

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Satisfaction des femmes à la suite de transferts in utero ou de transferts post-partum

Enquête réalisée par
la cellule d'orientation des transferts maternels
du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire

Marion MIR

Née le 5 Octobre 1987

Maître de mémoire : Dr B. BRANGER

[Promotion 2007 - 2011]

Table des matières

Introduction.....	1
1 ^{ère} partie : Transferts maternels périnataux.....	2
1. Organisation de la périnatalité.....	2
a. La périnatalité en France.....	2
o Les plans de périnatalité – notion de réseau de santé :.....	2
▪ Le plan périnatalité de 1994.....	2
▪ Les décrets périnatalité de 1998.....	3
▪ Les réseaux de santé.....	3
▪ Le rapport « Mission périnatalité » de 2003.....	3
▪ Loi relative à la Santé Publique de 2004.....	4
▪ Le plan périnatalité 2005-2007.....	4
o Les réseaux de santé en périnatalité.....	4
▪ Objectifs.....	4
▪ Aire géographique.....	5
▪ Financement.....	5
▪ Missions.....	5
b. La périnatalité dans les Pays de la Loire.....	6
2. Les transferts maternels périnataux.....	6
a. Définition.....	6
b. Indications des transferts in utero et des transferts post-partum.....	7
o Indications des transferts in utero.....	7
o Indications des transferts post-partum.....	8
c. Contre-indications des transferts.....	8
d. Acteurs des transferts.....	10
o Médecin demandeur.....	10
o Cellule d'orientation.....	10
o Médecin receveur.....	11
o Equipe de transport.....	11
o La patiente.....	11
e. Moyen de transport.....	11

2 ^{ème} partie : Satisfaction des usagers des établissements de santé	13
1. La qualité en santé – Concept de satisfaction	13
a. Définitions	13
b. Attentes des patients	13
c. Evaluation de la satisfaction dans un réseau de soins	14
2. Contexte	14
a. Le patient au centre de sa prise en charge	14
b. L'évolution des droits des usagers	14
c. Les associations d'usagers.....	15
d. Des démarches qualité en augmentation	15
3. Objectifs de la mesure de la satisfaction de patients.....	16
a. Objectifs des établissements de santé.....	16
b. Objectifs des régulateurs de l'offre de soins.....	16
c. Objectifs des associations d'usagers	16
d. Objectifs des réseaux de santé.....	17
4. Les dimensions de la satisfaction	17
5. Méthodes d'évaluation de la satisfaction	17
3 ^{ème} partie : Etude de la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un transfert périnatal dans le RSN	19
1. Introduction.....	19
2. Matériel et méthodes.....	19
3. Résultats	21
a. Répartitions journalière, hebdomadaire et mensuelle	21
b. Maternité d'arrivée et origine du transfert.....	22
c. Distance et durée de transport	24
d. Délai de réponse au questionnaire	25
e. Satisfaction des patientes.....	25
f. Personne délivrant l'information et satisfaction des femmes	30
g. Transfert par une équipe SMUR.....	33
h. Influence de facteurs sociodémographiques et médicaux sur la satisfaction globale.....	34
i. Commentaires libres – propositions	37
o Commentaires positifs.....	37
o Commentaires négatifs	38
o Propositions.....	39

j. Validité et dimensions du questionnaire.....	39
4 ^{ième} partie : Discussion	42
1. Résultats de l'étude.....	42
a. Satisfaction des femmes.....	42
b. Répartitions journalière, hebdomadaire et mensuelle	42
c. Maternité d'arrivée et origine du transfert.....	42
d. Distance et durée de transport	43
e. Facteurs influençant la satisfaction des patientes	44
2. Limites de l'étude	46
a. Maternités	46
b. Satisfaction des conjoints.....	46
c. Méthodes utilisées	47
3. Comparaison à d'autres études.....	48
a. Satisfaction globale des femmes.....	48
b. Satisfaction des femmes quant à l'information	48
c. Annonce du transfert	49
d. Déplacement vers la maternité d'arrivée.....	49
e. Accueil dans la maternité d'arrivée.....	49
f. Dimensions de la satisfaction	50
4. Propositions.....	50
a. Propositions organisationnelles	50
b. La formation des sages-femmes.....	51
c. Les compétences relationnelles des professionnels de santé	51
Conclusion	52
Annexe 1.....	53
Annexe 2	54
Annexe 3.....	55
Annexe 4.....	56
Annexe 5.....	60
Annexe 6.....	62
Bibliographie.....	64

Introduction

L'évaluation de la satisfaction des usagers du système de santé fait partie de la démarche qualité, qui vise à améliorer les performances globales du système de santé. Le lien entre satisfaction des usagers et qualité des prestations est complexe, et a longtemps conduit les professionnels de santé à ne pas considérer la satisfaction des usagers avec suffisamment d'attention.

Aujourd'hui, l'évaluation de la satisfaction s'inscrit dans un contexte de montée en puissance de la place et du rôle des usagers et est rendue légitime par deux dispositions réglementaires majeures : l'ordonnance du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS), dont l'évaluation de la qualité des soins est une des missions, a défini l'analyse de la satisfaction des patients comme un critère à valider dans la démarche d'accréditation.

La satisfaction des patients permet d'obtenir une mesure subjective portant sur les soins et le système de santé. Les mesures de satisfaction s'appliquent aussi bien aux établissements de santé – publics et privés – qu'aux réseaux de santé.

Ces dernières années, au sein des réseaux périnataux des Pays de la Loire, plusieurs enquêtes de satisfaction ont été réalisées. En 2006, le réseau « Grandir Ensemble » qui suit les enfants nés prématurément et les nouveau-nés à risque, a évalué la satisfaction des parents sur la prise en charge proposée au sein du réseau. En 2009, le réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble (RSN) a réalisé une enquête de satisfaction des mères ayant accouché dans une maternité du RSN. Cette enquête portait sur le suivi de la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le retour au domicile.

L'évaluation de la satisfaction des patientes suite à un transfert maternel périnatal a fait l'objet d'une enquête, réalisée entre le 1^{er} Février et le 27 Juin 2010, grâce à la distribution et au recueil d'un questionnaire de satisfaction, dans deux maternités de type 3 du Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire.

Le but de ce travail est d'analyser les résultats de cette enquête.

En première partie, nous présenterons l'organisation des transferts maternels périnataux.

Dans la deuxième partie, nous évoquerons la notion de satisfaction des usagers des établissements de santé.

La troisième partie présentera les résultats de l'enquête « Etude de la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un transfert périnatal dans le RSN ».

Dans la quatrième partie (discussion), nous analyserons les résultats de l'enquête et les comparerons à d'autres études.

1^{ère} partie : Transferts maternels périnataux

1. Organisation de la périnatalité

a. La périnatalité en France

○ *Les plans de périnatalité – notion de réseau de santé :*

▪ Le plan périnatalité de 1994

Le plan périnatalité de 1994, établi par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville fixe les objectifs principaux de la politique périnatale nationale pour 1999. Ces objectifs sont les suivants [1] :

- Réduire la mortalité maternelle à 9 pour 100 000 naissances (en 1994, elle est de $13,9 \pm 2,4$ pour 100 000 naissances).
- Réduire la mortalité périnatale de 3% (en 1991, elle est de 8,3 pour 1 000 naissances).
- Réduire l'hypotrophie à la naissance (poids < 2500g) à 4% des naissances (elle est de 5,7% naissances en 1994).
- Réduire le nombre de femmes ayant moins de 3 consultations pendant leur grossesse.

Il est précisé que l'atteinte de ces objectifs devra s'appuyer sur le développement de stratégies régionales pour gommer les disparités en termes de moyens et de résultats : le Haut Comité de la Santé Publique propose de développer des politiques régionales selon une planification des soins en réseaux et filières. Cette planification est basée sur deux principes :

- La prise en charge des grossesses et des accouchements en fonction des risques (suivi de proximité réservé au bas risque et un suivi « proximité-spécialisation » pour le haut risque).
- La préservation du lien mère-enfant.

Pour atteindre ces objectifs, les maternités sont distinguées en trois types selon un schéma régional. Ainsi le Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français a défini les trois types de maternité [2] :

- Maternités de type 1 : habilitées à prendre en charge des grossesses sans facteur de risque. Ces structures possèdent une unité d'obstétrique mais pas d'unité de néonatalogie.
- Maternités de type 2 : habilitées à prendre en charge des grossesses de déroulement pathologiques. Elles possèdent une unité d'obstétrique et de néonatalogie (type 2a) et/ou de soins intensifs néonataux (type 2b) ou en ont une à proximité ;
- Maternités de type 3 : habilitées à prendre en charge des grossesses de déroulement pathologique. Ces structures ont une unité d'obstétrique et de réanimation néonatale ou en ont une à proximité.

Le critère de proximité correspond à la possibilité de transférer le nouveau-né dans l'unité néonatale sans avoir recours à un véhicule sanitaire.

Le tableau suivant synthétise l'association du niveau de la maternité au niveau de soins pédiatriques et de l'âge gestationnel.

Tableau I : Type de la maternité en fonction de l'âge gestationnel

Type de la maternité	Age gestationnel (SA)
1	≥ 36
2a	≥ 34
2b	≥ 32
3	≥ 24-26

- **Les décrets périnatalité de 1998**

En 1998, suite au plan périnatalité, le Ministère du Travail et des Affaires Sociales fait paraître un décret relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale [3].

L'article R.712-85 énonce que les établissements de santé pratiquant l'obstétrique participent à l'identification des facteurs de risque pour la mère et l'enfant afin de les orienter vers une structure adaptée ;

L'article R.712-86 stipule que si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer une prise en charge adaptée, il doit organiser son transfert vers un établissement apte à délivrer les soins appropriés. Il précise que tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés doit disposer d'un service de réanimation adulte et d'un service de réanimation néonatale ;

Les décrets de périnatalité de 1998 ont encouragé les établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale à adhérer à des réseaux de soins périnataux permettant de garantir une prise en charge en fonction des risques associés par le développement des transferts maternels périnataux et des transferts néonataux.

- **Les réseaux de santé**

En 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé donne la définition suivante du réseau de santé : « un réseau de santé constitue une forme organisée d'actions collectives apportées par des professionnels, en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné » [4].

L'article L.6321-1 du Code de la santé publique [5] précise les missions des réseaux de santé (loi du 4 mars 2002) : « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique ».

- **Le rapport « Mission périnatalité » de 2003**

En Septembre 2003, un groupe d'experts (G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé) remettait le rapport « Mission périnatalité » [6] au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Ce rapport présentait 20 propositions pour améliorer la politique périnatale.

La proposition n°8 concerne le fonctionnement en réseau : les auteurs indiquent que les réseaux ne doivent pas seulement réguler la coopération inter-hospitalière public-privé mais doivent couvrir également en amont (suivi de la grossesse) et en aval (suivi du nouveau-né à risque de handicap) de l'accouchement. Cet élargissement du champ d'action des réseaux nécessite une ouverture à la ville car nombre de ces acteurs n'appartiennent pas aux structures hospitalières. La proposition mentionne aussi que la pérennité de l'organisation en réseau nécessite un financement.

La proposition n° 9 concerne le transport des mères et des nouveau-nés : les auteurs estiment qu'il est nécessaire d'élaborer des recommandations et des protocoles pour la régulation des transports médicalisés et para-médicalisés. La proposition précise que ces transports doivent être pris en charge financièrement.

- **Loi relative à la Santé Publique de 2004**

La loi du 9 Août 2004 relative à la Santé Publique fixe les objectifs suivants [7] :

- Réduire la mortalité périnatale à 5,5/1 000.
- Réduire la mortalité maternelle à 5/100 000.

- **Le plan périnatalité 2005-2007**

Ce plan [8] fait suite au rapport « mission périnatalité » de 2003 et doit permettre d'atteindre les objectifs de la loi du 9 Août 2004 relative à la Santé Publique. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche.

Dans la recherche d'une plus grande proximité, le développement des réseaux en périnatalité à une place importante.

Le plan insiste sur :

- L'ouverture des réseaux à la ville et à la Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- L'obligation des réseaux de couvrir l'ensemble du territoire avant 2005.
- Le financement des réseaux qui se fera par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR).
- La nécessité de l'élaboration d'un cahier des charges national des réseaux.

- ***Les réseaux de santé en périnatalité***

- **Objectifs**

Les objectifs du développement des réseaux en périnatalité sont d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ainsi que de décloisonner et de faire connaître l'offre de soins. Ces objectifs doivent concourir à :

- La diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile.
- La diminution de l'incidence de la prématurité.
- La diminution de l'incidence du handicap chez les enfants.

▪ Aire géographique

Un réseau doit couvrir une aire géographique définie. Cette aire géographique doit être décrite en termes de territoires, de structures et de professionnels impliqués (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS) [9]. Le territoire couvert doit être en accord avec les données épidémiologiques, l'offre de soins, les besoins constatés de la population ainsi que les limites des réseaux voisins. La majorité des réseaux existants aujourd'hui sont des réseaux inter-établissements ou des réseaux de proximité. Les perspectives actuelles de développement des réseaux sont notamment de s'ouvrir à la ville, au secteur libéral, aux autres réseaux existants ainsi qu'aux services de PMI et aux acteurs des champs médico-social, social et pédopsychiatrique [8-10].

La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) [11], qui regroupe l'ensemble des réseaux de périnatalité en France dénombre, en 2010, 64 réseaux régionaux de périnatalité, ce qui représente 666 maternités.

▪ Financement

Le plan périnatalité 2005-2007 [8] prévoit un financement par la DNDR qui dispose d'un budget de 6 millions d'euros à répartir sur 3 années. Les réseaux relèvent des Dotations Régionales de Développement des Réseaux sur décision conjointe des directeurs de l'Union Régionale Caisse d'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, maintenant regroupées au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les décisions de financement reposent sur la cohérence du projet proposé ainsi que sur le respect des objectifs définis par le cahier des charges national des réseaux [10-12]. Le fonds régional est basé sur le FICQS (Fonds d'Intervention à la coordination et la qualité des soins).

Les réseaux peuvent également recevoir des subventions de l'Etat et des collectivités territoriales dans le cadre d'actions de prévention.

▪ Missions

Les missions des réseaux sont décrites dans le cahier des charges national des réseaux en périnatalité [10] élaboré suite à la parution du plan « périnatalité » 2005-2007 [8] :

- Permettre une prise en charge globale des mères et couples.
- Assurer une prise en charge continue quelque soit le lieu de la prise en charge.
- Favoriser les collaborations entre professionnels en coordonnant les interventions de tous les acteurs, dans le respect des choix des usagers.
- Informer et accompagner les futurs parents.
- Assurer des formations interdisciplinaires pour les professionnels impliqués.
- Organiser et assurer le partage de l'information.
- Evaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau.
- Recueillir et transmettre les données épidémiologiques pour participer à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Le champ d'intervention des réseaux en périnatalité couvre le suivi de toute grossesse, physiologique ou pathologique, en amont et en aval de la naissance ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale. La prise en charge doit être adaptée en fonction

des risques identifiés pour la mère et l'enfant. Les transferts in utero et postnatal font partie des missions des réseaux.

b. La périnatalité dans les Pays de la Loire

La région des Pays de la Loire couvre une superficie de 32 082 km² pour une population estimée à 3 480 500 habitants au 1^{er} Janvier 2007 selon l'INSEE [13]. Le taux de natalité de la région est de 13,1‰ ; il est de 12,7‰ au niveau national. La région s'est dotée, comme beaucoup d'autres, d'une structure de type réseau formalisant la régionalisation des soins. Le Réseau « Sécurité Naissance – Naître Ensemble » des Pays de la Loire (RSN) a été mis en place entre 1995 et 1998 à l'initiative des professionnels de la naissance (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes, puéricultrices et infirmières). Sa charte constitutive date de Janvier 1998 et ses statuts ont été déposés en préfecture de Loire-Atlantique en Avril 1998. Son objectif principal est d'assurer aux mères et aux nouveau-nés un niveau de sécurité optimal dans les soins dispensés au sein des Pays de la Loire et qui soient conformes aux données de la science [14]. Une équipe de coordination a été mise en place et financée en 2005.

Depuis 2007, le RSN est composé de 24 maternités réalisant environ 45 600 naissances par an (45 632 en 2009 [15]) ; c'est un réseau d'établissements. Parmi les maternités, 3 sont de type 3, 9 de type 2 (5 types 2b et 4 types 2a) et 12 de type 1. La liste des maternités ainsi que leur type sont fournis en *annexe 1*, leur répartition géographique en *annexe 2* ; les distances et temps de transport entre ces maternités sont fournis en *annexe 3*.

La circulaire n° DHOS/O1/2006/273 du 21 Juin 2006 [16] relative à l'organisation des transports périnataux des mères énonce que, à la fin de l'année 2008, l'orientation des transferts des femmes et des nouveau-nés devra être traitée de manière centralisée. En conséquence, depuis Juillet 2009, l'orientation des transferts des femmes se fait via la cellule d'orientation du RSN. Elle est composée de deux sites fonctionnels : la maternité du CHU d'Angers et la maternité du CHU de Nantes. Quatre postes équivalents temps plein de sages-femmes ont été mis à disposition du RSN par l'ARS pour assurer l'orientation des transferts maternels [17].

Conformément au cahier des charges des réseaux en périnatalité [10], la répartition proposée par le RSN pour l'orientation des transferts dans les maternités de types 2 et 3 est la suivante (protocole géographique) :

- La maternité du CHU de Nantes reçoit les transferts en provenance de Loire Atlantique, de Vendée et des maternités de Cholet.
- La maternité du CHU de Angers reçoit les transferts en provenance de Maine et Loire, de Sarthe, de Mayenne et des maternités de Cholet.

2. Les transferts maternels périnataux

a. Définition

Un transfert maternel est un transfert, médicalisé ou non, d'une femme enceinte (transfert ante-partum ou transfert in utero ou TIU) ou d'une jeune accouchée (transfert post-partum ou TPP) dans un contexte d'hospitalisation, pour assurer, pour elle ou pour son enfant, des soins dans un type de maternité correspondant à leur état de santé [17].

b. Indications des transferts in utero et des transferts post-partum

o Indications des transferts in utero

Historiquement, les auteurs ont défini des indications de transfert différentes selon qu'ils ont envisagé le risque maternel, le risque fœtal ou les deux.

En 1898, V. Delaney Back [18] retient la pathologie obstétricale comme un élément déterminant dans la décision de transfert. En 1990, pour P. Sagot *et al.* [19] le transfert ne dépend pas de la pathologie obstétricale mais du terme de la grossesse. En 2001, J.L. Chabernaud [20] décrit les trois indications fœtales de transfert en maternité de niveau 3 :

- Le risque de grande prématurité.
- Le risque de mort fœtale in utero suite à une souffrance chronique.
- Une malformation fœtale nécessitant une prise en charge spécialisée et immédiate à la naissance.

Pour P. Vaast et F. Puech (2001), il convient de différencier deux grands types de TIU selon leur indication principale. Le premier groupe est constitué de femmes enceintes qui risquent d'accoucher prématurément (sens strict) ; et le second, de femmes enceintes présentant une pathologie nécessitant un plateau technique spécialisé, sans qu'y soit systématiquement associé un risque de prématurité (sens large) [21].

En 2003, E. Menthonnex et P. Menthonnex écrivent que les indications de TIU sont de deux sortes [22] :

- Les pathologies obstétricales sévères : hypertension artérielle, pré-éclampsie, hellp syndrome, menace d'accouchement prématuré avec tocolyse par voie veineuse continue, troubles de la coagulation, hémorragie ante-partum avec menace d'accouchement prématuré.
- Les pathologies maternelles non obstétricales graves : accident de la voie publique avec polytraumatisme, coma, syndrome infectieux grave.

Le groupe de travail « transports maternels » avec la commission obstétricale et la commission des anesthésistes du RSN des Pays de la Loire classent les indications de TIU en deux catégories : les indications fœtales et les indications maternelles [23] :

- Les indications fœtales :
 - o Menace d'accouchement prématuré (MAP) :
 - En niveau 2 si terme ≥ 32 SA et < 36 SA.
 - En niveau 3 si terme $\geq 24-26$ SA.
 - o Rupture prématurée des membranes (RPM).
 - o Retard de croissance intra-utérin (RCIU) $< 3^{\text{ème}}$ percentile.
 - o Malformations fœtales nécessitant une prise en charge chirurgicale ou de réanimation immédiate à la naissance (cardiopathies, malformations digestives).
 - o Syndrome transfuseur-transfusé (STT).
 - o Anasarque.
 - o Grossesse triple.
- Les indications maternelles :
 - o Suspicion de placenta accreta ou percreta.
 - o Pré-éclampsie (PE).
 - o Pathologies maternelles graves et spécifiques.

