



HAL
open science

Étude descriptive du ressenti des patientes ayant vécu un transfert in utero au sein du réseau périnatal lorrain vers la Maternité du CHRU de Nancy de février à mai 2015

Valériane Pasqualini

► **To cite this version:**

Valériane Pasqualini. Étude descriptive du ressenti des patientes ayant vécu un transfert in utero au sein du réseau périnatal lorrain vers la Maternité du CHRU de Nancy de février à mai 2015. Médecine humaine et pathologie. 2015. hal-02110688

HAL Id: hal-02110688

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02110688v1>

Submitted on 25 Apr 2019

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Étude descriptive du ressenti des patientes
ayant vécu un transfert in utero au sein du
réseau périnatal lorrain vers la Maternité du
CHRU de Nancy de février à mai 2015

Mémoire présenté et soutenu par
PASQUALINI Valériane

Directeur de mémoire : HECTOR Claire

Sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nancy

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Étude descriptive du ressenti des patientes
ayant vécu un transfert in utero au sein du
réseau périnatal lorrain vers la Maternité du
CHRU de Nancy de février à mai 2015

Mémoire présenté et soutenu par
PASQUALINI Valériane

Directeur de mémoire : HECTOR Claire

Sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nancy

Promotion 2015



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Claire Hector, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité ainsi que pour ses nombreux conseils quant à la réalisation de cette étude.

Je remercie toute l'équipe du réseau périnatal lorrain et plus particulièrement Madame Sophie Gabriel, sage-femme, pour sa patience à mon égard et le temps qu'elle m'a accordé sans jamais compter ainsi que le Docteur Jeanne Fresson pour ses connaissances statistiques et son soutien.

Je remercie le Docteur S. Rothenburger pour sa gentillesse, sa relecture, son temps et ses conseils avisés sur les troubles dépressifs.

Je remercie également Madame Hélène Lemoine, sage-femme enseignante, sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Merci à elle d'avoir veillé, même de loin, au bon avancement de ce travail.

Je remercie enfin l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Nancy, portée par Madame Anne-Marie Cresson, pour leurs enseignements et leur rigueur, leur soutien et leur bonne humeur.

Merci à l'ensemble de ma promotion qui a permis une parfaite entente et un soutien mutuel. Plus particulièrement à Marion, Joanie, Boss, Anne-So, Sandra, Elodie et Anais pour être devenues des amies et sans qui ces cinq années n'auraient pas la même saveur.

Merci à Joanie et Boss pour leur aide quand je n'étais pas sur place et sans qui cette étude n'aurait pu être réalisable.

Merci à ma famille et bien sûr à Théophile, pour être à mes côtés depuis des années plein de soutien, d'écoute et de réconfort.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	5
ABREVIATIONS.....	6
1. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION.....	8
2. MATERIEL ET METHODE	13
2.1. TYPE D'ETUDE.....	13
2.2. POPULATION ETUDIEE.....	13
2.3. RECUEIL DE DONNEES.....	14
2.4. TECHNIQUE D'ANALYSE.....	15
PARTIE 2.....	16
1. RESULTATS :	17
1.1. POPULATION CIBLE.....	17
1.2. CONNAISSANCE DU RESEAU PERINATAL LORRAIN :.....	18
1.3. CONCERNANT LEUR TRANSFERT IN UTERO :.....	18
1.4. CONCERNANT LEUR RESENTI DU TIU EN GENERAL :.....	28
2. DISCUSSION.....	31
2.1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE :.....	31
2.2. LES LIMITES DE L'ETUDE :.....	32
2.3. REMISE EN CAUSE DU QUESTIONNAIRE :.....	34
2.4. VALIDITE DU QUESTIONNAIRE :.....	35
2.5. DISCUSSION DES RESULTATS :.....	36
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
TABLE DES MATIERES.....	52
ANNEXES.....	54

ABREVIATIONS

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

TIU : Transfert In Utero

HAS : Haute Autorité de Santé

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

SA : Semaines d'Aménorrhée

Partie 1

1. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION

En France, nous retrouvons une organisation en réseaux de santé depuis 1947 (1) après un essai fructueux datant de la première guerre mondiale, lors du combat contre la tuberculose (2). Un réseau périnatal est un ensemble de services, au sein d'établissements publics ou privés, qui offre à une population locale des soins obstétricaux et pédiatriques selon une répartition prédéfinie des rôles (3).

Le plan de périnatalité de 1994 définit trois types de maternités en fonction du niveau de soins en pédiatrie. Afin d'avoir une prise en charge complémentaire entre les différents niveaux de soins, il est impératif de créer une mise en réseau de ces maternités (4). Nous distinguons les maternités de type 1 qui disposent d'une unité d'obstétrique, des types 2 qui disposent en plus d'une unité de néonatalogie, et des types 3 qui en plus de l'unité d'obstétrique et de néonatalogie, possèdent une unité de réanimation néonatale. Les maternités de type 1 prennent en charge les grossesses physiologiques et répondent aux pathologies fréquentes et sans gravité. Les établissements de type 2 se chargent des grossesses à risques modérés et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière sans réanimation. Enfin les maternités de type 3 sont chargées des grossesses à haut risque et des enfants présentant de graves détresses (5).

Les décrets de 1998 ont défini les conditions techniques et le fonctionnement que les établissements de santé doivent satisfaire pour pouvoir prendre en charge au mieux les parturientes et leurs enfants. La notion de Transfert In Utero (TIU) est introduite pour la première fois en ces termes. Il est recommandé de rapprocher d'une maternité de type 3, les enfants nécessitant une prise en charge de réanimation néonatale. Pour cela il a été créé des schémas régionaux d'organisation des soins pour les grossesses et les accouchements (6;7;8;9;10;11;12).

On retrouve une définition officielle de ces réseaux dans la loi du 04 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 charges 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. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations*» (2002, Chapitre 1^{er}, Article L6321-1) (13).

Grâce au plan de périnatalité de 2005-2007, l'organisation en réseau de soin devient obligatoire pour chaque région (14;15).

On retrouve par ailleurs dans les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2009 la notion d'information des patientes concernant l'offre locale de soins au sein du réseau périnatal de proximité (16).

Selon la HAS, un TIU est une décision médicale de transport d'une femme enceinte d'une maternité vers une autre dès qu'il existe une inéquation entre la structure d'hospitalisation et la pathologie qu'elle ou son fœtus présente. Cette décision doit être un accord entre le médecin demandeur et le receveur. Ce dernier validera alors, le degré d'urgence et le niveau de surveillance nécessaire afin de vérifier l'adéquation de la prise en charge de la grossesse avec le service receveur. Les transferts anténataux permettent donc de diminuer la morbidité et la mortalité aussi bien chez la mère que chez son enfant (17). La HAS tient également compte de l'environnement psychosocial de la femme et décrit « *la nécessité de s'assurer de l'absence d'isolement géographique, de sa compréhension et de ses difficultés d'organisation quant à ce TIU. Ces femmes doivent être prises en charge par une équipe pluridisciplinaire dans un réseau organisé*» (18 ; 19).

Les demandes de TIU sont en augmentation. En effet, en Lorraine, sur l'année 2002, 273 TIU ont eu lieu. En 2013 ce chiffre évolue à 320. En l'espace de 11 ans, la Lorraine a vu ses TIU accroître de 17,2%. Cette hausse des TIU lorrains et en concordance avec une étude a été réalisée en Rhône-Alpes qui recensait 1061 TIU en 2007 contre 1281 en 2010. Soit une hausse de 4,8 % (20).

En Lorraine, nous dépendons du Réseau Périnatal Lorrain (RPL). Celui-ci est composé de médecins, de sages-femmes et d'assistantes de coordination. Actuellement il coordonne 20 maternités et 5 centres périnatals de proximité. Un lien perpétuel est alors établi entre les professionnels des maternités lorraines afin de faciliter les TIU et permettre une meilleure prise en charge des patientes (Annexe1). Grâce à cette organisation, au moins 96% des 25464 naissances lorraines de 2013 ont eu lieu «in born », c'est à dire dans une maternité adaptée (21).

De récentes études ont démontré qu'un taux élevé de stress chez une femme enceinte augmenterait significativement le taux de complications lors de sa grossesse, notamment le risque d'accouchement prématuré (22 ; 23).

Le stress est aussi impliqué dans le développement du cerveau du fœtus. Il peut être à l'origine de problèmes affectifs, de troubles de l'attention, d'hyperactivité, et d'un développement cognitif altéré chez l'enfant à naître (24). Suzanne King et son équipe ont mené une étude sur le développement intellectuel et linguistique des enfants dont la mère a subi un traumatisme environnemental. Les nourrissons ayant été exposés à un stress maternel prénatal aigu affichaient des quotients intellectuels plus faibles, et avaient également un langage moins développé que ceux n'ayant pas vécu un stress aussi important (25). Le développement du cerveau d'un fœtus est à l'origine de nombreuses caractéristiques personnelles. Un changement dans ce développement peut par exemple modifier les empreintes digitales de l'enfant comme l'a démontré l'étude de S. King (26). Le stress prénatal est donc très néfaste pour un fœtus. Il est alors essentiel que les professionnels soignants d'une maternité le réduisent au maximum notamment lors des TIU. Une étude du ressenti des patientes s'avère utile et pertinente dans ce contexte.

L'évaluation de la satisfaction de la population d'un système de santé fait partie intégrante de la démarche qualité. Elle est énoncée dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (27).

En 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) avait pour but d'évaluer la pertinence, la qualité, la stabilité, et l'organisation des réseaux. Pour faciliter cette évaluation il a été élaboré un outil pratique d'aide à la démarche d'auto évaluation (28).

Des études plus ou moins récentes ont été réalisées sur ce sujet dans d'autres régions (29; 30; 31; 32; 33; 34; 35). Il semblait donc approprié de réactualiser nos données sur les ressentis des patientes au sujet d'un TIU en Lorraine.

Alors que le TIU relève de la responsabilité du médecin, la sage-femme possède un rôle central. Que ce soit lors du départ de la maternité initiale ou lors de l'arrivée et du séjour en hospitalisation, la sage-femme délivre informations, soins et soutien. De ce fait, nous avons jugé nécessaire d'évaluer le ressenti et l'attente des patientes vis-à-vis de leur TIU afin d'y répondre au mieux.

Notre premier objectif était donc de réaliser une étude descriptive du ressenti des futures mères vis-à-vis de leur TIU afin d'évaluer leur niveau de satisfaction, notamment par l'analyse de leur sentiment de sécurité tout au long du processus, afin d'en minimiser l'impact, et d'améliorer la prise en charge de ces femmes. Le deuxième objectif était de faire un état des lieux de leurs connaissances en termes d'organisation de soins en réseau. Enfin notre dernier objectif était de pratiquer un recensement de leurs attentes en termes d'informations, et des difficultés qu'elles ont rencontrées sur le plan organisationnel.

Nous avons pour cela formulé les hypothèses suivantes :

Les femmes lorraines enceintes ayant bénéficié d'un TIU au cours de leur grossesse ont été plutôt satisfaites de la prise en charge qui leurs a été proposée tant au niveau relationnel, que médical.

Les femmes enceintes transférées ont reçu une information au cours de leur grossesse concernant le RPL ou au moins l'organisation en réseau de soins.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale, monocentrique.

2.2. Population étudiée

La population cible de notre étude était composée des femmes enceintes hospitalisées à la maternité de type 3 du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy dans le secteur anténatal suite à un TIU. L'échantillon choisi pour notre travail concernait les femmes transférées de mi-février à mi-mai 2015 et répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessous.

Toutes les femmes ayant bénéficié d'un TIU quel que soit leur terme ont été incluses à cette étude.

Ont été exclues celles qui étaient restées hospitalisées moins de 72 heures afin qu'elles aient un temps d'adaptation suffisant, celles qui avaient déjà accouché à l'heure de l'entretien, et celles qui présentaient une barrière linguistique.

