

6 Composition des focus groups

PRENOM	AGE	VILLE	PROFESSION	ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANT(S) CONCERNE(S)	NOMBRE ENFANTS	TERRITOIRE
Sylvie	37	Montpellier	Infirmière	2006	2	Montpellier
Stéphanie	38	Montpellier	Employée administrative	2006	2	Montpellier
Aouatif	42	Montpellier	Cuisinière	2009	1	Montpellier
Marie-Karine	37	Montpellier	Cuisinière	2007	2	Montpellier
Candice	30	Montpellier	Aide-soignante	2009	1	Montpellier
Sakima	22	Montpellier	Mère au foyer	2009	1	Montpellier
Zougara	33	Montpellier	Mère au foyer	2004+2008	3	Montpellier
Britanga	31	Montpellier	Mère au foyer	2009	1	Montpellier
Hanif	32	Montpellier	Employée administrative	2009	2	Montpellier
Fedouha	35	Montpellier	Mère au foyer	2006+2008	2	Montpellier
Marie-Laure	36	Vervins	Mère au foyer	2006+2008	5	Hirson
Laetitia	31	Hirson	Animatrice centre	2007+2008	3	Hirson
Delphine	33	Hirson	Aide soignante	2005+2008	2	Hirson
Adeline	29	Hirson	Secrétaire	2009	2	Hirson
Elodie	28	Hirson	Vendeuse	2006+2008	3	Hirson
Céline	34	Landouzy-la-Ville	Enseignante	2007+2009	2	Hirson
Stéphanie	38	Landouzy-la-Ville	Congé parental	2009	1	Hirson
Emilie	31	Hirson	Congé parental	2008+2009	2	Hirson
Elodie	34	Hirson	Congé parental	2009	1	Hirson
Edije	42	Landouzy-la-Ville	Fonctionnaire	2009	1	Hirson
Cécile	32	Landouzy-la-Ville	Congé parental	2008	2	Hirson
Cécile	24	Hirson	Infirmière	2009	1	Hirson
Charlotte	26	Annecy	Educatrice spécialisée	2009	1	Annecy
Laetitia	21	Seynod	Recherche emploi	2006+2009	2	Annecy
Christel	35	Seynod	Sophrologue	2008	1	Annecy
Julie	27	Seynod	Sans profession	2009	1	Annecy
Stéphanie	30	Annecy	Formatrice FLE	2006+2009	2	Annecy
Nadira	31	Annecy	Conseillère client	2009	1	Annecy
Anne-Sophie	29	Saint Jean de	Mère au foyer	2005+2006	3	Annecy
Sandrine	32	Annecy	NC	2009	1	Annecy
Aurore	30	Versonnay	Formatrice	2009	1	Annecy
Marion	25	Agério	Vendeuse	2009	1	Annecy
Christelle	38	Annecy	Médecin du travail	2007	1	Annecy
Aurélié	28	Annecy	Diététicienne	2009	1	Annecy

PRENOM	AGE	VILLE	PROFESSION	ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANT(S) CONCERNE(S)	NOMBRE ENFANTS	TERRITOIRE
Anne		Saint-Pierre	Pharmacienne	2005+2009	2	La Réunion
Manuela	32	Saint-Pierre	NC	2004+2007	4	La Réunion
Nathalie	40	Saint-Pierre	NC	2005+2009	2	La Réunion
Clauselle	37	Saint-Pierre	NC		3	La Réunion
Odile	27	Saint-Pierre	Secrétaire médicale	2009	1	La Réunion
Christine	35	Saint-Pierre	NC	2009	1	La Réunion
Julien	27	Saintes	Commercial (chômage)	2006	1	Saintes
Christelle	38	Saintes	Caissière	2007	3	Saintes
Julie	22	Saintes	Vendeuse	2005	1	Saintes
Ketty	32	Saintes	Chargée d'affaires	2004+2009	2	Saintes
Grazziela	30	Chaniers	Assistante de direction	2004+2008	2	Saintes
Sabrina	30	Chaniers	Vendeuse	2004	1	Saintes
Fabienne	35	Saintes	Auxiliaire de vie	2004+2009	2	Saintes
Fabienne	34	Balanzac	Animatrice association	2004+2006+2008	3	Saintes
Florence	37	Pont d'Envaux	Assistante sociale	2004	2	Saintes
Natacha	30	Saintes	Educatrice jeunes enfants	2006	2	Saintes
Delphine	30	Luchat	Secrétaire médicale	2007	2	Saintes
Jennifer	32	Poitiers	NC	2008	1	Poitiers
Marie- Noëlle	34	Charbonnais	Journaliste	2009+2010	1	Poitiers
Estelle	36	Chasseneuil	Infirmière	2006+2008	2	Poitiers
Karine	34	Poitiers	NC	2008	1	Poitiers
Delphine	32	Poitiers	NC	2006+2009	2	Poitiers
Karine	38	Poitiers	NC	2008+2010	2	Poitiers
Stéphanie	32	Poitiers	Technicienne de laboratoire	2004+2007+2010	3	Poitiers
Sylvia	31	Près de Poitiers	Médiatrice culturelle	2006+2009	3	Poitiers
Sophie	31	Poitiers	NC	2005+2007+2009	3	Poitiers
Stéphanie	34	Poitiers	Institutrice	2004+2008	2	Poitiers
Maud	32	Près de Poitiers	NC	2009+2010	1	Poitiers
Cécile	31	Amiens	Secrétaire	2006	2	Amiens
Ophélie	31	Amiens	Ingénieur	2007+2009	2	Amiens
Elodie	30	Amiens	infirmière	2008+2009	2	Amiens
Mathilde	27	Saint Sauveur	Professeure des écoles	2009+2010	2	Amiens
Céline	37	Riverie	Fonctionnaire cadre	2004+2007	3	Amiens
Vanessa	31	Sailly le Sec	Enseignante	2009	1	Amiens
Gaëlle		Amiens	Fonctionnaire sport haut niveau	2009	1	Amiens
Naima	39	Creil	Femme au foyer	2005+2007	4	Creil
Saida	37	Creil	Confection	2007+2008	3	Creil
Nadia	36	Creil	Agent administratif	2005	3	Creil