○ *Indications des transferts post-partum*

Le groupe de travail « transports maternels » avec les commissions obstétricales et des anesthésistes du RSN citent les indications de TPP suivantes [23] :

- Hémorragie grave (définie comme [24] : perte sanguine \geq 1500 mL ; chute du taux d'hémoglobine de 4 g/dL ou transfusion de 4 culots globulaires rouges dans les 24 heures suivant l'accouchement).
- Pré-éclampsie.
- Pathologies maternelles graves et spécifiques, ou décompensées.
- Embolie pulmonaire.
- Rapprochement mère-enfant.

Concernant les hémorragies de la délivrance, la circulaire DHOS de Juin 2006 [16], énonce que « chaque maternité, quel que soit son niveau doit être en mesure d'assurer le traitement des hémorragies de la délivrance. Le transfert inter-établissement doit être, compte tenu de sa dangerosité, réservé à des cas exceptionnels, précis et limités ».

De ce fait, l'équipe de gynécologie-obstétrique doit posséder une double compétence médicale et chirurgicale 24/24 heures. Lorsque cette double compétence n'est pas assurée, la maternité doit être située dans un établissement disposant d'un service de chirurgie viscérale ou gynécologique fonctionnant 24/24 heures ou doit pouvoir bénéficier de l'intervention d'une équipe chirurgicale provenant d'un autre établissement, dans le cadre de la coopération inter-établissements [16].

De plus, l'article R.712-86 des décrets de périnatalité de 1998 [3] stipule que tout établissement pratiquant l'obstétrique ne possédant pas de service de réanimation adulte doit passer une convention avec un établissement comportant une telle unité. En outre, tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés doit disposer d'un service de réanimation adulte.

Dans le RSN des Pays de la Loire, les trois maternités de type 3 disposent d'un service de gynécologie-obstétrique, d'un plateau technique de radiologie interventionnelle, d'un service de réanimation, d'un laboratoire de biologie médicale, d'une banque du sang qui permettent la prise en charge globale de la patiente. La maternité de type 2 de la Roche Sur Yon possède également ces services.

c. Contre-indications des transferts

Si le transport présente un risque immédiat de morbidité ou de mortalité, que ce soit pour la femme ou pour le fœtus, il est contre-indiqué.

E. Menthonnex et P. Menthonnex décrivent les contre-indications maternelles et fœtales des transferts [22] :

- Les contre-indications fœtales comprennent toutes les indications d'extraction fœtale en urgence. En cas de contre-indication au TIU, le transport du nouveau-né par une équipe SMUR (pédiatrique) devra être envisagé dès la naissance.
- Les contre-indications maternelles absolues sont peu nombreuses : instabilité cardiovasculaire, pertes de sang importantes, imminence de l'accouchement, risque d'accouchement pendant le transfert, état maternel incompatible avec le transfert. La stabilité de la mère et sa mise en condition pour le transfert priment sur la pathologie.

En 2007, le groupe de travail « transports maternels » avec les commissions obstétricales et des anesthésistes du RSN classent les contre-indications en deux catégories : les contre-indications fœtales et maternelles [23] :

- Contre-indications fœtales :
 - Hématome rétro-placentaire.
 - Suspicion d'asphyxie périnatale.
 - Accouchement imminent ou temps de transport jugé supérieur au délai de survenue de l'accouchement.
- Contre-indications maternelles :
 - Hémorragie active du péri-partum.
 - Placenta prævia avec hémorragie active.
 - Eclampsie et pré-éclampsie.
 - Menace d'accouchement prématuré avec dilatation > 4 cm et âge gestationnel > 30 SA.
 - Toute pathologie nécessitant une extraction fœtale immédiate.

Deux outils permettent d'apprécier l'imminence de l'accouchement : les scores de Malinas A (tableau II) et B (tableau III).

Le score de Malinas A permet d'évaluer l'imminence de l'accouchement en fonction de 5 critères : la parité, la durée du travail déjà effectuée, la durée des contractions, l'intervalle qui les sépare et la perte des eaux ou non. A chaque item est associée une cotation de 0 à 2 :

- Score ≤ 5 : l'accouchement n'est pas considéré comme pouvant arriver dans l'heure. Dans ce cas de figure, la valeur prédictive négative (VPN) est de 96% avec une spécificité de 89% [22]. Un transport via une ambulance privée peut être envisagé, l'accompagnement par une sage-femme doit être envisagé.
- Score > 7 et/ou envie de pousser : l'accouchement est considéré comme pouvant arriver dans l'heure. Cependant, la valeur prédictive positive (VPP) n'est que de 30%. De ce fait, d'autres éléments doivent être pris en compte : le délai d'arrivée à la maternité (relief, difficultés routières, délai d'arrivée du moyen de transport...), l'envie de pousser, la parité (à scores égaux, une multipare accouchera plus rapidement), le terme de la grossesse (prématurité ou non) et la vitesse des accouchements précédents. Le moyen de transport envisagé (si le transfert est jugé possible) sera alors un véhicule SMUR.

Tableau II : Score de Malinas A

Cotation	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée du travail	<3h	3 à 5h	≥6h
Durée des contractions	<1 minute	1 minute	>1minute
Intervalle entre les contractions	>5 minutes	3 à 5 minutes	<3 minutes
Perte des eaux	Membrane intacte	Récente	>1h

Le score de Malinas B estime le temps restant avant l'accouchement en fonction de la parité et de la dilatation. Si le délai d'accouchement estimé est supérieur au temps de transport, le transfert sera contre-indiqué :

Tableau III : Score de Malinas B

Dilatation de...	Primipare	Secondipare	Multipare
5 cm à DC*	4h	3h	1h30
7 cm à DC	2h	1h	30 minutes
9 cm à DC	1h	30 minutes	Quelques minutes
DC	Accouchement sur place		

* DC : dilatation complète

Il est important de signaler que ces scores ne sont que des aides à la décision.

d. Acteurs des transferts

La décision et la réalisation d'un transfert nécessite la coopération de plusieurs acteurs.

○ Médecin demandeur

C'est à lui que revient la décision du transfert : il établit sa nécessité après avoir apprécié la situation clinique, le pronostic et évalué la prise en charge adéquate. Ses responsabilités sont de [16-17] :

- Informer la patiente, le couple et recueillir leur consentement.
- Choisir le traitement initial.
- Effectuer le bilan pré-thérapeutique nécessaire et l'interpréter (vérifier également la carte de groupe sanguin, les RAI, et le bilan préopératoire nécessaires à la réalisation d'une césarienne en urgence).
- Rechercher une maternité capable d'accueillir la patiente.
- Transmettre l'ensemble des données indispensables : une fiche de liaison pour transfert maternel a été mise au point par le RSN disponible en *annexe 4*.
- Etablir (avec l'avis du médecin receveur) le type de transport adapté au transfert de la patiente :
 - Si un transport médicalisé est nécessaire : prendre contact avec le médecin régulateur du SAMU.
 - Si le transport ne nécessite pas d'être médicalisé, prendre contact avec une société d'ambulance privée ou un transport infirmier.

○ Cellule d'orientation

Sur le RSN des Pays de la Loire, la cellule d'orientation est composée de deux sites fonctionnels : un sur le CHU de Nantes et un sur le CHU d'Angers. Les missions des sages-femmes sont les suivantes [17] :

- Faire le point, quotidiennement, sur le nombre de lits d'hospitalisation en obstétrique et en néonatalogie dans les maternités de types 2 et 3 de la région et des régions limitrophes et les porter à la connaissance des deux sites.
- Réceptionner les appels des gynécologues-obstétriciens des maternités demandant un transfert.
- Vérifier l'absence de contre-indication au transfert.
- Orienter le transfert en fonction de l'âge gestationnel, du motif du transfert et des places disponibles dans les maternités adaptées.

- Mettre en relation le gynécologue-obstétricien demandeur avec le gynécologue-obstétricien receveur et le médecin régulateur du SAMU si nécessaire.
- Suivre le transport maternel, ses modalités et son dénouement.

○ *Médecin receveur*

Ses rôles sont de :

- Evaluer la pertinence du transfert (adéquation des données médicales transmises au plateau technique et aux capacités d'accueil de l'établissement, information du médecin-anesthésiste et du pédiatre-réanimateur).
- Accepter le transfert et en assurer la co-responsabilité avec le médecin demandeur.
- Conseiller le médecin demandeur sur le traitement à mettre en place et le type de transport à utiliser.

○ *Equipe de transport*

D'après P. Vaast et F. Puech [21], le transporteur (notamment lors des transferts infirmiers et médicaux) assure la responsabilité de la surveillance maternelle et/ou fœtale pendant le transport. Avant le transfert, l'équipe de transport doit s'assurer :

- De la compatibilité des états fœtal et maternel avec le transfert.
- Des modalités thérapeutiques à poursuivre pendant le transport.
- De l'adaptation à la situation des moyens techniques humains et matériels.

Dans le cas d'un transport médicalisé, le médecin régulateur du SAMU est toujours associé à la décision, car, conformément au code de la santé publique, il appartient au médecin régulateur du SAMU de déterminer et de déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée en fonction des critères médicaux de l'aide médicale d'urgence [16].

○ *La patiente*

L'explication de la situation et de la nécessité d'une prise en charge dans un établissement adapté est absolument nécessaire. La patiente doit comprendre tous les enjeux de cette prise en charge : le risque de rester dans la structure initiale, les bénéfices attendus du transfert, et les risques potentiels liés au transport. Le recueil de son consentement est primordial.

e. Moyen de transport

Le choix du vecteur utilisé se décide collégalement lors de la phase de demande. Il existe trois types de véhicules :

- Le transport médicalisé, réalisé par un SMUR.
- Le transport infirmier inter-hospitalier.
- Le transport ambulancier.

La circulaire ministérielle du 21 Juin 2006 [16] précise que des protocoles précis doivent être établis par les professionnels afin de préciser les modalités de recours à tel ou tel type de transport. Le RSN des Pays de la Loire a établi une liste indicative des indications d'utilisation de chaque type de transport [23] :

- Transport médicalisé :
 - Placenta prævia avec métrorragies < 12 heures, sans saignement actif, avec un temps de transport estimé > 30 minutes.
 - MAP avec tocolyse intraveineuse (IV) par inhibiteurs calciques.
 - MAP avec col \geq 4 cm et âge gestationnel < 30 SA.
 - Pré-éclampsie avec traitement anti-hypertenseur IV.
 - Pré-éclampsie avec tension artérielle systolique > 16 mmHg ou tension artérielle diastolique > 10 mmHg ; hellp syndrom.
 - Hémorragie de la délivrance pour embolisation, après stabilisation maternelle.
- Transport infirmier inter-hospitalier :
 - Placenta prævia avec métrorragie < 12 heures, sans saignement actif, avec un temps de transport court.
 - Diabète maternel avec pousse-seringue d'insuline.
 - MAP (grossesse simple) avec tocolyse IV.
 - MAP (grossesse gémellaire) avec tocolyse IV par antagoniste de l'ocytocine (atosiban® ou tractocile®).
- Transport sanitaire ambulancier sans accompagnement médical ou paramédical :
 - Rupture prématurée des membranes isolée.
 - Placenta prævia sans métrorragies.
 - Hypertension artérielle, RCIU avec rythme cardiaque fœtal normal.
 - Diabète maternel sans pousse-seringue d'insuline.
 - Cholestase gravidique.
 - MAP (grossesses simple ou gémellaire) sans tocolyse.
 - MAP (grossesse simple) avec tocolyse par antagoniste de l'ocytocine.
 - Pré-éclampsie avec tension artérielle équilibrée et sans signes fonctionnels.
 - Consultation orientée.
 - Rapprochement mère-enfant.
 - Transfert descendant.

2^{ème} partie : Satisfaction des usagers des établissements de santé

1. La qualité en santé – Concept de satisfaction

a. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la satisfaction est une composante de l'évaluation de la qualité des soins : « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant :

- Le meilleur résultat en terme de santé ; conformément à l'état actuel de la science médicale.
- Le meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène.
- La plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins [...] ».

La qualité des soins constitue une notion pluridimensionnelle qui amène à distinguer quatre types de qualité :

- La qualité voulue est celle recherchée par les professionnels (elle doit être conforme à des standards professionnels, des normes réglementaires).
- La qualité délivrée est celle qui est réellement reçue par le patient.
- La qualité attendue est construite par les patients autour de leurs besoins en santé, de leurs expériences antérieures...
- La qualité ressentie est celle qui est expérimentée par le patient. Elle dépend bien entendu des qualités attendue et délivrée.

On s'aperçoit alors que la satisfaction ne mesure pas la qualité de la prestation reçue mais l'écart entre les attentes des patients et les soins perçus [25-26] : la satisfaction recouvre des notions de connaissance et de réaction personnelles face aux actes de soins réalisés. Pour dépasser le constat de l'écart entre ce qui est attendu et ce qui est perçu, il convient de bien connaître les attentes des patients.

b. Attentes des patients

Un très grand nombre de variables influent sur les attentes des patients : la nature de leur pathologie, leurs caractéristiques sociales (âge, sexe, niveau d'éducation, niveau de rémunération, taille de la famille...) et démographiques.

Les attentes de patients peuvent être articulées autour de trois axes :

- Les attentes technico-médicales qui correspondent à la recherche de la sécurité physique par la prise en charge de la pathologie et le rétablissement du fonctionnement de l'organisme.
- Les attentes psychiques et sociales correspondant à la recherche de la sécurité psychique grâce à l'établissement de relations et d'échanges rassurants avec le personnel soignant.
- Les attentes matérielles et intellectuelles qui traduisent la nécessité pour le patient d'être estimé et respecté malgré la maladie.

Il est difficile de savoir si les différences observées sont dues à de réelles expériences de soins, à des attentes divergentes ou à la mauvaise compréhension des questionnaires [26].

c. Evaluation de la satisfaction dans un réseau de soins

L'évaluation de la qualité des soins fait partie des missions de la Haute Autorité de Santé – HAS (anciennement ANAES) qui est l'instance de référence dans ce domaine. En 1999, l'ANAES a publié les principes d'évaluation des réseaux de santé [4]. Elle a établi six axes composant leur évaluation dont l'un est la satisfaction des personnes. Les cinq autres axes sont : l'atteinte des objectifs fixés, la qualité des processus et des résultats atteints, l'apport spécifique de l'organisation en réseau sur la qualité des processus et des résultats, le coût de l'organisation en réseau et les effets indirects engendrés par le réseau.

L'importance de l'évaluation de l'avis des usagers dans l'évaluation de la qualité des soins est aussi souligné dans le cahier des charges national des réseaux [10] qui indique que « la place des usagers au sein des réseaux est essentielle et participative [...]. Il précise qu'au minimum, un représentant des associations d'usagers concernées doit siéger dans les instances du conseil d'administration du réseau et que les usagers participent à l'évaluation du réseau.

2. Contexte

Durant ces dix dernières années, une importance de plus en plus grande a été donnée à l'avis des usagers du système de santé.

a. Le patient au centre de sa prise en charge

Le modèle de décision dans le domaine de la santé s'oriente de plus en plus vers la décision partagée (*shared decision-making model* chez les anglo-saxons) : dans cette conception, il existe un partage entre le soignant et le patient : le soignant partage ses connaissances médicales et le patient partage ses préférences et son environnement psycho-social. Ce partage aboutit à un accord entre les deux parties.

Aujourd'hui, les sources de l'insatisfaction des patients ne viennent pas de constatations techniques mais portent essentiellement sur la qualité de l'information, information qui se trouve être au centre de ce modèle de décision.

b. L'évolution des droits des usagers

Les textes législatifs et réglementaires affirment la nécessité de prendre en compte le jugement des usagers du système de santé sur les soins :

- L'article L.710-1-1 de l'ordonnance du 24 Avril 1996 rend obligatoire l'évaluation régulière de la satisfaction des patients, pour tous les établissements de santé, publics et privés.
- L'arrêté du 7 Janvier 1997 indique que le livret d'accueil doit contenir la charte du patient hospitalisé et « un questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour».
- Le décret n°97-1165 du 16 Décembre 1997 stipule que « la description des procédures ou des méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients » est nécessaire à la constitution du dossier d'autorisation permettant l'évaluation des établissements et des équipements de santé.

- La loi du 4 Mars 2002 (loi n°2002-303) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la mise en place d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, chargée de veiller au respect des droits des usagers.
- La charte du patient hospitalisé, définie par la circulaire du 2 Mars 2006 mentionne que « la personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil ».

c. Les associations d'usagers

Les usagers, via les associations d'usagers, sont de plus en plus sollicités par les autorités administratives pour donner leur avis sur les besoins de soins, l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins et pour participer à l'élaboration des politiques hospitalières et de santé. Les associations d'usagers siègent aux conseils d'administration des établissements de santé depuis l'ordonnance du 24 Avril 1996 et participent à de nombreuses commissions au sein des hôpitaux [commissions d'appels d'offre, commission préparant à la visite de la certification, Commission des Relations avec les Usages et la Qualité des prises en charge (CRUQ), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)].

La loi du 4 Mars 2002 a mis en place une procédure d'agrément pour assurer leur légitimité. Le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) est un collectif associatif agréé pour la représentation des usagers du système de santé dans le domaine particulier de la périnatalité [27]. Il s'est formé en 2003 à l'occasion des Etats Généraux de la Naissance et est composé de 38 associations émanant de champs associatifs différents mais ayant toutes une action dans le domaine de la périnatalité. Le but de ce collectif est de « mieux faire entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays » ; il « vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement ».

Le CIANE est présent au niveau national comme au niveau régional dans différentes instances : la Commission Nationale de la Naissance et de la santé des enfants (CNNSE), la HAS, la FFRSP, les Commissions régionales de la Naissance et également dans les réseaux de périnatalité. Il participe – entre autres – à l'élaboration de recommandations professionnelles en partenariat avec la HAS, le CNGOF, l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), à l'accompagnement des usagers dans les démarches administratives visant à faire valoir leurs droits, à l'information des professionnels mais aussi du grand public via la publication d'articles, d'interventions, de manifestations et de colloques.

d. Des démarches qualité en augmentation

Les démarches qualité se sont développées depuis les années 70 dans les entreprises de biens et de services (normes ISO : International Standards Organisation). Cette approche s'est progressivement étendue aux établissements hospitaliers. Cette démarche « vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé » selon l'article L.6113-3 du Code de la Santé Publique. La seconde version du manuel d'accréditation (2004) insiste sur la place centrale

du patient : « il s'agit d'apprécier la capacité de l'établissement à s'organiser en fonction des besoins et des attentes du patient. Cette appréciation doit prendre en compte les observations et les niveaux de satisfaction du patient et de ses représentants »

Bien que la satisfaction des usagers soit nécessaire et participe à l'évaluation de la qualité des soins, elle ne peut en être l'axe principal car le patient n'est pas apte à appréhender l'ensemble des éléments influant la qualité de la prise en charge.

Les membres de la Haute Autorité de Santé ont souligné la nécessité d'en préciser les conditions d'utilisation et les limites des enquêtes de satisfaction.

3. Objectifs de la mesure de la satisfaction de patients

Les objectifs de l'évaluation de la satisfaction sont différents selon le point de vue adopté [28-29].

a. Objectifs des établissements de santé

La mesure de la satisfaction des usagers permet aux établissements de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements, de proposer des corrections pour améliorer la qualité des prises en charge puis d'évaluer l'impact de ces corrections.

Elle permet également de comparer les services entre eux au sein d'un même établissement ou entre plusieurs établissements, fidéliser la « patientèle » devient une préoccupation importante pour les établissements.

b. Objectifs des régulateurs de l'offre de soins

Le dispositif de santé est financé par la solidarité collective. L'Etat doit donc veiller à la juste utilisation des moyens financiers disponibles et à la qualité des services rendus. Il s'intéresse donc à la satisfaction des patients. Les résultats des enquêtes de satisfaction et autres démarches permettant l'évaluation de la qualité des soins d'un établissement de santé peuvent être utilisées dans le cadre de projets de restructurations envisagés par les régulateurs de l'offre de soins : ils sont un critère d'appréciation supplémentaire de la qualité de l'établissement en plus des éléments purement techniques et économiques.

c. Objectifs des associations d'usagers

Les usagers souhaitent faire connaître leur opinion sur la prise en charge afin de l'améliorer et signaler les dysfonctionnements éventuels dont ils ont été victimes pour qu'ils ne se reproduisent pas. Le but premier est de concourir à l'amélioration des soins.