Nous avons choisi de ne pas interroger les femmes hospitalisées depuis moins de 3 jours pour nous éviter un biais de réponse lié à l'état émotionnel instable qui suit un TIU.

2.3. Recueil de données

Les femmes incluses dans notre étude ont été interrogées grâce à un questionnaire (Annexe 2) qui leur a été donné dès leur arrivée. Nous l'avons rempli, quelques jours plus tard, lors d'un entretien semi-directif.

Il comprenait 61 questions fermées au sujet de la satisfaction des femmes quant à leur prise en charge, leur soutien moral ou encore l'implication de leurs proches dans leur maternité d'origine, pendant le transfert et à la Maternité du CHRU de Nancy. Les questions portaient aussi sur la connaissance des femmes concernant le RPL ou les réseaux de soins, sur leur situation familiale, leur âge mais aussi leur ressenti. Les 5 dernières questions de ce questionnaire ont été inspirées du questionnaire de Beck. Ce test a été inventé par le Docteur Aaron T. Beck et comprend 21 items servant à mesurer le degré de dépression clinique d'un patient. Chaque réponse est cotée de 0 à 3. A la fin le patient obtient un score allant de 0 à 63. Grâce à un système de pallier, le patient est donc identifié comme dépressif ou non, et la sévérité de sa dépression peut être évaluée.

Pour être exhaustif, nous nous sommes rendus dans le service anténatal deux fois par semaine pour prendre connaissance des nouveaux transferts effectués. Les modalités du consentement induit ont été également exposées aux patientes à ce moment-ci. Une fois l'effervescence du TIU passée, nous avons procédé à l'entretien semi-directif dans les 72 heures minimum qui ont suivi l'hospitalisation.

Afin que les données soient statistiquement significatives, nous attendions au minimum 30 questionnaires correctement complétés. Sur l'année 2013, environ 320 transferts in utero des maternités de type 1 et 2 vers la maternité de type 3 de Nancy ont eu lieu. Pour obtenir 30 questionnaires nous avons estimé qu'une période de deux mois d'étude serait suffisante au recueil de données.

L'anonymat a été respecté lors de ces entretiens et les données ainsi obtenues ont servi exclusivement à l'élaboration de ce mémoire dans le respect du secret professionnel.

2.4. Technique d'analyse

Les données ont été saisies et analysées de façon anonyme dans le logiciel Microsoft Excel.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les résultats ont été présentés pour les variables qualitatives en effectif. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne, leur minimum et maximum. Cette analyse nous a permis d'évaluer avec prudence la satisfaction des patientes.

Partie 2

1. RESULTATS :

1.1. Population cible

A la maternité du CHRU de Nancy du 16 février au 17 mai 2015, nous avons recruté 31 patientes hospitalisées suite à un TIU dans le secteur anténatal et 3 d'entre elles ont refusé de participer à cette étude. Nous avons donc complété 28 questionnaires.

Concernant notre effectif de 28 femmes transférées à la maternité du CHRU de Nancy, elles avaient une moyenne d'âge d'environ 31 ans et étaient principalement nullipare ou primipare (n=20/28). La plus jeune avait 22 ans et la plus âgée 38 ans. Leur terme était en moyenne de 27 Semaines d'Aménorrhée (SA) et 3 jours au moment de leur transfert avec un minimum de 24SA et un maximum de 34SA.

L'intégralité des femmes du panel était soit en couple, soit mariée et 20 d'entre elles avaient des personnes ressources dans leur entourage autres que leur conjoint. La population ciblée était assez représentative de la population lorraine car les patientes venaient de nombreuses maternités différentes avec tout de même une prépondérance pour les maternités de Metz-Mercy, Briey-Maillot, Thionville-Bel Air et Bar le Duc avec respectivement 7, 4, 3, et 3 patientes du panel issu de celles-ci. Metz-Claude Bernard, Epinal-Emile Durkheim, Epinal-Arc En Ciel, Verdun-Saint Nicolas, Nancy-Majorelle, Neufchâteau et Lunéville étaient les autres maternités lorraines dont étaient issues les femmes constituant notre population. La majorité des patientes ont un lieu d'habitation éloigné de Nancy, 23 patientes (n=23/28) résidait à plus de 60 kilomètres de la maternité. Ceci est lié à la spécificité du RPL, dans lequel on ne distingue qu'un seul type 3. Concernant le nombre de jours d'hospitalisation avant l'entretien semi-directif, 8 femmes du panel ont dépassé les 10 jours d'hospitalisation.

1.2. Connaissance du réseau périnatal lorrain :

26 patientes du panel n'ont jamais entendu parler d'une organisation en réseau de soins. Les deux patientes ayant connaissance du réseau périnatal lorrain ont appris son existence « *grâce à une connaissance à elle qui lui en a parlé* », et « *grâce à des recherches personnelles* ».

1.3. Concernant leur transfert in utero :

17 patientes sur les 28 des femmes interrogées n'ont pas été prévenues en amont de la possibilité d'un TIU au cours de leur grossesse. Parmi elles, 6 estimaient qu'une information précoce aurait pu faciliter leur transfert notamment en termes de préparation psychologique (n=6/17). 2 patientes auraient anticipé leur organisation familiale et 1 se serait faite directement suivre à la Maternité du CHRU de Nancy si elle avait été informée d'un potentiel TIU.

1.3.1. A la maternité de départ :

Concernant leur ressenti :

Lors de l'annonce de leur TIU, une dizaine de femmes déclaraient s'être senties tristes, désemparées et stressées alors que seulement 1 d'entre elles s'était sentie soulagée. En général, les femmes présentaient un ressenti négatif à l'annonce de leur transfert.

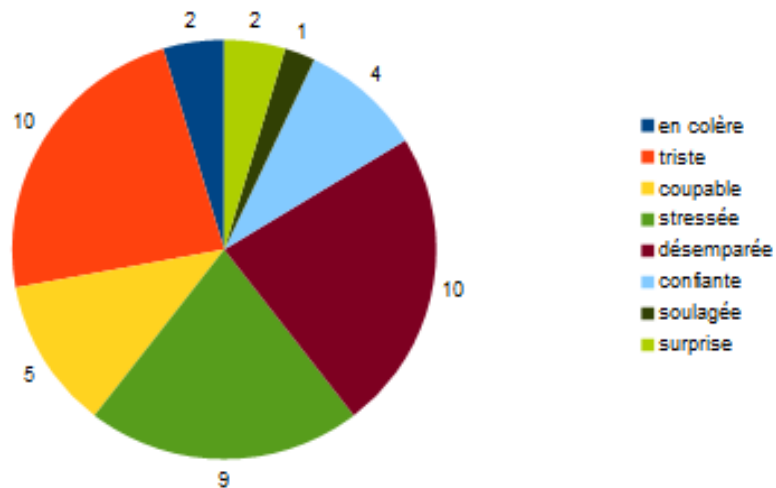


Figure 1 : Sentiments ressentis par les femmes à l'annonce de leur transfert in utero (n=28)

Alors que seulement 4 femmes sur 28 se disaient confiantes, 26 d'entre elles, déclaraient avoir reçu des explications satisfaisantes sur la nécessité de ce transfert et l'ensemble des 28 patientes ont eu les réponses souhaitées à leurs questions. Au final 23 femmes étaient satisfaites de la prise en charge dont elles avaient bénéficié dans leur maternité d'origine. Par ordre de fréquence les critères de satisfaction de leur prise en charge avant le TIU étaient le personnel rassurant, le traitement efficace et la disponibilité du personnel médical. En revanche, les 5 femmes insatisfaites de leur prise en charge au sein de leur maternité de départ évoquaient en priorité un personnel médical indisponible, puis un personnel peu rassurant et un traitement peu efficace. Celles-ci étaient hospitalisées dans les maternités de Metz-Mercy, Metz-Claude Bernard et Briey-Maillot.

Concernant le temps de prise en charge avant leur TIU :

14 patientes ont été transférées dans la première heure. Parmi les 28 femmes constituant notre population, elles étaient 24 à être satisfaites et très satisfaites de ce laps de temps. Aucune d'entre elles n'a été totalement insatisfaite.

Concernant leur soutien moral :

21 femmes s'étaient senties soutenues moralement dans leur maternité de proximité (n=21/28) dont 18 par l'équipe médicale grâce à sa faculté d'écoute, d'empathie et de don d'informations. Pour les 3 autres, le personnel soignant n'était pas à l'origine de leur satisfaction car elles se sont senties soutenues par leurs proches exclusivement. Parmi les 7 patientes insatisfaites du soutien qu'elles ont reçu, l'équipe médicale était en cause pour 5 d'entre elles (n=5/7). Elles ont évoqué un personnel non impliqué et déploraient un manque d'explications et de disponibilité envers elles.

Tableau I : Personnes ayant participé au soutien moral des femmes à l'annonce de leur transfert (n=28). Plusieurs réponses étaient possibles.

	Effectif	Nombre de réponses	
Femmes soutenues moralement à l'annonce du transfert	21	Par qui ?	
		Conjoint	16
		Famille	8
		Equipe médicale	18
Femmes non soutenues moralement à l'annonce du transfert	7	Pourquoi ?	
		Proches non impliqués	1
		Equipe médicale n'a pas intégré l'entourage	4
		Equipe médicale non impliquée	5

Un peu moins des deux tiers des patientes interrogées étaient satisfaites du soutien psychologique qu'elles ont reçu de l'équipe médicale (n=18/28).

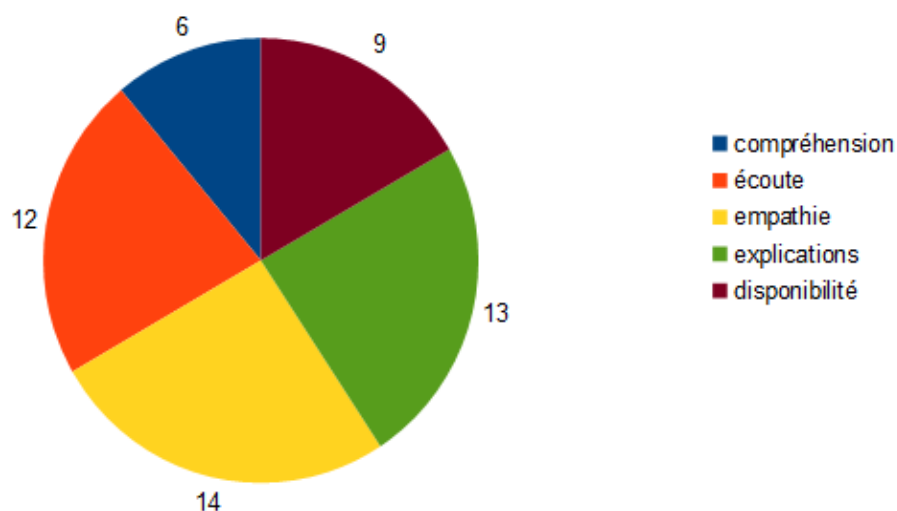


Figure 2 : Aptitudes au soutien de la patiente par l'équipe médicale (n=18).

Les capacités manquantes à l'équipe médicale selon les patientes insatisfaites de leur prise en charge émotionnelle (n=8) sont par ordre décroissant : un manque d'explications données (n=7), de disponibilité (n=6), de compréhension (n=2), d'écoute (n=2) et enfin d'empathie (n=1).

Selon les patientes interrogées, les pédiatres, les ambulanciers, et les gynécologues-obstétriciens ont été d'un grand soutien lors de l'annonce de leur TIU ou lors du transport. Sur une échelle de 0 à 10, elles évaluaient l'importance de leur aide à 8/10.

Les auxiliaires de puériculture, les aides-soignantes et les sages-femmes étaient elles aussi à l'origine du soutien psychologique des patientes puisqu'elles obtenaient en moyenne 8,5/10.

Toujours concernant leur soutien psychologique, 4 patientes s'étaient vues proposer un entretien avec un psychologue et elles l'avaient toutes les quatre accepté. Rien n'avait été proposé aux 24 autres patientes.

