

# Être hospitalisée en secteur de grossesses à hauts risques : quelle satisfaction de la prise en charge des besoins fondamentaux ? Enquête prospective auprès d'expectantes hospitalisées à la maternité du CHU de Rouen à l'automne 2010

Lucie Benard

▶ **To cite this version:**

Lucie Benard. Être hospitalisée en secteur de grossesses à hauts risques : quelle satisfaction de la prise en charge des besoins fondamentaux ? Enquête prospective auprès d'expectantes hospitalisées à la maternité du CHU de Rouen à l'automne 2010. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00626125

**HAL Id: dumas-00626125**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00626125**

Submitted on 30 Sep 2011

**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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

# Etre hospitalisée en secteur de grossesses à hauts risques, Quelle satisfaction de la prise en charge des besoins fondamentaux ?

Enquête prospective auprès d'expectantes hospitalisées
à la maternité du CHU de Rouen à l'automne 2010.

Mémoire présenté par
Mademoiselle Lucie BENARD
Née le 03 Septembre 1986

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2011

# Remerciements

*A ma directrice, Madame Françoise EGAL, sage-femme cadre supérieur,*
*pour ses conseils, et sa présence.*

*A ma guidante, Madame Agnès HEBERT, sage-femme enseignante,*
*pour son dévouement, son efficacité, et ses encouragements,*

*A ma mère,*
*pour son amour et son soutien,*

*A mes amies,*
*pour avoir été mon pilier, ma deuxième famille au long de ces 5 années d'études,*

*A Clement,*
*pour son soutien et sa patience,*

*Merci*

# SOMMAIRE


**Introduction** **1**

**Revue de littérature**

**1 Besoins fondamentaux et hospitalisation** **2**

1.1 Les besoins fondamentaux 2

1.2 Les répercussions de l'hospitalisation sur les besoins fondamentaux 4

**2 Femme, grossesse, et hospitalisation** **6**

2.1 Psychologie de la femme enceinte 6

*2.1.1 Généralités* 6

*2.1.2 Vécu de la grossesse* 7

2.2 Hospitalisation 10

*2.2.1 Généralités* 10

*2.2.2 Vécu des complications* 10

*2.2.3 Vécu de l'hospitalisation* 12

**3 A la recherche de la qualité** **13**

3.1 Evolution de la structure hospitalière 14

3.2 Transformation de la place du patient à l'hôpital 15

3.3 Droits du malade et place de l'usager dans les textes de loi 16

3.4 La démarche qualité 18

**Enquête et Résultats**

**1 L'enquête** **22**

1.1 Objectifs et hypothèse 22

1.2 Matériel et méthode 22

*1.2.1 Modalités de l'enquête* 22

*1.2.2 Moyens d'enquête* 23

1.3 Tests statistiques 24

**2 Les résultats** **25**

2.1 Profil des patientes sondées 25

2.2 Le séjour 28

*2.2.1 Boire et manger* 28
*2.2.2 A propos de la température ambiante* 30
*2.2.3 Dormir, se reposer* 31
*2.2.4 Se vêtir, se dévêtir* 33
*2.2.5 Pudeur, intimité* 34
*2.2.6 Hygiène, propreté* 35
*2.2.7 Religion* 36
*2.2.8 S'occuper, se récréer* 36
*2.2.9 Apprendre et communiquer* 38
*2.2.10 Satisfaction générale et commentaires libres* 40
**Discussion** **42**
**Conclusion** **51**
**Bibliographie**
**Annexes**

# INTRODUCTION.

Dans la majorité des cas, la grossesse se déroule sans difficulté. Mais quelques femmes présentent une pathologie antérieure à la grossesse ou en développent une. Une hospitalisation peut alors avoir lieu. Ce cas n'est pas rare, il concerne 15 à 20% des femmes enceintes françaises, soit quasiment une patiente sur cinq. (21)

Au cours de nos études, nous avons noté que l'hospitalisation pendant la grossesse est vécue de manière très fluctuante d'une femme à l'autre, mais aussi d'un jour à l'autre. Toutes ces expectantes vivent une expérience commune : la grossesse. Pourtant, chaque femme est différente et chaque grossesse est unique. De ce fait, tous les vécus sont différents. Ainsi, les difficultés qui peuvent être rencontrées pendant l'hospitalisation sont, entre autres, femmes-dépendantes, fonction de leur histoire, de leur famille, de leurs antécédents. En tant que future professionnelle, nous nous sommes interrogées sur le ressenti de l'hospitalisation pour nous efforcer de répondre au mieux aux besoins des patientes. C'est pourquoi nous nous sommes fixées comme but d'améliorer le visage de l'hospitalisation en modifiant, par exemple, certains éléments, comme l'écoute de l'équipe, l'occupation du temps libre des patientes, le respect de moments d'intimité avec leur entourage, mais aussi l'alimentation, l'hôtellerie, l'information délivrée…

Pour comprendre, nous aborderons les besoins fondamentaux et comment une pathologie, ainsi qu'une hospitalisation peuvent affecter ces besoins. La grossesse, quant à elle, provoque des changements physiques et psychologiques. Ils seront abordés, tout comme le vécu des complications de la gestation et le vécu de l'hospitalisation. Enfin, nous traiterons de l'évolution du service hospitalier, qui s'est faite en plusieurs étapes : évolution structurale, recherche de l'amélioration des soins, de la prise en charge des patientes. De nombreuses lois encadrent ce mouvement, donnant à l'usager une place de plus en plus importante.

Puis, nous avons cherché à évaluer la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge pendant leur séjour au sein d'un service de surveillance des grossesses à haut risque, pour en dresser un tableau des points positifs et des points négatifs et dégager des points à améliorer.

# REVUE DE LA LITTERATURE.

# 1 Besoins fondamentaux et hospitalisation (6-19)

La première personne à aborder les besoins fondamentaux est Virginia Henderson (1897-1996), une infirmière originaire de Kansas City (USA). Elle écrit en 1955 son principal ouvrage « *Les principes fondamentaux en soins infirmiers* ». Elle y explique le rôle de l'infirmière qui consiste « à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible ». Les besoins fondamentaux sont les éléments indispensables à l'individu afin de se maintenir en vie et assurer son bien être.

Henderson parle d'indépendance, aujourd'hui, le terme employé serait plutôt celui de l'autonomie, car l'indépendance est l'état de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral et intellectuel. Or, de par l'hospitalisation elle-même, les patients sont dépendants, concernant les horaires de repas, de repos, les horaires de visite, de soins…

## 1.1 Les besoins fondamentaux (6-19)

Les quatorze besoins fondamentaux que Henderson décrit peuvent être subdivisés en trois parties, les besoins primaires, secondaires et tertiaires. Abraham Harold Maslow (1908-1970) a également entrepris de classer les besoins de l'Homme. Pour les psychothérapeutes, c'est l'initiateur de la psychologie humaniste. Sa théorie est importante pour comprendre le fonctionnement de la tendance actuelle. Son principe essentiel est simple : les besoins les plus fondamentaux sont liés à la survie (motivation de déficience) alors que les besoins les plus évolués se rapportent à la satisfaction et à l'épanouissement personnel (motivation de croissance). Les besoins plus fondamentaux ont toujours préséance sur ceux qui sont plus évolués : il faut survivre pour que l'épanouissement soit une préoccupation pertinente.

Les besoins élémentaires, ou primaires, sont physiologiques et indispensables à la survie. Tout déficit à cet égard devient vite une priorité.

Ces besoins sont :

- Respirer
- Manger, Boire
- Eliminer
- Se loger
- Dormir / Se reposer
- Se vêtir / Se dévêtir
- Maintenir la température corporelle dans les limites de la normale

Les besoins secondaires sont des besoins d'ordre psychologique et social. Lorsque les besoins primaires sont réalisables, les besoins secondaires peuvent alors être envisagés. Il s'agit de :

- Être propre / Soigner ses téguments
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Eviter les dangers

Les besoins tertiaires sont plus nombreux, ils concernent le bien être spirituel, le développement personnel. Ces besoins ne sont pas nécessaires à la survie de l'homme, mais dans la société actuelle, ils ont un poids non négligeable :

- Communiquer
- Agir selon ses croyances et ses valeurs
- S'occuper en vue de se réaliser
- Se récréer
- Apprendre

Concernant ce dernier groupe, Maslow le développe plus que Henderson. Il parle d'une part du besoin d'appartenance qui englobe les notions d'amour, d'amitié, de relations affectueuses, d'autre part des besoins liés à l'estime qui correspondent au respect, à l'attention, à l'appréciation des autres, l'estime de soi, la compétence, la liberté. Dans les deux cas, l'enjeu n'est plus la survie physique, mais la satisfaction, la santé et la vitalité psychique. Enfin il évoque le besoin d'actualisation. Celui-ci n'est pas ressenti à partir d'un manque. En fait, ce type de besoin tend à grandir lorsqu'on le satisfait.