Il apparaît que le dispositif de soins reste très opaque pour les non-initiés ; les usagers réclament des mesures de performance des établissements grâce à :

- Des indicateurs de qualité définis par des experts ainsi que
- La mesure de la satisfaction des patients car, étant les premiers concernés par les soins, ils font l'expérience concrète du fonctionnement du service [28].

d. Objectifs des réseaux de santé

Les objectifs de la mesure de la satisfaction des patients pour les réseaux de santé sont les mêmes que pour les établissements de santé : recueillir le jugement de groupes spécifiques de patients, mesurer une amélioration suite à une modification de structure ou de procédure, comparer la qualité des soins d'entités distinctes, contenter les usagers qui souhaitent que la performance du réseau soit évaluée, améliorer les services rendus aux usagers [4].

4. Les dimensions de la satisfaction

Les prestations des structures de soins sont évaluées selon plusieurs dimensions : communication et information, agréments de séjour, soins techniques infirmiers, compétences médicales, administration et continuité des soins [29]. Les domaines les plus souvent explorés, selon la méta-analyse réalisée par Hall et Dornan en 1988, sont la qualité de la relation soignant-soigné (dans 65% des études de la méta-analyse), la qualité de l'information (50%), la qualité globale (45%), les compétences techniques (43%) et la satisfaction globale (43%). D'autres dimensions, importantes pour les patients, ont été peu étudiées : les coûts (18%), les bénéfices perçus (6%), la continuité des soins (4%) et les aspects psychosociaux (3%) [25].

La qualité des soins attendue par les usagers ne se confond pas toujours avec la conception que s'en font les professionnels de santé : certains facteurs ont plus d'impact sur la satisfaction globale que d'autres et ne sont pas ceux auxquels les professionnels s'attendent. Ainsi, la satisfaction des patients quant aux actes techniques infirmiers et médicaux est fortement influencée par la qualité des relations humaines avec le personnel soignant - information, communication - [25]. La littérature montre aussi que les prestations hôtelières, qui font souvent l'objet de plaintes a peu d'impact sur la satisfaction globale ou la satisfaction quant aux soins. Ware *et al.* puis Cleary *et al.*, ont établi, suite à leurs recherches, quatre facteurs principaux déterminant la satisfaction des patients : la conduite des soignants, l'organisation des soins, l'accès aux soins et les aspects financiers.

5. Méthodes d'évaluation de la satisfaction

Il existe une grande diversité de méthodes permettant d'évaluer la satisfaction. Le choix de l'outil de mesure dépend des objectifs de l'étude et du groupe de patient visé. Le but des mesures est d'obtenir des données valides et fiables qui vont permettre d'évaluer la performance de l'établissement de santé. Il existe trois grands types d'études.

Les études exploratoires, comme l'entretien ou les analyses de plaintes permettent de définir ce que les patients souhaitent ou considèrent comme important. Les entretiens constituent souvent la première étape d'un travail plus complet en permettant d'orienter les champs à explorer de manière plus approfondie. Les analyses de plainte ont un intérêt limité car elles sont peu nombreuses et concernent souvent des problèmes d'ordre relationnel et non des dysfonctionnements de la structure de soins.

Les études de comparaison à partir de questionnaires permettent de mesurer les relations existant entre différentes variables : elles permettent de suspecter un lien de causalité entre deux variables mais ne peuvent l'établir avec certitude et d'obtenir une mesure quantifiée.

Les études de causalité explorent la validité des conclusions des études de comparaison : cela consiste en des études « avant-après » la mise en place d'une modification dans le fonctionnement de la structure.

3^{ème} partie : Etude de la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un transfert périnatal dans le RSN

1. Introduction

L'évaluation de la qualité des soins en périnatalité repose sur le niveau technique des prestations médicales qui est évaluée via des indicateurs objectifs comme les taux de mortalité périnatale, de transferts in utero ou post-natals, de nouveau-nés inborn et outborn [30]. Cette évaluation doit être complétée par des études de satisfaction des patientes et des couples. Cette mesure s'applique aussi bien à un établissement de santé qu'à un réseau de santé en périnatalité.

Les transferts périnatals concernent environ 1,3% des grossesses [15], ils font suite à l'apparition d'une complication dans le déroulement de la grossesse ou dans les suites de l'accouchement. C'est un évènement qui génère beaucoup d'inquiétudes et de stress pour les parents et souvent pour l'équipe médicale, qui doit faire face à un évènement relativement rare par sa fréquence, aigu, et unique par la singularité du couple de futurs-parents.

Le contexte entourant les transferts périnatals est donc très particulier. Cet évènement ainsi que la manière dont le couple est pris en charge peut avoir des conséquences importantes sur le vécu ultérieur de la grossesse, de l'hospitalisation... Analyser la satisfaction des femmes et couples permet de comprendre ce dont ils ont besoin à ce moment, et de proposer des améliorations pratiques à la prise en charge.

En 2009, le RSN des Pays de la Loire a réalisé une étude sur la satisfaction des mères et des couples dans un réseau de santé en périnatalité (B. Branger, F. Le Coz, Ph. Gillard *et al.* – données non publiées actuellement –) auprès de 524 femmes (424 réponses) dans 22 des 24 maternités du RSN des Pays de la Loire. Une partie du questionnaire était destiné au recueil de la satisfaction des patientes ayant été transférées mais, sur l'échantillon, aucune femme n'était concernée.

L'objectif de cette étude, réalisée par le RSN des Pays de la Loire en 2010, est d'analyser la satisfaction des patientes transférées en anté-partum ou en post-partum dans deux maternités de type 3 du RSN des Pays de la Loire : celle du CHU de Nantes et celle du CHU d'Angers.

2. Matériel et méthodes

Le Réseau « Sécurité Naissance – Naître Ensemble » des Pays de la Loire est composé de 24 maternités réalisant environ 45 600 naissances par an. Le nombre de transferts annuels est estimé à 600 dans le RSN.

Le questionnaire de satisfaction, disponible en *annexe 6*, a été rédigé par la commission obstétricale (responsable : Ph. Gillard) et la commission des sages-femmes (responsable : S. Saddier) du RSN des Pays de la Loire à partir du questionnaire CSS : « Consumer Satisfaction Survey Questionnaire » traduit et validé dans la langue française (CSS-VF)[31], de l'auto-questionnaire de satisfaction des patientes spécifique à l'obstétrique créé (et validé) suite à des entretiens semi-directifs par un groupe de cadres sages-femmes des maternités de la région Auvergne [32] ainsi que du questionnaire de satisfaction des mères et des couples en maternité – partie questionnaire transfert maternel – créé par le RSN en 2009 [données non publiées actuellement].

Le questionnaire a été distribué par les sages-femmes de la cellule d'orientation à toutes les patientes transférées au cours de leur grossesse, ou dans les suites de leur accouchement, au CHU de Nantes ou au CHU d'Angers, entre le 1^{er} Février 2010 et le 27 Juin 2010. Le questionnaire a été remis aux patientes le jour de leur arrivée ou dans les jours suivants, que le transfert ait été réalisé par l'intermédiaire de la cellule d'orientation ou non. Le questionnaire comporte 23 items explorant successivement :

- La maternité de départ avec 11 items (Q1-Q11).
- Le transfert avec 3 items (Q12-Q14).
- La maternité d'arrivée avec 8 items (Q15-Q22).
- L'organisation globale du transfert avec 1 item (Q23).

Le questionnaire comprenait plusieurs domaines :

- L'information (Q1, Q4 et Q11).
- L'attention portée au conjoint (Q10).
- Les compétences techniques (Q5, Q18).
- Le bénéfice perçu par la patiente (Q2, Q3 et Q8).
- Les conditions de transport (Q12, Q13 et Q14).
- Le vécu du transfert (Q6), la douleur (Q7), les délais d'attente (Q9), l'accueil (Q16), l'intimité (Q21), la confidentialité (Q20), l'hospitalisation (Q22).
- La continuité des soins (Q15, Q19).
- La qualité globale (Q23).

Pour 19 questions (Q1-Q3 ; Q5-Q8 ; Q11 ; Q13-23), les réponses sont cotées avec une échelle de Likert à 5 modalités de 4 à 1 avec une modalité « je ne sais pas ». La modalité 4 correspond au plus grand degré de satisfaction et la modalité 1 correspond au plus grand degré d'insatisfaction.

Pour 3 questions (Q9, Q10 et Q12), les réponses sont cotées avec une échelle à 4 modalités de 3 à 1 avec une modalité « je ne sais pas ». La modalité 3 correspond au plus grand degré de satisfaction et la modalité 1 au plus grand degré d'insatisfaction.

La question Q4 s'intéresse à la personne qui a délivré l'information. Les propositions étaient gynécologue-obstétricien et sage-femme. Une réponse libre était possible ainsi qu'une modalité « je ne sais pas ».

Les distances et durée de transport n'ont pas fait l'objet de mesures réelles. Elles ont été calculées à l'aide d'un GPS TomTom® d'établissement de départ à établissement d'arrivée en sélectionnant le trajet le plus rapide à chaque fois.

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel EpiData Entry® V3.1. Pour l'analyse des réponses, le logiciel EpiData Analysis® V2.2 a été utilisé. Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes, des écart-types et des médianes. Pour une meilleure appréciation des résultats, les moyennes sont calculées sur 20 points en recodant les réponses 4 en 20, 3 en 15, 2 en 1, et 1 en 5. Les données sont présentées sous formes de tableau, de « graphe en rayons », et d'histogramme. Les comparaisons des données qualitatives ont été effectuées par un test de χ^2 ; pour les données quantitatives, un test t de Student a été utilisé. Enfin, les comparaisons de données quantitatives ont été faites via l'établissement d'une droite de régression, et le calcul d'un coefficient de corrélation de Pearson. Dans tous les cas, le seuil de significativité p est fixé à $p < 0,05$.

Pour analyser les 23 items du questionnaire, une analyse en composantes principales avec le logiciel SPAD-N® a permis de déterminer des variables composites appelées dimensions qui peuvent résumer l'ensemble des items.

Pour étudier les facteurs liés à la très grande satisfaction globale pour les TIU, une analyse par régression logistique a été effectuée avec des variables d'organisation (site, période horaire, jour de semaine, niveau de maternité de départ, SAMU) avec ajustement sur des variables médicales (AG, âge maternel, primiparité, motif de transfert).

Au total, 145 questionnaires ont été recueillis sur la période définie (103 pour Nantes et 42 pour Angers). Le nombre de transferts reçus sur cette période par les deux CHU est de 172 (128 pour Nantes et 44 pour Angers). Le taux moyen de réponse au questionnaire est donc de 84,3% (80,5% pour Nantes et de 95,5% pour Angers).

Sur l'ensemble des questionnaires de satisfaction recueillis, 91 (62,8%) ont pu être couplés avec les fiches de transfert correspondant « Cellule d'orientation des transferts maternels - Fiche de suivi et d'évaluation en 2010 » remplies par la sage-femme de la cellule d'orientation réalisant le transfert disponible en *annexe 5* ; ceci dans le but de compléter l'étude de la satisfaction des patientes en intégrant des caractéristiques socio-démographiques et médicales.

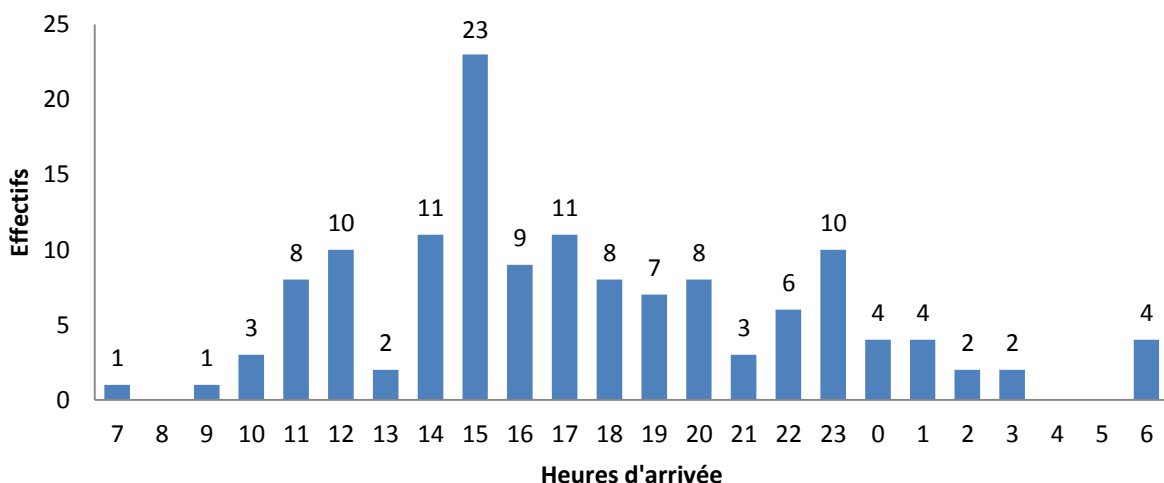
Sur les 54 autres, 44 (30,3%) n'ont pas de fiche de transfert correspondante car le transfert s'est fait en dehors des jours et/ou heures d'ouverture de la cellule ; et 9 (6,2%) par défaut de réalisation ou de transmission de la fiche de transfert au RSN.

3. Résultats

a. Répartitions journalière, hebdomadaire et mensuelle

La figure 1 décrit la répartition des transferts sur la journée par tranche horaire d'une heure.

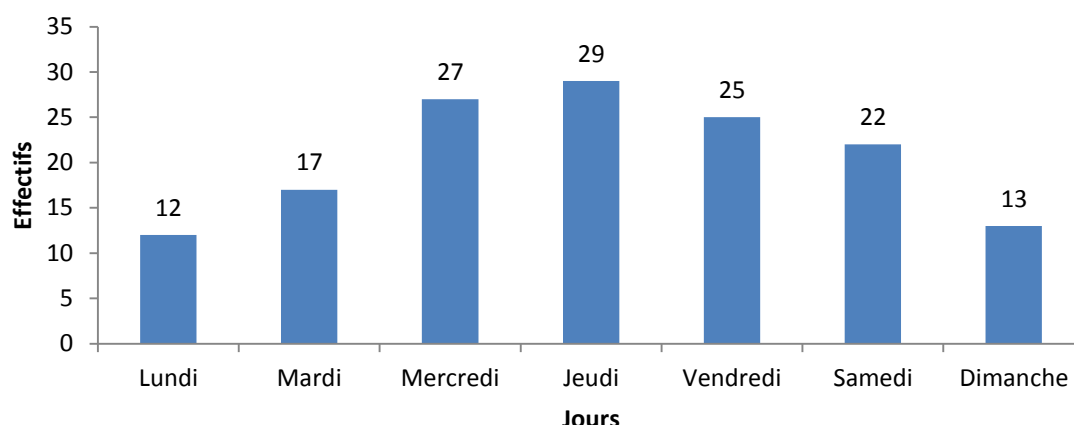
Figure 1 : Heure d'arrivée du transfert (n(%) sur 137)



Sur l'ensemble des transferts, 67,9% ont lieu le jour (après 7 heures et avant 20 heures). Pour les transferts à destination du CHU de Nantes, 65,3% ont lieu le jour, pour ceux à destination du CHU d'Angers, 73,8% ont lieu le jour. La différence entre les deux maternités n'est pas significative.

La répartition hebdomadaire des transferts est décrite par la figure 2.

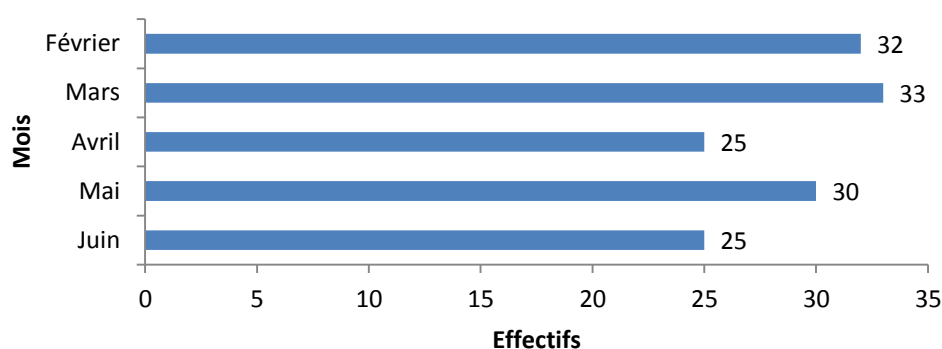
Figure 2 : Répartition des transferts en fonction des jours de la semaine (n(%) sur 145)



On constate, en moyenne, que le nombre de transferts est plus important le jeudi et décroît progressivement de part et d'autre.

La figure 3 présente la répartition des transferts sur les 5 mois de l'enquête.

Figure 3 : Répartition des transferts en fonction du mois (n(%) sur 145)



Le nombre moyen de transfert sur un mois est de 29, ce qui fait 6,9 transferts par semaine et donc à peu près un par jour.

b. Maternité d'arrivée et origine du transfert

La répartition des transferts entre les maternités de Nantes et Angers est la suivante : 71% des transferts se font vers Nantes, 29% vers Angers. Le tableau IV présente l'appartenance de la maternité de départ en fonction du site d'arrivée.

Tableau IV : Appartenance ou non de la maternité de départ au RSN en fonction du site d'arrivée (n(%) sur 145)

	Nantes	Angers	
Maternité de départ appartenant au RSN	96 (93,2)	40 (95,2)	136 (93,8)
Maternité de départ n'appartenant pas au RSN	7 (6,8)	2 (4,8)	9 (6,2)
	103 (100)	42 (100)	145 (100)

$p=0,65$

On constate que la grande majorité des transferts réalisés vers les maternités des CHU de Nantes et d'Angers sont des transferts « intra-RSN (93,8%) ». La maternité du CHU de Nantes reçoit plus de patientes venant d'une maternité ne faisant pas partie du RSN. Cette différence n'est pas significative.

Concernant les transferts au sein du RSN :

- 56 (41,2%) viennent d'une maternité de type 1.
- 77 (56,6%) viennent d'une maternité de type 2.
- 3 (2,2%) viennent d'une maternité de type 3.

Le tableau V donne le type de la maternité de départ en fonction de la maternité d'arrivée (au sein du RSN).

Tableau V : Type de la maternité de départ en fonction du site d'arrivée (n(%) sur 136)

	Nantes	Angers	
Type 1	37 (38,5)	19 (47,5)	56 (41,2)
Type 2	58 (60,4)	19 (47,5)	77 (56,6)
Type 3	1 (1,0)	2 (5,0)	3 (2,2)
	96 (100)	40 (100)	136 (100)

$p=0,18$

Le site d'Angers reçoit autant de transferts provenant de type 1 que de type 2. Le site de Nantes reçoit plus de transferts venant de type 2 (60,4%) que de type 1 (38,5%).

A noter que le taux de transfert de type 3 à type 3 n'est nul pour aucun des sites d'arrivée.

Le protocole géographique des transferts au sein du RSN associe une maternité de type 3 vers laquelle chaque centre hospitalier doit orienter ses transferts (cf 1.1.b). Sur l'ensemble des transferts réalisés au sein du RSN, 121 (91%) ont respecté le site d'arrivée du protocole et 12 (9%) ne l'ont pas respecté. Le tableau VI présente l'adéquation au protocole géographique en fonction de la maternité d'arrivée (à noter que les transferts de type 3 à type 3 ont été exclus de l'analyse, soit n=3).

Tableau VI : Respect ou non du protocole géographique de transfert en fonction du site d'arrivée (n(%) sur 133)

	CHU Nantes	CHU Angers	
Protocole respecté	94 (98,9)	27 (71,1)	121 (91)
Protocole non respecté	1 (1,1)	11 (28,9)	12 (9)
	95 (100,0)	38 (100,0)	133 (100)

$p<0,0001$

Les transferts vers la maternité du CHU d'Angers sont moins conformes au protocole établi par le RSN (28,9% versus 1,1%) que ceux effectués vers Nantes. Cette différence est significative.

Sur les transferts réalisés au sein du RSN, 84 (61,8%) ont été gérés par une des deux cellules d'orientation. Le tableau VII présente les taux de transferts réalisés par une cellule, au CHU de Nantes et au CHU d'Angers (au sein du RSN).