PRENOM	AGE	VILLE	PROFESSION	ANNEE DE NAISSANCE DES ENFANT(S) CONCERNE(S)	NOMBRE ENFANTS	TERRITOIRE
Fatima	40	Montataire	Assistante familiale	2005+2007	4	Creil
Christine	45	Montataire	Postière	2004+2008	3	Creil
Emmanuelle	34	Montataire	Esthéticienne	2005+2007	2	Creil
Aline		Roanne	Animatrice jeunes enfants	2008	1	Roanne
Solène		Roanne	Coiffeuse	2009	1	Roanne
Charlène		Roanne	Agent de mairie	2008	1	Roanne
Charlotte		Roanne	Agent de mairie	2008	1	Roanne
Emilie		Roanne	Couturière	2008	1	Roanne
Amandine	26	Roanne	Intérimaire	2004	3	Roanne
Christelle		Roanne	Sans activité	2006	2	Roanne
Véronique		Roanne	Mère au foyer	2006	4	Roanne
Lucie		Roanne	Nourrice	2006	1	Roanne
Katy		Mably	Serveuse	2004	1	Roanne
Cécile	24	Roanne	Directrice adjointe de Centre social	2007+2009	2	Roanne
Antoine	42	Cabestany	Ouvrier imprimeur	2006	1	Perpignan
Céline	38	Cabestany	Assistante maternelle agréée	2005	2	Perpignan
Solène	29	Perpignan	Aide maternelle	2005	1	Perpignan
Jean Pierre	28	Le Soler	Moniteur éducateur	2008+2009	3	Perpignan
Jamila	38	Perpignan	Médiatrice	2006	3	Perpignan
Stéphanie	38	Poitiers	NC	2008+2010	2	Perpignan
Stéphanie G.	34	Perpignan	Caissière	2005	3	Perpignan
Lydie	42	Perpignan	Commerciale	2005	2	Perpignan
Faustine	30	Claira	Caissière	2009	2	Perpignan
Alexandra	30	Passa	Assistante commerciale	2005+2008	2	Perpignan
Sébastien	28	Tressere	Chauffeur	2006+2009	2	Perpignan
Cécile	29	Lyon	Assistante de crèche	2009	1	Lyon
Audrey	32	Lyon	Assistante export au chômage	2008	1	Lyon
Chahinez	31	Lyon	Préparatrice commande médicale	2009	2	Lyon
Karine	28	Lyon	Ingénieur informatique	2010	1	Lyon
Laurie	25	Lyon	Secrétaire médicale	2008	1	Lyon
Claire	30	Lyon	Manip Radio	2006+2008	2	Lyon
Sophie	35	Lyon	Manip Radio	2008	1	Lyon
Louisa	25	Lyon	Mère au foyer	2006+2008	2	Lyon
Amandine	27	A coté de Lyon	Secrétaire	2005+2008	2	Lyon
Sonia	24	Lyon	Mère au foyer	2009	1	Lyon

7 Bilan de la mise en œuvre des mesures et sous-mesures du plan

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
Humanité	1.1	Entretien individuel du 4ème mois	Mise en œuvre d'un entretien prénatal précoce dans les établissements de santé au moyen de recrutements	■	257 postes ont été financés entre 2005 et 2008 dans le cadre de financements délégués. La mise en oeuvre s'est accompagnée de formations pluridisciplinaires au sein des réseaux de périnatalité et la circulaire DHOS du 5 juin 2008 a déterminé les axes de formations prioritaires, à caractère pluriannuel, des personnels de la fonction publique hospitalière. La mise en œuvre de l'EPP reste variable selon les territoires et les établissements.
			Mise en oeuvre de l'entretien prénatal précoce en secteur libéral par la révision de la NGAP des sages-femmes et des médecins	■	L'entretien individuel est coté SF15 pour les sages-femmes et 2,5 C pour les médecins (1ère séance de préparation à la naissance identifiée pour le réaliser).
			Elaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques en matière de préparation à la naissance	■	Les recommandations pour la pratique clinique "Préparation à la naissance et à la parentalité" ont été publiées par la HAS en novembre 2005.
	1.2	Prise en compte de l'environnement psychologique	Recrutement de psychologues dans les maternités	■	209 postes ont été créés entre 2005 et 2008 dans le cadre de financements dédiés.
			Rédaction d'une circulaire incluant un état des lieux des collaborations médico-psychologiques et définissant les conditions d'intervention des psychologues	■	La circulaire relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité est parue (DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005).

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Mise en place de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI	<input type="checkbox"/>	Décrites dans la circulaire citée ci-dessus, elles sont mises en place de façon variables selon les territoires.
	1.3	Participation des usagers	Création de la Commission nationale de la naissance	■	Instance créée par arrêté du 11 juillet 2005, qui comporte une représentation des usagers.
	1.4.1	Information complète et continue au sein des réseaux de périnatalité	Saisine au plan national des sociétés savantes	■	Un groupe de travail a été constitué dans le cadre de la CNN pour réfléchir au rôle et au fonctionnement des réseaux de santé en périnatalité. Le cahier des charges du 30 mars 2006 intègre des éléments sur l'information. La HAS a publié des recommandations de pratique clinique intitulées " <i>Comment mieux informer les femmes enceintes ?</i> " en avril 2005.
			Recours à un consultant extérieur afin de déterminer les modalités et les supports d'une communication performante et ciblée	⊙	Non réalisé.
			Rédaction d'une circulaire permettant de diffuser ces informations minimales à adapter au plan régional à partir des préconisations des Commissions régionales de naissance	■	Intégrées dans la circulaire diffusant le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
	1.4.2	Carnet de santé maternité	Réalisation d'une enquête d'évaluation du carnet actuel, puis élaboration du carnet dans le cadre d'un groupe de travail pluridisciplinaire (volonté d'inclure des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool, de tabac et de drogue chez la femme enceinte)	■	Constitution d'un groupe de travail ayant abouti à l'actualisation du carnet de santé maternité (arrêté du 21 juin 2007). Le carnet inclut les informations de prévention mentionnées dans le plan.
			Informations personnelles du carnet de santé intégrées à la définition du dossier médical personnel	■	Le DMP n'a pas été créé. Le carnet de santé maternité est avant tout informatif, mais il a conservé un volet médical personnel.
	1.4.3	Connaissance du parcours des usagers	Réalisation d'une enquête d'envergure auprès de 3000 femmes	■	Enquête réalisée en 2006 par la DREES auprès de 2656 femmes. Ses résultats ont été publiés dans le numéro d' <i>Etudes et résultats</i> n° 660 de septembre 2008.
	1.5	Soutien aux femmes et couples en situation de précarité	Publication d'une circulaire visant à appliquer la notion de "soins urgents" aux femmes étrangères	■	La circulaire relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaire de l'AME est parue (DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005).
Renforcement du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)			□	14 PASS, renforcées ou créées, ont été financées dans le cadre du plan périnatalité pour répondre aux besoins des femmes enceintes en situation de précarité.	