Concernant l'intégration de l'entourage au transfert :

15 patientes sur 28 estimaient que cela avait été mené à bien. Parmi les 13 autres, 8 déplorait le manque d'explications données à la famille, 6 trouvaient les horaires de visite peu adaptés et 2 femmes mentionnaient un refus de lit accompagnant.

Concernant leur satisfaction globale dans leur maternité d'origine :

Tableau II : Evaluation de la satisfaction des femmes ayant eu un TIU au cours de leur grossesse en fonction de leur maternité d'origine.

Maternité d'origine		Satisfaction de la prise en charge globale		Satisfaction du soutien psychologique		Satisfaction de l'intégration entourage	
Noms	Effectif (n=28)	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Metz – Claude Bernard	2	1	1	1	1	1	1
Metz – Mercy	7	4	3	4	3	2	5
Briey – Maillot	4	3	1	3	1	2	2
Thionville – Bel Air	3	3	0	1	2	2	1
Epinal – E. Durkheim	1	1	0	0	1	1	0
Epinal – Arc en ciel	2	2	0	2	0	0	2
Verdun – Saint Nicolas	2	2	0	2	0	1	1
Nancy – Majorelle	1	1	0	1	0	1	0
Neufchâteau	2	2	0	1	1	2	0
Bar le Duc	3	3	0	2	1	3	0
Lunéville	1	1	0	1	0	0	1

1.3.2. Durant le transfert

24 des 28 patientes se disaient satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié durant leur transfert.

Par ordre de fréquence les critères de satisfaction de leur prise en charge pendant leur TIU étaient le personnel rassurant, le traitement efficace et la disponibilité du personnel médical. En revanche, les 4 femmes insatisfaites durant le transport ont évoqué à l'unanimité un personnel médical indisponible et une d'entre elles a noté une vitesse de conduite trop élevée.

1.3.3. A la maternité de Nancy

Concernant leur ressenti :

24 des 28 femmes se sont senties en sécurité à leur arrivée à la maternité de Nancy.

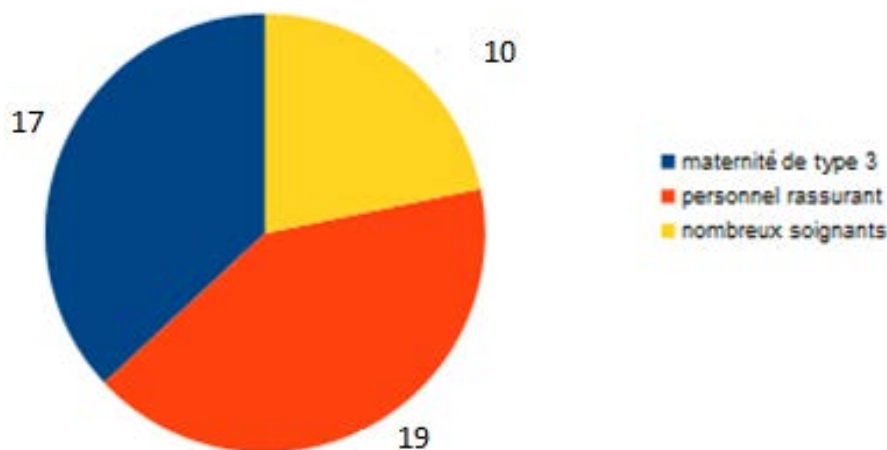


Figure 3 : Raisons d'un sentiment de sécurité de la part des patientes transférées à leur arrivée à la maternité de Nancy (n=24)

Concernant les 4 patientes qui présentaient un sentiment d'insécurité à la Maternité du CHRU de Nancy, elles étaient 3 à avoir ressenti une notion d'urgence trop présente. La dernière évoquait le fait d'être restée seule une heure et demie en salle d'accouchement car les sages-femmes étaient indisponibles.

Concernant leur satisfaction vis-à-vis des informations qui leur ont été données :

27 femmes se sont révélées satisfaites des informations qu'elles avaient reçues à la maternité de Nancy concernant leur TIU et la pathologie qu'elles ou leur enfant présentaient.

Concernant leur soutien moral :

Tableau III : Personnes ayant participées au soutien psychologique des femmes pendant leur hospitalisation à la maternité de Nancy (n=28).

	Effectif	Nombre de réponses	
Femmes soutenues moralement lors de leur hospitalisation post transfert	24	Par qui ?	
		Conjoint	17
		Famille	13
		Equipe médicale	20
Femmes non soutenues moralement lors de leur hospitalisation post transfert	4	Pourquoi ?	
		Proches non impliqués	2
		Equipe médicale n'a pas intégré l'entourage	0
		Equipe médicale non impliquée	3

Un peu plus des deux tiers des patientes interrogées étaient satisfaites du soutien psychologique qu'elles avaient reçu de l'équipe médicale à la Maternité du CHRU de Nancy (n=20/28).

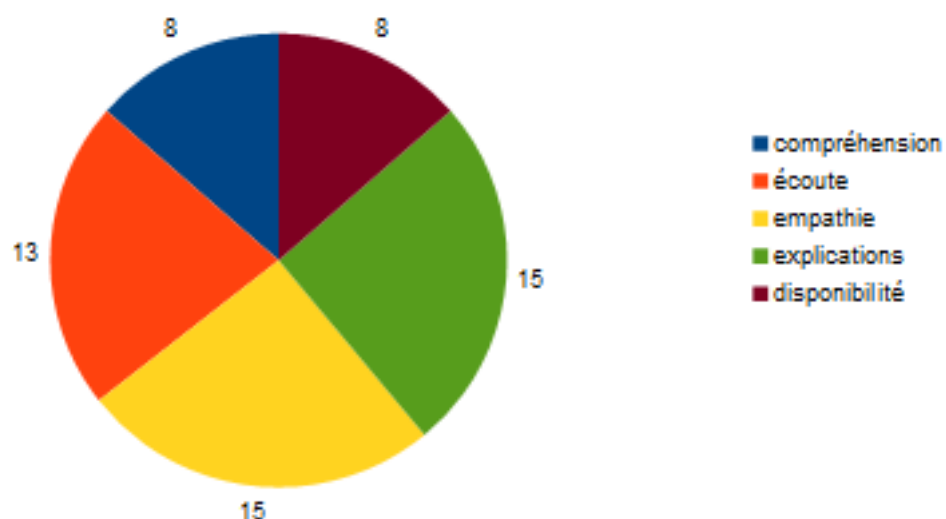


Figure 4 : Aptitudes au soutien de la patiente par l'équipe médicale (n=20).

Concernant les 8 patientes insatisfaites de leur prise en charge émotionnelle, 3 d'entre elles évoquaient un manque de compréhension de la part de l'équipe médicale, 2 d'entre elles s'étaient positionnées en faveur d'un manque d'explications, 2 d'un manque d'empathie et enfin une d'un manque d'écoute.

Selon les patientes interrogées, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture ont été d'un très grand soutien lors de leur arrivée et pendant leur hospitalisation à la Maternité du CHRU de Nancy. Sur une échelle de 0 à 10, elles estimaient l'importance de leur aide à 8,5/10.

Les pédiatres étaient quant à eux un peu moins source de soutien pour les femmes transférées.

Toujours concernant leur soutien psychologique, seulement 3 patientes sur 28 s'étaient vues proposer un entretien avec un psychologue, et toutes les 3 avaient accepté.

Concernant l'intégration de leur entourage lors de leur hospitalisation à Nancy :

Concernant l'intégration de l'entourage lors de l'hospitalisation post transfert, 19 patientes sur 28 estimaient que cela avait été mené à bien. Les 9 autres déploraient le manque d'explications données à la famille pour 8 d'entre elles, des horaires de visite peu adaptés pour 3 d'entre elles et un refus de lit accompagnant pour 2 d'entre elles. A cette question, plusieurs réponses étaient possibles.

1.4. Concernant leur ressenti du TIU en général :

A leur arrivée à la maternité de Nancy, 13 femmes se sentaient en confiance. 10 patientes restaient néanmoins stressées et désemparées.

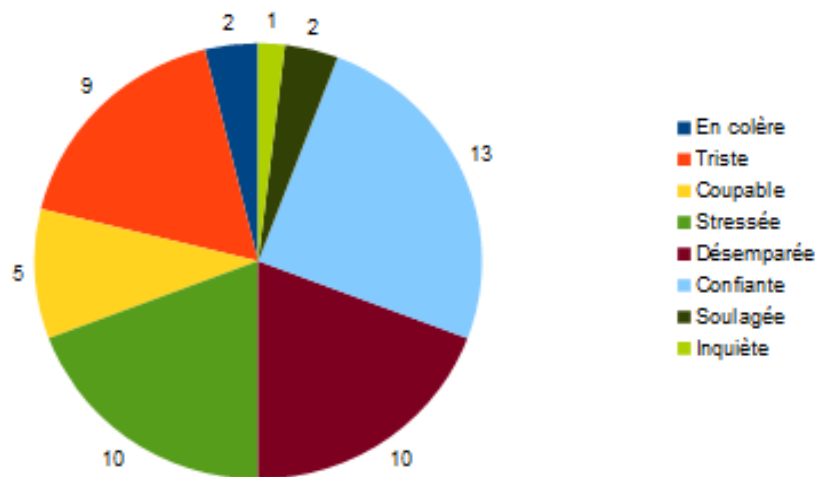


Figure 5 : Sentiments ressentis par les femmes à leur arrivée à la Maternité de Nancy (n=28)

21 patientes avaient réussi à gérer leur quotidien malgré leur hospitalisation. La préparation des affaires du futur bébé ainsi que l'organisation avec les proches étaient les principaux points que les 7 patientes restantes n'avaient pu gérer. Les 2 patientes ayant cité des difficultés organisationnelles concernant la garde des enfants avaient respectivement 2 et 3 enfants. Une femme avait éprouvé des difficultés quant à la réalisation des tâches ménagères à son domicile, celle-ci était en couple et avait un enfant.

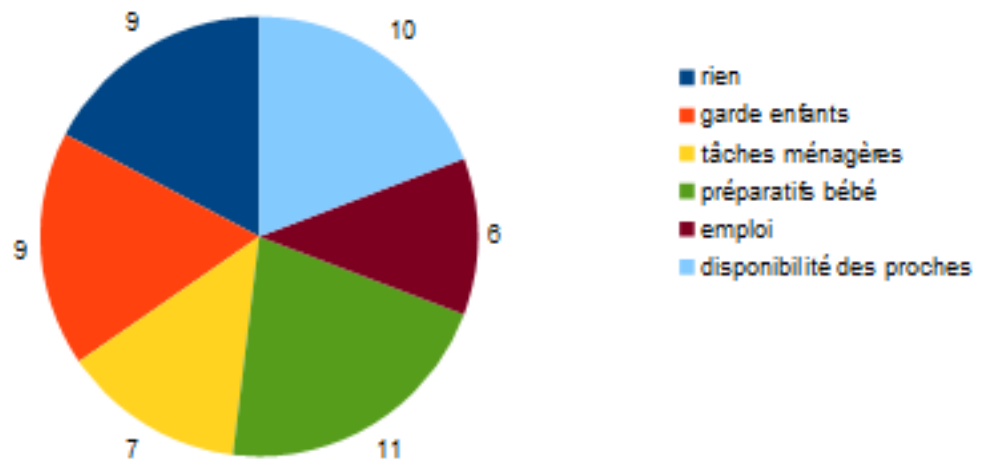


Figure 6 : Critères que les femmes transférées auraient pu anticiper si elles avaient été prévenues en amont de la possibilité d'un transfert (n=28).

En revanche, l'anticipation d'un transfert in utero au cours de la grossesse, même si celle-ci aurait permis une meilleure organisation sur bien des points (fig. 7), n'aurait amélioré le moral que de 13 des 28 patientes de l'étude en les rendant notamment moins tristes.