Tableau VII : Transferts réalisés par les cellules d'orientation respectives des CHU de Nantes et d'Angers, au sein du RSN (n(%) sur 136)

	CHU Nantes	CHU Angers	
Avec cellule d'orientation	53 (55,2)	31 (77,5)	84 (61,8)
Sans cellule d'orientation	43 (44,8)	9 (22,5)	52 (38,2)
	96 (100)	40 (100)	136 (100)

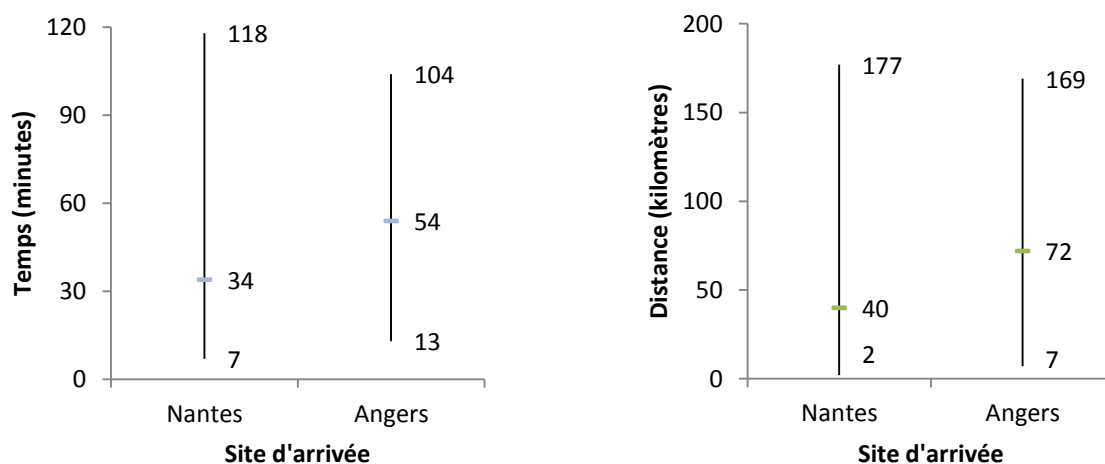
$p=0,015$

Les transferts à destination du CHU d'Angers sont davantage gérés par la cellule d'orientation (77,5%) par rapport à ceux à destination du CHU de Nantes (55,2%). Cette différence est significative.

c. Distance et durée de transport

La figure 4 présente la durée et la distance de transport effectuées par les femmes en fonction du site d'arrivée (valeurs extrêmes, moyenne). Elles ont été calculées sur les deux populations de l'étude : les patientes transférées à Nantes et les patientes transférées à Angers.

Figure 4 : Durée et distance de transport en fonction du site d'arrivée, au sein du RSN



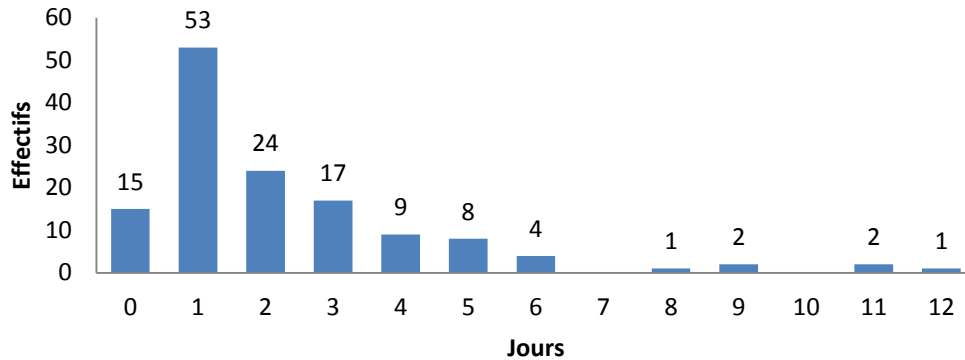
La durée de transport vers Nantes est de 34 ± 22 minutes. La médiane est de 38 minutes. La durée de transport vers Angers est significativement plus longue : elle est de 54 ± 27 minutes. La médiane est de 51 minutes ($p < 0,0001$).

La distance de transport vers Nantes est de 40 ± 37 kilomètres. La médiane est de 44 kilomètres. La distance pour aller à la maternité d'Angers est significativement plus importante : elle est de 72 ± 40 kilomètres ($p < 0,0001$). La médiane est de 74 kilomètres. Concernant la distance à parcourir pour se rendre à Angers, médiane et moyenne sont éloignées.

d. Délai de réponse au questionnaire

La figure 5 présente le délai de réponse au questionnaire.

Figure 5 : Délai de réponse au questionnaire en jour(s) (n sur 136)



Le délai moyen de réponse au questionnaire est de 2,3 jours \pm 2,3 (médiane à 1,5). Au CHU de Nantes, le délai de réponse était de 2,3 \pm 2,4 jours (médiane à 1 jour). Au CHU d'Angers, il était de 2,3 \pm 1,9 jours (médiane à 2 jours) ($p=0,98$).

e. Satisfaction des patientes

La figure 6 et le tableau XVIII présentent la satisfaction de l'ensemble des patientes de l'étude aux différents items du questionnaire (sauf Q4).

Figure 6 : Satisfaction des patientes (%)

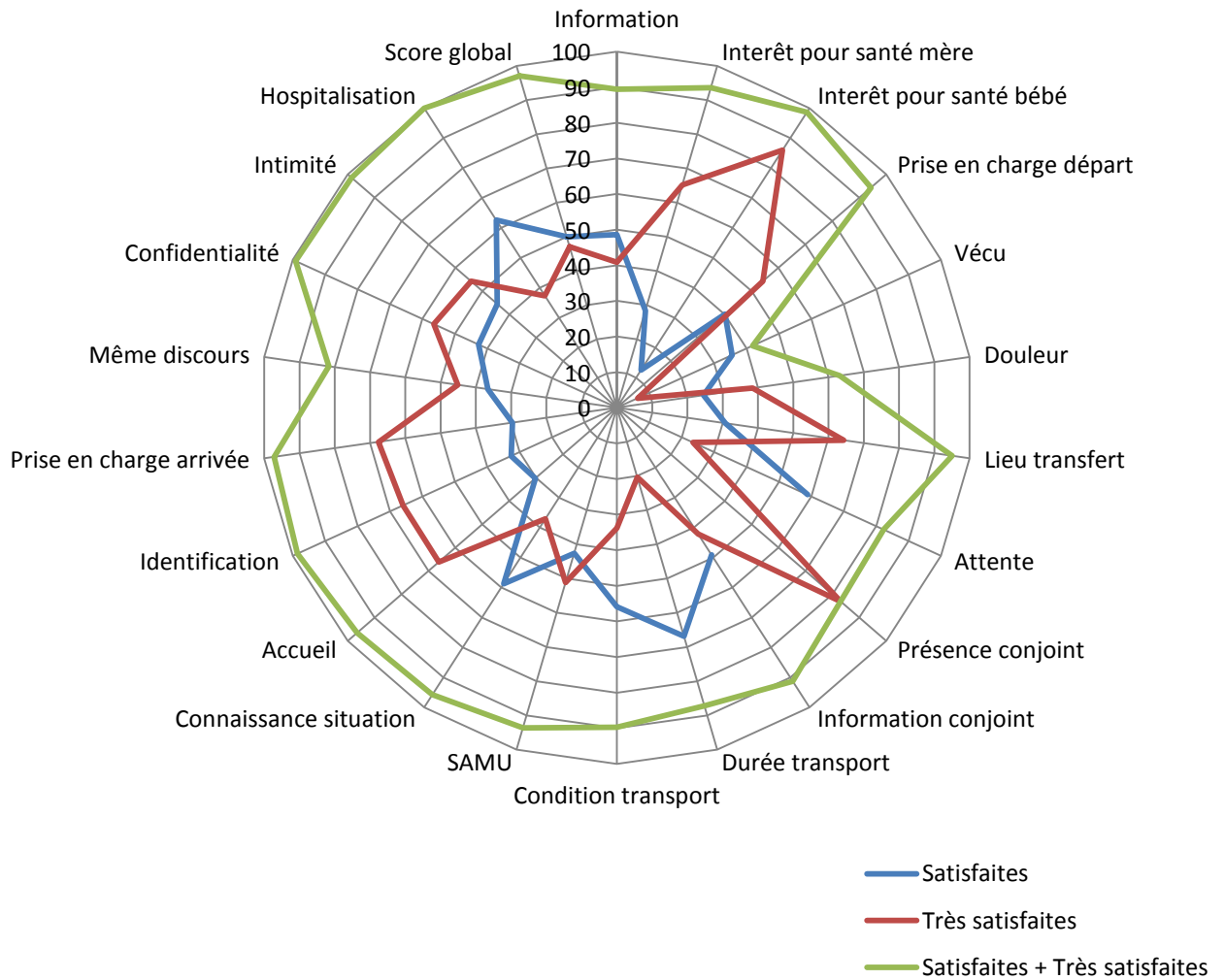


Tableau VIII : Satisfaction des patientes (Q1-Q3, Q5-Q23)

Items	n	NSP*	Moyenne Ecart-type Médiane	% de réponses « très satisfaisant » et « satisfaisant »
<i>Maternité de départ Q1-Q3, Q5-Q12</i>				
1. L'information que l'on vous a délivrée	143	1	16,4 ± 3,5 15	89,4
2. Intérêt du transfert pour votre santé	143	2	17,9 ± 3,3 20	93,6
3. Intérêt du transfert pour la santé de votre bébé	145	2	19,2 ± 2,0 20	98,6
5. La prise en charge médicale dans la maternité de départ	143	1	17,3 ± 3,4 20	94,3
6. Vécu de la situation	144	3	11,4 ± 4,3 10	41,9
7. Douleurs ressenties	122	11	14,4 ± 5,4 15	63,1
8. Le lieu de transfert choisi	141	1	17,9 ± 3,2 20	95,0
9. Le délai d'attente	144	8	13,7 ± 4,3 13,3	82,3†
10. La présence de votre conjoint	142	30	18,5 ± 3,7 20	83,0‡
11. L'information donnée à votre conjoint	141	25	16,6 ± 3,5 15	91,3
<i>Au cours du transport Q13, Q14</i>				
12. La durée du transport	139	6	13,8 ± 3,8 13,3	87,2†
13. Les conditions de transport	139	3	16,0 ± 3,5 15	89,7
14. SAMU	58	11	17,2 ± 3,1 20	93,7
<i>Dans la maternité d'arrivée Q15-Q22</i>				
15. L'équipe connaissait votre situation	144	1	16,6 ± 2,9 15	95,8
16. L'accueil de l'équipe	145	0	18,1 ± 2,8 20	96,5
17. Les personnes étaient identifiées	144	0	18,2 ± 2,5 20	98,6
18. La prise en charge médicale	143	1	18,2 ± 2,7 20	97,2
19. Le discours était le même	143	1	16,2 ± 4,2 15	81,7
20. La confidentialité	142	11	17,8 ± 2,7 20	99,2
21. Le respect de votre intimité	145	1	17,6 ± 2,8 20	98,6
22. L'hospitalisation	105	6	16,9 ± 2,4 15	100
<i>Organisation globale du transfert Q23</i>				
23. L'organisation générale du transfert	140	0	17,1 ± 3,0 15	97,1

* NSP correspond au nombre de réponse « ne sais pas »

† Pour Q9 et Q12, sont considérées comme très satisfaisant et satisfaisant les réponses « court(e) » et « juste bien »

‡ Pour Q10 sont considérées comme très satisfaisant et satisfaisant la réponse « facilitée »

En considérant les patientes satisfaites et très satisfaites, les taux de satisfaction sont élevés pour 21 des 23 items allant de 81, 7% (homogénéité des discours) à 100% (hospitalisation). La satisfaction relative à la prise en charge de la douleur est moyenne avec un taux de satisfaction de 61,3%. La satisfaction quant au vécu de la situation est moins bonne avec moins de 50% de personnes satisfaites (41,9%).

La figure 7 et le tableau IX présentent la satisfaction globale des patientes en fonction du site d'arrivée.

Figure 7 : Satisfaction globale (proportion des très satisfaites) des patientes en fonction du site d'arrivée

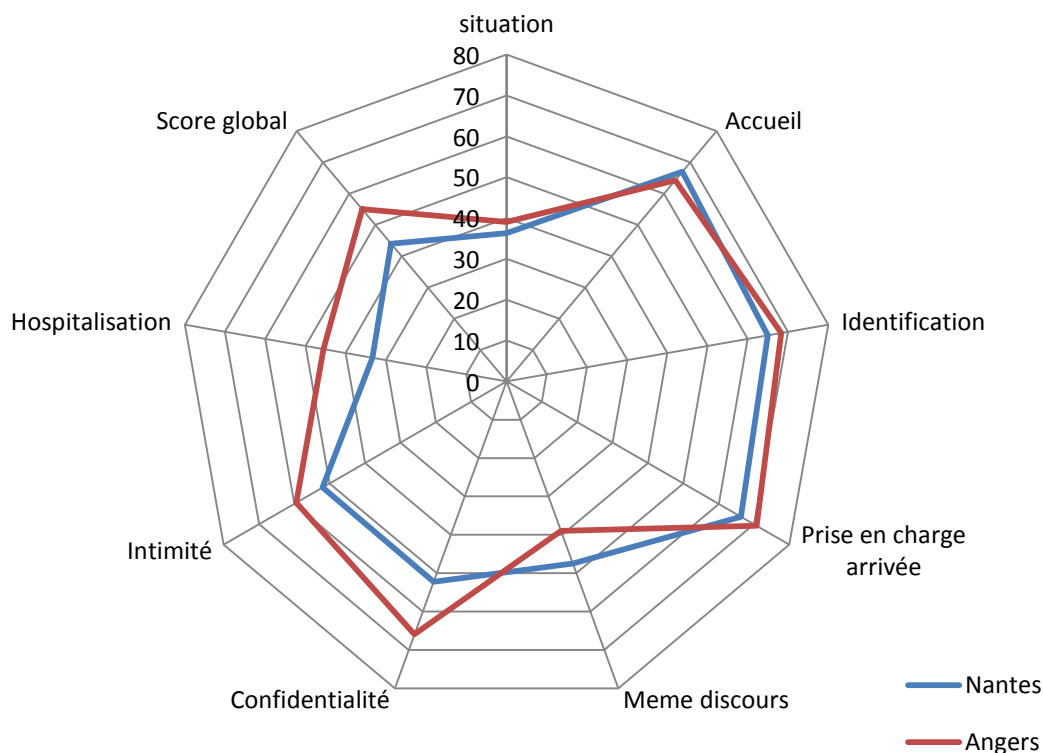


Tableau IX : Satisfaction des patientes en fonction de la maternité d'arrivée

Items	Nantes			Angers			p
	n	NSP	Moyenne/20 Ecart-type	n	NSP	Moyenne/20 Ecart-type	
<i>Dans la maternité d'arrivée Q15-Q22</i>							
15. L'équipe connaissait votre situation	102	0	16,7 ± 2,7	41	1	16,5 ± 3,4	0,70
16. L'accueil de l'équipe	103	0	18,2 ± 2,8	42	0	18,1 ± 2,7	0,91
17. Les personnes étaient identifiées	103	0	18,2 ± 2,5	41	0	18,3 ± 2,7	0,85
18. La prise en charge médicale	102	1	18,1 ± 2,8	41	0	18,5 ± 2,3	0,40
19. Le discours était le même	102	1	16,3 ± 4,3	41	0	15,9 ± 3,9	0,58
20. La confidentialité	100	10	17,6 ± 2,5	42	1	18,1 ± 3,1	0,40
21. Le respect de votre intimité	103	1	17,6 ± 2,6	42	0	17,7 ± 3,2	0,71
22. L'hospitalisation	71	5	16,7 ± 2,4	34	1	17,3 ± 6,4	0,24
<i>Organisation globale du transfert Q23</i>							
23. L'organisation générale du transfert	100	0	17,0 ± 3,2	40	0	17,6 ± 2,8	0,23

Il n'existe pas de différence significative de satisfaction entre les patientes transférées au CHU de Nantes et au CHU d'Angers.

Le tableau X présente la satisfaction globale des patientes en fonction de l'appartenance de la maternité au RSN.

Tableau X : Satisfaction globale des patientes en fonction de l'appartenance ou non de la maternité au RSN (n sur 139)

Maternité	n	Moyenne /20 Ecart-type
Appartenance au RSN	130	17,2 ± 2,9
Non appartenance au RSN	9	16,7 ± 5,0

p=0,01

La satisfaction des patientes est significativement moins élevée lorsque le transfert est « hors-réseau » ; c'est-à-dire lorsque la patiente arrive d'une maternité ne faisant pas partie du RSN.

Des items particuliers ont été sélectionnés pour évaluer l'impact de la cellule d'orientation sur la satisfaction des patientes : le lieu de transfert (Q8), les conditions de transport (Q13), la connaissance du dossier par l'équipe soignante à l'arrivée (Q15), l'accueil à l'arrivée (Q16), l'homogénéité des discours des intervenants (Q19) et le score global de satisfaction (Q23). Les résultats sont présentés dans le tableau XI.

Tableau XI : Satisfaction des patientes en fonction de l'intervention ou non de la cellule d'orientation

	Transfert réalisé par la cellule d'orientation			Transfert réalisé sans la cellule d'orientation			P
	n	NSP	Moyenne/20 (écart-type)	n	NSP	Moyenne/20 (écart-type)	
Lieu de transfert (Q8)	88	1	18,0 ± 3,2	53	0	17,7 ± 3,2	0,65
Conditions transport (Q13)	84	2	16,1 ± 3,5	52	1	15,9 ± 3,5	0,67
Connaissance situation (Q15)	90	1	16,7 ± 2,9	54	0	16,5 ± 2,9	0,68
Accueil (Q16)	90	1	18,3 ± 2,5	54	0	17,8 ± 3,2	0,28
Même discours (Q19)	88	0	15,9 ± 4,3	55	1	15,1 ± 3,9	0,26
Score global (Q23)	88	0	17,1 ± 3,0	52	0	17,2 ± 3,0	0,84

Aucune différence significative de satisfaction n'est mise en évidence entre les transferts gérés par la cellule et ceux non gérés par la cellule d'orientation, bien que les moyennes de satisfaction soient toujours supérieures dans le groupe de patientes prises en charge par la cellule d'orientation.

Le tableau XII présente la satisfaction globale des patientes en fonction du type de maternité d'où elles sont transférées.

Tableau XII : Satisfaction globale des patientes en fonction du type de la maternité de départ (n sur 138)

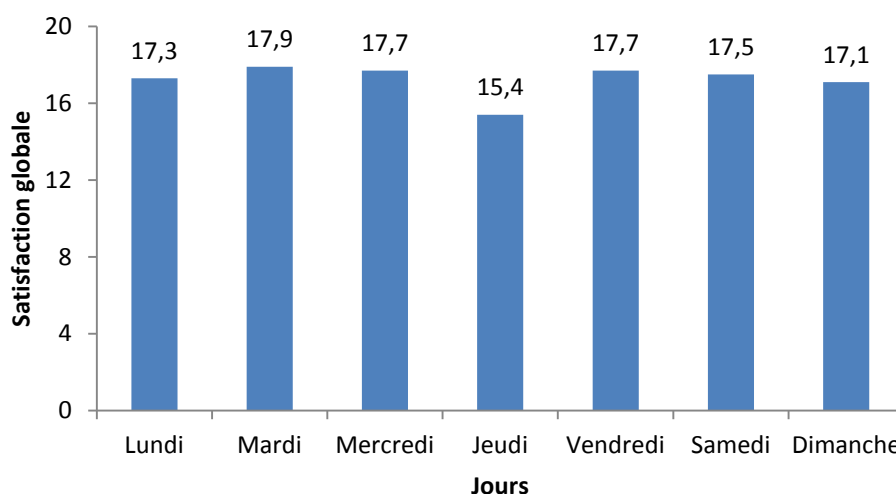
	n	Moyenne /20 Ecart-type
Type 1	54	17,1 ± 2,7
Type 2	79	17,2 ± 3,0
Type 3	5	15,0 ± 6,1

p=0,02

La satisfaction des patientes transférées en maternités de type 3 est moins élevée lorsqu'elles arrivent d'une maternité du même type que lorsqu'elles arrivent d'une maternité de types 1 ou 2. Lorsqu'on exclu de l'analyse les patientes arrivant d'une maternité de type 3, il n'y a pas de différence significative entre les patientes venant de type 1 et de type 2 ($p=0,81$).

La figure 8 présente la satisfaction globale des patientes en fonction du jour du transfert.

Figure 8 : Satisfaction globale des patientes en fonction du jour du transfert (n sur 140)



La satisfaction globale des patientes est moins élevée le jeudi (différence significative : $p=0,037$). Cela correspond au jour de la semaine où le nombre de transferts réalisés est le plus important (cf figure 2).

Le tableau XIII présente la satisfaction globale des patientes en fonction de la période de transfert (jour ou nuit).