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Mise en place d'un programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et des parents	■	Un outil d'aide à l'action pour les professionnels qui suivent des femmes enceintes est en cours de finalisation par l'INPES. Il n'est en revanche pas spécifiquement orienté vers les populations en situation de précarité.
			Financement d'interprètes dans les dispositifs de prévention et de soins	■	Non mis en oeuvre du fait d'une évolution des missions du FASILD. Cette action a ensuite été proposée lors du CILE en 2006 pour une mise en oeuvre par les Conseils régionaux et les établissements de santé (MIGAC).
			Réalisation d'une enquête qualitative et quantitative sur l'adéquation de l'offre d'hébergement et d'accueil	■	La FNARS a réalisé une étude relative aux "enfants et leur famille en centre d'hébergement", ne portant pas sur l'adéquation de l'offre.
			Groupe de travail interministériel	⊙	Ce groupe a été abandonné du fait de la réorganisation de la Direction de la population et des migrations.
			Groupe de travail relatif aux pères en situation de précarité	■	Cet aspect a été pris en compte dans le cadre du carnet de santé maternité et dans celui de l'entretien prénatal précoce.
			Renforcement et adaptation des mesures de médiation	■	Une étude sur les conditions d'utilisation des médiateurs a été réalisée par la DHOS en 2007. D'autres mesures ont été décidées dans le cadre du CILE (et leur mise en oeuvre a relevé des Conseils régionaux).

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Développement du réseau des agents sanitaires de base	■	D'autres mesures ont été décidées dans le cadre du CILE (dont la mise en œuvre a relevé des Conseils régionaux).
			Conventionnement entre l'Etat et les organismes les plus susceptibles d'être fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité	⊙	Non repris dans les travaux du CILE.
	1.6	Accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante	Diffusion auprès des services concernés des recommandations relatives à l'accompagnement des femmes enceintes handicapées	⊙	Non réalisé.
			Elaboration du cahier des charges de la formation destinée aux professionnels de la naissance	⊙	Non réalisé.
			Amélioration de l'accessibilité de l'ensemble des établissements recevant du public liés à la naissance et à la petite enfance	■	La question de l'accessibilité des maternités est notamment traitée dans le cadre de la loi de 2005 relative à l'accessibilité des bâtiments publics. A noter que les plans handicaps visuel et auditif ne mentionnent pas ces publics.
			Intégration du besoin d'accompagnement des parents handicapés dans les besoins pris en charge par la nouvelle prestation de compensation	⊙	Non réalisé. Seules des aides ponctuelles sont octroyées (TISF par exemple).

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
	1.7	Suivi et prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap	Allongement du congé maternité pour les mères d'enfants très prématurés et d'enfants handicapés à la naissance	■	La loi n° 2006-340 du 23/03/2006 crée pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale une période supplémentaire de congé de maternité pour les mères dont l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.
			Elaboration de protocoles standardisés d'évaluation des enfants présentant des risques de troubles du développement	■	Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires (RPC HAS 2005).
			Renforcement du soutien apporté à la campagne annuelle de sensibilisation relative aux personnes handicapées	NC	
			Intégration du suivi des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap dans les réseaux ville-hôpital	□	Inscrit dans le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité (30 mars 2006). Une mise en œuvre du suivi des nouveau-nés à risque a été réalisée par certains réseaux (Pays de Loire, PACA, Languedoc-Roussillon ...) mais n'a pas été évaluée.
			Renforcement des capacités d'accueil dans les centres d'action médico-sociale précoce (financement de 66 nouveaux projets de création ou d'extension de CAMSP entre 2005-2007)	■	La CNSA a mis en œuvre cette mesure : chaque département est doté d'au moins un CAMSP en 2007 (source : Rapport CNSA 2008). 66 CAMSP ont été créés (22 chaque année entre 2005 et 2007).

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Amélioration de l'accueil des enfants ayant un handicap dans le réseau des modes d'accueil	<input type="checkbox"/>	Travail en cours dans le cadre de la mise en œuvre de la loi n°2005-102 du 12 février 2005 relative aux personnes handicapées.
			Inscription de la prise en charge des très jeunes enfants handicapés et du soutien à leurs parents dans les formations des professionnels de la naissance et de la petite enfance	NC	
			Modification des certificats de santé de l'enfant	■	Les nouveaux modèles des certificats de santé sont en vigueur depuis le 1er janvier 2006 (arrêté du 5 décembre 2005, modifié par l'arrêté du 11 mars 2009). Une expérimentation de la dématérialisation du premier certificat de santé de l'enfant (CS8) est en cours.
			Mise en place d'outils de suivi aux fins d'études épidémiologiques	■	Deux cohortes de suivi seront lancées en 2011 : Cohorte ELFE (suivi d'enfants de la naissance à l'âge de 20 ans) et étude EPIPAGE 2 (grands prématurés).
	1.8	Prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie	Elaboration d'un guide de bonne pratique en cas de décès	■	Des recommandations professionnelles " <i>prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson</i> (moins de 2 ans) on été publiées (HAS, février 2007).
			Garantie d'une prise en charge psychologique rapide (établissements et réseaux)	<input type="checkbox"/>	Renforcement des équipes dans les établissements, mais prise en charge dans les réseaux peu répandue.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Mise en place dans chaque réseau d'un partage d'expérience systématique sur les décès	■	Mise en place de revues de morbidité-mortalité (RMM) dans le cadre des réseaux de santé en périnatalité
Proximité	2.1	Développement des réseaux de périnatalité	Elaboration d'un cahier des charges national et mise en place d'un label	■	Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité.
			Circulaire pour mettre en place des réseaux de périnatalité	■	
	2.2	Renfort et extension du rôle des Centres périnataux de proximité	Modification des décrets de 1998 pour étendre le rôle et les missions des CPP	⊙	Groupe de travail pour étendre le rôle des CPP (2005). Renforcement de leur financement (enveloppe MIG) en 2008.
			Disposition législative permettant d'expérimenter les hospitalisations dans les CPP	■	Cinq expérimentations sont en cours. Evaluation menée en 2008.
	2.3	Service de PMI, acteur-clé du réseau de périnatalité	Mise en place de remontées statistiques individuelles anonymes	□	Publication des données relatives aux certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (validité 2006 et 2007) en juin 2010. Automatisation du processus de production des fichiers qui permettra une mise à disposition beaucoup plus rapide des fichiers relatifs aux certificats de santé.
			Réalisation d'enquêtes périnatales périodiques	□	Réalisation de la 4ème enquête périnatale en mars 2010 soit 7 ans après la précédente (2003).
Mise à disposition des données produites aux chercheurs et organismes intéressés			⊙	Qualité et exhaustivité des données encore insuffisantes pour une utilisation dans le cadre de la recherche.	

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Réalisation par l'IGAS d'une enquête concernant les services de PMI	■	Une <i>étude sur la protection maternelle et infantile</i> a été menée par l'Inspection générale des affaires sociales et rendue publique en novembre 2006 (saisine ministre chargé de la santé).
			Valoriser et favoriser les échanges d'expérience avec tous les partenaires publics et associatifs afin de faire connaître le rôle et les initiatives de la PMI en période périnatale à tous les acteurs de la périnatalité au niveau régional	□	La composition des commissions régionales de la naissance (CRN) inclut une représentation des services de PMI. Les services de PMI figurent au nombre des intervenants des réseaux de santé en périnatalité.
			Rencontre nationale biennale d'échanges et de promotion des initiatives locales entre les services de l'Etat et les services de la PMI autour de la naissance	⊙	Non réalisé.
			Création d'un support de liaison et de dialogue par internet entre les différents services intervenant dans le domaine de la périnatalité	⊙	Aucun outil commun n'a été réalisé.
2.4	Participation des sages femmes libérales et création de places d'hospitalisation à domicile sur	Instructions aux ARH et aux URCAM, visant à faciliter l'intégration des sages femmes libérales dans les réseaux de périnatalité	■	Les sages-femmes libérales sont progressivement intégrées aux réseaux de santé en périnatalité.	
		Développement de l'HAD, en ante et post-partum, à travers des appels à projets	□	Intégration dans le SROS 3ème génération (2006-2010). Le développement des HAD est évoqué par 16 SROS.	