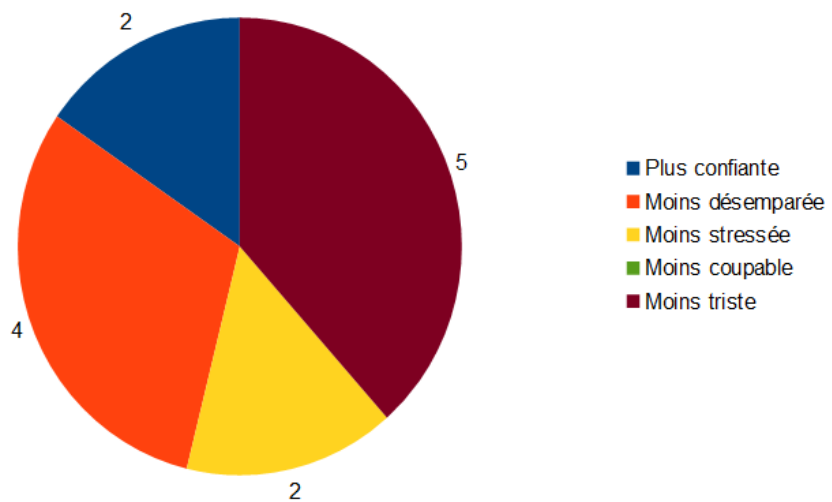


Figure 7 : Critères moraux influencés de manière positive par une anticipation du transfert au cours de la grossesse (n=13).

Une patiente a refusé de répondre aux questions concernant ses sentiments, notre population globale était donc réduite à 27 pour cette partie. Un tiers des patientes hospitalisée à la maternité du CHRU de Nancy suite à un TIU était pessimiste quant à leur avenir (n=9/27) et la moitié avait dit pleurer plus que d'habitude (n=12/27). Seulement 2 femmes se sont repliées sur elles-mêmes et sont devenues plus agressives qu'autrefois. Concernant leur appétit, 22 femmes déclaraient présenter le même appétit que d'ordinaire.

2. DISCUSSION

Dans cette dernière partie, nous discuterons des résultats obtenus précédemment par rapport à nos objectifs de départ en fonction des limites et des biais de cette étude.

2.1. Les points forts de l'étude :

L'étude a été réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs avec des parturientes hospitalisées depuis au moins 3 jours dans le secteur anténatal de la Maternité du CHRU de Nancy suite à un TIU. Ces entretiens nous ont permis d'analyser plus finement le ressenti de ces femmes qu'avec un questionnaire classique. Ceci a contribué à réduire le biais de caractérisation.

Suite aux recommandations de l'ANAES de 2004 (25), des travaux français ont été réalisés afin de déterminer le degré de connaissance des femmes sur les réseaux de soins et sur leur ressenti de leur prise en charge pendant leur TIU. Cependant aucun chiffre ne porte sur la Lorraine. Le RPL avait élaboré un protocole d'étude visant à évaluer la satisfaction des patients concernant les TIU ainsi que celle des professionnels. Cette étude n'a malheureusement pas encore pu être réalisée (Annexe 3). Même si les chiffres issus de notre enquête sont à manier avec prudence au vu du petit effectif, nous espérons que ce travail pourra servir d'étude préliminaire au RPL.

Les entretiens individuels ont été un réel temps d'échange avec les patientes. Et nous a permis de diffuser des informations complémentaires sur le RPL et les réseaux de santé. Cela a aussi été perçu par les patientes comme un temps d'écoute.

2.2. Les limites de l'étude :

La principale faiblesse de ce travail réside dans notre petit effectif. Nous avons mené à terme 28 entretiens semi-directifs. Cet échantillon est insuffisant pour pouvoir généraliser ces résultats à la population générale. Dans le protocole de mémoire nous avons estimé qu'un recueil de données sur une période de deux mois serait suffisant pour recueillir au moins 30 questionnaires valides. Cette estimation a été faite à partir des chiffres 2013 du RPL, environ 320 TIU avaient eu lieu des maternités périphériques vers la maternité de type 3 de Nancy. En deux mois nous espérons donc environ 50 femmes transférées.

A la suite des deux mois d'étude prédéfinis, nous avons 16 questionnaires complétés. Nous avons alors pris la décision de rallonger notre recueil de données de deux semaines, et ce, à deux reprises afin de pratiquer des entretiens pendant 3 mois.

En comptant les exclusions et les refus, nous avons alors pu obtenir une trentaine de questionnaires remplis.

Il aurait été intéressant de mener cette étude dans plusieurs maternités lorraines de manière randomisée, car cela aurait permis de généraliser nos résultats à l'ensemble des établissements lorrains. En effet, nous déplorons le manque d'effectif issu de la maternité de Toul, de Mont saint Martin ou encore de Sarrebourg. Alors que ce travail s'était focalisé sur la maternité du CHRU de Nancy, il serait donc bienvenu lors d'une étude ultérieure d'inclure plusieurs autres maternités de Lorraine.

2.2.1. Les biais de l'étude :

Le premier biais est un biais de sélection.

Nous n'avons étudié que les transferts des maternités de type 1 et 2 vers la maternité du CHRU de Nancy. La particularité du RPL est qu'il ne possède qu'une seule maternité de type 3 sur son vaste territoire. De ce fait, nous augmentons significativement l'éloignement géographique des patientes.

Les pathologies materno-fœtales gérées en type 3 sont majoritairement plus sévères, les patientes incluses dans notre étude sont donc potentiellement plus anxieuses et stressées et ceci peut entraîner une répercussion importante sur le ressenti de leur TIU.

Pour réduire biais, une étude de TIU de type 1 à type 2 aurait dû être réalisée.

Le deuxième biais est un biais de confusion.

Puisque nous parlons de ressenti des patientes, il est très dur pour nous de savoir à quel évènement correspond tel sentiment. Un biais de confusion survient quand un ensemble d'erreurs apparait dans l'interprétation des liens entre une variable dépendante et une autre indépendante. Nous avons interrogé les femmes sur leur ressenti à différents moments du TIU afin de diminuer ce biais (à la maternité de départ, durant le transport, et à l'arrivée).

2.3. Remise en cause du questionnaire :

Le mode de recueil choisi a été un questionnaire rempli lors d'un entretien semi directif. Il a été créé en majeure partie à partir du protocole de l'étude préliminaire du RPL (32), ainsi qu'à partir des études de Vendittelli F (30), et Dupont C (31) et du mémoire de mademoiselle Etcheverry L(26). Une phase de test de 10 jours a eu lieu début février 2015 avec 5 questionnaires remplis et modifiés suite aux remarques des patientes. Malgré ces modifications, nous avons relevé lors de l'analyse des résultats certaines questions manquantes pour l'amélioration de l'étude. Par exemple, dans la partie prise en charge psychologique, une question « Auriez-vous souhaité que l'on vous propose un entretien avec un psychologue ? » aurait été pertinente pour pouvoir conclure si cette prise en charge doit être proposée en systématique ou seulement de manière ciblée, comme c'est actuellement le cas.

Concernant la description de la population cible, nous avons aussi omis de demander par quel professionnel étaient suivies ces femmes (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme) ou encore si elles avaient déjà été transférées. Ces réponses auraient pu nous permettre de cibler au mieux les professionnels à informer quant à la problématique des TIU.

2.4. Validité du questionnaire :

2.4.1. Taux de retour :

Nous avons obtenu 28 entretiens semi-directifs sur 31 patientes éligibles, soient 90,3% de réponses. Ce résultat est satisfaisant compte tenu de la situation parfois difficile des femmes transférées.

2.4.2. Description de l'échantillon :

Notre échantillon est homogène quant à l'âge, la parité, les semaines d'aménorrhée lors du TIU, et la situation familiale. En revanche nous n'avons que 11 maternités représentées sur les 19 présentes au sein du RPL.

2.5. Discussion des résultats :

2.5.1. Satisfaction des femmes transférées:

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le niveau de satisfaction des patientes transférées d'une maternité périphérique du RPL vers la maternité du CHRU de Nancy.

Pour optimiser cette évaluation, nous avons abordé plusieurs thèmes : la sécurité des patientes, la diffusion d'information, le soutien psychologique, le vécu et le ressenti du transfert par les patientes et leur entourage.

Satisfaction concernant le TIU :

Sur les 28 patientes interrogées, 24 ont été satisfaites du laps de temps qui s'est écoulé entre l'annonce du TIU et leur départ et elles étaient également 24 à être satisfaites du transfert en lui-même dans le véhicule quel qu'il soit.

Satisfaction concernant leur maternité d'origine :

Suite au recueil de données des patientes satisfaites de la prise en charge globale, du soutien psychologique, et de l'intégration de l'entourage dans les maternités d'origine de leur TIU (tableau II), nous avons pu observer qu'aucune maternité n'avait un taux de satisfaction de 100% pour les trois critères étudiés. Aucune ne se démarquait non plus par un taux de satisfaction proche de 0. Globalement, tous critères confondus, chaque maternité voyait la moitié de sa patientèle satisfaite.

On peut donc conclure que les femmes lorraines sont globalement satisfaites de la prise en charge globale dont elles ont bénéficié, quelque soit la maternité d'origine. Mais, au vu des faibles effectifs, il convient d'être prudent avec l'interprétation des résultats.

Satisfaction envers le personnel médical :

Une majorité de patientes, a été satisfaite du soutien psychologique qu'elles ont reçu dans leur maternité périphérique (n=21/28). Parmi ces 21 patientes, 18 estimaient que ce soutien moral venait en partie ou intégralement de l'équipe médicale qu'elles ont qualifiée « *d'empathique et de disponible* ». La prise en charge médicale dont elles avaient bénéficié dans leur maternité d'origine était jugée satisfaisante pour 23 femmes sur 28 et la conduite à tenir était adaptée.

Arrivées à Nancy, les femmes ont jugé le soutien psychologique qu'elles ont bénéficié des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture de « satisfaisant et adapté ».

Le rapport qu'elles ont eu avec le pédiatre est difficilement exploitable car peu d'entre elles ont bénéficié d'un entretien pédiatrique (n=10/28). L'effectif était donc trop petit pour conclure. De plus en maternité de type 3, dans ce contexte de TIU associé à des pathologies fœtales, obstétricales ou une grande prématurité, il est difficile de savoir si les patientes reprochaient aux pédiatres un manque de soutien ou un manque d'espoir dans leur discours.

Satisfaction par rapport aux informations données à la patiente et à son entourage :

Les patientes ont été très bien informées tout au long de leur TIU. En effet elles étaient 27 sur 28 à se dire satisfaites ou très satisfaites des informations reçues à Nancy mais étaient déjà 26 à l'être dans leur maternité d'origine. Cela montre que même dans l'urgence, les femmes reçoivent les informations nécessaires et adaptées aux différentes situations.

La totalité des femmes interrogées étaient en couple et 20 d'entre elles possédaient une personne ressource. Aucune n'était donc isolée, 15 femmes ont été satisfaites de l'intégration de leur entourage dans leur maternité de départ et 19 à la Maternité de Nancy.

Nous avons pu conclure que les femmes bénéficiant d'un TIU recevaient les informations qui leurs étaient utiles même dans l'urgence. En revanche, selon 9 des 28 patientes, les proches n'étaient pas suffisamment intégrés au TIU. Que ce soit à l'annonce ou après l'arrivée dans la maternité d'accueil, « *nous ne les informions qu'une fois l'urgence passée* ».

Ressenti des femmes transférées :

La satisfaction concernant les parturientes lors de leur TIU évoquée précédemment transparait également par leurs sentiments. En effet, que ce soit au départ de la maternité périphérique ou à l'arrivée à la maternité de Nancy, les sentiments négatifs tels que « le stress, la tristesse, la culpabilité... », étaient toujours aussi présents. Par contre, nous observons une différence significative dans la proportion de patientes « confiantes ». Elles étaient 4 sur 28 au départ du TIU et 13 après leur arrivée à la maternité de Nancy.