Tableau XIII : Satisfaction globale des patientes en fonction de la période de transfert (n sur 132)

	n	Moyenne/20 Ecart-type
Jour	90	16,9 ± 3,2
Nuit	42	17,6 ± 2,7

$p=0,24$

Il n'existe pas de différence significative de satisfaction entre les patientes transférées de jour ou de nuit.

f. Personne délivrant l'information et satisfaction des femmes

La question Q4 s'intéresse à la personne délivrant l'information ; 144 femmes y ont répondu. Pour 59 d'entre elles (44,0%), cette personne était le gynécologue-obstétricien (GO), pour 44 (32,8%) c'était la SF, pour 31 (23,1%), ce sont les deux et pour 10 (6,9%), aucun des deux.

Il n'existe pas de différence de satisfaction en fonction de la personne informatrice : lorsque l'information est délivrée par le GO, la moyenne est de $16,2 \pm 3,8$. Si c'est la SF l'a délivrée, la

moyenne est de $16,7 \pm 3,6$. Enfin, si c'est le GO et la SF qui ont délivré l'information, la moyenne est de $17,2 \pm 2,5$ ($p=0,41$).

Lorsque l'information est délivrée par une seule personne (quelle qu'elle soit), la note obtenue est de $16,1 \pm 3,7$. Lorsque l'information est délivrée par plusieurs personnes, la note est de $17,2 \pm 3,2$ ($p=0,12$). La satisfaction est meilleure lorsque plusieurs personnes y participent mais pas de manière significative.

Le tableau XIV présente la fonction de la personne informatrice en fonction de la nature du transfert : TIU ou TPP (échantillon de 91 patientes dont les fiches de satisfaction sont couplées avec les fiches de transferts).

Tableau XIV : Personne délivrant l'information en fonction du motif du transfert (n(%) sur 82)

	TIU	TPP
Gynécologue-obstétricien	34 (49,3)	2 (15,4)
Sage-femme	16 (23,2)	10 (76,9)
Gynécologue-obstétricien et sage-femme	19 (27,5)	1 (7,7)
	69 (100,0)	13 (100,0)

$p=0,0007$

Dans le cas des TIU, le GO informe significativement plus la patiente (49,3%) que la SF (23,2%). Dans le cas du TPP, le GO délivre significativement moins l'information (15,4%) que la SF (76,9%).

Les tableaux XV à XVII présentent l'informatrice en fonction du type de la maternité, de la période – jour ou nuit –, et du statut de la maternité – public ou privé –.

Tableau XV : Personne délivrant l'information en fonction du type de la maternité, au sein du RSN (n(%) sur 126)

	Type 1	Type 2	Type 3
Gynécologue-obstétricien	19 (37,3)	35 (47,9)	1 (50,0)
Sage-femme	21 (41,2)	18 (24,7)	1 (50,0)
Gynécologue-obstétricien et sage-femme	11 (21,6)	20 (27,4)	0 (0,0)
	51 (100,0)	73 (100,0)	2 (100,0)

$p=0,34$

La personne informatrice n'est pas significativement différente en fonction du type de la maternité. Le GO semble participer davantage à l'information dans les maternités de type 2 que dans celles de type 1 (47,9% versus 37,3%). Au contraire, la SF semble participer davantage dans les maternités de type 1 que dans les maternités de type 2 (41,2 versus 24,7%).

Tableau XVI : Personne délivrant l'information en fonction de la période de la journée (n(%) sur 127)

	Jour	Nuit
Gynécologue-obstétricien	38 (43,2)	18 (46,2)
Sage-femme	32 (36,4)	9 (23,1)
Gynécologue-obstétricien et sage-femme	18 (20,5)	12 (30,8)

$p=0,25$

Il n'existe pas de différence significative de la personne informatrice en fonction de la période.

Tableau XVII : Personne délivrant l'information en fonction du statut public ou privé de l'établissement, au sein du RSN ; (n(%) sur 126)

	Public	Privé
Gynécologue-obstétricien	27 (39,1)	27 (47,4)
Sage-femme	29 (42,0)	12 (21,1)
Gynécologue-obstétricien et sage-femme	13 (18,9)	18 (31,5)
	69 (100)	57 (100)

$p=0,03$

Au total, dans le privé, les GO participent à l'information dans 78,9% des cas et dans 58% dans le public. Dans le privé, Les SF participent dans 52,6% des cas et dans 60,9% des cas dans le public. Dans les établissements privés, les GO participent significativement plus à l'information des patientes que dans les établissements publics. Au contraire, les SF y participent significativement moins.

Dans 12,5% des cas, une autre personne a participé à l'information de la patiente :

- Dans les cas où le gynécologue-obstétricien et/ou la sage-femme ont participé à l'information (n=134 soit 93,0%), dans 10 cas (7,3%), une autre personne a également informé la patiente : dans 6 cas, c'était le pédiatre, dans 4 cas, c'était le médecin urgentiste, le médecin, l'interne de garde ou un(e) étudiant(e) sage-femme.
- Dans les cas où ni le gynécologue-obstétricien ni la sage-femme n'ont informé la patiente (n=11 soit 7,6%), ce rôle était revenu au pédiatre pour 6 patientes, à l'interne pour 2 patientes, à l'anesthésiste, au médecin et au médecin de garde pour 1 patiente chacun.

Le tableau XVIII présente la satisfaction des femmes concernant les items « santé mère » et « santé bébé » en fonction de la participation ou non du pédiatre à l'information.

Tableau XVIII : Satisfaction des patientes concernant l'information délivrée et le bénéfice perçu en fonction de la participation du pédiatre à l'information (n sur 142)

		Pédiatre participant	Pédiatre ne participant pas	p
N		12	130	
Moyenne/20 Ecart-type	Information	14,2 ± 5,2	16,6 ± 3,3	0,02
	Santé bébé	19,2 ± 2,9	19,2 ± 1,9	0,91
	Santé mère	17,7 ± 5,2	17,8 ± 3,1	0,87

Lorsque le pédiatre participe à l'information, la satisfaction des femmes est significativement moins importante que lorsqu'il ne participe pas. Le bénéfice perçu pour la santé de la mère est la même que le pédiatre participe ou pas. Le bénéfice perçu pour la santé du bébé est moins bonne (17,7 versus 18,3) même si la différence n'est pas significative.

Le tableau XIX présente la satisfaction des femmes aux items « information », « santé bébé » et « santé mère » en fonction du type de la maternité.

Tableau XIX : Satisfaction des femmes quant à l'information et les bénéfices perçus pour leur santé et celle de leur enfant en fonction du type de la maternité

	Type 1	Type 2	Type 3	<i>p</i>
Information délivrée	16,8 ± 3,1	16,4 ± 3,6	13,3 ± 5,2	0,07
Bénéfices santé bébé	19,2 ± 1,9	19,3 ± 2,1	18,3 ± 8,3	0,71
Bénéfices santé mère	17,7 ± 3,5	18,1 ± 3,0	11,7 ± 5,8	0,004

En comparant ces mêmes critères uniquement entre les maternités de type 1 et de type 2, aucune différence significative n'est mise en évidence (respectivement : $p=0,67$; $p=0,76$ et $p=0,56$).

La satisfaction des femmes concernant l'information reçue est significativement moins bonne dans les maternités de type 3 que dans les maternités de types 1 et 2. Le bénéfice perçu pour le nouveau-né est le même quel que soit le niveau de la maternité de départ ($p=0,71$). Par contre, le bénéfice perçu pour la santé de la mère est moins bon dans les maternités de type 3.

g. Transfert par une équipe SMUR

Sur l'ensemble des patientes, 58 femmes (40%) ont été prises en charge par les équipes SMUR du SAMU. Les conditions de transport avec le SMUR ont obtenu une note de $16,7 \pm 2,8$. Sans véhicule SMUR, les conditions de transport ont obtenu $15,6 \pm 3,9$ avec $p=0,055$.

Le tableau XX présente la participation des équipes du SAMU en fonction du type de transport grâce au couplage des fiches de satisfaction avec les fiches de transferts réalisées par les cellules d'orientation (échantillon de 91 patientes).

Tableau XX : Participation des équipes SMUR du SAMU en fonction du type de transfert (n(%) sur 91)

	Transport avec SMUR	Transport sans SMUR
TIU	24 (82,8)	49 (79,0)
TPP	5 (17,2)	13 (21,0)
	29 (100)	62 (100)

$p=0,68$

Sur les 91 transferts, 29 (31,9%) ont été réalisés avec le SAMU. Parmi eux, 24 (82,8%) étaient des TIU et 5 (17,2%) des TPP.

Le tableau XXI présente la satisfaction globale des patientes transférées par la SAMU en fonction du type de transfert (TIU ou TPP).

Tableau XXI : Satisfaction globale des patientes prises en charge par le SAMU en fonction du type de transfert (n sur 28)

	n	Moyenne/20 Ecart-type
TIU	23	17,4 ± 3,0
TPP	5	17,0 ± 2,7

$p=0,26$

Il n'existe pas de différence significative de satisfaction en fonction du motif du transfert pour la patientes prises en charge par le SAMU.

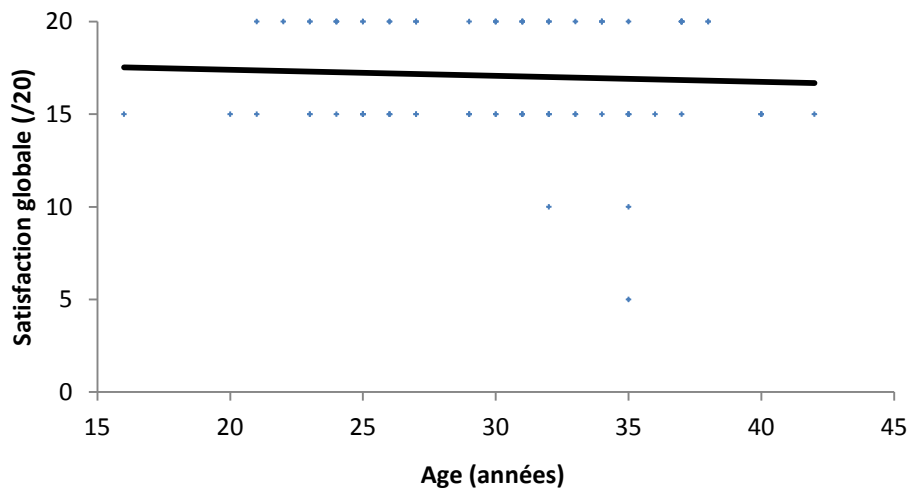
h. Influence de facteurs sociodémographiques et médicaux sur la satisfaction globale

L'analyse de l'influence de facteurs sociodémographiques et médicaux sur la satisfaction globale des patientes a été faite grâce au couplage de deux documents : l'enquête de satisfaction et les fiches de transfert réalisées par la cellule d'orientation, lorsqu'elle était responsable du transfert. L'analyse porte donc sur une population de 91 patientes (transferts hors et intra RSN).

o Age

L'âge moyen des patientes transférées (n=88) est de $30,3 \pm 5,4$ années (médiane à 31 ans). La figure 9 présente la satisfaction globale des patientes suivant leur âge.

Figure 9 : Satisfaction globale des patientes en fonction de leur âge (n sur 85)



La satisfaction diminue avec l'âge des patientes ($y=-0,03x+18,05$). Cette différence n'est pas significative ($p=0,59$).

o Age gestationnel

La moyenne d'AG des patientes transférées est de $31,3 \pm 4,5$ SA. Le tableau XXII présente la satisfaction globale des patientes en fonction de l'AG (uniquement pour les TIU)

Tableau XXII : Satisfaction globale des patientes en fonction de l'âge gestationnel (n(%) sur 84)

Age gestationnel (SA)	n (%)	Moyenne /20 Ecart-type
< 24	2 (2,4)	20,0 ± 0,0
≥ 24 et < 28	16 (19,0)	17,2 ± 2,6
≥ 28 et < 33	38 (45,2)	16,8 ± 3,4
≥ 33 et < 37	14 (16,7)	17,5 ± 3,3
≥ 37	14 (16,7)	16,8 ± 2,5

$p=0,65$

La satisfaction des patientes ne varie pas de manière significative avec le terme auquel le transfert est effectué.

○ *Parité*

Sur les femmes transférées, 39 (43,3%) sont nullipares, 34 (37,8%) sont primipares et 17 (18,9%) sont multipares (n=90). Le tableau XIII présente la satisfaction des patientes en fonction de la parité.

Tableau XXIII : Satisfaction globale des patientes en fonction de la parité (n(%) sur 87)

Parité	n (%)	Moyenne /20 Ecart-type
0	36 (41,4)	17,1 ± 3,5
1	34 (39,1)	16,9 ± 2,8
2	12 (13,8)	17,1 ± 2,6
3	2 (2,3)	17,5 ± 3,5
4	3 (3,4)	18,3 ± 2,9

$p=0,96$

La parité ne fait pas varier de manière significative la satisfaction des patientes.

○ *Motif du transfert*

Lorsque c'est un transfert in utero, le score global de satisfaction est de 17,3 ± 2,8 (n=73). Lorsque c'est un transfert du post-partum, le score global de satisfaction est de 16,4 ± 3,8 (n=18) avec $p=0,26$. Le tableau XXIV présente la satisfaction des patientes en fonction du motif du TIU.

Tableau XXIV : Satisfaction globale des patientes en fonction du motif du TIU (n(%) sur 56)

Motif du TIU	n(%)	Moyenne /20 Ecart-type
1. Menace d'accouchement prématuré	16 (28,6)	16,9 ± 2,5
2. Rupture prématurée des membranes	12 (21,4)	17,5 ± 2,6
3. Pré-éclampsie	9 (16,1)	18,9 ± 2,2
4. Retard de croissance intra-utérin	6 (10,7)	16,7 ± 4,1
5. Placenta prævia	3 (5,4)	15,0 ± 0,0
6. Métrorragies	1(1,8)	20,0
7. Autre	9 (16,0)	17,8 ± 3,6

$p=0,86$

La satisfaction des patientes ne varie pas significativement en fonction des motifs de TIU. La satisfaction globale des patientes en fonction du motif du transfert du post-partum ne peut être étudiée car, sur l'échantillon de 91 patientes, tous les transferts post-partum ont été réalisés sur l'indication d'un rapprochement mère-enfant.

○ *Grossesse simple ou gémellaire*

Le tableau XXV présente la satisfaction globale des patientes en fonction nombre de fœtus.

Tableau XXV : Satisfaction globale des patientes en fonction du nombre de fœtus (n(%) sur 86)

Nombre de fœtus	n (%)	Moyenne /20 Ecart-type
1	71 (82,6%)	17,2 ± 3,0
2	15 (17,4%)	17,0 ± 3,2

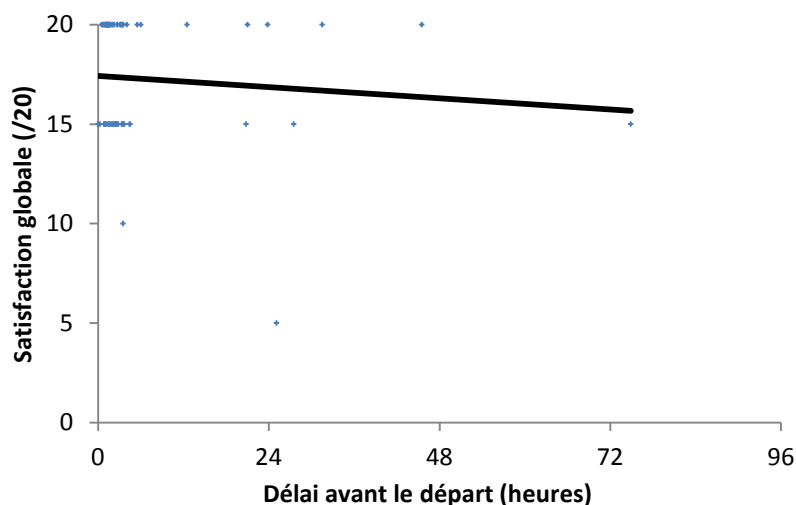
$p=0,83$

Le nombre de fœtus ne fait pas varier la satisfaction des patientes de manière significative.

○ *Délai avant le départ*

La figure 10 présente la satisfaction des patientes en fonction du délai avant le départ.

Figure 10 : Satisfaction globale des patientes en fonction du délai avant le départ (n sur 74)

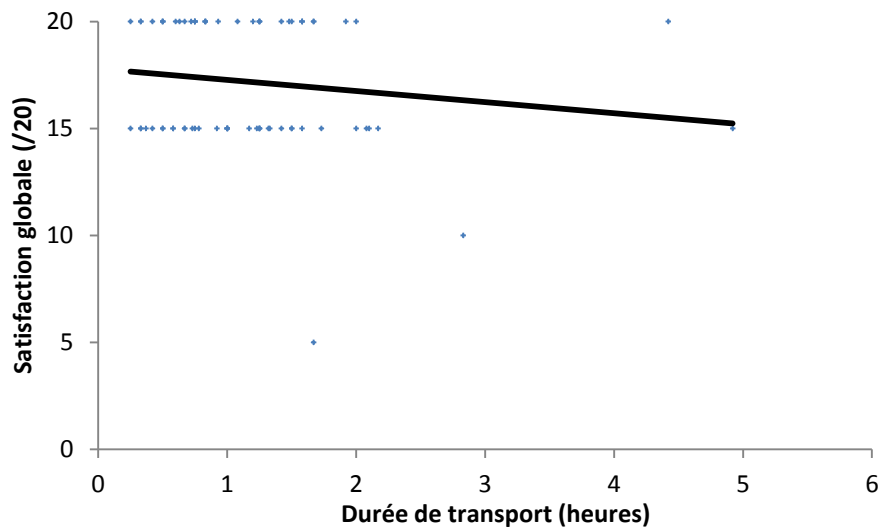


La satisfaction des patientes diminue avec l'allongement du délai avant le départ ($y=-0,02x+17,43$). La différence n'est pas significative ($p=0,45$).

○ *Durée du transport*

La figure 11 présente la satisfaction globale des patientes en fonction de la durée de transport.

Figure 11 : Satisfaction globale des patientes en fonction de la durée de transport (n sur 74)



La satisfaction des patientes diminue avec l'allongement de la durée de transport ($y = -0,52x + 17,8$). La différence n'est pas significative ($p = 0,24$).

○ *Délai de réponse au questionnaire*

La satisfaction des patientes augmente très légèrement avec l'allongement du délai de réponse au questionnaire ($y = 0,01x + 17,1$). La différence n'est pas significative ($p = 0,96$).

i. Commentaires libres – propositions

Les commentaires ont été regroupés grâce à des mots-clés ; 108 commentaires libres et deux propositions ont été émis par 58 femmes, soit 40% de la population étudiée. 49 (45%) commentaires sont positifs.

○ *Commentaires positifs*

- Dans 8 cas, les femmes interrogées ont noté la **qualité de l'écoute** des personnels soignants.
- Dans 18 cas, les femmes ont souligné la **gentillesse** des personnels (n=6), la **qualité de l'accueil** (n=6) et le sentiment de **sécurité** qu'elles ont éprouvé (n=6).
- Dans 5 cas, elles ont trouvé que les personnels soignants étaient **compétents**.
- Dans 6 cas, les femmes ont noté la **rapidité** (n=3) et **l'efficacité** (n=3) des équipes soignantes.
- Dans 6 cas, elles ont souligné la **réactivité** (n=2), la **cohésion** (n=2) et **l'humanité** (n=2) des professionnels de santé.
- Dans 6 cas, les femmes ont reconnu le **professionnalisme** (n=1), la **disponibilité** (n=1), la qualité des **transmissions** (n=1), des **informations** données (n=1), **l'encadrement** du transfert (n=1) et la **compréhension** (n=1) des équipes soignantes.

○ *Commentaires négatifs*

▪ Concernant la décision du transfert (n sur 19)

- Dans 3 cas, les patientes n'ont pas été satisfaites des **informations** qui leur ont été délivrées et les ont jugées insuffisantes.
- Dans un cas, la patiente a souligné que le transfert avait été fait **à sa demande**.
- Dans 4 cas, les patientes ont estimé qu'il y a eu une **perte de temps** dans l'organisation du transfert : pour deux d'entre elles, le transfert a été multiple et pour une autre, la maternité où elle s'était inscrite lui a demandé de venir pour l'envoyer directement dans une maternité de type 3.
- Dans 9 cas, les patientes ont jugé que le **délai d'attente** du transfert était beaucoup trop long.
- Une femme a trouvé que son transfert s'était fait dans la **précipitation**.
- Une femme a dit qu'elle a subi des **pressions répétées** de la part du personnel soignant pour accepter le transfert dans une maternité où elle ne souhaitait pas aller (alors que les autres maternités de niveau adapté ne pouvaient la recevoir).