## 1.2 Les répercussions de l'hospitalisation sur les besoins fondamentaux

(6-19-22-30)

Les travaux concernant les répercussions de l'hospitalisation évoquent l'altération des besoins chez le malade chronique. Ces effets sont fonction du motif d'hospitalisation et de l'état préalable du patient. Dans les unités de surveillance des grossesses à hauts risques, surviennent également des changements au niveau des besoins.

L'alimentation est modifiée de plusieurs manières. Le choix du repas se fait parmi les propositions du service de l'hôpital, les horaires des repas sont imposés par le service. La présentation se fait souvent sous la forme de barquette, une présentation éloignée de l'assiette du domicile. L'hospitalisation peut également jouer un rôle sur l'appétit, le diminuant : s'observe parfois même un réel dégoût des aliments. L'inanition, les vomissements incoercibles, la diarrhée, entraînant des troubles des liquides et des électrolytes peuvent être des freins à la bonne alimentation.

L'élimination est également perturbée, d'autant plus que le régime alimentaire est changé. Sachant que le transit est physiologiquement ralenti pendant la grossesse, la constipation est plus souvent constatée.

Le sommeil est altéré du fait du changement d'environnement. La patiente ne se sent pas chez elle, elle peut être gênée par son corps qui prend de l'ampleur. S'ajoutent à cela, les inquiétudes, questionnements de la future mère sur son état de santé, celui de l'enfant à venir. La journée est rythmée par les soins, les repas, les visites de l'équipe médicale mais aussi des proches. Les femmes évoquent des difficultés d'endormissement, des réveils précoces et fréquents, mais également une hypersomnie.

Le vêtement permet d'assurer le bien-être et de protéger l'intimité sexuelle des individus. Il représente aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social. Le vêtement peut devenir un élément de communication par l'attrait qu'il suscite entre les individus. Les patients ont souvent une perte de l'intérêt pour l'habillement, le fait de rester en tenue de l'hôpital entretien la dépersonnalisation engendrée par l'hospitalisation. Dans la mesure du possible, il faut encourager les patients à porter leurs tenues personnelles, les aider pour se vêtir ou se dévêtir, lorsque leurs gestes sont gênés notamment si une voie d'abord veineuse est en place.

Le patient peut être perturbé par le rythme du service, ses habitudes peuvent être incompatibles avec la vie à l'hôpital, ou du moins le sembler aux premiers instants. En ce qui concerne la religion, les habitudes sont également dérangées. Lorsque l'hôpital peut proposer le passage d'un représentant du culte, il est important de le signaler aux patients.

Concernant les autres besoins tertiaires, ils sont liés et se recoupent. Se récréer, s'occuper en vue de se réaliser, apprendre, sont parfois plus difficiles à réaliser. Quel est l'objet récréationnel ? Comment s'occuper ? Et apprendre ? Pour cela, la communication entre en jeu. Si le patient ne peut pas communiquer avec son entourage, pas de visite ni de téléphone par exemple, c'est avec le personnel qu'une solution peut être trouvée. Différents services peuvent être proposés comme le passage de la bibliothécaire, des groupes de paroles permettant aux patients de se rencontrer, et d'échanger. Par ailleurs, les activités compatibles avec l'hospitalisation doivent être facilitées : lecture, informatique, jeux de cartes, broderie, scrapbooking… Ces besoins, réalisés, permettent au patient de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique. Dans le but de responsabiliser le patient, de le rendre acteur de sa prise en charge, apprendre des connaissances, des attitudes et des habiletés permet la modification des comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

Parce que les besoins sont le plus souvent altérés par l'hospitalisation, le personnel doit être attentif et présent pour le patient, afin que ces besoins soient réalisés autant que possible.

Un besoin qui n'est pas cité dans les deux classifications sus-décrites est la sexualité. L'assouvissement de ce besoin est altéré par l'hospitalisation, du fait de préoccupations toutes autres pendant le séjour, tels que les différents examens et surveillance des critères d'évolution d'une pathologie. De plus, les rapports sexuels dits « pénétrants » peuvent être proscrits pendant la grossesse, dans les cas de menaces d'accouchement prématuré sévère, les ruptures prématurées des membranes, ou les placenta prævia. Une autre sexualité peut alors être abordée par ces couples s'ils le souhaitent tout en sachant rester à l'écoute de la femme, de son corps et des manifestations de l'enfant qu'elle porte.

# 2. Femme, grossesse, et hospitalisation

L'état de grossesse entraine des changements physiques mais également psychologiques chez la femme. Lorsqu'une pathologie se développe et entraîne une hospitalisation, l'une et l'autre sont sources de réactions diverses liées aux mouvements psychiques qu'entraine la grossesse.

## 2.1 Psychologie de la femme enceinte (6-12)

La grossesse est une étape importante dans la vie d'une femme, dans la vie d'un couple. Chaque grossesse est vécue différemment d'une femme à l'autre et d'une grossesse à l'autre chez une même femme. L'état psychologique de la femme enceinte est marqué par différents mouvements psychiques et ce dès le début de la grossesse, comme le note Bidlowski dans ses travaux de 1978. Il ajoute qu'un mouvement régressif, inconscient, porte la mère à retrouver chez le « bébé » qu'elle couve, celle qu'elle fut autrefois et ce que sa mère fut pour elle.

### 1.1.1 Généralités (6-12-19)

L'enfant naît du désir, conscient ou inconscient, de ses parents. Ce désir est concrétisé par la grossesse. Cet acte peut être un acte réfléchi et volontaire ou spontané et non maitrisé. L'amour maternel peut être un sentiment complexe, ambivalent et ambigu, où se mêlent amour et agressivité. L'enfant à naître est vécu par sa mère comme autre et comme partie de soi. Il représente à la foi une réalité propre et un fantasme matérialisé.

Par ailleurs, la femme peut être partagée entre le désir d'enfant et le désir de grossesse. Dans le dernier, le projet inconscient est de démontrer sa propre capacité à féconder et peut être présent chez une femme qui n'accepte pas encore de devenir mère. Le désir d'enfant est la rencontre entre le désir de la femme et le désir de l'homme.

Benedek et Racamier, dans leurs études datant respectivement de 1959 et 1978, considèrent la maternité comme une phase du développement psychologique affectif de la femme. Ils parlent de la grossesse et de la naissance de l'enfant, comme d'une crise maturative comparable à l'adolescence par l'ampleur des bouleversements, à la fois somatique, hormonaux et psychologiques. Cette maturation aboutit à des aménagements

conscients et inconscients de la femme devenant mère. Pendant la grossesse, la femme peut être amenée à revivre des moments douloureux, des conflits infantiles plus ou moins archaïques. Le passé resurgit (rapport à la vie, à la mort, les antécédents de grossesse interrompue, fausse couche tardive, mort fœtale in utero, ou encore perte d'un parent, d'un enfant…) et peut s'imposer, avec des illusions, des images obsédantes qui peuvent aller jusqu'à occulter la représentation de l'enfant à naître.

En 1974, Bernstein mesure l'anxiété générée par la grossesse. Il l'a mesurée grâce à deux échelles. Il a montré que l'anxiété diminue lorsque l'âge et la parité augmentent. Mais, en ce qui concerne les femmes ayant dans leur cercle proche une personne ayant eu une fausse couche, ou un enfant considéré comme « anormal », celle-ci augmente nettement. Ces mêmes hypothèses se retrouvent dans les travaux de Standley en 1979 qui rajoute que les plus anxieuses sont les plus jeunes, les moins éduquées, les moins préparées notamment en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement.

De manière générale, le stress est plus important dans certaines situations telles que les conditions sociales difficiles, les complications liées à la grossesse, pouvant notamment mener à une hospitalisation, ou encore les bouleversements dans la situation familiale.