Nous expliquons cette évolution par le fait qu'elles étaient rassurées par une prise en charge adaptée à leur pathologie ou à celle de leur enfant, et par le fait qu'elles avaient reçu des informations éclairées, par des professionnels qualifiés.

De plus, les données étaient recueillies à 72 h du transfert, les patientes évaluaient donc ce sentiment à distance du « contexte d'urgence », après s'être familiarisées avec les locaux et le personnel. Elles se trouvaient donc dans un état émotionnel plus stable.

Grâce aux 5 questions inspirées du questionnaire de Beck, nous avons pu affiner notre étude des sentiments des femmes transférées.

Ces questions peuvent mettre en évidence une dépression clinique se manifestant par un pessimisme en l'avenir, des pleurs augmentés, ainsi qu'une perte d'appétit. Une personne présentant des sentiments négatifs va chercher à se protéger. Ces questions nous permettent également d'exploiter deux mécanismes de protection connus : se recentrer sur soi, et être agressif envers autrui (39).

Nous ne pourrions grâce aux 5 réponses obtenues poser un diagnostic. Il sera indispensable de recueillir des informations supplémentaires quant au fonctionnement global de la personne, du couple ou de la famille. Toutefois, elles sont souvent révélatrices d'un mal-être. Ici elles ont été utilisées comme signal d'alarme (36 ; 37).

Sur les 27 femmes hospitalisées à la Maternité de Nancy, elles étaient 9 à être pessimistes quant à l'avenir. Mais il était impossible d'affirmer que ce sentiment était lié au TIU lui-même. Il est peut être lié à l'incertitude et l'inquiétude induite par la pathologie maternelle ou fœtale. Cette question est donc inexploitable de par la présence de nombreux biais.

La moitié des femmes de notre population pleurait plus qu'avant leur TIU (n= 14/28). Ce chiffre est en accord avec le sentiment de tristesse qu'environ 10 d'entre elles évoquaient à l'annonce du TIU puis à leur arrivée à Nancy.

En revanche, seulement 5 présentaient moins d'appétit qu'avant le transfert, elles l'expliquaient par un désaccord avec les saveurs des plats proposés

Quelques femmes présentaient moins d'attrait envers les autres depuis leur TIU (n=4/27) et un quart se sentait irrité régulièrement sans raison (n=7/27). Ces femmes avaient toutes répondu « *pleurer plus souvent qu'avant* » et la plupart s'était sentie « *pessimiste quant à leur avenir* ».

Dans les deux cas, nous retrouvons 2 femmes ayant répondu de manière très pessimiste à tous les items excepté à la perte d'appétit. Elles sentaient que « *leur avenir était sans espoir et ne ferait qu'empirer* », et « *étaient tellement épuisées qu'elles ne se sentaient plus capable de verser une larme* ». Les équipes médicales de la maternité d'origine ou d'accueil n'avaient pas proposé à ces patientes de consultations avec un psychologue.

Ces 5 questions issues du questionnaire de Beck ne permettent pas de dépister une dépression, en revanche, elles permettent de nous signaler un état de tristesse avéré. Nous pouvons nous demander si les équipes médicales avaient identifié cet état négatif et dans ce cas nous pouvons nous interroger sur le manque de proposition d'entretien avec le psychologue. Les deux patientes repliées sur elles-mêmes et agressives n'ont peut-être pas souhaité se confier à l'équipe.

Les 5 questions tirées du questionnaire de Beck confondues, 13 femmes ont répondu positivement à chaque fois.

Cela nous a permis de répondre à notre première hypothèse : les femmes lorraines enceintes ayant bénéficié d'un TIU au cours de leur grossesse ont été plutôt satisfaites de la prise en charge qui leur a été proposées tant au niveau relationnel, que médical. Les femmes étaient satisfaites du soutien psychologique dont elles ont bénéficié mais moyennement satisfaites du soutien qui avait été accordé à leur entourage.

Tous critères confondus, nous concluons donc que les femmes de notre population cible estimaient être satisfaites de leur prise en charge durant ce TIU, ce qui a contribué à instaurer un sentiment de confiance.

2.5.2. Attentes des patientes en termes d'information :

Concernant le recensement de leurs attentes en termes d'informations, une minorité d'entre elles avait eu l'indication en amont d'un possible transfert (n=11/28) mais une fois que le TIU s'imposait, elles étaient satisfaites des informations reçues. (n=27/28).

Certaines ne souhaitaient pas être prévenues en amont d'un risque de transfert car selon elles, cela n'influencerait ni leur moral, ni leur organisation (n=11/17).

Cependant l'étude de L. Etcheverry sur la satisfaction des femmes transférées en Aquitaine, révélait que 80% de sa population cible avaient été rassuré des informations reçues sur l'éventualité d'un TIU si ce dernier était nécessaire (29).

Nos résultats sont donc à nuancer. Il faudrait raisonner sur l'information à donner ainsi que le moment propice à sa diffusion. Toutefois, une explication claire des différents types de maternités semble essentielle pour justifier la nécessité des réseaux de soins et permettre aux parturientes de choisir de façon éclairée le lieu de leur accouchement.

2.5.3. Connaissance du RPL :

Un des objectifs secondaires était de savoir si les femmes concernées par un TIU dans les maternités lorraines avaient connaissance du réseau périnatal lorrain et si elles comprenaient l'utilité de cette organisation en réseau.

A la question « Avez-vous déjà entendu parler du réseau périnatal lorrain ? » seulement 2 femmes ont répondu « oui ». La première en a pris connaissance « *en cherchant des informations sur la grossesse sur internet* » et la deuxième, « *par une amie qui lui en a parlé* ».

Ce résultat est en concordance avec l'étude de L. Etcheverry de 2009 qui décrivait seulement 5% des femmes transférées en Aquitaine connaissant le réseau périnatal Aquitaine (n=4/82).

Ces résultats nous interpellent, car suite aux recommandations de bonne pratique de la HAS publiées en 2009 les femmes connaissant le RPL devraient être beaucoup plus nombreuses. « Il est recommandé de donner à toute femme enceinte, en début de grossesse, dès l'entretien précoce du premier trimestre, une information sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité » (16).

Notre étude montre donc que six ans après ces recommandations, il n'existe pas d'amélioration concernant les informations qui sont délivrées aux femmes pendant leur grossesse au sujet d'un éventuel transfert. Notre deuxième hypothèse est donc infirmée, l'information des patientes enceintes concernant le RPL ou l'organisation en réseau est insuffisante.

Ces résultats sont tout de même à nuancer car nous manquons d'éléments qui pourraient avoir une influence sur la délivrance de ces informations tels que le type de professionnels (sage-femme, gynécologue médicale, gynéco-obstétricien, médecin généraliste) qui a suivi la grossesse, l'existence ou non de l'entretien prénatal précoce.

2.5.4. Perspectives :

Il serait intéressant de mener cette étude dans plusieurs maternités de lorraine de types différents afin qu'elle soit extrapolable à toute la population lorraine. Cela permettrait aussi de faire des comparatifs entre les TIU arrivant dans les maternités de type 2 et ceux arrivant à la Maternité du CHRU de Nancy. La notion d'urgence est-elle aussi présente ? Les ressentis des patientes transférées sont-ils les mêmes ?

Afin d'affiner le ressenti des patientes et évaluer leur état psychologique, il serait enrichissant de compléter le questionnaire avec la totalité du test de Beck

En effet la circulaire DHOS/01/03/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative « au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité » oblige à un accompagnement psychosocial périnatal adapté (38), « *l'entretien psychologique périnatal fait partie intégrante de la prise en charge de la grossesse. Il implique tout professionnel amené à rencontrer une femme enceinte* ». C'est à ce titre que nous devons nous interroger sur la mise à disposition d'un soutien psychologique aux patientes. Au vu de nos résultats sur le ressenti des femmes transférées, l'entretien avec un psychologue n'a pas lieu d'être proposé systématiquement mais il est important de dépister les situations de détresse pour le proposer au moment opportun. « *Si un TIU correspond à une réussite sur le plan médical pour les soignants, l'aspect émotionnel des patientes doit également être pris en considération [...]* » (33). Les sages-femmes, de par leur formation et leur proximité auprès des patientes, sont les professionnelles privilégiées pour dépister ces femmes et les situations à risque.

Un suivi psychologique devra dans ce cas être proposé ou au moins informer la patiente des dispositifs d'aide existants.

Toujours concernant le ressenti des patientes transférées, nous pourrions les informer en amont de la possibilité d'un TIU. Selon la circulaire DHOS/01/03/CNAMTS il faudrait que ces informations soient délivrées lors d'un colloque particulier (38). Il semblerait que l'entretien précoce individuel du 4ème mois serait le moment idéal pour aborder l'éventualité d'un TIU sans dramatiser. Ceux-ci n'étant pas proposés à toutes les femmes enceintes, il faudrait faire un rappel de ces informations vers 24SA, période où le nombre de transferts est majoré du fait de la prise en charge néonatale possible.

Enfin il faudrait approfondir la méconnaissance des femmes concernant le RPL malgré les recommandations de la HAS de 2009. Alors que 26% des femmes enceintes d'Auvergne connaissent le réseau de soin local, que 19% des femmes de la région connaissent le réseau périnatal Alpes-Isère et que 15% des habitantes enceintes du Rhône connaissent le réseau Aurore, nous pouvons nous interroger sur les chiffres lorrains (33). Dans notre enquête, 2/28 patientes lorraines connaissaient le RPL.

Afin de le promouvoir, nous pourrions insérer la plaquette d'informations du réseau lorrain dans le dossier de grossesse qui est distribué à toutes les femmes enceintes lors de leur premier rendez-vous. La Maternité du CHRU de Nancy pourrait créer un volet sur sa page internet expliquant le RPL avec un lien d'accès. Dans son volet « réseau de santé partenaire du CHRU » un lien vers le site du RPL pourrait y figurer. La Maternité du CHRU de Nancy pourrait également rappeler sur ce site ce qu'est un réseau de soin et la répartition actuelle des maternités lorraines.

La connaissance des réseaux de soins locaux par les habitants et leur intégration au sein de ceux-ci améliorera la qualité des soins et c'est pour cela que leur promotion ne doit pas être négligée (33).

Il serait aussi intéressant de re-sensibiliser les professionnels de santé en périnatalité sur le fonctionnement, l'intérêt et les objectifs du RPL. Les sages-femmes hospitalières et libérales, les gynéco-obstétriciens, les gynécologues médicaux, les médecins généralistes, les puéricultrices et sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile ont leur rôle à jouer dans l'explication des TIU, de l'organisation des soins en réseaux, et dans le soutien psychologique des patientes. Ils pourraient distribuer la brochure du RPL dans le cahier de maternité tout en donnant les explications adéquates. Ils aiguilleraient les femmes pour accoucher dans l'endroit le plus approprié, mais aussi créeraient un suivi au long terme et les réorienteraient au besoin.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'étudier le ressenti des femmes du réseau périnatal lorrain vis à vis du transfert in utero dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse. Stress et sentiments négatifs influent sur la grossesse et ses pathologies associées. Il était donc important de faire l'état des lieux du ressenti des principales actrices de ces transferts : les patientes.

Alors que le TIU relève de la responsabilité du médecin, la sage-femme est indissociable au bien-être de la patiente. Que ce soit lors du départ de la maternité initiale ou lors de l'arrivée et du séjour en hospitalisation, la sage-femme délivre informations, soins et soutien.

En tant que sage-femme, il était nécessaire de cibler l'attente des patientes vis-à-vis de leur TIU afin d'y répondre au mieux.

Pour cela, nous avons créé un questionnaire que nous avons rempli lors d'entretiens semi-directifs auprès de femmes hospitalisées à la maternité de Nancy, dans le secteur anténatal depuis plus de trois jours, suite à un transfert in utero.

Cette étude a mis en lumière que 20 sur les 28 femmes étaient globalement satisfaites quant à la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur transfert.

Leurs attentes en termes d'informations, sont quant à elles beaucoup plus floues. Si 11 sur 28 n'avaient jamais eu d'informations concernant un potentiel transfert, elles sont 27 à être satisfaites des informations reçues une fois celui-ci annoncé.