▪ Concernant le transfert et ses modalités (n sur 12)

- Une femme a dû **avancer les frais** de transport.
- Dans 1 cas, il n'y a pas eu **d'entente préalable** avec la sécurité sociale de la patiente.
- Dans un cas, la patiente a déploré le fait que **le père** n'est pas pu l'accompagner lors du transfert.
- Une patiente a qualifié le professionnel conduisant le véhicule de transfert de « **chauffard** » (ambulancier).
- Une patiente a jugé le **traitement** tocolytique inadapté au transport car ses contractions utérines sont devenues plus nombreuses.
- Pour 7 femmes, le **véhicule** choisi pour le transfert était inadapté ; pour 5 d'entre elles, le moyen de transport était leur véhicule personnel.

▪ Concernant le lieu du transfert (n sur 8)

- Une patiente a déploré le fait qu'il n'y ait pas de **place** disponible au CHU de Nantes.
- Dans deux cas, les patientes ont souligné l'**éloignement** du lieu de transfert de leur lieu d'habitation et la difficulté de leurs proches à venir les voir régulièrement.
- Cinq patientes ont regretté l'obligation de la **séparation mère-enfant** en post-partum.

▪ Concernant le vécu du transfert (n sur 3)

- Une femme a qualifié le transfert de **traumatisant**, une autre d'**angoissant**.
- Deux femmes ont trouvé que les **douleurs** qu'elles ressentaient ont été mal prises en charge.

▪ Concernant les équipes soignantes (n sur 2)

- Une femme a jugé que le personnel de la maternité de départ a **paniqué**.

- Une femme a trouvé que les personnels manquaient d'**humanité**.
 - Concernant la maternité d'arrivée (n sur 9)
 - Une femme a trouvé qu'elle manquait d'**intimité** dans le service de la maternité d'arrivée.
 - Deux femmes ont souligné que le service d'hospitalisation était **bruyant** (travaux et cris d'enfants en visite).
 - Dans 1 cas, les personnels du service d'hospitalisation ont été jugés **débordés**.
 - Dans 5 cas, les femmes ont trouvé que la **communication** avec le service où leur bébé était hospitalisé était difficile et non facilitée.
 - Une femme a jugé le choix du changement de **traitement** fait à l'arrivée inadéquat (reprise de ses contractions utérines).
 - Concernant la concordance des équipes soignantes des deux maternités (départ et arrivée) (n sur 4)
 - Dans 4 cas, les femmes ont noté des **contradictions** importantes dans les discours tenus par les personnels des deux maternités, pour l'une d'elle, ces discordances concernaient l'allaitement maternel.

○ *Propositions*

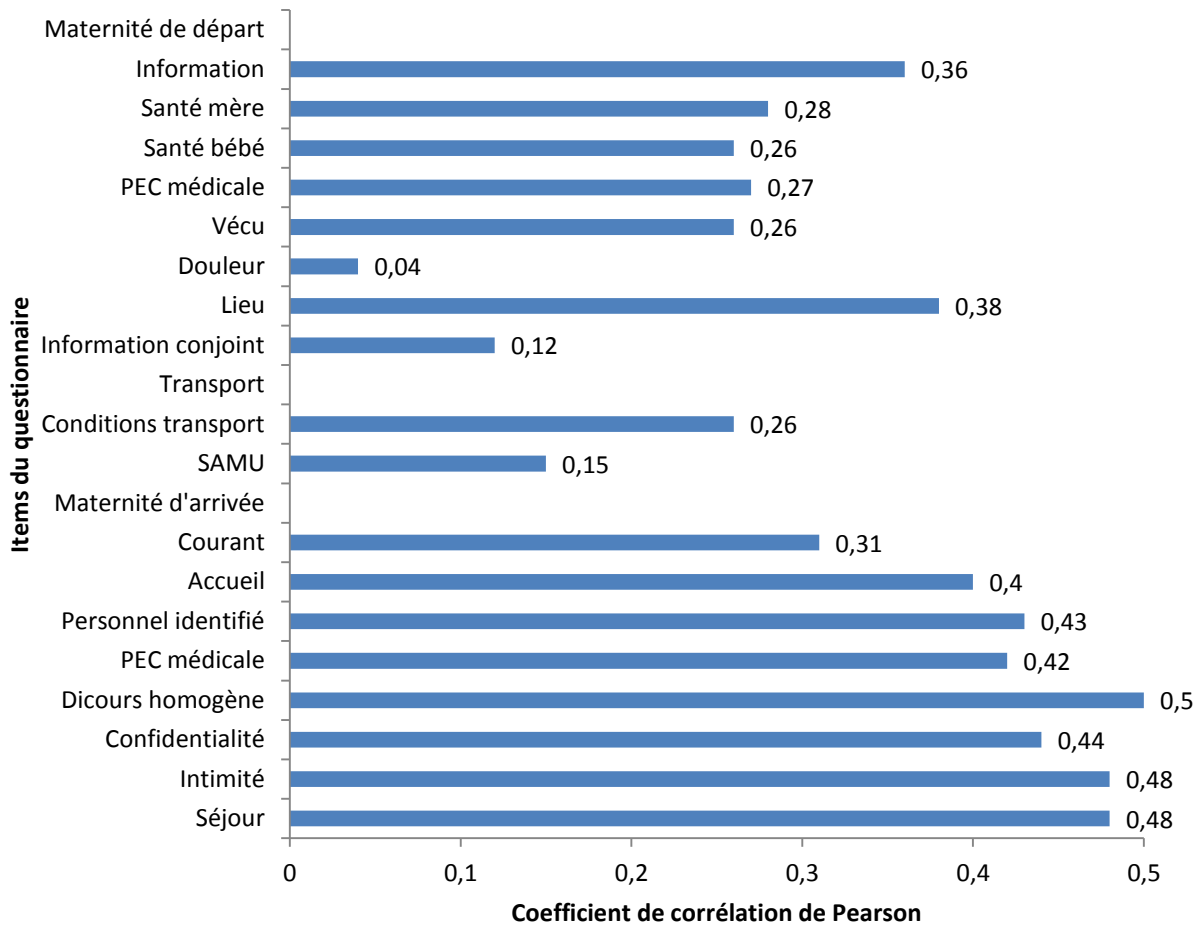
- Une patiente fait la proposition d'installer des caméras dans les box des nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs ou en réanimation néonataux pour pouvoir suivre les soins ou voir l'enfant lorsqu'elle le souhaite, de sa chambre d'hospitalisation.
- Une autre patiente émet le souhait d'être retransférée vers la maternité où elle avait initialement décidé de faire suivre sa grossesse dès que les conditions médicales le permettraient.

j. Validité et dimensions du questionnaire

Le coefficient de fiabilité de Cronbach est mesuré à 0,80, montrant que le questionnaire est valide au sens où les questions concernent le même domaine de la satisfaction.

La figure 12 présente la corrélation des différents items du questionnaire avec le score global de satisfaction des patientes via des coefficients de corrélation de Pearson. Les coefficients de corrélation sont compris entre 0 et 1. Les items concernés sont Q1 à Q3 ; Q5 à Q8 et Q13 à Q23.

Figure 12 : Coefficient de corrélation des items du questionnaire avec le score global

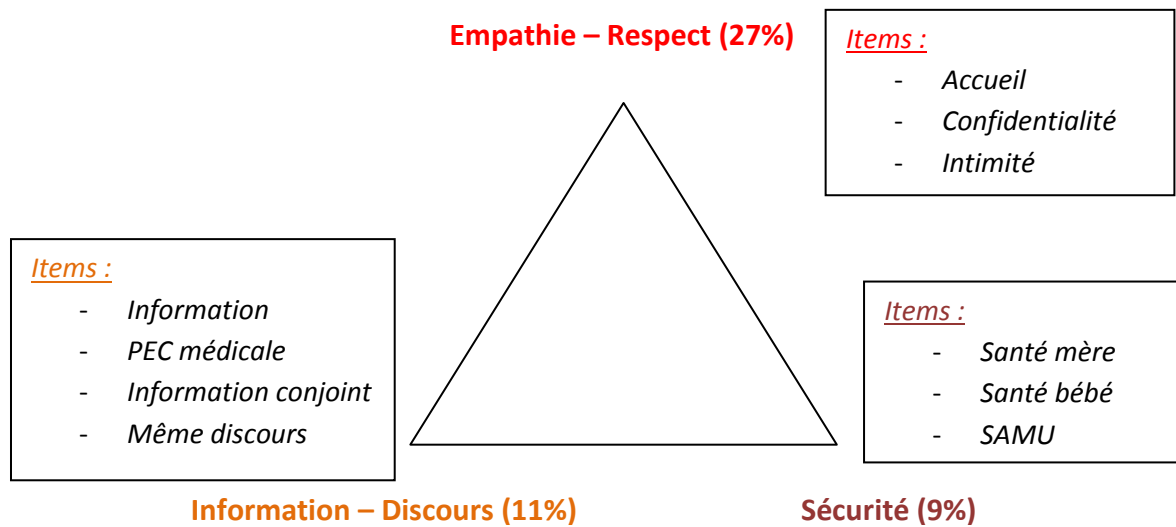


Sur l'ensemble des items, trois ont des coefficients de corrélation inférieurs à 0,20 : il s'agit de la prise en charge de la douleur (0,04), de l'information du conjoint (0,12) et de la prise en charge par une équipe SAMU. Ce sont les items qui sont le moins corrélés avec la satisfaction globale des patientes.

La moitié des items (9 des 18) ont des coefficients de corrélation supérieurs à 0,30 : ce sont les items qui sont les plus corrélés avec le score de satisfaction globale. Ce sont ceux concernant la maternité d'arrivée dont les coefficients de corrélation sont compris entre 0,31 et 0,5 ainsi que les items relatifs au choix du lieu de transfert et à l'information délivrée dans la maternité de départ dont les coefficients sont respectivement de 0,38 et 0,36.

Pour analyser les 23 items du questionnaire, une analyse en composantes principales avec le logiciel SPAD-N® a permis de déterminer des variables composites appelées dimensions qui peuvent résumer l'ensemble des items. La figure 13 présente les dimensions de la satisfaction globale des patientes, elles sont au nombre de trois.

Figure 13 : Dimensions de la satisfaction globale des patientes



Les items relatifs à l'accueil, la confidentialité et l'intimité forment une première dimension nommée « Empathie – Respect ». Cette dimension explique 27% de la variance dans les scores de satisfaction globale.

Les items liés à l'information de la patiente et du conjoint, l'homogénéité des discours et la qualité de la prise en charge médicale forment une deuxième dimension appelée « Information – Discours ». Cette dimension explique 11% de la variance de la satisfaction globale.

Les items liés à la santé de la mère et du fœtus ainsi que la prise en charge par un SAMU forment une troisième dimension nommée « Sécurité » et qui explique 9% de la variance de la satisfaction globale des patientes.

En tout, ces trois dimensions expliquent 47% de la variance de la satisfaction globale.

Les facteurs liés au score de très grande satisfaction ont été étudiés pour les TIU (n=60, en raison de valeurs manquantes). Les facteurs médicaux (âge maternel, AG, primiparité, motif de TIU) ne sont pas liés à la très grande satisfaction ; parmi les facteurs d'organisation, le site, la période (nuit, jour), le jour de semaine, le niveau de maternité de départ n'y sont pas liés, mais le transport par le SAMU montre un lien significatif ($p=0,024$; OR = 5,0 (1,2 – 20,2)). En isolant le jeudi versus les autres jours de semaine, il existe un lien significatif de mauvaise satisfaction ($p=0,036$; OR = 0,17 (0,07 – 0,89)).

4^{ème} partie : Discussion

1. Résultats de l'étude

a. Satisfaction des femmes

Cette étude montre que les patientes transférées sont globalement satisfaites. Pour 21 des 23 items, les taux de satisfaction sont supérieurs à 80%, en considérant les femmes très satisfaites et satisfaites : ils s'étendent de 81,7% pour la concordance des discours entre les maternités de départ et d'arrivée à 100% pour l'hospitalisation.

Un item a un taux satisfaction inférieur à 80% : il s'agit de la prise en charge de la douleur dont le taux de satisfaction est de 63,1%.

L'item relatif au vécu de la situation a un taux de satisfaction inférieur à 50% (41,9%).

b. Répartitions journalière, hebdomadaire et mensuelle

L'estimation du nombre moyen de transferts sur une année dans le RSN est de 600 transferts (tous confondus), ce qui correspond à une moyenne de 50 transferts par mois.

Au cours des 5 mois de l'étude, 145 transferts à destination des CHU de Nantes et Angers ont été analysés, soit en moyenne 29 transferts par mois ; ceci représente environ 58% de l'ensemble des transferts dans le RSN. Ainsi, cette étude permet d'évaluer la satisfaction de plus de la moitié des femmes transférées au sein du RSN.

En ce qui concerne la répartition hebdomadaire des transferts, on remarque que le nombre de transferts réalisés le jeudi est plus important et décroît progressivement de part et d'autre. En parallèle, il est intéressant de noter que le taux de satisfaction globale des femmes est moins important le jeudi ($p=0,037$).

La fréquence des heures d'arrivée des transferts nous apprend que plus de la moitié (67,9%) des transferts sont réalisés de jour (entre 7h et 20h).

c. Maternité d'arrivée et origine du transfert

L'enquête retrouve que 71% des transferts se sont faits vers la maternité du CHU de Nantes et 29% vers la maternité du CHU d'Angers. L'analyse de l'appartenance ou non de la maternité de départ au RSN montre que 93,8% des transferts sont « intra-RSN ». Elle montre également qu'il y a plus de transferts hors-réseau à destination du CHU de Nantes qu'à destination du CHU d'Angers (6,8% versus 4,8%), la différence n'étant pas significative.

Concernant le respect du protocole établi pas le RSN, l'étude montre que les transferts vers le CHU d'Angers sont moins souvent conformes (respect du protocole géographique dans 71,1% des cas) que ceux vers le CHU de Nantes (respect dans 98,9% des cas) et que cette différence est significative ($p<0,0001$). Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées :

- L'engorgement moindre du CHU d'Angers qui lui permettrait d'accueillir d'autres transferts que ceux initialement prévus (moins de refus car occupation des lits moindre ?).
- L'engorgement des deux autres CH de niveau 3 de la région qui réorienteraient leurs patientes vers le CHU d'Angers.
- La non connaissance du protocole par les praticiens décidant le transfert (pour les transferts hors cellule de régulation).

- Le refus de la patiente, pour des raisons personnelles, du transfert vers la maternité prévue par le protocole.

L'analyse du type de la maternité originaire du transfert montre que :

- La maternité du CHU d'Angers reçoit autant de transferts venant d'une maternité de type 1 (47,5%) que de transferts venant d'une maternité de type 2 (47,5%) alors que la maternité du CHU de Nantes reçoit plus de transferts de maternité de type 2 (60,4%) que de maternité de type 1 (38,5%).
- Les transferts de type 3 à type 3 ne sont pas nuls (respectivement 1% pour Nantes et 5% pour Angers). Des hypothèses peuvent être envisagées :
 - o Le manque de places en hospitalisation d'obstétrique ou dans le service supposé accueillir le nouveau-né s'il venait à naître, dans la structure initiale nécessitant l'orientation de la patiente vers un autre type 3. L'engorgement a été constaté dans certaines structures de niveau 3 [33].
 - o Un rapprochement secondaire souhaité par la patiente pour des raisons personnelles.

L'analyse de l'activité des deux cellules d'orientation dans la prise en charge des transferts montre que plus de la moitié des transferts (61,8%) sont actuellement réalisés par une des deux cellules.

Les transferts à destination du CHU d'Angers sont davantage gérés par la cellule d'orientation (77,5%) que ceux à destination du CHU de Nantes (55,2%). Cette différence est significative ($p=0,015$) et peut s'expliquer par le fait que la cellule du site d'Angers est ouverte 7/7j alors que celle de Nantes n'est ouverte que 5/7j.

d. Distance et durée de transport

L'étude montre que la distance et la durée de transport des patientes sont significativement différentes en fonction du site d'arrivée :

- La durée et la distance de transport vers Nantes sont inférieures par rapport à celles d'Angers.
- La moyenne de la distance de transport pour se rendre à Angers est très différente de la médiane.

On peut expliquer ces différences de deux manières :

- Le fait que le CHU d'Angers ne possède qu'une maternité dans sa périphérie proche (10 kilomètres) : la Clinique de l'Anjou alors que le CHU de Nantes en possède trois : la Clinique Brétéché, la Clinique Jules Verne et la Polyclinique de l'Atlantique. La population drainée par les structures est moins importante autour d'Angers : en se basant sur le nombre annuel de naissance dans ces établissements en 2009 [15], les maternités du CHU d'Angers (4099 naissances) et de la Clinique de l'Anjou (2196 naissances) drainent 6295 femmes alors que les maternités du CHU de Nantes (3975 naissances), de la Clinique Brétéché (1506 naissances), de la Polyclinique de l'Atlantique (4995 naissances) et de la Clinique Jules Verne (2859 naissances) drainent 13335 femmes. Ces données expliquent la plus forte proportion de transferts de courte durée à destination de Nantes.
- La plus grande proportion de transferts non conformes au protocole du RSN est à destination du CHU d'Angers ; ces transferts non conformes peuvent correspondre à des maternités éloignées d'Angers.

e. Facteurs influençant la satisfaction des patientes

○ *Délai de réponse au questionnaire*

Le délai de réponse au questionnaire conditionne les résultats de l'enquête de satisfaction. En effet, plus le délai de réponse est court, plus les scores de satisfaction sont élevés : il est probable que les femmes portent un avis plus réfléchi et plus nuancé après une hospitalisation que pendant celle-ci [25], il en est de même pour un transfert périnatal.

Le délai de réponse au questionnaire est en moyenne de 2,3 jours \pm 2,3 (médiane à 1,5). Les délais de réponse entre les établissements de Nantes et Angers ne sont pas significativement différents. Dans tous les cas, ce délai est court et majore probablement les taux de satisfaction des patientes, même si l'analyse du score global de satisfaction en fonction du délai de réponse au questionnaire est en contradiction avec ce constat ($y=0,01x+17,11$ avec $p=0,96$).

○ *Personne délivrant l'information*

Il est important de préciser que lors des transferts, les femmes ont probablement été informées par les deux professionnels : gynécologue-obstétricien (GO) et sage-femme (SF). Cet item permet de mettre en évidence quel professionnel a donné le plus d'informations ou les informations les plus importantes. De plus, la possibilité de réponse GO+SF n'était pas proposée directement et nécessitait que la femme l'écrive en toutes lettres à la proposition « autre » qui faisait partie de l'item.

L'étude ne met pas en évidence de variation de la satisfaction selon la personne qui délivre l'information : gynécologue-obstétricien, sage-femme ou les deux. Elle ne montre pas non plus une satisfaction significativement plus importante des patientes selon que l'information est délivrée par une ou plusieurs personnes – quelles qu'elles soient –.

En revanche, l'analyse de l'informateur en fonction du motif du transfert montre que le gynécologue-obstétricien participe davantage à l'information lors des TIU (il est informateur dans 76,8% des TIU – seul ou avec la SF – et dans 23,1% des TPP – seul ou avec la SF –) alors que la sage-femme participe plus à l'information lors des TPP (elle est informatrice dans 84,6% des TPP – seule ou avec le GO – et dans 50,7% des TIU – seule ou avec le GO –). On peut expliquer cette différence par le fait que, dans notre étude, l'ensemble des TPP est réalisé pour rapprochement mère-enfant, ce qui n'est pas une situation d'urgence, de stress important nécessitant des informations médicales mais davantage un accompagnement, plus souvent réalisé par les sages-femmes que le gynécologues-obstétriciens. En revanche, les TIU sont des situations d'urgence, générant un stress important chez la patiente et nécessitant des informations et un échange plus important avec les responsables du transfert : ainsi, les GO y sont plus souvent associés.

L'étude permet également de mettre en évidence que les GO participent davantage que les SF à l'information dans les établissements de santé privés. La différence est significative :

- Les GO informent les patientes dans 79% des cas en privé (avec ou sans SF) alors que dans le secteur public, ils délivrent l'information dans 57,9% des cas).
- Les SF informent les femmes dans 52,7% des cas en public (avec ou sans GO) et dans 60,8% des cas en privé.

Cette différence s'explique par les différences de relation patient-médecin / patient-sage-femme entre les établissements publics et les établissements privés.