En outre, l'attente d'un enfant modifie le rôle et la situation des membres de la famille**.** Mais attention, la grossesse n'est pas que synonyme de stress et d'angoisse, la femme enceinte passe aussi, à l'inverse, par des périodes d'euphorie.

### 1.1.2 **Vécu de la grossesse** (5-9-11-18-32)

Les symptômes de la grossesse sont éloquents. Leur diversité échappe à l'approche médicale traditionnelle, car ils « disent » autre chose. Ils parlent de cette expérience initiatique et de sa spécificité, pour chaque femme dans son histoire. D'ailleurs, la femme réagit différemment à ces symptômes en fonction de ce qu'elle est, de sa personnalité et de son passé.

Lorsque la grossesse est programmée et attendue, sa confirmation arrive précocement. Les premiers symptômes sont également attendus car ils confirment une nouvelle fois cet état. Souvent, les femmes réagissent donc avec bonheur aux changements qui s'effectuent en elles, ou sont frustrées de n'en constater aucun, mais il n'existe pas de règle. Les premières modifications corporelles, la femme peut les vivre comme une expérience déstabilisante, et comme l'annonce de modifications plus

importantes qui vont menacer son image d'elle-même. A cet égard, la relation de couple joue beaucoup, et le regard du conjoint peut accentuer l'insatisfaction de la femme, ou au contraire la contrebalancer. Ce qui à ce moment-là se renégocie dans la relation du couple et dans sa sexualité, peut être entendu comme une façon, déjà, de faire une place à l'enfant à venir.

Il existe des sentiments d'ambivalence, qui peuvent d'ailleurs persister sous différentes formes tout au long de la grossesse. La femme peut souhaiter, par exemple, garder cet « enfant-trésor » qui la comble et la valorise, et rejeter l' « enfant-poison » qui l'envahit et la transforme.

Le premier trimestre de la grossesse n'est pas facile car elle n'évolue pas toujours de la façon souhaitée, soit parce qu'elle aboutit à une fausse couche spontanée, une grossesse extra-utérine, soit parce que la femme ne peut conserver cette grossesse. Ces situations laissent des marques indélébiles et font partie de la préhistoire de la grossesse suivante, dont ils peuvent influencer le vécu, l'évolution.

Lorsque la grossesse évolue, interviennent alors les premières modifications des perceptions et de l'image du corps : tensions mammaires, odeurs et goûts perçus différemment, envies, troubles du sommeil ou du caractère, pleurs, les exemples sont nombreux et la liste, non exhaustive. Si ces symptômes ne prennent leur sens que dans chaque contexte individuel, il semble qu'il soit possible d'écouter ces manifestations de différentes manières. La grossesse s'inscrit dans l'histoire de sa propre naissance, d'autres naissances dans la famille. Si la femme est l'aînée par exemple et qu'elle est enceinte de son premier enfant, quelque chose de plus spécifique concernant sa propre histoire peut émerger, dans d'autre cas, une identification à la grossesse de la mère, de la sœur peut avoir lieu. Ces symptômes peuvent aussi être entendus de manière isolée, sans pour autant exclure la démarche précédente. Il semble qu'il est impossible d'adopter une grille générale d'interprétation. Le sens reste particulier et dépendant d'un contexte, différent pour chacun.

Passé ce premier trimestre, la femme peut investir la poursuite de la grossesse plus sereinement. En effet, traditionnellement, le deuxième trimestre est considéré comme le meilleur moment, une période de véritable épanouissement. Dans la plupart des cas, la seule disparition des symptômes physiques du premier trimestre suffit à illuminer l'existence et la femme se sent revivre, l'énergie lui revient, la fatigue disparaît. Cependant, les symptômes physiques laissent place parfois à des symptômes psychiques : crises d'angoisse inexpliquées, insomnies, cauchemars, comme si le malaise d'abord exprimé dans le corps passait dans la tête. Alors, la grossesse est

installée, et la femme ressent les premiers mouvements de l'enfant. La confirmation de cette vie qui vit en elle, mais bien distincte d'elle-même peut être la cause de certaines angoisses, la femme est dans un état d'hyper vigilance vis-à-vis de son enfant. Les modifications corporelles prennent plus d'ampleur. Différents facteurs influencent les réactions des femmes enceintes vis-à-vis des changements corporels dus à la maternité : leur relation avec leur mère, la perception qu'elles ont de leur corps, le vécu de leur puberté.

Au troisième trimestre, le fœtus est désormais viable, ceci amène la femme qui le porte à le percevoir tout autrement et la met en mesure de prévoir sa naissance et d'anticiper l'accouchement. Le mal-être physique est probablement ce qui définit le mieux cette période. Son propre corps la gène ; volumineuse, elle éprouve des difficultés à soutenir son activité habituelle et plus le terme approche, plus elle se marginalise par rapport à la société. Beaucoup sont fatiguées, dorment mal. La cohabitation sereine du deuxième trimestre se transforme en une cohabitation un peu contrainte, où la femme commence à sentir ses limites physiques et à comprendre que cette cohabitation ne pourra plus durer très longtemps.

Pour la femme, le fantasme de l'enfant à venir se confronte à toutes les peurs qu'elle peut avoir concernant la survie de l'enfant, sa « normalité » ou encore sur la capacité qu'elle a à l'élever. La femme enceinte s'interroge d'ailleurs sur le monde qui l'entoure et dans lequel va naître son enfant. Enfin, au cours de cette période, la surveillance médicale s'accentue. Le personnel médical, tout comme la femme, sont maintenant dans l'anticipation de l'accouchement. Il faut faire parvenir cette grossesse à terme dans les meilleures conditions. Or, si c'est encore le cas le plus fréquent, les obstacles restent nombreux et au cours du troisième trimestre, des anomalies peuvent subvenir, avec le développement d'une pathologie maternelle et/ou fœtale ou encore par l'aggravation d'une pathologie préexistante.

La grossesse reste néanmoins une expérience psychique et psychologique qui métamorphose une femme. Seulement il ne faut pas oublier qu'il s'agit aussi d'une expérience déstabilisante ou perturbante, et les futures mères peuvent rencontrer des difficultés.

## 2.1 Hospitalisation

### 2.1.1 **Généralités** (21-38-53-54)

Les complications de la grossesse mènent souvent à une hospitalisation. Entre 1995 et 2003, le taux d'hospitalisation prénatale présente une légère diminution : 19,9% en 1995 contre 18,6% en 2003. La durée moyenne d'hospitalisation en 2003 est de 5,8 jours, avec une durée d'hospitalisation de 2 à 7 jours pour 53% des patientes. Le nombre d'hospitalisations longues (de plus de 8 jours) décroit également, 29% des patientes ont une hospitalisation prolongée en 1998 contre 23% en 2003. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment retrouvés sont, dans un ordre décroissant, la menace d'accouchement prématuré, l'hypertension artérielle, le retard de croissance in utero. Le taux d'hospitalisations pour les motifs suivant le trio de tête varie d'une année à l'autre : les métrorragies, le diabète, et les grossesses multiples.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 21-30 ans avec 54% des femmes enceintes hospitalisées, 30% ont plus de 31 ans. Dans 24% des cas, l'hospitalisation ne dure pas plus de deux jours, avec 77% des séjours qui durent moins de sept jours. Tout de même, 23% des patientes passent plus d'une semaine dans un service. La parité des femmes hospitalisées est semblable à la parité de toutes les femmes enceintes françaises. Par exemple, 43% des femmes enceintes hospitalisées sont primipares et 40% des femmes enceintes le sont également. Les quatrième pares et au-delà sont moins fréquentes en France, 9,5%, ce qui explique que seulement 10% des femmes hospitalisées soient des grandes multipares.

### 2.1.2 **Vécu des complications** (1-5-23-38)

La grossesse n'est pas une maladie, mais, lorsqu'elle se complique, elle peut mettre rapidement en jeu la santé et/ou la vie de la mère et/ou de l'enfant. Des sentiments contradictoires entrent en jeu lors de l'annonce d'une complication. La mère en devenir peut se sentir coupable, avoir l'impression d'être la cause de cette pathologie et d'être déjà, avant la naissance de son enfant, une mauvaise mère pour lui. La femme peut aussi se sentir en colère, colère qui peut se diriger vers l'enfant, tenu responsable de l'état maternel.