Si les femmes transférées ont exprimé une certaine satisfaction vis-à-vis de leur TIU, elles n'ont pas exprimé le besoin d'avoir connaissance de la possibilité d'avoir recourt à un TIU avant que celui-ci ne se produise. A l'inverse, il semblait très important pour elle d'avoir une équipe médicale empathique et disponible qui réponde alors à toutes leurs questions.

Ce travail a aussi mis en lumière une méconnaissance du réseau périnatal lorrain par les patientes lorraines. Celles-ci ne connaissent ni son existence, ni son action et sont ignorantes quant à la distribution locale en matière de soins. Alors que les recommandations de 2009 de la HAS tendent vers une explication systématique au 4ème mois de grossesse de la hiérarchisation des maternités et une présentation du réseau et de son rôle, cette étude nous permet de nous demander à quoi est due cette méconnaissance et comment celle-ci pourrait être diminuée ?

Cette étude nous a permis de comprendre l'importance d'une information sur le RPL ou sur les TIU et d'émettre quelques axes d'amélioration comme la formation du personnel médical aux enjeux des TIU, une meilleure promotion des systèmes de soin français et notamment du RPL, et un échange au sujet d'un potentiel TIU lors d'un colloque singulier et en particulier lors de l'examen prénatal précoce.

Comme les recommandations l'évoquent, les professionnels doivent se tenir informés de la satisfaction de leurs patients concernant leurs actes. Cette étude nous a permis de mettre en évidence une méconnaissance de tout le système de soin en réseau par les femmes, il serait donc intéressant de mener une recherche à plus grande échelle afin de cibler les étapes propices dans le parcours de soin pour les informer. Celle-ci pourrait se faire au sein de la future région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine. Cette nouvelle organisation régionale permettrait de cibler plusieurs maternités type 3 et de toucher ainsi une plus grande population.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant sur le statut de la coopération
- (2) Vinas JM. L'avènement des réseaux de la tuberculose aux ordonnances de 1996. Actuel dossier santé publique 1998;24:13-4
- (3) Encyclopédie médico-chirurgicale 5-007-M-30. Prise en charge des femmes enceintes, des accouchements et des nouveaux-nés selon leur niveau de risque.
- (4) Plan périnatalité 1994. Annexe 7. p164 – 167. Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatal.
- (5) Les maternités Type I - II – III. Périnat France.
- (6) Jospin L. Décret no 98-899. 9 oct 1998
- (7) Jospin L. Décret no 98-900. 9 oct 1998
- (8) Les réseaux de santé régionaux périnataux. Périnat France.
- (9) Réseau périnatal lorrain. Charte du réseau périnatal lorrain.
- (10) Les réseaux périnatalité. Disponible sur <http://pro.perinatalite.org/reseaux-sante>
- (11) Castex J. Circulaire N°DHOS/O1/2006/27 relative à l'organisation des transports périnataux des mères. 27 juin, 2006. Disponible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7754.pdf

(12) Chabernaude JL. La sécurité de la naissance et les réseaux obstétrico-pédiatriques. Rev SAMU. 2001;391

(13) Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(14) Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité , 2004.

(15) Thiebaugeorges O, Thevenot J. Place des réseaux périnataux dans l'élaboration des politiques de santé et pour l'amélioration de la qualité des soins. Gynéco Online. 2012.

(16) Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. 2009

(17) Chabernaude JL. Indications foetales du transfert in utero. SAMU 01

(18) Fédération jumeaux et plus. Transfert in utéro et niveau de maternité. Disponible sur <http://www.jumeaux-et-plus.fr/content/view/97/108/>

(19) HAS. Recommandations concernant les transferts en urgence. 2012 ;70.

(20) Dupuis O, Laurenceau-Nicolle N. La cellule de transferts périnataux Rhone Alpes . Journée scientifique de réseau sécurité naissance naitre ensemble la Baule 19-20. Nov 09. Hospices civils Lyon.

(21) 12 ème journée du réseau périnatal. 2014.

(22) Matton R. The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. J Obstet Gynaecol. Avr 2011 ; 33(4):344-52

(23) Roegiers L, Molénat F. Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ? Paris : érès;2012

(24) Gloves V. Les effets du stress prénatal sur le développement comportemental et cognitif des enfants. Institute of reproductive and developmental biology. Imperial college London. Royaume-Unis. Mars 2011

(25) King S, Laplante DP, Brunet A, et al. Project Ice Storm : Prenatal Maternal Stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 1/2 Year old Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Sept 2008 ; 47(9) :1063-1072

(26) King S, Mancini-Marie A, Brunet A, et al. Prenatal maternal stress from a natural disaster predicts dermatoglyphic asymmetry in humans. Development Psychopathology. 2009;21(2):343-53

(27) Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel de la République française.

(28) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réseau de santé. Guide d'évaluation. Paris. ANAES. 2004

(29) Etcheverry L. Transferts in utero au sein du réseau périnatal Aquitaine : connaissance et satisfaction des patientes. Bordeaux ;2012. 57pages.

(30) Filleul M. Etude descriptive sur les transferts in utero arrivant dans le réseau périnatal Alpes-Isère. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2010. 34 pages.

(31) Dijols C. Mesure de la satisfaction des femmes transférées au sein du réseau de santé périnatal Auvergne. Clermont Ferrand. 2014. 124 pages.

(32) Branger B. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et l'accouchement dans le réseau de santé en périnatalité des pays de la Loire. 2013 ;(43) :370.

(33) Dupont C. Connaissance et satisfaction des femmes au sein du réseau de santé périnatal Aurore. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Mai 2008 ;37 :267.

(34) Vendittelli F, Gerbaud L, Choquet A et al. Pré étude sur la satisfaction des femmes au sein d'un réseau de santé périnatale. J, Gynécol. Obstet. Et Biol. Reprod. 2009;38:61-71.

(35) Fresson J. Enquête de satisfaction des transferts materno-fœtaux auprès des professionnels. 2006 ; Maternité régionale de Nancy.

(36) Levert I. Les symptômes : un signal d'alarme. Disponible sur : www.la-psychologie.com/signe-alar-me-symptomes/htm

(37) Lacroix S. Les mécanismes de défense. Staff des Jeudis du Rospel. 2006.

(38) Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

(39) Définitions de la dépression. OMS. Disponible sur <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	5
ABREVIATIONS	6
1. INTRODUCTION ET JUSTIFICATION	8
2. MATERIEL ET METHODE	13
2.1. TYPE D'ETUDE.....	13
2.2. POPULATION ETUDIEE.....	13
2.3. RECUEIL DE DONNEES.....	14
2.4. TECHNIQUE D'ANALYSE.....	15
PARTIE 2	16
1. RESULTATS :	17
1.1. POPULATION CIBLE.....	17
1.2. CONNAISSANCE DU RESEAU PERINATAL LORRAIN :.....	18
1.3. CONCERNANT LEUR TRANSFERT IN UTERO :.....	18
1.3.1. <i>A la maternité de départ</i> :.....	19
Concernant leur ressenti :.....	19
Concernant le temps de prise en charge avant leur TIU :.....	20
Concernant leur soutien moral :.....	20
Concernant l'intégration de l'entourage au transfert :.....	22
Concernant leur satisfaction globale dans leur maternité d'origine :.....	22
1.3.2. <i>Durant le transfert</i>	23
1.3.3. <i>A la maternité de Nancy</i>	23
Concernant leur ressenti :.....	23
Concernant leur satisfaction vis-à-vis des informations qui leur ont été données :.....	24
Concernant leur soutien moral :.....	25
Concernant l'intégration de leur entourage lors de leur hospitalisation à Nancy :.....	27
1.4. CONCERNANT LEUR RESENTI DU TIU EN GENERAL :.....	28
2. DISCUSSION	31
2.1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE :.....	31
2.2. LES LIMITES DE L'ETUDE :.....	32
2.2.1. <i>Les biais de l'étude</i> :.....	33
2.3. REMISE EN CAUSE DU QUESTIONNAIRE :.....	34
2.4. VALIDITE DU QUESTIONNAIRE :.....	35
2.4.1. <i>Taux de retour</i> :.....	35
2.4.2. <i>Description de l'échantillon</i> :.....	35
2.5. DISCUSSION DES RESULTATS :.....	36
2.5.1. <i>Satisfaction des femmes transférées</i> :.....	36
Satisfaction concernant le TIU :.....	36
Satisfaction concernant leur maternité d'origine :.....	36
Satisfaction envers le personnel médical :.....	37
Satisfaction par rapport aux informations données à la patiente et à son entourage :.....	37
Ressenti des femmes transférées :.....	38
2.5.2. <i>Attentes des patientes en termes d'information</i> :.....	41
2.5.3. <i>Connaissance du RPL</i> :.....	42
2.5.4. <i>Perspectives</i> :.....	43

CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	48
TABLE DES MATIERES	52
ANNEXES.....	54

ANNEXES

ANNEXE I

CARTE DES MATERNITES ET DES CENTRES PERINATALS DE PROXIMITE EN LORRAINE

ETABLISSEMENTS

- Type 1 -

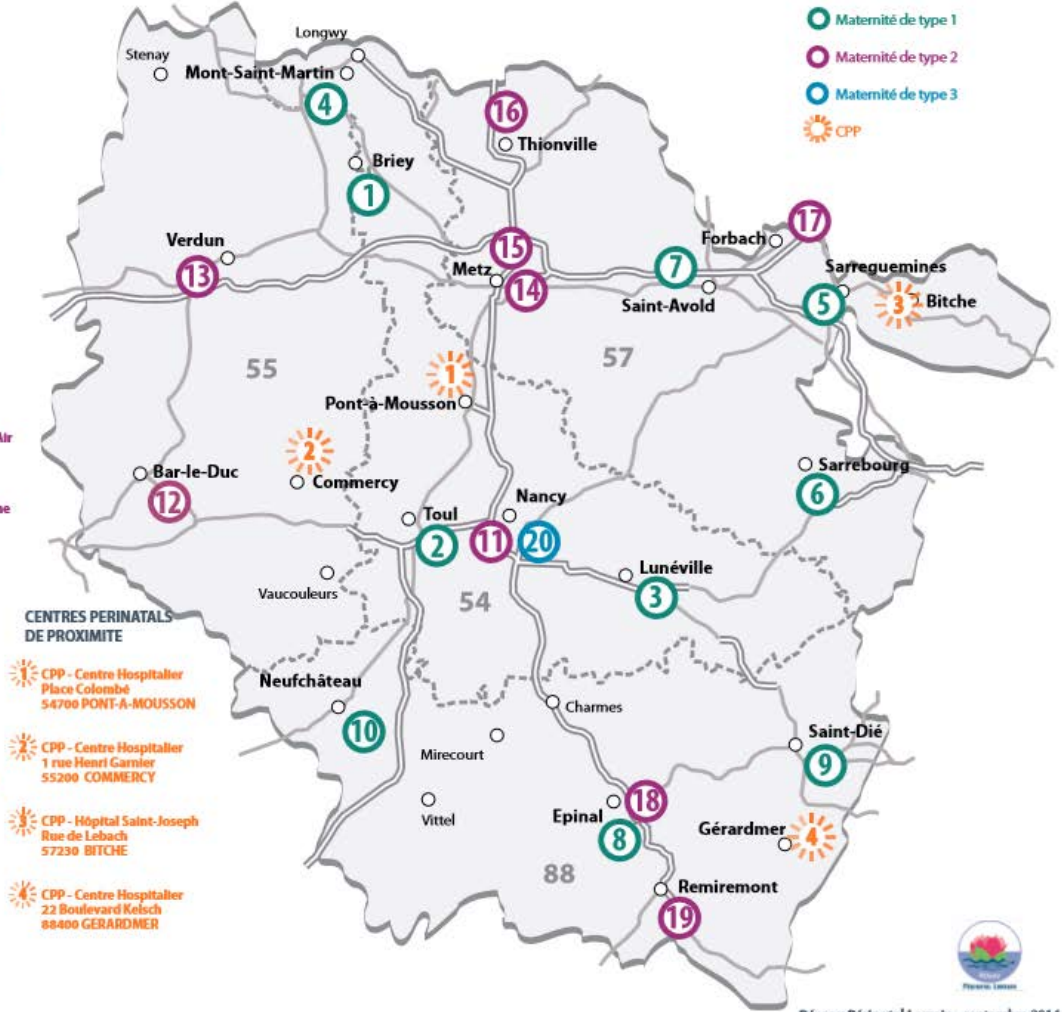
- 1- CH François Maillot
31 avenue Albert de Briey - BP 99
54150 BRIEY
- 2- Centre Hospitalier Saint Charles
1 cours Raymond Poincaré - BP 310
54200 TOUL
- 3- CH de Lunéville
2 rue Level - BP 30286
54300 LUNÉVILLE
- 4- CH Hôtel Dieu - Alphasanté
4 rue Alfred Labbé
54350 MONT SAINT MARTIN
- 5- CH Robert Pax
2 rue René-François Jolly
57200 SARREGUEMINES
- 6- CH de Sarrebourg
25 avenue Général de Gaulle - BP 80269
57400 SARREBOURG
- 7- Clinique Saint-Nabor
3 rue de Maillane - BP 90159
57500 SAINT-AVOLD
- 8- Clinique l'Arc-en-ciel
11 avenue du Rose Poirier
88000 EPINAL
- 9- Hôpital Saint Charles
26 rue Nouvel Hôpital
88100 SAINT DIE DES VOSGES
- 10- CH de Neufchâteau
1280 avenue de la Division Leclerc
88300 NEUFCHATEAU

