soit comme à Issoudun proposent une série de prestations non strictement articulées les unes aux autres. Les femmes sont donc plus ou moins placées en position d'activité selon les configurations. A l'inverse, lorsque les femmes sont prises en charge dans un dispositif comme celui de Clamecy qui ne leur laisse qu'une faible latitude, la passivité que pourrait entraîner une telle organisation est tempérée par un processus d'appropriation de leurs trajectoires par les femmes. Cette appropriation passe dans un premier temps par une intégration du fonctionnement du réseau au travers du discours porté par la sage-

femme réseau et relayé par les autres acteurs et outils du réseau, puis par une mobilisation de ces critères dans des appréciations plus personnelles fondées en particulier sur la comparaison avec d'autres trajectoires connues, et s'achève souvent avec une véritable adhésion de la femme à son fonctionnement : les femmes se forment en cours de route des critères d'évaluation qui les amènent à justifier leur parcours, voire à se le réapproprier comme le choix qu'elles auraient fait... si elles avaient été en mesure de faire un choix.

D'autres femmes, qui comme les précédentes sont dans une relative incertitude et ne peuvent s'appuyer sur une liste de critères a priori, refusent cette opération de délégation et veulent éprouver par elles-mêmes un certain nombre de possibilités. Elles ont donc une démarche **d'expérimentation**, plus ou moins active selon les cas, qui vise à se construire un espace de choix, à se doter des critères permettant ensuite de prendre une décision. Nous nous trouvons ici face à l'attitude qui, à première vue, ressemble le plus à une attitude de type "consumentiste" ; or, malgré la prégnance d'un langage issu d'une conception marchande des processus – on parle de l'offre de soins, de la demande des patients ou des femmes, on insiste sur le "libre choix" des usagers comme principe organisateur fort de la médecine française – force est de constater que cette attitude est largement minoritaire dans les comportements que nous avons pu observer. Dans un certain nombre de cas, la question du choix se pose difficilement en raison de l'éloignement géographique, ou des contraintes administratives. Plus fondamentalement, il existe peu d'outils qui permettent de donner corps à cette idée de choix du "consommateur" : les informations disponibles sur les différents établissements sont surtout de nature administrative ou médicale (nombre de lits, présence de tel ou tel spécialiste...) et ne correspondent que très partiellement aux critères mis en avant a priori ou a posteriori par les futurs parents. Rien d'étonnant du coup à ce que les femmes qui cherchent à se construire un espace de choix soient, dans la plupart des cas, conduites à expérimenter par elles-mêmes les différentes possibilités qui s'offrent à elles. A chaque fois, ces femmes font l'expérience d'une ou de plusieurs organisations de soins, expérience toujours limitée, médiatisée par des dispositifs ou des personnes particulières. Il est vrai que peu d'établissements se donnent à voir de l'extérieur dans les détails, mais la question n'est pas entièrement là : compte aussi pour les parents la qualité de leurs interactions avec le personnel médical et paramédical, qui ne peut s'apprécier que dans l'interaction même. Par qualité, il ne faut pas simplement entendre ce que l'on considère être les qualités "humaines" des personnes, au sens de la gentillesse, de la capacité d'empathie... il s'agit plutôt des compétences professionnelles et de la capacité à articuler ces compétences "techniques" à la situation particulière créée par la rencontre avec les futurs parents. Autrement dit, la diffusion d'informations "objectives" sur les maternités, leur équipement, leur personnel, leurs "pratiques" de soin ne suffirait pas à contourner cette sorte "d'épreuve de réalité" que constituent la rencontre et l'interaction avec les professionnels de l'établissement. Même si, bien

évidemment, cette interaction serait modifiée par l'existence de ces supports ou procédures d'information.

Enfin, un certain nombre de femmes, multipares pour la plupart, ont au départ un scénario en tête, ce qui implique que, face à une alternative, elles disposent de critères permettant de faire des choix et leur démarche vise à essayer de déterminer les médecins, les sages-femmes, les établissements les plus appropriés pour mener à bien ce qui prend l'allure d'un projet. Leur trajectoire est alors organisée par ce projet qui en constitue le fil conducteur et s'analyse comme une série d'épreuves et de négociations permettant de créer de la **détermination**, autrement dit de rendre réel leur projet.

Nous pouvons distinguer deux grands groupes à l'intérieur de cette population, en fonction de la nature de ce qu'elles mettent en avant comme critères déterminants de leur recherche : certaines femmes recherchent un établissement qui possède des caractéristiques particulières – taille, modernité, prestations particulières... D'autres désirent contrôler le déroulement “ technique ” de l'accouchement, parce qu'elles considèrent que les méthodes employées dans leurs expériences précédentes ont été dommageables soit strictement sur un plan médical, soit plus largement sur la manière dont elles ont pu faire l'expérience de l'accouchement, voire sur l'expérience du bébé lui-même et des relations entre parents et enfants.

En conclusion, nous voudrions souligner deux éléments principaux : tout d'abord, il n'est pas possible de détacher la question du choix des parents du système d'offres auquel ils sont confrontés et qui, selon les endroits, se présentera de manière très différente. Dans la plupart des cas, qui impliquent une délégation partielle ou totale des parents, le choix ne se pose pas, en toute généralité, de manière abstraite, mais se présente comme un ensemble de possibilités et de critères associés rendus visibles par les médiateurs sur lesquels les parents s'appuient. Cependant, le statut des “ informations ” ainsi collectées est assez particulier, dans la mesure où il est difficile voire impossible de détacher le contenu de l'information de celui qui la donne, ce qui implique qu'elle n'a pas seulement valeur d'information mais plutôt de prescription, de conseil, d'avis. Ce qui nous amène à notre second point, à savoir que, pour beaucoup de parents, la question n'est pas tant d'obtenir plus d'informations, plus de choix, que d'entrer dans une démarche d'engagement réciproque (je place en vous ma confiance, ne la trahissez pas, dites-moi que faire, et je vous suivrai). C'est d'un certain point de vue ce que réussit très bien le réseau de Clamecy par l'intermédiaire, entre autres, de la sage-femme réseau qui construit la confiance en même temps qu'elle déploie tous les engagements qui ont été pris potentiellement par les acteurs du réseau à l'égard de toute femme enceinte : l'information qui est dispensée ne peut pas être abstraite de ce contexte dans lequel il s'agit de faire adhérer les femmes à une organisation, davantage que de leur présenter une liste ouverte d'options sur un mode “ consommateur ”.

RÉSUMÉ

L'article présente les résultats d'une recherche dont l'objectif était de comprendre comment se construisent les trajectoires médicales des femmes enceintes, des débuts de la grossesse à l'accouchement et ses suites. Dans une première partie, il s'agit de caractériser différentes organisations de l'offre de soins par leurs modalités de coordination qui dessinent (ou non) des filières de soins dont l'espace de validité peut être varié (une région/ la clientèle d'un établissement ; grossesses normales/ pathologiques). Dans un second temps, on analyse comment les femmes elles-mêmes, face à des offres diverses, construisent leurs trajectoires et on distingue trois grands types de stratégies, la délégation à d'autres de tout ou partie de l'orientation, l'expérimentation personnelle des dispositifs, et la mise en œuvre d'une détermination qui constitue de bout en bout la trajectoire.