La révolte ou le fatalisme sont également des réactions observées chez les patientes. Ces réactions sont fonction de l'histoire de la femme, de sa culture. Ce sont des moyens d'autodéfense, mais il s'agit d'un comportement normal, le temps d'intégrer la complication et les conséquences que celle-ci peut avoir. De plus, le traitement des pathologies entraîne souvent un repos plus ou moins strict qui nécessite un arrêt de travail, duquel découle un isolement social. La solitude les envahit avec un sentiment d'incompréhension vis-à-vis du personnel médical mais aussi de l'entourage. La maternité est une période de crise, physiologique et psychique, s'accompagnant d'émotions intenses. Les relations de la femme avec son conjoint, son entourage, sa mère, ou encore les antécédents obstétricaux peuvent expliquer certaines somatisations. Le passé de la future mère et ses relations avec les différents membres de son entourage jouent un rôle primordial, car ils peuvent permettre de résoudre certaines difficultés ou d'en créer d'autres.

En médecine psychosomatique, l'idée est que le corps et l'esprit sont intimement liés, et qu'ensemble, ils déterminent le fonctionnement de l'organisme, bon ou mauvais. Selon Freud, la maladie est une manière inconsciente de tenter de maîtriser les difficultés ou obstacles rencontrés. Concernant les vomissements, parfois incoercibles, de la grossesse, plusieurs théories sont avancées, parmi elles, il s'agirait d'un rejet de la grossesse, ou encore du besoin de vomir leur propre mère avant de prendre ce rôle à leur tour. Les parturientes qui ont une relation conflictuelle avec leur mère peuvent développer des complications psychiques ou physiques. Les futures mères ont besoin de l'autorisation tacite de leur propre mère pour endosser leur nouveau rôle avec l'arrivée de l'enfant qu'elles portent. Cette autorisation leur permet non seulement de devenir mère à leur tour, mais aussi de mener leur grossesse à terme.

Concernant la prématurité ou la prééclampsie, les femmes en situation psychologique fragile et sociale défavorisée seraient plus à risque. Ainsi, l'écoute de ces femmes en détresse doit être favorisée afin que leurs maux puissent s'exprimer sous la forme de mots, permettant parfois de temporiser une complication ou même de la voir s'atténuer et disparaître.

Concernant les antécédents obstétricaux des patientes, toute situation à l'origine de culpabilité, d'incompréhension, les situations de deuil, ou l'expérience d'un accouchement difficile marquent profondément une femme et sont traumatisants. Tous ces événements sont douloureux, d'autant plus lorsqu'ils se répètent lors d'une grossesse ultérieure.

### 2.1.3 **Vécu de l'hospitalisation** (11-22-24-29)

L'hospitalisation est une épreuve supplémentaire dans le vécu de la grossesse, il est important de s'en préoccuper. Malgré le nombre important de femmes enceintes hospitalisées chaque année pendant la grossesse, il existe très peu d'études psychologiques sur l'hospitalisation prénatale. Les seules qui existent étudient les facteurs de stress psychologique. L'hospitalisation peut être une situation anxiogène, culpabilisante pour de nombreuses femmes. Les raisons évoquées dans l'étude de White et Ritchie en 1984, sont le bouleversement de l'organisation familiale, la séparation avec la famille, le sentiment de solitude, le manque d'information concernant leur santé ou celle de leur enfant à venir. La séparation avec la famille est très difficile à vivre, notamment lorsqu'il y a des ainés. En effet, d'une part, les parents ne savent pas toujours comment expliquer aux enfants la séparation avec leur mère, la raison, la durée. D'autre part, l'absence de la mère nécessite une réorganisation des tâches au domicile, et est source de stress pour la mère. Le père joue alors un rôle primordial dans le soutien psychologique de sa compagne, et les visites de l'entourage familial et social peuvent apporter un réconfort supplémentaire à la femme. Cependant, les visites de l'entourage peuvent être à double tranchant, car leurs conseils, recommandations, anecdotes de leur propre vécu, notamment lorsqu'ils sont dramatiques, peuvent être pesants pour la femme hospitalisée.

En outre, l'hospitalisation modifie le statut social de la femme, l'isolant de son milieu coutumier. Ceci peut avoir un effet bénéfique ou nuisible, en fonction de ses relations avec son entourage, de son vécu de la grossesse et de son histoire personnelle. Bénéfique, si le vécu social et familial est difficile, ou si la présence et l'attention de l'équipe médicale l'aide en lui apportant des réponses professionnelles à ses inquiétudes, soulageant sa douleur, apportant un soutien psychologique. Nuisible, car l'hospitalisation entraine un changement d'environnement qui peut être déstabilisant, amenant un sentiment de vulnérabilité. Ce dernier peut être renforcé par des examens multiples pénibles, une information impersonnelle, une équipe distante, ou par un événement douloureux du passé.

Le suivi médical, prises de sang, enregistrements répétés du rythme cardiaque fœtal, examens cliniques (touchers vaginaux, palpation utérine), peut modifier la tolérance de la femme vis-à-vis de l'hospitalisation. Certes, ces examens répétés peuvent être une occasion de communiquer avec le soignant pour être rassuré, mais ils

peuvent aussi être ressentis comme une violation. Dans certaines situations, une surveillance première est nécessaire avant de poser un diagnostic. Parfois, la suspicion d'une pathologie peut conduire à une hospitalisation, et les avis médicaux peuvent être multiples et désorienter davantage la femme hospitalisée. Il est d'ailleurs primordial que la communication règne au sein de l'équipe, car l'attitude de celle-ci facilite ou aggrave le bien-être des patientes dont elle a la charge. Le soignant doit savoir rester à l'écoute des questionnements des patientes d'autant qu'il doit prendre en charge deux patients : la mère et le fœtus qui n'ont pas toujours les mêmes intérêts. L'hospitalisation peut être nécessaire pour préserver l'état de santé du fœtus alors que la santé de la mère n'est pas mise en jeu, ou inversement. Dans la première situation, la mère trouve l'hospitalisation d'autant plus difficile que l'enfant à venir n'est pas encore réel et qu'elle-même ne se sent pas malade. La capacité d'adaptation dépend des mêmes éléments qu'évoqué précédemment : les antécédents obstétricaux, les relations familiales notamment celles avec sa propre mère. Le soutien psychologique et social de l'équipe soignante, l'écoute attentive, la verbalisation des angoisses ainsi que la participation aux décisions médicales la concernant, permettent à la femme une meilleure adaptation au milieu hospitalier.

Afin de réaliser une prise en charge optimum de la femme lors de son hospitalisation, il existe des méthodes d'évaluation des soins et pratiques professionnelles.

# 3 A la recherche de la qualité

Le service public hospitalier est arrivé à une recherche de la qualité impliquant usagers, diverses instances, le tout encadré par des textes de lois. L'évolution hospitalière a commencé par la modification de la structure elle-même, puis l'évolution de la place du patient, à l'hôpital et dans les instances où il est représenté. Enfin, c'est la démarche qualité dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles qui a pris une place importante avec un volet concernant l'implication du patient.

## 3.1. Evolution de la structure hospitalière (3-10)

A la fin du 18ème siècle, les malades étaient toujours plusieurs dans un même lit, appelé lit multiple (six à huit personnes). A partir de 1850 environ, les lits multiples ont commencé à disparaître. Il n'y avait désormais qu'un seul patient par lit, mais il existait des chambres dites communes de 25 à 30 lits. Ces lits étaient répartis le long des murs, et disposés face à face. Ils étaient en fer avec, à leurs cotés, une armoire pour le stockage des effets personnels et une petite table de nuit pour les objets intimes.