- Type 2 -

- 11- Poyclinique Majorelle
1240 avenue Raymond Pinchard
54000 NANCY
- 12- CH de Bar-le-Duc
1 boulevard d'Argonne - BP 510
55000 BAR-LE-DUC
- 13- CH de Verdun
2 rue d'Anthouard - BP 713
55100 VERDUN
- 14- Hôpital-Maternité de Metz
Place Sainte-Croix
57000 METZ
- 15- Clinique Claude Bernard
97 rue Claude Bernard
57000 METZ
- 16- CHR Metz Thionville - Hôpital Bel Air
1 rue Friscaty
57100 THIONVILLE
- 17- Centre Hospitalier Marie-Madeleine
2 rue Thérèse - BP 229
57600 FORBACH
- 18- CH Emile Durkheim
3 avenue Robert Schuman
88000 EPINAL
- 19- CH de Remiremont
1 rue Georges Lang - BP 161
88200 REMIREMONT

- Type 3 -

- 20- Maternité du Centre Hospitalier
Universitaire de Nancy
10 rue Dr Heydenreich
54000 NANCY



Réseau Périnatal Lorrain - septembre 2014

ANNEXE II

Madame,

Vous êtes hospitalisée à la Maternité de Nancy suite à un transfert d'une autre maternité de Lorraine. Nous aimerions recueillir votre avis afin de pouvoir améliorer au mieux les prises en charge des patientes durant ces transferts. Votre dossier médical ne sera pas consulté pour cette étude, celle-ci comportant uniquement ce questionnaire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette enquête en sachant que votre refus n'influencera pas votre prise en charge médicale. La durée de ce questionnaire est d'environ quinze minutes.

Cordialement

Afin de mieux vous connaître :

1. Quel est votre âge ?
2. Combien avez-vous d'enfants à votre charge sans compter cette grossesse ?
3. Quelle est votre situation familiale ? En couple Célibataire
4. Avez-vous des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous aider dans votre vie quotidienne ? (s'occuper des enfants, du ménage, de la nourriture ou encore des courses ?)
 Oui Non
5. Depuis quelle maternité vous a-t-on transférée ?
6. Combien de kilomètres séparent votre domicile de la maternité de Nancy ?
7. A combien de semaines d'aménorrhée étiez-vous lors de votre transfert ?
8. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisée à la Maternité du CHU de Nancy ?

Connaissance du RPL (réseau périnatal lorrain)

9. Avez-vous déjà entendu parler du RPL ? Oui Non
10. Si oui, par quel moyen ?
 - brochure de présentation
 - par vos propres recherches
 - par un professionnel de santé en dehors des consultations pré-natales
 - par un professionnel de santé lors des consultations pré-natales
 - autre (précisez)
11. Savez-vous à quoi sert un réseau périnatal ?

Concernant votre TIU (transfert in utéro)

12. Vous avait-on prévenu au cours de la grossesse de la possibilité d'un transfert ?
 Oui Non
13. Si non, si vous aviez été informée très en amont, cela aurait-il facilité votre TIU ?
 Oui Non
14. Si vous avez répondu oui à la question 13, en quoi ?
 Organisation familiale (babysitter, aide ménagère...)
 Préparation psychologique
 Choix de faire suivre sa grossesse directement à la MRUN
 Autre (précisez)

A la maternité de départ :

15. Quel a été votre ressenti à l'annonce du TIU ? Vous étiez :
 En colère Triste Coupable
 Stressée Désemparée Confiante
 Autre (précisez)
16. Vous a-t-on expliqué pourquoi il était nécessaire de vous transférer ?
 Oui Non
17. Jugez-vous votre prise en charge satisfaisante avant le transfert in utero, dans la maternité de départ ?
 Oui Non En général
18. Si oui, pourquoi ?
 Traitement et/ ou prise en charge efficace(s)
 Personnels rassurants
 Personnels médicaux disponibles pour vous
 Autre (précisez)
19. Si non, pourquoi ?
 Traitement et/ ou prise en charge inefficace(s)
 Personnels peu rassurants
 Pas assez de personnels médicaux autour de vous, sensation d'être mal épaulée.
 Autre (précisez)
20. A-t-on répondu à vos questions en vous donnant les informations que vous attendiez ?
 Oui Non
21. Combien de temps s'est écoulé entre l'annonce de votre transfert et celui-ci ?

22. Etes-vous satisfaite de ce laps de temps ?
- Très satisfaite Satisfaite
 Moyennement satisfaite Pas satisfaite
23. Vous êtes-vous sentie soutenue moralement avant votre TIU ?
- Oui Non
24. Si oui, par qui ?
- Par votre conjoint
 Par votre famille
 Par l'équipe médicale
 Autre (précisez)
25. Si non, pourquoi ? Que vous a-t-il manqué ?
- Vos proches n'étaient pas impliqués
 L'équipe médicale n'a pas intégré vos proches
 L'équipe médicale n'était pas impliquée
 Autre (précisez)
26. Si le soutien venait de l'équipe médicale et soignante quel était-il ?
- Compréhension Ecoute
 Gentillesse Explications
 Disponibilité Autre (précisez)
27. Si cela n'a pas été le cas, vous auriez souhaité de la part de l'équipe médicale et soignante davantage de ?
- Compréhension Ecoute
 Gentillesse Explications
 Disponibilité Autre (précisez)
28. Pouvez-vous exprimer votre ressenti, grâce à une note entre 0 (totalement insatisfaite) et 10 (totalement satisfaite) quant au soutien que vous avez reçu des :
- | | |
|-----------------------------------------------|--|
| Gynécologues-Obstétriciens | |
| Sages-femmes | |
| Auxiliaire de puériculture / aides-soignantes | |
| Pédiatre | |
| Ambulanciers | |
29. Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue ?
- Oui Non
30. Si oui, l'avez-vous accepté ? Oui Non
31. A-t-on selon vous suffisamment intégré votre entourage ? Oui Non

32. Si non, pourquoi ?
- Peu ou pas d'explications données à la famille
 - Horaires de visite mal adaptés
 - Couchage et/ou plateaux repas impossibles pour les accompagnants
 - Autre (précisez)

Durant votre transfert (ambulance) :

33. Jugez-vous votre prise en charge satisfaisante durant le transfert in utero ?

34. Si oui, pourquoi ?
- Traitement et/ ou prise en charge efficace(s)
 - Personnels rassurants
 - Personnels médicaux disponibles pour vous
 - Autre (précisez)

35. Si non, pourquoi ?
- Traitement et/ ou prise en charge inefficace(s)
 - Personnels peu rassurants
 - Pas assez de personnels médicaux autour de vous, sensation d'être mal épaulée.
 - Autre (précisez)

A la maternité de Nancy :

36. Vous êtes-vous sentie en sécurité à votre arrivée à la maternité de Nancy ?
- Oui Non

37. Si oui, pourquoi ?
- Maternité de type 3
 - Personnel rassurant
 - Nombreux soignants disponibles pour vous
 - Autre (précisez)

38. Si non, pourquoi ?
- Sensation d'être « une urgence », ce qui peut être inquiétant
 - Personnel non rassurant et distant
 - Nombreux soignants inconnus autour de vous
 - Autre (précisez)

39. A-t-on répondu à vos questions en vous donnant les informations que vous attendiez ?
- Oui Non

40. Vous êtes-vous sentie soutenue moralement ? Oui Non

41. Si oui, par qui ?
- Par votre conjoint
 - Par votre famille
 - Par l'équipe médicale
 - Autre (précisez)

42. Si non, pourquoi ?
- Vos proches n'étaient pas ou plus impliqués
 - L'équipe médicale n'a pas intégré vos proches
 - L'équipe médicale n'était pas impliquée
 - Autre (précisez)
43. Si le soutien venait de l'équipe médicale et soignante quel était-il ?
- Compréhension Ecoute
 - Gentillesse Explications
 - Disponibilité Autre (précisez)
44. Si, l'équipe médicale et soignante ne vous a pas suffisamment soutenu, vous auriez souhaité plus de ?
- Compréhension Ecoute
 - Gentillesse Explications
 - Disponibilité Autre (précisez)

45. Pouvez-vous exprimer votre ressenti, grâce à une note entre 0 (totalement insatisfaite) et 10 (totalement satisfaite) quant au soutien que vous avez reçu des :

Gynécologues-Obstétriciens	
Sages-femmes	
Auxiliaire de puériculture / aides-soignantes	
Pédiatre	

46. Vous a-t-on proposé de rencontrer un psychologue lors de votre hospitalisation ?
- Oui Non
47. Si oui, l'avez-vous accepté ? Oui Non
48. Avez-vous reçu des visites ? Oui Non
49. A-t-on selon vous suffisamment intégré votre entourage ? Oui Non
50. Si non pourquoi ?
- Peu ou pas d'explications données à la famille
 - Horaires de visite mal adaptés
 - Couchage et/ou plateaux repas impossibles pour les accompagnants
 - Autre (précisez)

Concernant votre ressenti :

51. Comment avez-vous vécu votre arrivée à la maternité de Nancy ?

- En colère Triste Coupable
 Stressée Désemparée Confiante Autre (précisez)

52. Avez-vous réussi à gérer votre vie quotidienne par rapport à votre hospitalisation ?

- Oui Non

53. Que n'avez-vous pu gérer ?

- La garde de vos enfants
 Les tâches ménagères
 Les préparatifs pour le futur bébé (chambre, habits, travaux..)
 Votre emploi
 La disponibilité de vos proches et/ou de vous-même
 Autre (précisez)

54. Si vous aviez été informée de l'éventualité d'un TIU, qu'auriez-vous anticipé ?

- Rien, j'ai déjà anticipé au maximum
 La garde de vos enfants
 Les tâches ménagères
 Les préparatifs pour le futur bébé (chambre, habits, travaux..)
 Votre emploi
 La disponibilité de vos proches et/ou de vous-même
 Autre (précisez)

55. Cela aurait-il influencé votre moral au cours du TIU ?

- Oui Non

56. Si oui, en quoi ?

- Moins triste Moins coupable Moins stressée
 Moins désemparée Plus confiante Autre (précisez)

57. Depuis le début de votre hospitalisation à Nancy, concernant votre avenir vous diriez que :

- Vous vous sentez découragée concernant l'avenir.
 Vous vous sentez plus découragée concernant l'avenir que d'habitude.
 Vous ne vous attendez pas à ce que les choses fonctionnent pour vous
 Vous sentez que l'avenir est sans espoir et ne fera qu'empirer.