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
		l'ensemble du territoire			
Sécurité	3.1	Maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels	Accompagnement de la T2A (tarifs maternité et néonatalogie, et dotations complémentaires)	■	Financements délégués entre 2005 et 2006 et intégrés dans les tarifs. Mise aux normes : 2252 postes ont été créés (2150 étaient prévus par le plan). Inscription de la périnatalité comme priorité de santé publique dans la construction des tarifs des catégories majeures de diagnostic (CMD) 14 et 15.
	3.2	Transports mieux organisés et renforcés	Formalisation de textes organisant les transports des mères, nouveau-nés et des enfants	■	Organisation des transports des nouveau-nés : le dispositif mis en place par la circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 relative au transport de nouveau-nés, nourrissons et enfants repose sur la création de SMUR pédiatriques et/ou de SMUR fonctionnant avec un pédiatre référent. Organisation des transports périnataux des mères : la circulaire DHOS/O1/2006/273/ du 21 juin 2006 préconise la mise en œuvre dans chaque région d'un schéma formellement décrit, organisant les transferts périnataux entre les établissements.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Elaboration de recommandations spécifiques sur les transferts in utero	■	Recommandations de bonne pratique "Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées" (HAS, juillet 2007) et "Grossesses à risque : Orientations des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement"(HAS, décembre 2009). Recommandations de bonne pratique sur l'orientation des femmes enceintes entre les maternités (HAS, avril 2010).
			Mise en place d'un groupe de travail pour clarifier et préciser les règles de financement et de facturation des transports primaires et secondaires	⊙	Non réalisé. Les recommandations de bonne pratique HAS ne mentionnent pas les aspects financiers.
			Recrutements de praticiens hospitaliers et d'infirmiers pour les SMUR	<input type="checkbox"/>	Financements délégués pour le renforcement des moyens des transports notamment pédiatriques
			Recrutements de praticiens hospitaliers et d'infirmiers pour les transports inter-hospitaliers	<input type="checkbox"/>	
	3.3	Mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation	Elaboration de décrets rendant obligatoire ce schéma organisationnel	■	Décrets du 24 janvier 2006 et circulaire DHOS du 8 septembre 2006. Le volet réanimation des SROS portant sur la réanimation pédiatrique a été révisé après la parution du décret.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
		pédiatrique	Financement de la mise aux normes des services de réanimation pédiatrique	<input type="checkbox"/>	Financement de 178,65 postes de néonatalogues-pédiatres et de 19,6 postes d'anesthésistes-réanimateurs, mais le nombre de postes prévus n'était pas mentionné dans le plan. Les autorisations de réanimation pédiatrique ont été délivrées au plus tard début 2009. La mise en conformité interviendra dans les 5 années suivant la date de publication du décret.
	3.4	Amélioration de la prise en charge des urgences maternelles	Elaboration de recommandations opérationnelles sur la prise en charge des hémorragies du post-partum	■	Les recommandations pour la pratique clinique " <i>Hémorragies du post-partum immédiat</i> " ont été publiées en novembre 2004 (CNGOF-ANAES).
			Réalisation d'une étude sur l'adéquation de la prise en charge des mères dans les services d'obstétrique	<input type="checkbox"/>	Une étude sur l'hospitalisation des femmes présentant une grossesse pathologique a été réalisée par l'ATIH en octobre 2009. Des recommandations de bonne pratique sur <i>l'orientation des femmes enceintes entre les maternités ont été publiées (HAS, Avril 2010)</i> . Ces recommandations viennent compléter celles publiées en juillet 2007 (<i>Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées</i>).

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
	3.5	Implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité	Réalisation d'une évaluation des risques à maintenir ou non une activité, notamment obstétrique	■	Evaluation dans le cadre des SROS de 3ème génération (2006-2011).
Qualité	4.1	Promotion des démarches de qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité	Intégration d'objectifs de gestion des risques dans le cahier des charges des réseaux	■	Circulaire du 30 mars 2006 sur le cahier des charges des réseaux de périnatalité.
			Instructions données aux ARH pour veiller à la mise en place de procédures adaptées de gestion des risques dans les réseaux	NC	
	4.2	Échographie	Rapport par le CTNEDP de son activité et de ses recommandations	■	Rapport du comité technique national sur l'échographie de dépistage prénatal publié en avril 2005.
			Diffusion des recommandations auprès des professionnels par voie de circulaire et Internet	□	Le rapport est mis en ligne sur le site internet du ministère chargé de la santé, en lien sur les sites des sociétés savantes concernées.
	4.3	Assistance médicale à la procréation	Révision de l'arrêté relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques	■	Arrêté du 11 avril 2008.
			Rédaction d'un texte réglementaire encadrant la stimulation de l'ovulation hors AMP	□	Elaboration de recommandations de pratique clinique par l'AFSSAPS "Les médicaments inducteurs de l'ovulation" (actualisation 2007).
Mise en place de l'Agence de Biomédecine			■	Créée par la loi de bioéthique de 2004 (décret 4 mai 2005).	