Entre 1900 et 1960, le système hospitalier est celui de l'enfermement quasi carcéral, avec une discipline stricte sinon sévère. Le malade n'a guère une grande liberté pour vaquer à ses occupations. Entré à l'hôpital, il y reste jusqu'à ce que le médecin en décide autrement. L'ouverture en 1941 de l'hôpital à toutes les couches de la société, due en grande partie au développement des techniques médicales et de l'assurance sociale, va obliger la rénovation du concept d'hôpital et amener le grand mouvement d'humanisation, repris dans la circulaire du ministère de la santé publique datée du 5 décembre 1958. Ce concept d'humanisation est repris quelques années plus tard dans un rapport de Roger Grégoire, conseiller d'état, en mai 1970. Ce dernier propose une grille de contrôle permettant une appréciation de la situation d'un hôpital au regard de certains indices en matière d'humanisation, dans laquelle se retrouvent, entre autres : les sanitaires, l'armoire individuelle, la protection contre les bruits du service, la protection contre la lumière et l'éclairage des chambres, les moyens d'appel du personnel, le téléphone, et la décoration florale. En ce qui concerne les salles communes décrites plus haut, leur « boxage » commencé avant 1939, généralisé vers 1950-1960 modifie le confort des malades et leur assure une intimité appréciée. Quant aux visites, elles ne sont pas autorisées quotidiennement jusqu'en 1950, les règles sont assouplies pour petit à petit autoriser des visites un jour sur deux puis tous les jours sur certains créneaux horaires. De la même façon, les horaires de lever et de coucher sont imposés, rythmés par l'heure de lever et de coucher du soleil. Ce n'est qu'à partir de 1970 que les heures de lever et de coucher ne sont plus imposées. A partir de cette même date, la création d'établissements avec des chambres à un lit voir deux, possédant un cabinet de toilette et une douche, apparaît comme une métamorphose de l'hôpital. Cela va de paire avec la diminution de la durée de séjour, en moyenne vingt-six jours en 1900, six jours en 2000 tous secteurs confondus. En obstétrique, la durée de séjour est de plus en plus courte également, avec des hospitalisations pré et post natales d'une durée moyenne de douze jours en 1980, de cinq jours en 2004. Autour de cette même période, le téléphone et la

télévision font leur apparition dans chaque chambre. Ces éléments vont désormais faire partie de l'univers commun de l'hospitalisé.

Les horaires de repas évoluent au cours du siècle, d'abord à 7h, 11h, et 17h, ils vont être retardés à partir de 1970 pour correspondre plus aux horaires de repas de la société civile. De plus, une nouvelle profession apparaît, celle de diététicien avec ses régimes sans sel, sans sucre. Les mets sont individualisés et présentés en plateau repas. La quantité est moins importante que la qualité, l'équilibre entre protides, lipides, et glucides est recherché.

Au niveau architectural, le type de construction se modifie, passant de bâtiments séparés à structure pavillonnaire, à des blocs peu étagés, puis plus étagés, reliés entre eux par des souterrains. L'adjonction de blanchisserie et de cantine se fait au cours du siècle.

## 3.2 Transformation de la place du patient à l'hôpital (3-7-10-31)

Parallèlement à l'évolution de la structure hospitalière, la prise en charge du patient évolue également. En 1851, la couverture maladie est introduite dans la législation prussienne. L'idéologie du début du 20ème siècle voulait que les individus s'assurent librement plutôt que d'y être contraint par un régime d'assurance obligatoire. Les salaires étant faibles et distribués à la journée ou à la semaine et non pas au mois, le salarié n'envisage pas de disposer de sa parcimonieuse rémunération pour s'assurer contre des maux qui, quoiqu'il arrive, sont secourus par l'assistance médicale gratuite depuis 1893. L'assurance sociale est déclarée obligatoire à compter de la loi du 5 Avril 1928 pour les salariés de l'industrie et du commerce percevant de bas salaires. Ce système apparaît rapidement insuffisant et l'assurance sociale est alors étendue à l'ensemble des salariés et ensuite à toute la population par l'ordonnance du 4 octobre 1945, la sécurité sociale est née. En 1941, l'hôpital s'ouvre aux malades payants, et n'est plus qu'un établissement recevant des assurés sociaux à la fin du siècle. De plus, avec le vote d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) aux tous derniers mois du millénaire (27 juillet 1999), les assistés (sans domicile fixe, marginaux…) deviennent des assurés. En un siècle, l'assisté a entièrement changé de statut, et est devenu l'assuré. L'hôpital a subi des transformations majeures. Il est passé d'une mission d'hébergement sans soins à une mission de soins sans hébergement. Le personnel bénévole pour sa quasi totalité est désormais exclusivement salarié, la médecine artisanale a laissé place à une médecine industrialisée. Le patient change de statut. En tant qu'assisté, il ne pouvait

rien dire et surtout pas formuler des objections ou des critiques vis-à-vis de ceux qui avaient l'obligeance de lui apporter gratuitement des soins. Tandis qu'en tant qu'assuré, il va pouvoir revendiquer les prestations auxquelles il estime avoir droit en contrepartie du paiement qu'il assure. Cette transition fait passer le malade de la catégorie d'objet de droit à celle de sujet de droit. Le patient va désormais être acteur de sa prise en charge.

## 3.3 Droits du malade et apparition de l'usager dans les textes de loi (41-42-43-45)

La circulaire du 5 décembre 1958 insistait sur cinq points : les visites, la présence (en permanence) d'un membre de la famille auprès des personnes hospitalisées, les effets personnels du malade, les horaires (de lever, de coucher, de repas) et l'accueil (des malades et des visiteurs). Selon une circulaire du 18 décembre 1970, si un certain nombre d'établissements avaient déféré à ces recommandations, il y en avait encore un trop gros nombre qui n'avait rien fait. Alors, la loi du 14 janvier 1974 vient préciser les droits et obligations des hospitalisés, elle insiste sur les droits du patient en tant que personne et en tant que malade. Cette loi reconnaît au malade, personne détentrice de droits inaliénables à l'être humain, la liberté de penser, le droit d'aller et venir (qui peut être limité pour des raisons médicales), le droit à l'intimité, le droit à l'anonymat et le droit à la réclamation. Ces droits sont à nouveau réitérés par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Une circulaire du 6 mai 1995 portant sur la charte du malade hospitalisé précise une fois de plus ces droits, et exige qu'ils soient affichés et remis en mains propres à chaque patient lors de son entrée dans l'hôpital. L'ordonnance relative à l'hospitalisation publique et privée du 24 Avril 1996 dit, dès son premier titre, intitulé « le droit des malades », que la qualité de la prise en charge du malade est un objectif essentiel pour tout établissement de santé, que celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, notamment dans son chapitre sur la charte de la personne hospitalisée, définit différents critères sur la prise en charge du patient et sa satisfaction. La circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées comporte la dernière charte de la personne hospitalisée. Dans ses onze articles, sont tour à tour évoqués l'accessibilité du service public mais aussi de l'information, la qualité de l'accueil, des traitements, et des soins, le consentement libre et éclairé, ainsi que le consentement spécifique. La confidentialité des informations personnelles est assurée, et l'accès à ces mêmes informations est autorisé. Le patient

doit être traité avec égard et une commission existe afin de prendre en charge les griefs de ces-dits patients. Au CHU de Rouen, il s'agit de la « cellule des usagers ».

Parallèlement à l'évolution de leurs droits, l'usager du système de soins prend une place de plus en plus importante dans l'évaluation des soins. C'est au début des années 1980 que la notion d'usager fait son apparition. Auparavant, il ne s'agissait que de malades ou de patients. Le terme d'usager sous-tend un comportement de consommation, et donc des attentes spécifiques auprès des professionnels en particulier, mais également du service public hospitalier de manière générale.

Par l'ordonnance du 24 Avril 1996, des commissions de conciliation sont crées, elles deviennent les instances privilégiées des représentants d'usagers. La commission est chargée « d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'action de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose ». Cette ordonnance prône la qualité de la prise en charge des patients comme objectif essentiel pour tout établissement de santé. La loi du 4 mars 2002 transforme ces commissions en Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). Le terme usager est conservé car il met en exergue leur rôle actif ; par ailleurs ce terme englobe le malade, le patient, mais aussi ses proches. Cette commission est chargée de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter leurs démarches et de contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

L'ordonnance de 1996 crée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui devient Haute Autorité de Santé (HAS) par la loi du 13 août 2004. Cette instance délivre les accréditations, renommées certifications, aux établissements. Afin d'obtenir cette certification, les établissements doivent répondre à de nombreux critères détaillés dans le référentiel de certification. Ce référentiel est composé de trois parties dont l'une se nomme « Le patient et sa prise en charge ». Tout comme dans chacune des deux autres parties du référentiel, il est nécessaire que les items soient valides afin d'obtenir la certification. La HAS prend désormais plus en compte l'avis des usagers, notamment par la réalisation d'enquête de satisfaction, elle s'intéresse également à la place qui leur est réservée au sein de l'établissement.