58. Depuis le début de votre hospitalisation à Nancy, concernant votre intérêt pour les autres vous diriez que :

- Vous n'avez pas perdu l'intérêt que vous portiez aux autres gens
 Maintenant, vous vous intéressez moins aux autres gens qu'autrefois.
 Vous avez perdu tout l'intérêt que vous portiez aux autres gens et vous avez peu de sentiments pour eux
 Vous avez perdu tout intérêt pour les autres et ils vous indiffèrent totalement.

59. Depuis le début de votre hospitalisation à Nancy, concernant vos pleurs vous diriez que :

- Vous ne pleurez pas plus que d'habitude
- Vous pleurez plus qu'autrefois.
- Vous pleurez constamment.
- Autrefois, vous pouviez pleurer, mais vous ne vous en sentez même plus capable aujourd'hui.

60. Depuis le début de votre hospitalisation à Nancy, concernant votre caractère vous diriez que :

- Vous n'êtes pas plus irritable qu'autrefois.
- Vous êtes légèrement plus irritable que d'habitude
- Vous vous sentez agacée et irritée une bonne partie du temps
- Vous êtes constamment irritée ces temps-ci

61. Depuis le début de votre hospitalisation à Nancy, concernant votre appétit vous diriez que :

- Votre appétit n'a pas changé
- Votre appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- Votre appétit a beaucoup diminué
- Vous n'avez plus d'appétit du tout.

ANNEXE III

Transferts et périnatalité

Enquêtes de satisfaction

Réunion Briey 12/09/2003

Groupe de travail :

I. Introduction

Les transferts materno-fœtaux (TMF) et néonataux sont une conséquence incontournable de la régionalisation et de l'offre graduée de soins en périnatalité. Ils constituent une activité importante pour le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) qui explique que les premiers travaux du réseau se soient orientés sur ce thème (Commissions transferts, fiches de transferts et évaluation)

Survenant le plus souvent dans un contexte d'urgence, ils sont parfois difficiles à organiser pour le praticien « adresseur » et le manque de place en néonatalogie en niveau III peut demander une recherche hors région et la sollicitation de plusieurs services.

Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins, il est indispensable d'intégrer aux réflexions sur l'organisation et la sécurité des transferts des professionnels le vécu et l'avis des premiers concernés par cette prise en charge : les familles. Pour compléter et enrichir le travail déjà réalisé le RPL a décidé de réaliser des enquêtes de satisfaction (ES) auprès des familles et des professionnels.

Le premier objectif est la réalisation

- d'une ES auprès des mères transférées dans le cadre d'un transfert materno-fœtal

- d'une ES auprès des professionnels qui organisent ces transferts (obstétriciens, sages-femmes des établissements du réseau, « adresseurs » et « receveurs »)

- d'une ES auprès des professionnels qui organisent les transferts néonataux (SMURN, « adresseur » et « receveur »)

L'enquête auprès des familles des enfants transférés en période post natale sera organisée dans un second temps.

II. Enquête de satisfaction auprès des mères (TMF)

I. Matériel et méthodes

- Patientes interrogées : patientes ayant été adressées à un établissement de niveau II ou III en phase « aiguë ».

- exclusion : transferts suivis d'une IMG, rapprochements mère-enfant, décès de l'enfant (les patientes - pour lesquelles l'enfant est décédé dans les suites pourraient faire l'objet d'une enquête particulière dans un deuxième temps)

sur un an : on estime le nombre de transfert materno-foetaux à 350 –400 sur la région Lorraine. Une sélection des transferts survenus sur une période de 6 mois semblent suffisante.

- Modalités de l'enquête :enquête par questionnaire adressé par voie postale dans un délai de 2 à 3 mois (à rediscuter ? ?) après le transfert. La période de 6 mois a aussi été envisagée pour laisser passer le temps de la phase « dépressive » du post partum qui survient vers 2 mois après l'accouchement. Habituellement dans les enquêtes de satisfaction qui suivent une hospitalisation le délai optimum retenu est de 15 jours à 3 semaines après. Mais ceci concerne les hospitalisations « tout venant ».

Modalité prévue : lors de la sortie de l'hospitalisation qui suit le transfert materno-foetal, la patiente est informée de l'enquête de satisfaction du RPL. Elle est rappelée par téléphone avant l'envoi pour la prévenir (et rappeler l'importance de sa réponse pour le RPL), cet appel téléphonique peut également être l'occasion de rappeler à la patiente qu'elle peut revoir qq un si elle le souhaite et de ne pas lui envoyer de questionnaire si elle exprime clairement son refus. Le questionnaire lui est adressé par courrier avec un courrier d'accompagnement la remerciant de sa participation et en

soulignant l'intérêt du RPL d'améliorer la qualité de ses prises en charge en s'appuyant sur les expériences vécues des patientes. Il est également rappelé que le questionnaire est anonyme (cf annexe 1). Il n'est pas prévu de faire des relances. Le questionnaire est accompagné d'une enveloppe timbrée pour la réponse.

II. Questionnaire

Le questionnaire élaboré par un premier groupe de travail de la Maternité a servi de base de discussion

Le questionnaire suit la chronologie des événements

A) « Données Générales »

- maternité de départ et maternité d'arrivée
- primipare ou multipare
- nombre d'enfants à la maison (< 3 ans / 3 – 6 ans / 7 – 12 ans / 13 – 18 ans)
- âge de la patiente (? ? ?) vit en couple ou non (? ? ? ?) CSP ou indication d'un travail

B) Avant le transfert

- Pour quel(s) motif(s) avez vous été transférée ?
- Qui vous a annoncé la nécessité de vous transférer dans une autre maternité ? (mon médecin / le médecin de garde / la sage-femme / je en sais plus)
- Vous a-t-on demandé votre accord (oui / il n'y avait pas le choix / non / je ne sais plus)
- Vous a-t-on parlé du réseau des maternités ? (oui / non / je ne sais plus)
- Avez vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez ou avez vous pu avoir des réponses aux questions que vous vous posiez ?
- S'agissait-il d'un transfert en urgence ? depuis combien de temps (environ) étiez vous hospitalisée ? (< 24 h / 1 à 3 jours : plus de 3 jours)

- Qui a prévenu votre conjoint (ou votre famille ou un proche ?) (il était avec moi lorsqu'on m'a annoncé le transfert / moi-même par téléphone / la maternité / autre (en clair))

- Quel délai s'est écoulé entre l'annonce du transfert et le transfert lui-même ?

- Durant ce temps, qui a pu se rendre disponible pour vous soutenir (le médecin / la sage-femme / une aide soignante / autre (en clair) (est ce qu'on limite cette question au personnel hospitalier ? ? ?))

- 1.9 La gestion de mon transfert m'a semblée T bien/bien /assez bien /mal organisée
Zone de commentaires libres

C) Le transfert

- Vous avez été transférée en ambulance (allongée) / en VSL (assise) / par le SAMU ou le SMUR / en hélicoptère / autre (en clair)

- Y a-t-il eu des problèmes pendant el transport ? si oui lesquels (en clair) ?

- Etiez vous accompagnée par un médecin ? par une sage-femme ?

- Combien de temps (environ) a duré le transfert ? (< 1 heure / 1 – 2 h / plus de 2 heures ?)

- Est ce que votre conjoint ou un proche a pu vous accompagner ou être là au moment de votre arrivée ?

- Sinon a quel moment a-t-il pu vous rejoindre ? A-t-il été bien accueilli ?

Zone de commentaires libres

D) Arrivée

- 1.4 J'ai été accueillie par

- 1.2 Les personnes qui m'ont accueillies étaient au courant de mon problème

- 1.8 Les informations qui m'ont été données me concernant étaient claires

- 1.8 Les informations qui m'ont été données concernant mon bébé étaient claires

- 1.9 La gestion de mon accueil m'a semblé T bien/bien /assez bien /mal organisée

- A l'arrivée, qui a pu se rendre disponible pour vous soutenir (le médecin / la sage-femme / une aide soignante / autre (en clair) (est ce qu'on limite cette question au personnel hospitalier ???)

Zone de commentaires libres

E) impact du transfert sur l'organisation de la vie familiale

- Votre conjoint (ou u proche) a-t-il pu vous rejoindre rapidement après votre transfert ? (donner une indication de temps ??)

- Si vous avez des enfants

- 3.2 J'ai pu trouver quelqu'un pour s'occuper de mes enfants en mon absence

- 3.3 Qui s'en occupe ?

- 3.4 Globalement, l'organisation de la vie de mes enfants combinée avec mon hospitalisation

- distance et temps entre votre domicile et le lieu du transfert

- 3.6 Le moyen de transport de votre conjoint consiste en

- Durant votre hospitalisation avez vous pu avoir de la visite ?

- Pb vis à vis du travail

Zone de commentaires libres

Quelles suggestions pour améliorer les conditions de transferts et d'hospitalisation ?

Zone de commentaires libres

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de PASQUALINI VALERIANE - Année 2014

Titre du mémoire

Étude descriptive du ressenti des patientes ayant vécu un transfert in utero au sein du réseau périnatal lorrain vers la Maternité du CHRU de Nancy de février à mai 2015

Résumé structuré en Français

L'organisation en réseaux de soin devient obligatoire suite au plan de périnatalité de 2005-2007. Même si un TIU correspond à une réussite sur le plan médical pour les soignants, l'aspect émotionnel des patientes doit également être pris en considération. En effet, un taux de stress élevé chez une femme enceinte augmenterait significativement le taux de complications survenues lors de sa grossesse et l'évaluation de la satisfaction de la population d'un système de santé fait partie intégrante de la démarche qualité. Il semble donc important d'étudier le ressenti des femmes ayant vécu un TIU.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le niveau de satisfaction des futures mères vis-à-vis de leur TIU en type 3, et d'analyser leur connaissance de l'organisation de soins en réseau, notamment du RPL.

Une analyse descriptive a été réalisée suite au recueil de 28 questionnaires auprès de femmes hospitalisées suite à un TIU dans le secteur anténatal de la Maternité du CHRU de Nancy lors d'un entretien semi-directif entre février et mai 2015.

Les patientes (20/28) étaient globalement satisfaites de leur TIU. Il semblait très important pour elles d'avoir une équipe médicale empathique et disponible. En revanche seulement 2 femmes sur 28 connaissaient le RPL.

Les résultats obtenus sont encourageants mais le faible effectif de l'étude ne permet pas de les généraliser. Toutefois pour améliorer la connaissance des patientes sur les réseaux des soins et du RPL en particulier, des perspectives ont été proposées.

Mots clés en Français : réseau périnatal lorrain, transfert in utero, satisfaction

The organization in networks of care becomes compulsory further to the plan of perinatal period of 2005-2007. Even if a TIU corresponds to a success on the medical plan for the nursing, the emotional aspect of the patients must be also considered. Indeed, a rate of stress raised at a pregnant woman would increase the rate of complications during its pregnancy and the evaluation of the satisfaction of the population of a health system is a part of the quality approach. It thus seems important to study the felt of the women having lived a TIU.

The objectives of this study were to estimate the level of satisfaction of the mothers-to-be towards their TIU in type 3, and to analyze their knowledge of the organization of care in network, in particular the RPL.

A descriptive analysis was realized further to the collection of 28 questionnaires with women hospitalized to a TIU in the prenatal sector of the Maternity hospital of Nancy during a semi-directive interview between February and May, 2015.

The patients (20/28) were globally satisfied by their TIU. It seemed very important for them to have an empathic and available medical team. On the other hand only 2 women on 28 knew the RPL.

The obtained results are encouraging but the weak staff of the study does not allow to generalize them. However to improve the knowledge of the patients on the networks of the care and the RPL in particular, perspectives were proposed.

Mots clés en Anglais : perinatal network, transfert in utero, satisfaction