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
Reconnais- sance des profession- nels de la naissance	5.1	T2A	Prise en compte, dans les tarifs, de la hiérarchisation des coûts	■	Prise en compte dans le cadre des campagnes tarifaires 2005-2010 (application de la priorité de santé publique de la périnatalité)
	5.2.1	Sages-femmes	Réflexion sur la spécificité de la profession de sage-femme au sein de la fonction publique hospitalière	□	Réflexion en cours.
			Maintien, voire augmentation du nombre de places proposées au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes	■	Légère augmentation du quota, passé de 975 en 2005 à 1015 en 2009 et 1016 en 2010.
			Propositions sur les conditions d'exercice et la démographie des sages-femmes par l'Observatoire national des professions de santé	⊙	Pas de propositions récentes. Les dernières analyses démographiques datent de 2004.
			Intégration de la formation des sages-femmes dans un cursus LMD	□	L'intégration est en cours : la loi HPST permet aux SF d'être formées dans des écoles hospitalières ou à l'université. La 1ère école universitaire sera installée à Marseille à la rentrée 2010. D'autres projets sont en cours. La réingénierie métier-compétence est réalisée, avec l'objectif de s'inscrire dans un nouveau programme avec un niveau Master à la rentrée 2011.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
	5.2.2	Puéricultrices	Réflexion sur les conditions d'exercices et le contenu de la formation (Approche inscrite dans le processus LMD)	□	<p>Les travaux de réingénierie du diplôme de puéricultrice ont commencé en février 2008 selon la méthodologie commune à l'ensemble des diplômes paramédicaux, en référence aux exigences de la Commission Nationale des Certifications Professionnelles : élaboration des référentiels d'activités, de compétences, de certification et de formation.</p> <p>La mise en œuvre du nouveau programme de formation des puéricultrices devrait voir le jour à la rentrée de septembre 2011. Un groupe de travail associant le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESR), le ministère de la santé et les organisations professionnelles est en train de réfléchir, dans le cadre du schéma LMD, au niveau (grade ou diplôme universitaire) qui sera reconnu au futur diplôme d'Etat d'infirmière puéricultrice.</p>
	5.2.3	Médecins	Formation en néonatalogie des pédiatres de ville ("Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance")	■	Les programmes de formation continue intègrent ce thème.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
			Formation des médecins généralistes ("Suivi de la femme enceinte")	■	Les programmes de formation continue intègrent ce thème. Un semestre d'internat minimum au sein du DES de médecine générale est consacrée à la gynécologie et/ou la pédiatrie, au semestre d'hiver 2010 possibilité d'effectuer ce stage en ambulatoire.
			Négociations statutaires visant à améliorer l'exercice des professionnels médicaux dans les établissements de santé publics	■	La loi HPST fournit des outils permettant d'améliorer l'exercice des professions médicales et pharmaceutiques à l'hôpital (contrat clinicien).
			Négociations conventionnelles visant à améliorer l'exercice des professionnels médicaux libéraux	<input type="checkbox"/>	Négociations en cours.
			Arrêté visant à améliorer les conditions de recrutement à l'hôpital de praticiens du secteur privé après restructuration	■	Non mis en œuvre. Cependant, la loi HPST fournit des outils favorisant la participation de médecins libéraux (paiement à l'acte dans le cadre des missions de service public).
			Soutien à la création de postes de chef de clinique assistant en liaison avec le Ministère de l'éducation nationale	<input type="checkbox"/>	Pas de création de nouveaux postes de chefs de clinique, mais une réflexion est en cours sur le redéploiement des postes entre les spécialités et entre les régions.

Axes	N°	Mesures	Sous-mesures	Etat d'avancement en 2009	Commentaires
	5.3	Expérimentation de "maisons de naissance" attenantes à des plateaux techniques	Elaboration de textes permettant d'expérimenter les maisons de naissance	<input type="checkbox"/>	Le texte a été formalisé, mais aucun appel à projets n'a été lancé à ce jour. Un groupe de travail de la CNN a réalisé un document comportant les fondamentaux du suivi et de l'accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités.
	5.4	Etude approfondie sur la responsabilité médicale	Promulgation du décret sur l'aide à la souscription d'assurance	■	Décret promulgué en janvier 2008.
Mise en place d'un groupe de travail pluri-partenarial			■	Groupe de travail inter-URML, et rapport de l'IGAS "L'assurance en responsabilité médicale" février 2007, sur saisine du ministre chargé de la santé.	
Suivi et évaluation du plan	6	Développement d'un système d'information en périnatalité	Mise en place d'un comité de suivi chargé de la vérification des mises aux normes, de l'évaluation de l'impact sur les besoins, et de proposer des ajustements	■	Le comité de suivi n'a pas été institué. C'est la commission nationale de la naissance qui a joué le rôle de comité de suivi depuis sa création en 2005.
			Amélioration de la qualité et de l'articulation des outils existants (PMSI et SAE)	<input type="checkbox"/>	Travail en cours au niveau de la DREES. Propositions de la CNN prises en compte dans le PMSI.
			Formalisation d'un cahier des charges précisant les données minimales qui doivent être contenues dans le SI de chaque région	⊙	Un groupe de travail a été réuni par la DHOS en 2006-2007 sur les indicateurs.
			Aides financières au déploiement des SI	⊙	Non réalisé, mis à part quelques initiatives régionales.

8 Analyse des éléments recueillis dans le cadre des focus groupes

8.1 Introduction

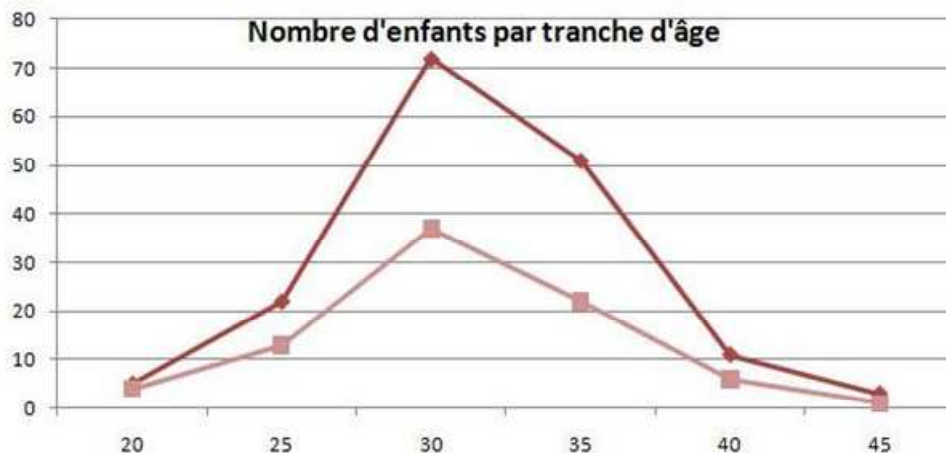
8.1.1 Méthode et déroulement

- 1 focus groupe organisé sur 11 des 12 territoires d'études entre le 19 janvier et le 15 mars 2010
 - Picardie
 - *Amiens*
 - *Creil*
 - *Hirson*
 - Poitou-Charentes
 - *Poitiers*
 - *Saintes*
 - Languedoc-Roussillon
 - *Montpellier*
 - *Perpignan*
 - Rhône-Alpes
 - *Annecy*
 - *Roanne*
 - La Réunion
 - *Saint-Pierre*
 - 1 focus groupe n'a pas pu être réalisé : Mende

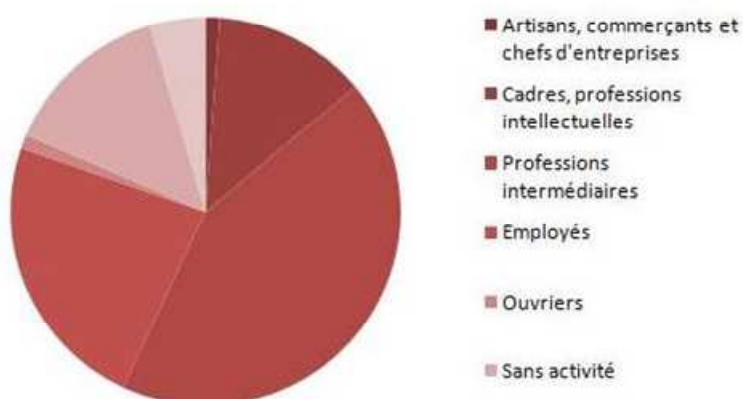
8.1.2 Présentation des participantes

- 10 participantes par focus groupe en moyenne
- 3 heures par groupe
- Un âge moyen de 33 ans
 - Des âges compris entre 21 ans et 45 ans
 - NB : 4 pères ont assisté à 2 des 11 focus groupes