Il existe deux manières pour l'usager de participer à l'évaluation de sa prise en charge dans le système de soins, soit la participation active, où les démarches sont initiées et mises en œuvre par l'usager (lettre de plainte, action associative…), soit la participation passive, où l'établissement et/ou le soignant sollicitent l'évaluation auprès

du patient, par entretien, consultation enquête publique, enquête de satisfaction. Ces deux types de démarches sont complémentaires.

Le plan de périnatalité de 2005-2007 a comme sous-titre : « humanité, proximité, sécurité, qualité ». A nouveau, les mêmes termes phares reviennent, notamment humanité, et qualité. Ce plan conçoit que la participation des usagers à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale doit être favorisée au sein des instances régionales et nationales. Suite au plan de périnatalité 1995-2000, des Commissions Régionales de la Naissance (CRN) voient le jour (arrêté du 8 Janvier 1999 modifié par arrêté le 16 Novembre 2001), à ces commissions siègent des représentants des usagers. L'ordonnance du 4 Septembre 2003 prévoit la représentation d'usagers au sein des conférences sanitaires. Les usagers sont appelés à donner leur avis lors de l'élaboration et des révisions des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Dans ce même sens, la circulaire du 5 mars 2004 (relative à l'élaboration des SROS de troisième génération) invite l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) à associer étroitement les usagers à leur mise en œuvre. L'objectif est d'assurer au plan national une plus grande participation des usagers et des professionnels à la définition et l'évaluation de la politique périnatale. Dans ce but, une mesure est prise, il y a création d'une Commission Nationale de la Naissance (CNN), qui est un lieu de discussion, d'élaboration, de recommandation en matière de périnatalité. A cette commission, siègent des professionnels de la naissance, et des représentants des usagers. Dans tous ces écrits (ordonnance, loi, arrêté, décret), il existe une réelle volonté de placer l'usager du système de santé au centre de toute réflexion concernant l'amélioration du fonctionnement de l'institution hospitalière. Dans la recherche de la qualité, le patient est également impliqué. A partir de tous ces exemples, l'état montre bien son désir de lier étroitement l'usager à toutes les instances et commissions entourant les projets nationaux, notamment en périnatalité.

## 3.4 La démarche qualité (3-7-10-25)

La démarche qualité peut se définir comme une recherche de l'amélioration des soins, tant au niveau de l'aspect technique de la médecine, que dans la prise en charge globale du patient. Ce dernier peut être sollicité de différentes manières afin de donner son avis, notamment en évaluant son degré de satisfaction.

En 1989, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, ANDEM, est crée suite au rapport « pour le développement de l'évaluation médicale » de Monsieur J-F. ARMOGATHE en 1988 demandé par Monsieur EVIN, alors ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.
L'ANDEM permet d'identifier, de structurer et d'expérimenter deux démarches principales, différentes, et complémentaires : dresser un état des connaissances à un moment donné, et développer, tester, expérimenter les méthodes permettant d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles et de favoriser l'émergence d'une approche pragmatique sur la qualité des soins.

La reconnaissance externe de la qualité s'appuie sur un référentiel qualité. Celui-ci est constitué d'un ensemble d'exigences qu'une structure s'est fixée d'atteindre. Le contrôle qualité doit mettre en exergue les écarts éventuels et tenter de les corriger. Un processus dynamique d'amélioration continue de la qualité doit être mis en place.

La loi du 13 août 2004 rend l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) obligatoire pour tous, elle fait partie intégrante de la formation médicale continue (FMC).

La première procédure d'accréditation, établie en 1999, permet de développer la démarche qualité dans les établissements, en portant principalement sur les démarches transversales conduites au niveau de l'établissement. Plusieurs thèmes sont mis en relief lors de cette procédure : les droits, l'information, le dossier et la prise en charge du patient, la vigilance sanitaire et la lutte contre les infections nosocomiales. La deuxième procédure d'accréditation, effective à compter de 2005, vise à renforcer l'efficacité du service médical rendu. Elle s'attache plus en détail au parcours du patient dans l'établissement et les actions mises en œuvre par les différents secteurs et professionnels pour assurer la qualité de la prise en charge. Parmi ses actions, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles ont un rôle primordial.

Dans la mesure du possible, il faut s'appuyer sur les recommandations des pratiques professionnelles pour évaluer la qualité. L'interprétation des résultats d'une enquête sur les pratiques professionnelles permet l'identification de prises en charge inadaptées. Cette identification permet un retour aux équipes soignantes avec une mise en place d'actions correctrices.

La démarche qualité rejoint la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. D'ailleurs, dans la loi du 4 mars 2002, il est écrit que la formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et

l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients. Le décret du 14 avril 2005 précise que l'évaluation des pratiques professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir qualité, sécurité, efficacité, efficience des soins. L'Institut de médecine des Etats Unis d'Amérique définit quant à lui la qualité des soins comme le niveau auquel parviennent les institutions de santé en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations compte tenu de l'état de ses connaissances.

Les trois objectifs de la médecine sont d'améliorer la santé de la population, de répondre aux besoins et attentes explicites des patients et donc assurer un niveau de satisfaction acceptable et de respecter l'éthique et la déontologie médicale notamment dans les domaines de l'information des patients et du partage des décisions médicales. Alors, la démarche qualité est un objectif direct de la médecine, notamment dans les démarches évaluatives de la satisfaction auprès des patients.

De plus, il est démontré que l'opinion du patient sur ses soins (sa satisfaction) à un rôle sur l'efficacité du traitement par le biais d'une influence sur ses comportements (observance, continuité des soins). Ainsi, l'enquête de satisfaction est l'élément central dans le dispositif d'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital. L'enquête a pour but de vérifier l'adéquation entre la pertinence des soins d'une part et les besoins et souhaits des patients d'autre part.

Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés vis-à-vis des soins qui leur ont été prodigués est l'une des priorités des établissements de santé. L'évaluation des besoins et des attentes des patients est l'un des éléments récurrents de la mesure de la qualité des soins et l'une des composantes majeures de l'appréciation de la performance des établissements.

Cependant, malgré l'abondance des travaux anglo-saxons consacrés à l'analyse de la mesure globale de la satisfaction, et l'existence de quelques outils disponibles en langue française à l'attention des patients hospitalisés, l'analyse de la littérature ne retrouve qu'un seul questionnaire validé en français ayant des propriétés métrologiques et psychométriques satisfaisantes, l'Echelle de Qualité des Soins (EQS). Cette échelle comporte l'exploration d'une dimension d'information médicale (13 items), et d'une dimension de relations avec les soignants (13 items)

De nombreuses études ont mis en évidence l'importance que revêt la mesure de la satisfaction sur la qualité des soins. Si certains articles soulignent l' « incompétence » des patients pour juger de la qualité des soins prodigués, rappelant ainsi que la satisfaction n'est pas nécessairement liée à la qualité effective des soins reçus, d'autres publications ont, en revanche, montré l'existence d'un lien entre les résultats cliniques obtenus et le niveau de satisfaction des patients. Plusieurs travaux suggèrent la meilleure observance des patients satisfaits et les résultats plus bénéfiques des traitements.

Plusieurs variables influencent le niveau de satisfaction. Certaines caractéristiques démographiques et médicales influent sur le niveau de satisfaction du patient, montrant la nécessité d'un ajustement des résultats. Il en va ainsi du mode d'admission, du nombre d'hospitalisations antérieures, et de la durée du séjour, mais également du sexe, du niveau social et d'éducation, du lieu d'habitation, et de l'origine ethnique. De manière générale, le degré de satisfaction est plus élevé lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation prévue et organisée, chez une femme ayant un niveau social et d'éducation élevé.

La mesure de la satisfaction des patients est un indicateur d'évaluation indirecte du processus et de l'efficacité clinique de la prise en charge. Cette composante de la mesure des performances hospitalières revêt donc une importance primordiale pour le clinicien, ainsi que pour les décideurs.

Dans ce contexte, nous avons décidé de nous intéresser à la satisfaction d'un certain nombre des besoins dits fondamentaux des femmes enceintes hospitalisées à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen dans l'Unité de Grossesses Pathologiques (UGP).