L'analyse de la satisfaction des patientes en fonction de la participation ou non du pédiatre montre que la satisfaction est moins bonne lorsque le pédiatre participe même si il n'y a pas de conséquence sur le bénéfice perçu pour la santé du bébé. Ce résultat est en opposition avec le résultat attendu. On peut l'expliquer de deux manières :

- Les pédiatres ne seraient associés à l'information que dans les cas de TIU les plus « graves ».
- Les pédiatres dispenseraient une information plus pragmatique et précise quant aux bénéfices attendus du transfert. Par exemple, dans le cas d'un TIU pour MAP : le transfert ne fait que réduire des risques néonataux (immaturités respiratoire, métabolique, neurologique, digestive...) par une prise en charge plus adaptée. Les risques néonataux seront toujours dépendants du terme de l'accouchement : les femmes comprennent peut être mieux que le simple fait d'être en niveau 3 n'est pas synonyme que tout ira bien pour le nouveau-né s'il naît prématurément.

○ *Facteurs sociodémographiques, médicaux et organisationnels*

De manière inconstante, voire parfois contradictoire, certaines caractéristiques sont associées à une variation significative de la satisfaction [25-29] : les sujets âgés, mariés, de haut niveau social ou paradoxalement de bas niveau scolaire se déclarent plus fréquemment satisfaits [29].

Cette étude ne montre pas de variation significative de satisfaction selon certains facteurs sociodémographiques et organisationnels, bien qu'elle esquisse des tendances attendues :

- Diminution de la satisfaction avec :
 - Augmentation de l'âge de la patiente.
 - Augmentation du délai avant le départ.
 - Augmentation de la durée du transport.

L'étude ne montre pas de différences significatives selon les caractéristiques médicales retenues (âge gestationnel, motif du transfert in utero, parité, type de grossesse simple ou gémellaire).

○ *Cellule d'orientation*

La satisfaction des patientes est plus importante lorsque le transfert est géré par la cellule d'orientation pour tous les items testés (Q8, Q13, Q15, Q16, Q19 et Q23) mais aucune différence significative n'est mise en évidence.

Deux hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cette absence de significativité :

- L'organisation du transfert par la cellule d'orientation facilite la coordination entre les équipes médicales (établissement de départ et d'arrivée voire équipe du SAMU), évite une perte de temps et permet de ne pas ajouter cette charge de travail à l'équipe obstétricale de garde. Il est possible que ces améliorations ne soient pas perçues par les patientes.
- Les effectifs des deux populations – transfert avec cellule d'orientation et transfert sans cellule d'orientation – sont trop faibles pour mettre en évidence une différence significative.

○ *Equipe SMUR du SAMU*

Sur les 145 questionnaires, 58 comportaient une réponse à l'item Q14 relatif au transport par une équipe SAMU soit un taux de transfert par le SAMU de 40%. Le couplage des questionnaires de satisfaction avec les fiches de transfert réalisées par les cellules d'orientation montre un taux de prise en charge par le SAMU moindre de 31,9%. Deux explications sont possibles :

- Les patientes n'ont pas bien identifié les personnes ayant réalisé le transfert.
- Les patientes ont répondu à la question alors qu'elles n'auraient pas dû : elles ont alors coché la proposition neutre « je ne sais pas » : on observe que le taux de réponse « je ne sais pas » à cette proposition est de 19%. Ce taux est très élevé par rapport aux autres items dont les taux « je ne sais pas » vont de 0% à 8,3% – en excluant les items concernant le père : Q10 et Q11 – cf tableau VIII. La satisfaction des patientes concernant le transport est plus élevée lorsqu'elles sont prises en charge par les équipes SMUR des SAMU. Cette différence est à la limite de la significativité.

Il n'existe pas de différence significative de satisfaction entre les TIU et les TPP pris en charge par le SAMU.

2. Limites de l'étude

a. Maternités

Le Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire comporte 24 établissements de santé dont 12 sont susceptibles de recevoir des transferts ascendants (3 types 3, 5 types 2B et 4 types 2a). La population étudiée correspond aux femmes qui ont été transférées sur 2 de ces 24 établissements, tous 2 étant des maternités de type 3.

- Cette étude ne peut présager de la satisfaction des femmes transférées dans les autres établissements de santé du RSN et notamment des femmes transférées dans un établissement de type 2. On peut penser que pour ces dernières, certains des paramètres susceptibles d'influer sur la satisfaction sont différents : moindre gravité de la situation, moindre éloignement...
- Cette étude ne peut pas non plus présager des transferts hors-réseau (maternité de départ intra-réseau et maternité d'arrivée hors-réseau), ce qui arrive lorsqu'aucune place n'est disponible au sein du réseau.
- L'étude porte uniquement sur des transferts ascendants et ne présage pas des transferts descendants qui permettent souvent une réduction de l'éloignement voire un retour dans la structure initialement choisie par la patiente. On peut penser que le transfert descendant est associé par les patientes à une situation moins grave, psychologiquement plus sereine.

b. Satisfaction des conjoints

L'étude n'a pas permis d'évaluer complètement la satisfaction des conjoints. Deux items leur étaient consacrés : l'un sur la qualité de l'information qu'ils avaient reçue et l'autre sur la place qui leur était accordée par l'équipe médicale. Les pourcentages de réponse « je ne sais pas » à ces deux items sont largement supérieurs aux autres : respectivement 17,7% et

21,1% pour des taux allant de 0% à 5,8% – en excluant l’item sur la prise en charge éventuelle par le SAMU – (cf tableau VIII), probablement parce que les hommes n’ont pas été associés au remplissage du questionnaire. En effet, le questionnaire a été distribué dès l’arrivée des femmes (souvent seules) et le délai de réponse est relativement court. Pour recueillir l’avis des pères, le délai de réponse pourrait être augmenté ou un questionnaire particulier pourrait leur être remis.

c. Méthodes utilisées

o Echelle de codage

L’échelle de codage utilise quatre propositions pour la grande majorité des items. Deux de ses propositions sont positives « très satisfaisant » et « satisfaisant » et deux sont négatives « peu satisfaisant » ou « pas du tout satisfaisant ». Cela oblige la patiente à faire un choix entre positif et négatif : les jugements en demi-teinte ne sont pas possibles. L’adoption d’une telle échelle exagère la pensée des patientes - qu’elle soit positive ou négative - et impacte les mesures de satisfaction. Au contraire, utiliser un nombre impair de propositions pourrait inciter les patientes à se retrancher derrière un item « neutre », ni satisfaites ni insatisfaites.

Pour l’analyse des réponses, ont été considérées comme satisfaites, les patientes ayant répondu « très satisfaisant » ou « satisfaisant ». De ce fait, les taux de satisfaction sont très élevés.

o Questionnaire

Le choix de l’utilisation d’un questionnaire simple et déclaratif permet une large diffusion et une analyse rapide des réponses. La réalisation d’entretiens directifs ou semi-directifs permettrait d’approfondir des points importants qui posent problème lors de la prise en charge (douleur, vécu, place du père, moyen de transport...), d’inclure de manière plus importante l’état émotionnel de la femme – du couple – et d’éviter la rationalisation du ressenti en « grandes classes » en permettant l’expression de tous les degrés de satisfaction et d’insatisfaction ainsi que leurs raisons. Cette analyse plus qualitative viserait à retranscrire la diversité des opinions plutôt que de dégager une opinion prépondérante.

o Formulation des questions

Certaines questions ont visiblement posé problèmes aux femmes et nécessiteraient une reformulation pour améliorer leur compréhension et ainsi réduire les biais d’analyse.

- La question Q7 s’intéressait à la prise en charge de la douleur. A cet item, on remarque que le nombre de personne ayant répondu est de 133, ce qui est moindre par rapport aux autres items (n de 139 à 145 – hors questions Q10 et Q11 relatives au conjoint, Q14 relative au SAMU et Q22 relative à l’hospitalisation –). A cet item, aucune proposition « aucune douleur n’était ressentie » n’était proposée. A défaut, certaines femmes ont pu cocher « légères » à la place ou s’abstenir de répondre. Une proposition supplémentaire peut être proposée aux femmes ou la question peut être modifiée de la manière suivante : « si vous avez ressenti des douleurs, elles étaient : » bien que cette formulation puisse aussi poser problème pour l’analyse.

- Les questions Q10 et Q11 relatives au conjoint (cf 4.2.b).
- La question Q14 relative au SAMU (cf 4.1.e). Cette question pourrait être décomposée en deux :
 - o Une première question sur la nature de l'équipe de transport.
 - o Une deuxième question relative à la satisfaction des patientes.
- La question Q22, relative au séjour d'hospitalisation : il est difficile pour les femmes de répondre de manière juste à cette question car le questionnaire est rapidement récupéré. De plus, elles peuvent être hospitalisées en service de grossesses à haut risque mais également en service de suites de couches si elles ont accouché rapidement après leur arrivée dans la maternité. Distribuer le questionnaire plus tard permettrait d'évaluer plus précisément leur satisfaction quant à l'hospitalisation.

3. Comparaison à d'autres études

Le réseau périnatal d'Auvergne « réseau Aurore » a réalisé une enquête de satisfaction et de connaissance du réseau auprès des femmes [34-35]. Elle comporte deux volets : le premier volet, qualitatif, est basé sur des entretiens semi-directifs de femmes transférées au cours de leur grossesse sur la maternité de Clermont-Ferrand. La consigne de départ était : « je voudrais savoir comment s'est passé votre transfert ? ». Ce volet permet de connaître le jugement des patientes transférées, à propos de la capacité du système de soins mis en place à répondre à leurs besoins et leurs attentes. Le deuxième volet, quantitatif a pour but d'analyser l'acceptabilité des femmes vis-à-vis de la politique de réseaux de soins périnataux.

La Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié, en 2008, les résultats d'une étude de satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement [36] réalisée auprès de 2656 femmes, à la fin de l'année 2006 par entretiens téléphoniques.

a. Satisfaction globale des femmes

L'enquête de la DREES révèle que les patientes sont plutôt satisfaites ou tout à fait satisfaites du suivi de la grossesse : seulement 2% des femmes déclarent être plutôt pas ou pas du tout satisfaite. De même, l'étude du RSN montre des scores de satisfaction globalement très élevés, en considérant les patientes satisfaites et très satisfaites.

b. Satisfaction des femmes quant à l'information

Dans l'étude Aurore, les femmes sont satisfaites de la façon dont le personnel soignant communique avec elles. Les informations sur leur prise en charge sont jugées suffisantes et proches de celle reçues dans la maternité de départ. Cela correspond aux résultats de l'étude du RSN où la satisfaction des patientes quant à l'information est bonne (89,4% de satisfaites) même si la satisfaction quant à l'homogénéité des discours n'est que de 81,7%. Cependant, dans l'étude Aurore, une partie des patientes interrogées (29% des femmes) trouve que les informations étaient trop imprécises. D'autres patientes ont trouvé que les informations étaient erronées, participant à leur anxiété. Pour ces dernières, les pronostics médicaux étaient fluctuants. Dans l'étude du RSN, trois patientes ont signalé dans les commentaires libres être mécontentes de l'information donnée, jugée insuffisante.

Globalement, les satisfactions des femmes quant à l'information sont bonnes mais il persiste des cas dans lesquels l'information n'a pas été satisfaisante.

c. Annonce du transfert

L'analyse du premier volet de l'étude du réseau périnatal Aurore montre que toutes les femmes interrogées sont d'accord sur le caractère indispensable du transfert tant pour leur sécurité que pour celle de leur enfant. Elle met en évidence deux cas de figure lors de l'annonce du transfert :

- Dans le premier cas, le transfert avait été anticipé et envisagé précocement au cours de la grossesse (29% des femmes). La décision du transfert a donné entière satisfaction aux patientes et a contribué à les rassurer.
- Dans le deuxième cas (71% des femmes), le transfert s'est fait suite à la consultation en urgence de la femme pour des manifestations somatiques inopinées. L'annonce du transfert a eu lieu dans une situation de stress et la nécessité d'une intervention rapide a contribué à l'augmentation de la crainte et de l'anxiété.

Dans l'étude du RSN :

- Les scores de satisfaction quant aux bénéfices perçus par la femme concernant sa santé et la santé de son bébé sont très importants (respectivement 90,9% et 98,6% de patientes satisfaites).
- Le score de satisfaction relatif au vécu de la situation est faible : 19,9% des patientes ont jugé la situation très stressante et 38,3% des patientes l'ont trouvée angoissante. Une patiente a fait un commentaire à ce sujet, jugeant que son transfert s'était fait dans la précipitation. Ces patientes, « non satisfaites » étaient probablement dans la deuxième situation décrite par l'étude Aurore.

d. Déplacement vers la maternité d'arrivée

Dans l'étude Aurore, 90% des femmes ont été très satisfaites du transport. Cependant, elles ont souvent (dans 33% des cas) commenté le manque de confort des moyens de transport (secousses), craignant que leur situation obstétricale ne s'aggrave (contractions, perte de la poche des eaux). L'étude du RSN permet également de mettre cette caractéristique en évidence : malgré un taux de satisfaction important (90,6% de satisfaites), les conditions de transport ont fait l'objet de nombreuses remarques : une patiente a qualifié le chauffeur de « chauffard » et sept femmes ont trouvé le véhicule choisi inadapté.

e. Accueil dans la maternité d'arrivée

Dans l'étude Aurore, les patientes ont émis un avis général de satisfaction sur la prise en charge, aussi bien en amont qu'en aval du transfert. 85% des patientes interrogées ont insisté sur le soutien que leur a apporté l'équipe soignante (écoute, disponibilité, présentation du personnel). Le fait de se savoir attendues les rassurait. Au contraire, 15% des patientes se sont senties perdues, isolées ou terrorisées à cause de l'absence d'empathie des personnels soignants.

De même, dans l'étude du RSN, les scores de satisfaction sont importants tant au départ qu'à l'arrivée (respectivement 95,5% et 96,6% de patientes satisfaites). L'accueil dans la maternité d'arrivée est très bon avec 98,9% de patientes satisfaites et la satisfaction quant à

la connaissance de la situation des femmes par l'équipe d'arrivée est bonne avec 95,8% de satisfaites. Dans les commentaires, les femmes insistent sur les qualités humaines des personnels (écoute, gentillesse, humanité, disponibilité...) même si, comme dans l'étude Aurore, une femme a trouvé que les personnels manquaient d'humanité.

f. Dimensions de la satisfaction

L'étude du RSN met en évidence que trois dimensions influent pour 47% de la satisfaction : il s'agit du discours et de l'information, de l'empathie et du respect, et de la sécurité de la prise en charge.

Ceci est conforme aux résultats des études de satisfaction dans le domaine de la santé : la satisfaction des patients dépend plus de la qualité de la relation qu'ils ont avec les personnels soignants que de la qualité des prestations techniques (soins).

Les taux de satisfaction de ces dimensions sont les plus élevés (respectivement 17,1/20 ; 17,8/20 et 18,0/20) : les notes sont supérieures à la plupart des autres items (seulement 3 des 11 items ne faisant pas partie des trois dimensions ont des notes supérieures à 17,1/20). L'étude de la DRESS met en évidence que les satisfactions les plus élevées concernent également ces trois dimensions : les qualités humaines des professionnels de santé, le dialogue et les explications reçues et les qualités techniques.

4. Propositions

a. Propositions organisationnelles

o Cellules d'orientation

La gestion des transferts par un réseau doté d'une cellule d'orientation a montré ses intérêts auprès des professionnels de la santé : la prise en charge des patientes est plus facile, (notamment les transferts in utero), la circulation de l'information et la préservation du lien mère-enfant également [37]. Dans le cadre du RSN des Pays de la Loire, deux cellules implantées sur deux sites différents coexistent. La cellule d'Angers fonctionne 7/7 jours de 8h30 à 18h30 et le site de Nantes 5/7 jours de 10h à 18h.

Il pourrait être intéressant de les fusionner pour permettre à cette structure de fonctionner 24/24 heures et 7/7 jours. Cela permettrait également de simplifier les procédures de transferts : un protocole standardisé unique, pour tous les établissements et professionnels de santé et un numéro de téléphone unique pour la cellule, quelle que soit la maternité demandant le transfert.

Se pose la question de la prise en charge des transferts « locaux » par la cellule (par exemple d'un type 1 au type 2 le plus proche) : il semble que ces transferts se passent plutôt bien et que l'intervention « lointaine » d'une cellule en type 3 n'apporte pas un service supplémentaire.

o Orientation et réorientation des transferts

Le manque chronique de places en salle de naissance et en hospitalisation d'obstétrique pour les transferts maternels ainsi que dans les services de réanimation et de soins intensifs néonataux oblige les CHU de Nantes et Angers à refuser un certain nombre de transferts : du

1^{er} janvier 2010 au 30 Septembre 2010, 190 transferts ont été gérés par la cellule d'orientation [33] :

- Au CHU de Nantes : 100 transferts ont été demandés et 30 ont été refusés pour manque de place en néonatalogie et/ou obstétrique, soit 30% des transferts.
- Au CHU d'Angers : 80 transferts ont été demandés et 17 refusés pour manque de place en néonatalogie et/ou obstétrique, soit 21,3% des transferts.

Au total, pour les deux sites, 47 transferts ont été refusés faute de place dans les services d'hospitalisation soit 24,7% des transferts demandés. 10 de ces 47 transferts ont été refusés par les deux sites (Nantes et Angers).

Pour pallier à ces manques de places, deux attitudes pratiques peuvent être envisagées :

- Favoriser les transferts dans le type correspondant à la situation médicale : ne pas orienter vers un type 3 si un type 2a ou 2b est « suffisant ».
- Favoriser les transferts descendants (de type 3 vers type 2a, 2b ou 1 et de type 3 à type 1). Une patiente a fait cette proposition dans les commentaires libres du questionnaire de satisfaction.

b. La formation des sages-femmes

La gestion d'un transfert fait partie des compétences des sages-femmes, qui travaillent alors en partenariat avec les gynécologues-obstétriciens.

Sur les terrains de stage, il est fréquent que les étudiants sages-femmes, formés surtout en maternité de type 3, arrivent au terme de leurs études sans avoir participé au moins une fois à l'organisation d'un transfert – que ce soit un transfert anté-natal ou un transfert maternel post-natal –.

Il serait intéressant d'inciter les étudiants à se formaliser avec les procédures et les moyens mis à disposition, comme la fiche de transfert réalisée par le RSN qui reprend les éléments du dossier qu'il est nécessaire de transmettre à l'établissement receveur (disponible en ligne sur le site internet du RSN des Pays de la Loire).

Une présentation du fonctionnement du réseau et du travail des sages-femmes à la cellule de régulation peut être envisagée.

c. Les compétences relationnelles des professionnels de santé

L'attitude des professionnels de santé a été l'objet, dans l'étude du réseau Aurore, de commentaires négatifs (« jeu de fléchettes pour injection de corticoïdes », sage-femme qui plaisante avec un collègue alors que la patiente qu'elle accompagne pleure, supputations hâtives à partir d'un bilan médical...). Dans tous les cas, les patientes s'accordent pour dire que ces comportements sont isolés.

Dans l'étude du RSN, le questionnaire ne comportait pas d'item spécifique à la qualité de la relation avec le (les) professionnel(s).

Se pose pourtant la question des compétences relationnelles des personnels soignants en plus de leurs compétences techniques qui elles, sont le plus souvent reconnues par les patientes (cf 3.i) : la capacité d'écoute et de dialogue, la capacité à l'empathie, la capacité à gérer le stress et l'imprévu. Toutes ces qualités, recherchées et appréciées par les patientes sont difficiles à apprécier mais essentielles.

Conclusion

L'évaluation de la satisfaction des femmes transférées s'inscrit dans l'optique globale de démarche qualité qui vise à sans cesse améliorer les performances du système de santé.

L'enquête « Etude de la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un transfert périnatal dans le RSN », réalisée auprès de 145 femmes transférées au cours de leur grossesse ou dans les suites de leur accouchement montre que les patientes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié. Les patientes comprennent bien l'intérêt du transfert pour leur bébé.

Les questions pour lesquelles les patientes sont les plus satisfaites sont : le choix du lieu de transfert, la prise en charge par une équipe SMUR ainsi que la prise en charge dans la maternité d'arrivée.

Les points à améliorer concernent principalement la prise en charge de la douleur, la concordance des discours entre les professionnels, le moyen de transport utilisé lors du transfert ainsi que le vécu de la patiente.

Cette étude montre également que la qualité de la relation avec les personnels soignants et la qualité de l'information sont primordiales pour les femmes, au moins autant, voire plus, que les compétences techniques.