- Les participantes ont en moyenne 1,9 enfants



- Les professions intermédiaires et employées rassemblent les $\frac{3}{4}$ des participantes



8.2 Perception et positionnement des différents acteurs

8.2.1 Le choix du gynécologue

- Hors médecin gynécologue habituel ou choix de proximité, 4 facteurs de choix d'un gynécologue sont cités par les femmes :
 - Le médecin est conseillé ou recommandé par le praticien habituel
 - Le médecin est celui d'une proche (mère, famille, amie)
 - Le médecin a une bonne réputation
 - Le médecin inspire confiance
 - *On le garde, même si son contact est froid*

- *On en change si la confiance est rompue*
- Lorsqu'une femme va à l'hôpital, elle n'a pas le choix du médecin
 - Mais le cadre général de l'hôpital la met en confiance
 - Le médecin est présumé spécialisé et compétent
 - *Notamment en cas de pathologie spécifique*

8.2.2 Le choix de l'établissement

- Le choix volontaire entre hôpital et clinique correspond à deux profils de femmes bien typés et équivalents :
 - En faveur de l'hôpital, celles qui souhaitent :
 - *La sécurité*
 - *La technicité*
 - *La présence d'un service de néonatalogie*
 - Le service offre une sécurité mais évite surtout d'être séparée de son enfant
 - *Une présence accrue de personnel (avis partagés)*
 - *NB : la perception d'un confort moindre est consciente et acceptée*
 - En faveur de la clinique, celles qui recherchent :
 - *Un plus grand confort*
 - *Une logique non pathologique*
 - « l'hôpital, c'est quand on est malade, la clinique, c'est pour la maternité »
 - *Une plus grande attention portée à la personne*
 - « c'est moins la chaîne » ; « c'est moins l'usine » ; « on est plus en famille »
 - *NB : la clinique est le plus souvent confondue avec établissement de petite taille*
 - Ce clivage ne recouvre pas le clivage Public / Privé qui n'est pas vraiment opérant pour les femmes
 - *Le clivage Public / Privé ne constitue pas un critère de choix de l'établissement pour les femmes*
- Les autres facteurs de choix
 - Le suivi de son gynécologue ou l'orientation par ce dernier

- La proximité
 - *Critère fort en milieu non urbain*
 - La réputation
 - *Portée par l'entourage*
 - *Véhiculée sur internet (sites, notation des établissements)*
 - Le coût
 - *Ce facteur n'est pas cité comme prépondérant*
- Zoom sur le coût / le prix : 3 catégories de femmes peuvent être identifiées :
- Celles qui ne font pas attention au prix
 - *Elles bénéficient de mutuelles*
 - Celles qui regardent les prix ou les coûts :
 - *Certaines sont surprises par les coûts*
 - *Certaines sont gênées de voir cela :*
 - « ça devrait être gratuit ; c'est une obligation »
 - « le côté business fait que c'est pas vraiment médical »
 - Celles qui sont agressives vis-à-vis des conditions financières :
 - *« ce qui compte pour eux, c'est que le fric rentre »*

8.2.3 La vision de l'hôpital

Une vision partagée

- En faveur de l'hôpital
- Il dispose de bons médecins et de bons matériels
 - Il offre de la sécurité en cas de complication ou de problème
 - Il permet la prise en charge dans l'urgence
 - Il évite le transfert (NB : quelques mères connaissent les niveaux de maternités)
- En défaveur de l'hôpital
- La prise en charge est déshumanisée
 - *« ce n'est pas comme à la génération d'avant » ou « du temps de mes parents »*
 - C'est un monde trop médicalisé
 - *« on a des analyses tout le temps, même si on va bien »*

- « on est tout le temps sous médicaments »
- Le personnel n'est pas suffisant ; il est en surcharge
 - Perception d'une évolution à venir défavorable
- Il y a trop d'étudiants
 - Ils ne connaissent pas les femmes
- Les conditions de confort et d'hygiène sont insuffisantes

8.2.4 Le médecin et la sage-femme

- Le médecin est globalement bien perçu par les femmes, sur un registre qui relève de la technique
 - Il est compétent
 - Il donne des conseils pertinents
 - Il rassure
 - Pour certaines femmes, il est extrêmement valorisé
 - « ma gynéco est géniale »
 - D'une façon générale, le médecin reste caractérisé par un statut par rapport à la femme :
 - La relation reste inégalitaire, même si cette inégalité est acceptée
 - La relation se situe en dehors d'un rapport « client-prestataire »
- Les critiques envers les médecins restent minoritaires mais aigües
 - Les médecins restent dans le registre exclusivement médical
 - Ils ne sont pas agréables
 - Ils ne sont pas disponibles
 - Ils ne parlent pas bien aux femmes ; ils sont secs
 - Ils ne donnent pas assez de conseils ; ils ne sont pas pédagogues
 - Ils ne savent pas ce que les femmes veulent
- La différence homme / femme joue peu pour la qualité de l'action et de la relation au médecin
 - Toutefois, certaines femmes mettent en avant leur culture ou leur religion pour indiquer leur préférence envers des médecins féminins

- Les sages-femmes sont vues très positivement ; les critiques sont quasi inexistantes
- L'action de la sage-femme est professionnelle
 - *Les suivis sont jugés très satisfaisants*
 - *Les interventions lors des accouchements sont très bien perçues*
 - *La sage-femme dispose de l'information nécessaire*
 - *La sage-femme sait imposer ses vues à l'obstétricien quand nécessaire*
- L'action de la sage-femme déborde le registre professionnel pour s'étendre au registre relationnel :
 - *Elles mettent en confiance*
 - *Elles ont un rôle de psychologue*
 - *Elles sont agréables, gentilles*
 - *Elles « répondent aux questions bêtes »*

8.2.5 La PMI

- La PMI est bien repérée même si elle n'est pas utilisée par toutes
 - La grande majorité des femmes connaissent la PMI
 - Une majorité des femmes rencontrées n'a pas fréquenté la PMI
 - De nombreuses femmes indiquent avoir été contactées par la PMI
 - *Souvent par courrier, parfois par téléphone*
 - *L'impression est généralement positive ; l'écoute est bonne et large*
 - *Dans de rares cas, une femme indique avoir eu du mal à les contacter ou n'a pas été satisfaite du contact*
 - La PMI est identifiée comme ayant 4 fonctions possibles :
 - Donner des conseils sur la maternité
 - *L'allaitement est souvent cité comme un sujet d'intervention*
 - Donner des contacts possibles (psychologues, sages-femmes, médecins...)
 - Intervenir en cas de problème médical
 - Contrôler le déroulement de la grossesse