# ENQUETE ET RESULTATS.

# 1. L'enquête

## 1.1. Objectifs et hypothèse

Les femmes hospitalisées au cours de leur grossesse sont le plus souvent en bonne santé. C'est la grossesse et l'état de leur enfant à naître qui est à surveiller. Il s'agit d'une hospitalisation nécessitant parfois un alitement plus ou moins strict et/ou des examens médicaux pointus ainsi qu'une surveillance accrue. L'état psychologique de la femme enceinte la rend plus sensible, et son hospitalisation entraîne des changements supplémentaires dans sa vie. Cette grossesse est unique pour elle et son hospitalisation ne doit pas la marquer de façon péjorative. C'est pourquoi nous pensons que, dans une prise en charge hautement spécialisée, nous ne devons pas laisser la prise en charge des besoins fondamentaux de côté.

Aussi, nous nous sommes demandées si, lors de l'hospitalisation des femmes enceintes dans les unités de surveillance de grossesses à haut risque, toutes les conditions pour pouvoir répondre aux besoins fondamentaux des patientes étaient réunies.

Nos objectifs étaient :

- Etablir un profil des patientes hospitalisées en prénatal,
- Evaluer la satisfaction des patientes concernant certains aspects de l'hospitalisation.

Grâce à ce travail, nous espérions pouvoir émettre des propositions d'actions acceptables et réalisables.

## 1.2 Matériel et Méthode

### 1.2.1 Modalités de l'enquête

Nous avons réalisé une étude prospective et unicentrique dans la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen dans l'Unité de Grossesses Pathologiques (UGP). L'enquête, basée sur un questionnaire, s'est déroulée du 13 septembre 2010 au 19 décembre 2010, soit pendant quatorze semaines.

La population était composée d'expectantes hospitalisées depuis au minimum 48 heures. Toute femme ne parlant pas ou ne maîtrisant pas la lecture ou l'écriture de la langue française a été exclue de l'étude. Les femmes présentant une grossesse à haut

risque à court terme, c'est-à-dire mettant en jeu leur vie ou celle de leur enfant à venir dans les heures ou jours suivants étaient également exclues de l'étude.

Afin d'optimiser le nombre de questionnaires récupérés, nous avons choisi de les distribuer et de les récupérer nous mêmes auprès des patientes. Nous avons distribué 122 questionnaires et 112 ont été récupérés, soit un taux de récupération de 91,80%. Parmi eux, 107 questionnaires étaient exploitables, soit 87,70% du nombre distribué. Sur cette période, le nombre total d'hospitalisations d'une durée supérieure à 48h était 194, pour 169 patientes distinctes.

### 1.2.2 Moyens d'enquête

Le questionnaire, annexe I, destiné aux patientes comportait 36 questions réparties en 2 parties.

La première partie, question 1 à 9, nous permettait de dresser le profil des patientes sondées :

- Age
- Parité
- Motif d'hospitalisation
- Transfert
- Situation maritale
- Durée du trajet domicile-hôpital
- Terme
- Durée d'hospitalisation
- Hospitalisation en chambre double/simple et satisfaction
- Importance du choix de la maternité d'origine

La deuxième partie abordait le séjour. Les questions étaient réparties en plusieurs sous-parties évoquant les différents besoins fondamentaux et leur satisfaction.

- Boire et manger : Questions 10 et 11
- A propos de la température ambiante : Questions 12 et 13. Appréciation de la température de la pièce, gêne occasionnée par cette température.
- Dormir, se reposer : Questions 14 à 19. Qualité et quantité de sommeil la nuit, à propos du réveil, besoin et qualité du repos en journée.
- Se vêtir, se dévêtir : Questions 20 et 21. Quelle tenue pendant l'hospitalisation et son motif, besoin et qualité de l'aide si perfusion en place
- Pudeur, hygiène, propreté : Questions 22 à 26. Préservation de la pudeur, intimité créé, respectée ; propreté de la chambre, des douches, des commodités.

- Religion : Question 27. Pratique, satisfaction.
- S'occuper, se récréer : Questions 28 à 30. Moyens utilisés pour se divertir, s'occuper, sentiment de solitude.
- Apprendre, communiquer : Questions 31 à 34. Communication avec l'équipe, réponses de l'équipe, information délivrée.
- Satisfaction générale : Question 35
- Commentaire libre : Question 36

## 1.3 Tests statistiques

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel EXCEL de Microsoft. Les différents tests utilisés pour l'analyse comparative de nos résultats ont été les tests de student et du khi2. ($p<0,05$)

# 2 Les résultats

## 2.1 Profil des patientes sondées

| Age | Femmes N=107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***< 20 ans*** | 7 | 6.54 |
| ***21-30 ans*** | 52 | 48.60 |
| ***31-40 ans*** | 41 | 38.32 |
| ***41-50 ans*** | 7 | 6.54 |
| **Situation maritale** | **N=107** | **Pourcentage %** |
| ***Célibataire*** | 11 | 10.28 |
| ***En couple*** | 96 | 89.72 |
| **Parité** | **N =107** | **Pourcentage %** |
| ***IP*** | 45 | 42.06 |
| ***IIP*** | 31 | 28.97 |
| ***IIIP*** | 14 | 13.08 |
| ***IVP*** | 15 | 14.02 |
| ***>IVP*** | 2 | 1.86 |
| **Motif d'hospitalisation** | **N= 107** | **Pourcentage %** |
| ***MAP*** | 33 | 30.84 |
| ***RPM*** | 14 | 13.08 |
| ***HTA/PE*** | 13 | 12.15 |
| ***Métrorragies*** | 8 | 7.48 |
| ***RCIU*** | 7 | 6.54 |
| ***Grossesse multiple*** | 7 | 6.54 |
| ***Diabète*** | 6 | 5.61 |
| ***Terme en voie dépassement*** | 4 | 3.74 |
| ***Surveillance RCF*** | 4 | 3.74 |
| ***Pathologie maternelle**** | 4 | 3.74 |
| ***Cholestase gravidique*** | 3 | 2.80 |
| ***Trouble rénal*** | 2 | 1.87 |
| ***Placenta accreta*** | 1 | 0.93 |
| ***Allo-immunisation*** | 1 | 0.93 |

*Ces 4 hospitalisations concernent des femmes présentant des pathologies préexistantes : cardiopathie sévère (ventricule unique), spina bifida, troubles neurologiques.

| Éloignement domicile-hôpital | N=107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***< 15 min*** | 24 | 22.43 |
| ***16-30 min*** | 40 | 37.38 |
| ***31-45 min*** | 13 | 12.15 |
| ***> 45 min*** | 30 | 28.04 |

| Terme lors de la distribution du questionnaire | N= 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***<28 SA*** | 22 | 20.56 |
| ***28-33 SA*** | 38 | 35.51 |
| ***34-36 SA*** | 31 | 28.97 |
| ***>37 SA*** | 16 | 14.95 |

| Transfert in utéro (TIU) | N= 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 38 | 35.51 |
| ***Non*** | 69 | 64.49 |
| **Femmes transférées** | **N = 38** | **Pourcentage %** |
| ***Venant de l'agglo rouennaise*** | 16 | 42.11 |
| ***Venant d'au delà de Rouen*** | 22 | 57.89 |
| **Importance du choix de l'établissement d'origine dans le projet de naissance** | **N= 38** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 29 | 76.32 |
| ***Non*** | 9 | 23.68 |

| Importance de l'établissement d'origine | Transfert N= 38 | |
|---|---|---|
| | **16 transferts provenant d'établissements de l'agglomération rouennaise 42.11% des transferts** | **22 transferts provenant d'établissements en dehors de l'agglomération rouennaise 57.89% des transferts** |
| ***Oui 29*** | 12 = 41.38% | 17 = 58.62% |
| ***Non 9*** | 4 = 44.44 % | 5 = 55.56% |

Il n'y a pas de différence significative entre l'éloignement de ces établissements et l'importance accordée au lieu d'accouchement. P= 0.871

| Hospitalisation en | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Chambre seule*** | 37 | 34.58 |
| ***Chambre double*** | 70 | 65.42 |
| **Satisfaite** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 91 | 85.05 |
| ***Non*** | 16 | 14.95 |

| Satisfaction en fonction de la chambre | | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|---|
| ***Chambre double N = 70*** | ***Satisfaite*** | 54 | 77.14 |
| | ***Non satisfaite*** | 16 | 22.86 |
| ***Chambre seule N = 37*** | ***Satisfaite*** | 37 | 100.00 |
| | ***Non satisfaite*** | 0 | 0 |