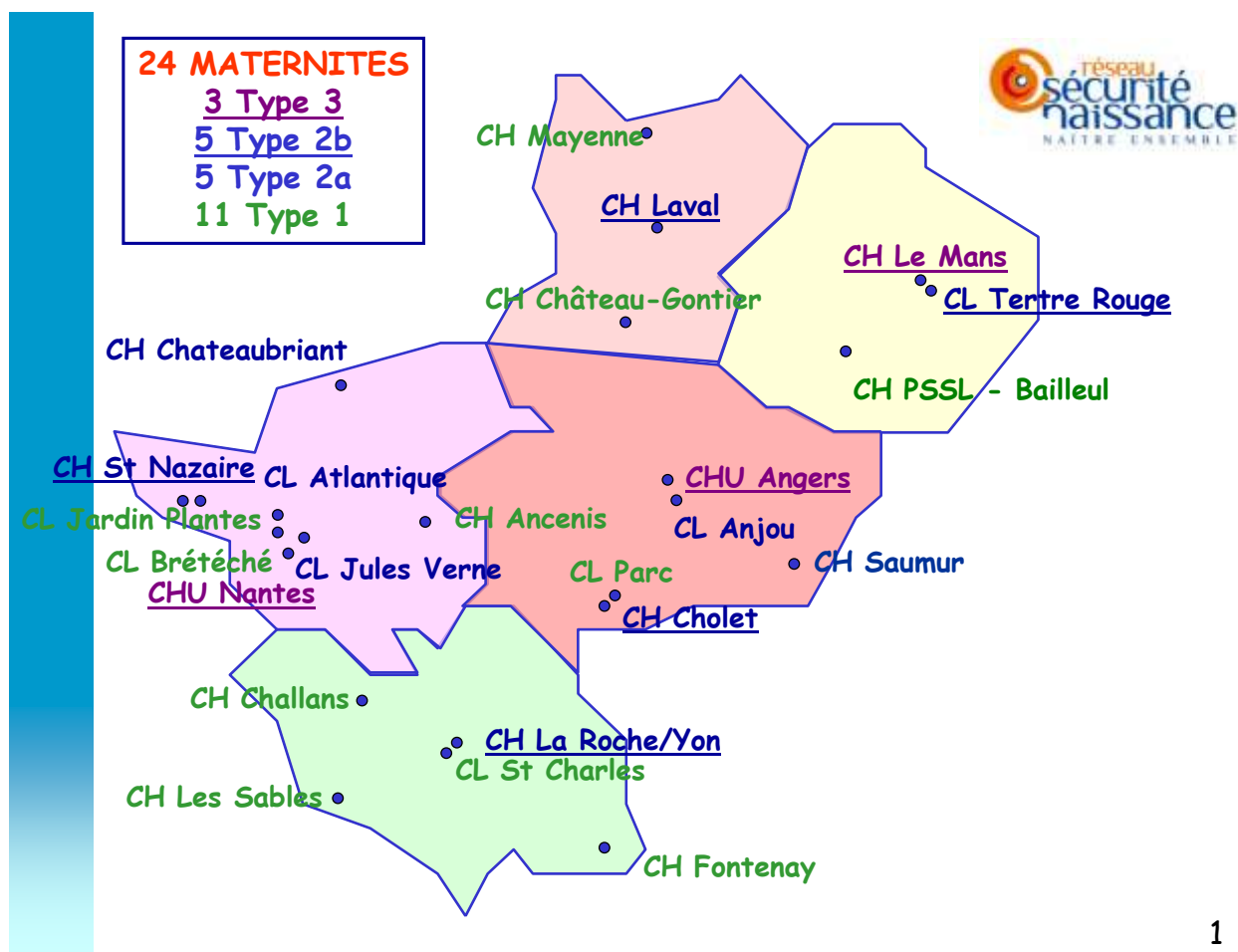
Cette enquête pourrait être étendue aux femmes transférées dans les autres maternités du Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire. Cela permettrait de comparer la satisfaction des patientes transférées dans des types de maternités différents.

Une étude de la satisfaction des femmes au cours de leur hospitalisation, qui n'a pu qu'être évoquée, au cours de l'étude présentée, pourrait venir la compléter.

Annexe 1 - Maternités du Réseau Sécurité Naissance Naitre Ensemble des Pays de la Loire en 2010

Département	Etablissement	Niveau
Loire-Atlantique	CH Ancenis	1
	CH Chateaubriant	1
	CH Saint Nazaire	2b
	CHU Nantes	3
	CL Jules Verne – Nantes	2a
	Polyclinique de l'Atlantique – Saint Herblain	2a
	CL Brétéché – Nantes	1
	Polyclinique du jardin des plantes – Saint Nazaire	1
Maine et Loire	CH Cholet	2b
	CH Saumur	1
	CHU Angers	3
	CL de l'Anjou – Angers	2a
	Polyclinique du Parc – Cholet	2a
Mayenne	CH Haut Anjou – Château-Gontier	1
	CH Laval	2b
	CH Nord-Mayenne – Mayenne	1
Sarthe	CH Le Mans	3
	CL Tertre-Rouge – Le Mans	2b
	CH Pôle Santé Sarthe Loire – La Flèche	1
Vendée	CH Côte de Lumière – Les Sables d'Olonne	1
	CH Fontenay le Compte	1
	CH Loire-Vendée-Océan – Challans	1
	CH La Roche sur Yon	2b
	CL Saint Charles – La Roche sur Yon	1

Annexe 2 - Répartition géographique des maternités du Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble des Pays de la Loire



Annexe 3 – Distance et temps de transport entre les maternités du Réseau Sécurité Naissance et les CHU de Nantes et d'Angers

Etablissement	Site d'arrivée			
	CHU Nantes		CHU Angers	
	Distance*	Temps†	Distance	Temps
CH Ancenis	44	38	57	38
CH Chateaubriant	71	63	75	80
CH Saint Nazaire	67	55	148	90
CHU Nantes	-	-	91	61
CL Jules Verne – Nantes	6	12	84	52
Polyclinique de l'Atlantique – Saint Herblain	6	17	94	58
CL Brétéché – Nantes	2	7	87	60
Polyclinique du jardin des plantes – Saint Nazaire	65	56	145	91
CH Cholet	60	47	74	50
CH Saumur	159	103	70	48
CHU Angers	91	61	-	-
CL de l'Anjou – Angers	93	64	7	13
Polyclinique du Parc – Cholet	61	47	75	50
CH Haut Anjou – Château-Gontier	129	95	52	51
CH Laval	177	118	85	84
CH Nord-Mayenne – Mayenne	202	135	112	104
CH Le Mans	183	109	93	55
CL Tertre-Rouge – Le Mans	187	113	98	58
CH Pôle Santé Sarthe Loire – La Flèche	142	96	53	41
CH Côte de Lumière – Les Sables d'Olonne	104	58	170	111
CH Fontenay le Compte	119	71	169	137
CH Loire-Vendée-Océan – Challans	42	40	127	85
CH La Roche sur Yon	71	53	132	79
CL Saint Charles – La Roche sur Yon	81	55	131	81

* Les distances sont exprimées en kilomètres

† Les temps sont exprimés en minutes

RESULTATS BIOLOGIQUES

GROUPE SANGUIN (photocopie si besoin)

ABO et Rhésus :

Phénotype

Agglutinines irrégulières

Injection de RHOPHYLAC : dose et date :

SEROLOGIES

Toxoplasmose

Rubéole

BW

HIV

HbS

HbC

CMV

TESTS TRISOMIE 21

CARYOTYPE

AVIS D'UN CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL

- Où ?

- Quand ?

- Pourquoi ?

S'ASSURER DE L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS AU TRANSFERT MATERNEL

- Hémorragie obstétricale vitale

- HRP

- Eclampsie

- SFA

- Accouchement imminent

AVIS SIGNE DE LA PARTURIENTE (si possible)

AUTRES RENSEIGNEMENTS

0



Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

Issue des transferts maternels (TIU) en 2010

Mère

- Admise

- 1- au bloc obstétrical
- 2- en hospitalisation

- Devenir en cas d'hospitalisation

- 1- Accouchement en cours d'hospitalisation
- 2- Re-transfert dans la maternité de départ
- 3- Retransfert dans une autre maternité
- 4- Sortie à domicile sans accoucher

- Accouchement

Lieu

Terme

Date

Heure

Mode : 1- VB 2- Césarienne

Particularités

.....

.....

.....

.....

- Séjour au CHU de Nantes

Date entrée

Date de sortie

Enfant(s)

- 1^{er} enfant (en cas de jumeau, sinon singleton)

PN1

Issue : 1-Vivant 2- MFIU 3- IMG

Apgar 1 min

Apgar 5 min

pH artère

Transfert en néonatalogie

- 2^{ème} enfant (en cas de jumeau)

Date de naissance si acc. différé

PN1

Issue : 1-Vivant 2- MFIU 3- IMG

Apgar 1 min

Apgar 5 min

pH artère

Transfert en néonatalogie

1 Annexe 6 – Questionnaire de satisfaction



Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

Enquête de satisfaction en cas de transfert de la mère

5 Madame,

6 Vous avez été transférée dans une autre maternité que celle que vous aviez initialement choisie au cours de votre
7 grossesse, en raison de complications liées à votre grossesse (pour vous ou votre enfant).

8 Nous aimerions connaître votre avis sur les conditions de votre transfert.

9 Nous vous remercions du temps que vous passerez à répondre à ce questionnaire (anonyme).

10 Ce questionnaire est destiné à améliorer les prises en charge pour les transferts des mères dans le Réseau.

11 Vous pourrez être informée des résultats de cette étude en consultant le site du Réseau « Sécurité Naissance – Naître
12 ensemble » des Pays de la Loire qui regroupe les 24 maternités des Pays de la Loire www.reseau-naissance.fr

13

14 *Cocher la bonne réponse de la manière suivante*

15

16 ✓ Maternité de départ

17 ✓ Date de votre transfert ✓ Date et heure d'arrivée

18 ✓ Date de réponse au questionnaire

19

20 - Dans la maternité de départ

21 ➤ L'information que l'on vous a délivrée a été :

22 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

23 ➤ Vous avez pensé que ce transfert était : (pour **votre santé**)

24 Très utile Utile Peu utile Inutile Je ne sais pas

25 ➤ Vous avez pensé que ce transfert était : (**pour la santé de votre bébé**)

26 Très utile Utile Peu utile Inutile Je ne sais pas

27 ➤ La **personne** qui vous a informée était :

28 Gynéco-obstétricien Sage-femme

29 Autre personne Qui ? Je ne sais pas qui

30 ➤ La prise **en charge** médicale dans la maternité de départ a été :

31 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

32 ➤ Vous diriez que vous avez **vécu** la situation de façon :

33 Très calme Calme Angoissante Très stressante Je ne sais pas

34 ➤ Vous avez ressenti des **douleurs** de manière :

35 Très importante Importante Moyenne Légère Je ne sais pas

36 ➤ Le choix du **lieu de transfert** choisi pour vous accueillir a été :

37 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant Je ne sais pas

38 ➤ Le délai **d'attente** avant de partir vous a paru :

39 Court Juste bien Trop long Je ne sais pas

40 ➤ La présence de votre **conjoint** a été, par l'équipe :

41 Facilitée Indifférente Non recherchée Je ne sais pas (ou non concernée)

42 ➤ L'information donnée à votre **conjoint** a été :

43 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante

44 Je ne sais pas (non concernée)

45

46 - **Au cours du transport**

47 ➤ La **durée** du transport vous a semblé :

48 Courte Juste bien Trop longue Je ne sais pas

49 ➤ Les conditions de **transport** ont été :

50 Très satisfaisantes Satisfaisantes Peu satisfaisantes Pas du tout satisfaisantes Je ne sais pas

51 ➤ Si le transport a été fait par un **SAMU**, on a compris vos interrogations et vos attentes (SMUR) de manière :

52 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

53

54 - **Dans la maternité d'arrivée**

55 ➤ L'équipe qui vous a reçu était au **courant** de votre situation de manière :

56 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

57 ➤ **L'accueil** de l'équipe a été :

58 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant Je ne sais pas

59 ➤ La ou les personnes qui vous ont reçu étaient **identifiées** ou se sont identifiées de manière :

60 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

61 ➤ La prise **en charge** médicale de votre problème a été :

62 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

63 ➤ On vous a tenu le **même discours** que dans la maternité de départ :

64 Oui, parfaitement Oui, dans l'ensemble Oui et non C'était contradictoire Je ne
65 sais pas

66 ➤ La **confidentialité** des informations a été :

67 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Pas du tout satisfaisante Je ne sais pas

68 ➤ Le respect de votre **intimité** a été

69 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant Je ne sais pas

70 ➤ Si vous avez été **hospitalisée**, le séjour vous a paru :

71 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant Je ne sais pas

72

73 - **Au total, vous diriez que l'organisation de ce transfert, de manière générale, a été :**

74 **Très satisfaisante** **Satisfaisante** **Peu satisfaisante** **Pas du tout satisfaisante** **Je ne sais**
75 **pas**

76

77 - **Evénements à signaler**

78 ➤ Quels événements particuliers avez-vous envie de nous signaler ?

79

80

81

82

83

84 - **Commentaires libres**

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94 **Bibliographie**

95

96 [1] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, Haut Comité de la Santé Publique. La
97 sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. 1994 ;
98 255p.

99

100 [2] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique
101 clinique. Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur
102 niveau de risque. Encycl. Méd. Chir., Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-30, 1999, 5p.

103

104 [3] Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Décret n°98-899 relatif aux établissements de santé
105 publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Chapitre III;
106 section 3, sous-section II « obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ».

107

108 [4] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de
109 santé. 1999.

110

111 [5] Code de la Santé Publique. Loi du 4 Mars 2002. Article L-6321-1 relatif aux réseaux de santé. Avril
112 2010.

113

114 [6] BREART G., PUECH F., ROZE J.C. Mission périnatalité, 20 propositions pour une politique
115 périnatale. 2003.

116

117 [7] Loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique. Annexe : rapport
118 d'objectifs de santé publique. Santé maternelle et périnatale. Disponible sur :
119 [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&datrext=201012](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&datrext=20101228)
120 [28](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005823063&datrext=20101228)

121

122 [8] Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Plan « périnatalité 2005-2007 : Humanité,
123 proximité, sécurité, qualité. 2004. 44p.

124

125 [9] Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire. SROS III 2006-2010. 2006. 561p.

126

127 [10] Direction de l'Hospitalisation et de la Direction des Soins, Caisse Nationale de l'Assurance
128 Maladie et des Travailleurs Salariés. Cahier des charges national des réseaux en périnatalité.

129

130 [11] Fédération française des Réseaux de Santé en Périnatalité. Disponible sur
131 <http://ffrsp.fr/index.html>

132

133 [12] Ministère de la Santé et des Solidarité. Circulaire n° DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30
134 Mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. 2006.

135

136 [13] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques – Recensement – Données légales.
137 2007. Disponible sur [http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-](http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/France-regions.asp?annee=2007)
138 [legales/France-regions.asp?annee=2007](http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/France-regions.asp?annee=2007)

139

140 [14] Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire. Bilan d'activité 2007 et
141 prévisions 2008.

142

143 [15] Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire. Le bulletin n°21. Déclaration
144 annuelle des activités des maternités. 2010.

145
146 [16] Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire n°DHOS/O1/2006/273 du 21 Juin 2006 relative
147 à l'organisation des transports périnataux des mères. 2006.
148
149 [17] BRANGER B., RIVIER Léna. Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire.
150 Charte de fonctionnement de la cellule d'orientation des transferts maternels du RSN. Version n°5.
151 2009.
152
153 [18] DELANEY BACK V., LUBCHENKO L.O *et al.* Outcome of very low birth weight infants : are
154 population of neonate inherently different after antenatal versus neonatal referral ? Am J Obstet
155 Gynecol 1989 ; 160 : 545-52.
156
157 [19] SAGOT P., ROSE G. *et al.* Naissance avant 33 SA : intérêts du transfert in utero au sein d'un
158 département de périnatalogie. Rev Fr Gynecol Obstet 1990 ; 85 : 293-8.
159
160 [20] CHABERNAUD J.L. Les indications fœtales du transfert in utero. La Revue des SAMU 2001 : 392-4.
161
162 [21] VAAST P., PUECH F. Sécurité des transferts in utero d'indication fœtale. J Gynecol Obstet Biol
163 Reprod 2001 ; 30 : p3S25-28.
164
165 [22] MENTHONNEX E., MENTHONNEX P. Transferts in utero médicalisés – Critères décisionnels en
166 régulation médicale et modalités de prise en charge des services mobiles d'urgence et de
167 réanimation (SMUR). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 : 157-68.
168
169 [23] Commission des anesthésistes, Commission obstétricale, Groupe de travail sur les transports
170 maternels. Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire. Transferts maternels
171 (in utero et post-partum). 2007.
172
173 [24] GOFFINET F. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 824-30.
174
175 [25] MATILLON Y., DURIEUX P. L'évaluation médicale – Du concept à la pratique. 2^{ième} édition. Paris :
176 Flammarion, 2000, 180p. (Collection Médecine-Sciences).
177
178 [26] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Sanitaire. La satisfaction des patientes lors de
179 leur prise en charge dans les établissements de santé – Revue de la littérature médicale. 1996.
180
181 [27] CIANE. Statuts du collectif Interassociatif Autour de la Naissance disponible
182 sur <http://www.ciane.info/ext/http://ciane.naissance.asso.fr/>
183
184 [28] Inspection Générale des Affaires Sociales. Mesure de la satisfaction des usagers des
185 établissements de santé. Rapport n°RM2007-045P. 2007.
186
187 [29] LABARERE J., FRANCOIS P. Evaluation de la satisfaction de patients par les établissements de
188 soins. Revue de la littérature. Rev. Epidem. Et Santé Publ ; 1999 : 175-84.
189
190 [30] BLONDEL B., SUPERNANT K., DU MAZAUBRUN C *et al.* Enquête nationale périnatale 2003, 2005 ;
191 disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>.
192
193 [31] GASQUET I., VILLEMOT S., DOS SANTOS C., *et al.* Adaptation culturelle et validation de
194 questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. Santé publique 2003 ; 4 : 383-
195 402.
196

- 197 [32] GERBAUT L., MASCART M., BELGACEM B., *et al.* Développement d'un auto-questionnaire
198 évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 :
199 139-56.
200
- 201 [33] BRANGER B. Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire. Disponibilité des
202 services d'obstétrique et de néonatalogie pour les transferts maternels et néonataux. Compte rendu
203 de la réunion téléphonique du 13 Octobre 2010. 2010.
204
- 205 [34] Réseau Régional de Recherche en Santé Publique Auvergne. Contrat de recherche INSERM-
206 MIRE. Organisation en réseau de soins périnataux : acceptabilité par les professionnels et les usagers,
207 mise en place d'un système d'information innovant, élaboration et test d'un protocole commun
208 d'évaluation. 2004.
209
- 210 [35] DUPONT C., GONNAUD F., KALIS V. *et al.* Connaissance et satisfaction des femmes au sein du
211 réseau de santé périnatal Aurore. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008 ; 37 : 256-67.
212
- 213 [36] Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques. Etudes et résultats
214 n°660. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de
215 l'accouchement. 2008.
216
- 217 [37] CLERC J., GAUCHERAND P., BERLAND M. *et al.* Enquête de satisfaction auprès de 75
218 professionnels de la région Rhône-Alpes sur la mise en place d'une cellule de régulation des
219 transferts périnataux. L'avenir de cette structure est-il envisageable sur l'ensemble du territoire ?.
220 Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2009 ; 37 : 222-8.

221 Satisfaction des femmes à la suite de transferts in utero
222 ou de transferts post-partum

223

224 Enquête réalisée par la cellule d'orientation des transferts maternels du
225 Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire

226

227

228 **Résumé**

229

230 L'objectif de ce travail est d'analyser la satisfaction des patientes ayant
231 bénéficié d'un transfert maternel périnatal. Un questionnaire de satisfaction a
232 été remis par les sages-femmes de la cellule d'orientation du Réseau Périnatal
233 des Pays de la Loire, à 145 femmes transférées dans les maternités des CHU de
234 Nantes et Angers entre le 1^{er} Février et le 27 Juin 2010.

235 Les femmes sont globalement satisfaites : plus de 80% de satisfaction pour 21
236 des 23 items. Les points à améliorer sont : la prise en charge de la douleur, le
237 choix du véhicule de transport et le vécu du transfert.

238 Il apparaît également que les qualités de l'information et de la relation avec les
239 soignants sont primordiales pour les femmes.

240

241 **Mots-clés**

242

243 **Satisfaction**

244 **Femme**

245 **Transfert maternel périnatal**

246 **Réseau périnatal des Pays de la Loire**