- La connotation « sociale » de la PMI est très peu présente par mi les femmes rencontrées

8.3 Volonté, souhaits, attentes des femmes

8.3.1 Un projet pour la naissance ?

- La future maternité place les femmes au carrefour des ressorts les plus profonds de l'existence humaine :
 - La vie à venir / le risque de mort
 - La « magie » de donner la vie / la peur et l'angoisse
 - La transformation du corps
 - La solitude / la confiance
- Elle les situe aussi au cœur :
 - D'un processus très socialisé
 - Dans une société ne cherchant pas forcément à développer l'autonomie
- Face à cette situation rare, la notion de « projet » reste circonscrite :
 - Moins de 10 projets formels ont été recensés parmi les 100 femmes rencontrées
 - La notion de « projet » écrit ne suscite pas d'adhésion forte :
 - *Le projet correspond à des actions, alors que la femme ressent des impressions*
 - *L'écriture « technicise » ou « scolarise » la démarche*
 - C'est l'enfant qui est au cœur du projet de naissance, tandis que la femme a potentiellement deux projets :
 - *Un projet de grossesse, réel mais peu formulé*
 - *Un projet d'accouchement, beaucoup plus exprimé, bien que non écrit*
 - La notion de projet diffère beaucoup entre primipares et multipares :
 - *Le projet est plus clair pour les multipares, à la faveur de l'expérience*

8.3.2 La place du « naturel »

- 2 places minoritaires et 1 place majoritaire

- 1^{ère} place minoritaire : une place revendiquée face à un milieu hostile
 - *« On a trop fait de l'accouchement une maladie »*
 - *« les femmes sont trop suivies »*
 - *L'image du milieu « ultra-médical » fait peur*
 - *Les médecins ne cherchent pas à laisser de place à la nature*
- 2^{ème} place minoritaire : une place vécue dans un milieu réceptif
 - *« je voulais faire quelque chose par moi-même »*
 - *« il faut avoir confiance en soi »*
 - *Les accouchements sont devenus plus « lights »*
 - *Les équipes sont plus souples et plus ouvertes faces aux démarches plus naturelles*
 - *Il faut oser demander*
- 3^{ème} place majoritaire : une place identifiée mais non recherchée
 - *Les démarches plus naturelles sont identifiées, mais les femmes ne cherchent pas à se différencier ; on ne veut pas « faire original »*
 - *« la grossesse, c'est naturel, mais je suis ravie d'être suivie, même si je me dis parfois que c'est trop ! »*
 - *Dans quelques cas : « je n'en ai pas vraiment entendu parler »*

8.3.3 L'accouchement à domicile

- La grande majorité des femmes y est hostile
 - Les raisons de sécurité sont mises en avant, principalement pour le bébé
 - Cela fait peur
 - Pour le faire, il faudrait que son médecin soit là, qu'il y ait du matériel et qu'on soit entourée (définition de la Maternité ?)
 - Les pères s'y opposent
 - Une femme indique que cela coûte cher
- Une minorité significative de femmes indiquent qu'elles « auraient » aimé le faire, mais n'ont pris aucune disposition en ce sens au moment voulu
 - Les femmes s'étant renseignées sont très rares
- Deux femmes ont accouché à domicile dans les groupes :

- Stéphanie : « J'ai 30 ans, je suis maman de 2 enfants, A en 2006 et B en 2009. A est né à l'hôpital, la grossesse était normale, l'accouchement moins, car je ne voulais pas de péridurale mais je l'ai eue quand même. Mon séjour à l'hôpital m'a fait perdre ma confiance en moi, j'étais infantilisée, je voulais rentrer tôt. Je suis sortie à J3. Je suis rentrée, et ça s'est mal passé, j'allaitais, mais j'en avais trop, j'ai eu des complications, j'ai fait un abcès. J'ai été à l'hôpital puis à la clinique. Pour B, ça a été une grossesse assez médicale, il y a eu une amniosynthèse, j'avais beaucoup d'appréhension pour l'accouchement, je ne savais pas où aller. Au 8ème mois, j'ai eu une visite à la clinique, le gynécologue a été complètement irrespectueux. J'ai donc pris contact avec une sage femme libérale pour me suivre et m'accoucher chez moi. Après son accord, j'ai accouché chez moi, c'était super. La suite aussi. J'avais le sentiment d'être respectée dans mes choix et j'avais une personne de confiance avec moi, c'était le fait d'être chez moi, dans mes murs, et ne pas devoir me battre pour sortir de la clinique ».
- Anne Sophie : « J'ai 29 ans, je suis maman de 3 enfants, M est né en 2003 à clinique, et les deux autres à la maison en 2005 et en 2007. Pour moi être enceinte, c'est purement physiologique, donc j'ai accouché à la clinique pour mon premier, ça s'est très bien passé. Le retour à la maison il n'y a pas eu de soucis. Pour ma fille et mon fils c'était un choix, car je voulais accoucher dans l'intimité avec une sage femme et mon mari, c'était tout un travail psychologique. Pour moi, à partir du moment où la grossesse se passe de façon physiologique ça doit pouvoir se faire à la maison. J'étais suivie en accompagnement global par la même sage femme pendant toute la grossesse. La sage femme reste deux heures après la naissance. Et on se retrouve avec le bébé. Il n'y a pas de stress, pas de soucis. Le frère et la sœur était présent à la naissance du dernier ».

8.3.4 La douleur

- La perception de la douleur est très différente chez chaque femme

- *« c'est horrible » ; « les contractions m'ont bercée » ; « j'ai ressenti une douleur émotionnelle » ; « j'ai dit à la sage-femme de me laisser mourir et de sauver mon enfant » ; « une sensation pas désagréable » ; etc.*
- Très majoritairement, les femmes souhaitent ne pas souffrir
 - Cela permet aussi de profiter et de penser au moment de la naissance
 - Cela a cependant des inconvénients :
 - *« il y a un risque »*
 - *Certaines femmes ont du mal à se lever après*
 - *Quelques femmes conservent une douleur dans le dos*
 - *« cela m'a fait vomir »*
 - Certaines volontés sont contrariées
 - *Des femmes n'ont pas pu obtenir la péridurale, pour des raisons médicales*
 - *Des femmes ont eu la péridurale, mais tardivement*
- Une minorité de femmes ne souhaite pas disposer de la péridurale
 - C'est plus naturel
 - Cela permet de sentir l'enfant
- Les femmes trouvent cela bien de pouvoir choisir
 - Certains médecins ou sages-femmes poussent à avoir la péridurale

8.3.5 L'allaitement

- Les pratiques restent très diverses :
 - Elles ne sont pas systématiques pour chaque femme
 - *On peut allaiter un enfant et pas l'autre*
 - Elles ne sont pas continues
 - *On peut commencer puis arrêter*
- Les prises de position des femmes sont diversifiées et vécues différemment
 - Certaines femmes sont très volontaires (naturel)
 - Certaines sont volontaires mais n'y parviennent pas
 - Certaines sont réticentes, voire hostiles
- Les prise de position des professionnels sont globalement favorables

- « on nous encourage »
- Parfois : « on fait pression » ; « on nous contraint »
- Ceci s'ajoute dans certains cas à la pression de l'entourage
 - « j'ai arrêté d'allaiter en cachette de ma famille »
- L'information et l'accompagnement restent globalement insuffisants
 - Les discours sont différents
 - Ils ont cependant tendance à s'améliorer

8.3.6 Après l'accouchement

- Une situation souvent difficile, sur de nombreux plans :
 - De nombreuses femmes ont peur :
 - *De ne pas savoir s'occuper du bébé*
 - *De savoir s'il dort ou ...*
 - Plusieurs femmes se sentent abandonnées
 - *Beaucoup ressentent un besoin d'assistance psychologique*
 - *Certaines se sentent déprimées*
 - Certaines femmes trouvent difficile de parler de ce qu'on ressent
 - *Pudeur*
 - *Tabous*
 - Certaines femmes aimeraient avoir plus d'aide
 - *Mais culpabilisent également lorsque leur famille les aide*
- La situation est bien moins difficile pour les multipares

8.3.7 La sortie de la maternité

- Les femmes se partagent en deux catégories :
 - Celles qui se trouvaient bien à la maternité
 - Celles qui avaient hâte de rentrer
- La perception du suivi après la grossesse est également différente
 - Pour certaines :
 - « *c'est bâclé* »
 - « *on se préoccupe plus du bébé que de la maman* »
 - « *on n'a pas de lieux pour échanger* » ; « *on manque d'informations* »

- « Il n'y a pas de mode de garderie pour une heure ou deux »
- Pour d'autres :
 - On se voit proposer un suivi par la PMI ; ça permet d'échanger avec d'autres mères
 - On est rassurée de pouvoir appeler la sage-femme libérale

8.3.8 La place du père

- Pour beaucoup de femmes, le père se sent concerné par le médical, la technique
 - Les pères sont plutôt concernés par le suivi
 - Ils viennent aux échographies
 - Ils posent des questions
 - Cependant, certains vivent cela sur un registre différent : ils posent peu de questions, mais s'occupent de l'enfant à la maison
- La plupart des femmes considère que la présence du père à l'accouchement est importante
 - Mais les pères « sont virés » après ; ils ne peuvent rester auprès des mères (parfois, il faut payer)
- Les pères vivent les choses en deux temps :
 - Ils s'inquiètent d'abord pour la santé de la mère
 - Puis, ils se sentent père une fois qu'ils ont l'enfant dans les bras
- L'intervention des pères à la maison reste variable
 - Certains s'impliquent beaucoup
 - D'autres, peu

8.4 Suivi, écoute, échanges

8.4.1 L'entretien prénatal précoce

- L'entretien est très peu connu
 - 12 femmes des groupes l'ont suivi
 - 4 femmes ont en été informées, mais ne l'ont pas fait
- Les femmes ayant suivi l'entretien en sont globalement satisfaites :
 - « c'était super rassurant ; on posait toutes les questions qu'on avait en tête »

- « ça m'a vraiment permis de pouvoir discuter de l'amniosynthèse »
 - « c'est un échange, une discussion entre copines »
 - « on ne peut pas aussi facilement parler de nos sentiments, de nos craintes »
- Les reproches suivants ont été faits :
- « c'est très axé sur le tabac (et l'allaitement) »
 - « c'est un cours de diététique et d'assistance sociale »
- Les femmes qui découvraient cet entretien au cours des réunions de groupes y étaient plutôt favorables

8.4.2 Le carnet de maternité

- Le carnet de maternité est plutôt bien repéré
- Même si ce n'est pas systématique
- Le volet information est jugé très utile
- Surtout par les primipares
- Le carnet n'est pas utilisé dans son volet médical
- Certaines usagères le regrettent
 - L'utilisation est variable selon les usagers ;
 - *Elle semble plus forte pour les personnes issues de milieux modestes*
 - La partie médicale très peu utilisée du fait de l'utilisation d'un autre dossier

8.4.3 La préparation à la naissance

- La majorité des femmes rencontrées a suivi les cours
- Les opinions favorables sont majoritaires
 - « *c'est intéressant et bien fait* » ; « *ça donne des informations* »
 - « *ça sert* » ; « *c'est utile quand les contractions démarrent* »
 - « *ça permet d'évacuer le stress* » ; « *j'étais zen* » ; « *ça rassure* »
 - Certaines femmes n'en ont pas vu l'utilité
 - « *je n'ai pas eu d'informations supplémentaires* »
 - « *la sage-femme nous prenait un peu de haut* »
 - « *ça ne m'a pas servi à grand-chose* »

- « on oublie »

- 3 motivations principales pour ne pas suivre les cours
 - C'est le 2^{ème} enfant ; on n'en ressent plus le besoin
 - Les contraintes empêchent d'y assister
 - Les femmes n'en ressentent pas le besoin ; « tout le monde y arrive »

8.4.4 Information, écoute, échange

- Les sources d'information et d'échange sont diversifiées
 - Cependant, la première source reste les professionnels
 - La deuxième est constituée par les proches
 - Internet, les livres et les revues constituent une troisième source
 - Certaines femmes mentionnent qu' « il faut se débrouiller » pour obtenir l'information
 - Quelques femmes soulignent l'intérêt des associations
- Les femmes s'accordent généralement à dire que l'information générale est correcte
- Les critiques portent sur les points suivants
 - Les professionnels emploient trop de termes médicaux
 - Les résultats d'examen sont difficiles à lire
 - Des divergences d'information existent : allaitement, grippe, alimentation ...
 - « lors des premières visites, on semblait me dire que mes questions n'avaient pas besoin de réponses au moment où je les posais »
 - On manque de temps et de personnel (« à la chaîne »)
 - On ne s'intéresse pas assez au côté émotionnel et psychique

8.4.5 Accompagnement psychologique

- Quasiment aucune des femmes rencontrées n'a bénéficié d'un psychologue
- Plusieurs femmes ignoraient qu'il y avait des psychologues
- Plusieurs femmes estiment que le rôle du psychologue est tenu par d'autres intervenants :
 - Sage-femme, médecin, pédiatre, généraliste...
- La majorité des femmes estime intéressant d'avoir une prise en charge psychologique plus importante

- « on ne s'occupe pas de la mère ; on s'occupe que du bébé »
- « tu pensais avant tout au bébé et tu te mettais de côté »
- « on n'a pas conscience tout de suite qu'on ne va pas bien »
- La demande est particulièrement nette après l'accouchement