P = 0.002

| Durée de l'hospitalisation | N =107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Moins de 4 jours*** | 44 | 41.12 |
| ***De 4 à 7 jours*** | 53 | 49.53 |
| ***De 8 à 14 jours*** | 7 | 6.54 |
| ***De 15 à 21 jours*** | 1 | 0.93 |
| ***De 22 à 28 jours*** | 0 | 0 |
| ***Plus de 28 jours*** | 2 | 1.87 |

## 2.2. Le séjour

### 2.2.1 Boire et manger

| Satisfaction concernant | | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|---|
| ***La nourriture*** | ***Satisfaite*** | 90 | 84.11 |
| | ***Insatisfaite*** | 17 | 15.89 |
| **Satisfaction concernant** | | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***La boisson*** | ***Satisfaite*** | 105 | 98.13 |
| | ***Insatisfaite*** | 2 | 1.87 |

| Motifs de satisfaction* | N = 238 | Pourcentage % | Motifs d'insatisfaction** | N = 43 | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Quantités satisfaisantes*** | 78 | 32.77 | ***Nourriture ne plait pas*** | 17 | 39.53 |
| ***Repas servis chauds*** | 67 | 28.15 | ***Choix peu diversifiés (notamment pour régimes sans viande)*** | 9 | 20.93 |
| ***Repas de qualité*** | 57 | 23.95 | ***Quantités insuffisantes*** | 9 | 20.93 |
| ***Choix des repas diversifié*** | 36 | 15.13 | ***Eau pas fraîche/pas bonne*** | 3 | 6.98 |
| | | | ***Assaisonnement insuffisant*** | 2 | 4.65 |
| | | | ***Pas de serviette de table*** | 2 | 4.65 |
| | | | ***Repas froids*** | 1 | 2.33 |

Question à choix multiples.

(*) 105 patientes ont donné 238 réponses, (**) 19 patientes ont donné 43 réponses.

| Installation au repas satisfaisante | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 98 | 91.59 |
| ***Non*** | 9 | 8.41 |

| Motifs de satisfaction | N = 199* | Pourcentage % | Motifs d'insatisfaction | N = 20** | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Lit médicalisé permet une bonne assise*** | 81 | 40.70 | ***Installation pas pratique*** | 7 | 35 |
| ***Tablette adaptable pratique*** | 72 | 36.18 | ***Perfusion gênante*** | 5 | 25 |
| ***Si besoin d'aide, personnel présent*** | 39 | 19.60 | ***Présentation en barquette pas pratique*** | 5 | 25 |
| ***Petite table à disposition comme chez soi*** | 7 | 3.52 | ***Tablette adaptable peu pratique*** | 2 | 10 |
| | | | ***Goût de la barquette*** | 1 | 5 |

Question à choix multiple

(*) 98 patientes ont donné 199 réponses (**) 9 patientes ont donné 20 réponses.

**2.2.2 A propos de la température**

| Température ambiante | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Chaude*** | 43 | 40.19 |
| ***Tempérée*** | 63 | 58.88 |
| ***Froide*** | 1 | 0.93 |
| **Gène provoquée par la température** | **N=107** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 48 | 44.86 |
| ***Non*** | 59 | 55.14 |
| **Moment ou la température provoque une gêne *** | **N = 84** | **Pourcentage %** |
| ***La nuit*** | 28 | 33.33 |
| ***L'après-midi*** | 21 | 25.00 |
| ***La soirée*** | 20 | 23.81 |
| ***Le matin*** | 15 | 17.86 |

(*) Question à choix multiple, 48 patientes ont donné 84 réponses.

12 personnes avaient noté être gêné toute la journée, soit 25% de la population.

| Proposition pour remédier à la gêne occasionnée | N = 16 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Hausse ou baisse du chauffage*** | 6 | 37.5 |
| ***Ouverture de la fenêtre*** | 2 | 12.5 |
| ***Mise à disposition d'une couverture*** | 2 | 12.5 |
| ***Installation d'un thermostat dans chaque chambre*** | 2 | 12.5 |
| ***Vérification de l'isolation des fenêtres*** | 2 | 12.5 |
| ***Ventilateur dans les chambres*** | 1 | 6.25 |
| ***Installation d'un système de climatisation*** | 1 | 6.25 |

**2 .2.3 Dormir, se reposer**

| Qualité du sommeil la nuit | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Très satisfaite*** | 14 | 13.08 |
| ***Satisfaite*** | 51 | 47.66 |
| ***Peu satisfaite*** | 36 | 33.64 |
| ***Pas du tout satisfaite*** | 6 | 5.61 |
| **Quantité de sommeil la nuit suffisante** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 49 | 45.79 |
| ***Non*** | 58 | 54.21 |

| Quantité de sommeil suffisante | N = 145* | Pourcentage % | Quantité de sommeil insuffisante | N = 98** | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Personnel attentif à mon sommeil*** | 49 | 33.79 | ***Sommeil léger*** | 25 | 25.51 |
| ***Service calme*** | 45 | 31.03 | ***Lit peu confortable*** | 23 | 23.47 |
| ***Pas de souci pour dormir*** | 27 | 18.62 | ***Trop de bruit dans le service*** | 10 | 10.20 |
| ***Lit confortable*** | 24 | 16.55 | ***Soins la nuit*** | 8 | 8.16 |
| | | | ***Ventre « gênant »*** | 8 | 8.16 |
| | | | ***Anxiété*** | 8 | 8.16 |
| | | | ***Chambre double*** | 7 | 7.14 |
| | | | ***Chaleur*** | 3 | 3.06 |
| | | | ***Perfusion*** | 3 | 3.06 |
| | | | ***Réveil trop tôt le matin*** | 2 | 2.04 |

Question à choix multiples

(*) 49 patientes ont donné 145 réponses. (**) 58 patientes ont donné 98 réponses.

| Le réveil a-t-il lieu trop tôt le matin ? | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 36 | 33.64 |
| ***Non*** | 71 | 66.36 |
| **Heure du réveil idéal *** | **N = 84** | **Pourcentage %** |
| ***7h*** | 3 | 3.57 |
| ***7h30*** | 18 | 21.43 |
| ***8h*** | 42 | 50.00 |
| ***8h15*** | 1 | 1.19 |
| ***8h30*** | 11 | 13.10 |
| ***9h*** | 9 | 10.71 |

(*) Question ouverte, les horaires donnés sont ceux proposés par les patientes.

| Repos nécessaire la journée | N= 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 86 | 80.37 |
| ***Non*** | 21 | 19.63 |
| **Repos possible la journée** | **N = 86** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 64 | 74.42 |
| ***Non*** | 22 | 25.58 |

| Pourquoi ? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Repos possible** | **N = 128*** | **Pourcentage %** | **Repos impossible** | **N = 25**** | **Pourcentage %** |
| ***Chambre calme*** | 52 | 40.63 | ***Trop de bruit*** | 8 | 32.00 |
| ***Peu de visites*** | 47 | 36.72 | ***Chambre double*** | 6 | 24.00 |
| ***Personnel attentif au sommeil*** | 29 | 22.65 | ***Visites*** | 5 | 20.00 |
| | | | ***Personnel trop présent*** | 2 | 8.00 |
| | | | ***Trop chaud*** | 2 | 8.00 |
| | | | ***Sommeil léger*** | 1 | 4.00 |
| | | | ***RDV médicaux*** | 1 | 4.00 |

Question à choix multiples
(*) 64 patientes ont donné 128 réponses. (**) 22 patientes ont donné 25 réponses.

### 2.2.4 Se vêtir, se dévêtir

| Port de la tenue de la chemise de nuit de l'hôpital | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 27 | 25.23 |
| ***Non*** | 80 | 74.77 |
| **Port de la tenue de l'hôpital** | **N = 27** | **Pourcentage %** |
| ***Le jour uniquement*** | 0 | 0.00 |
| ***La nuit uniquement*** | 8 | 29.63 |
| ***Jour et nuit*** | 19 | 70.37 |
| **Préférence** | **N = 27** | **Pourcentage %** |
| ***Habits personnels*** | 24 | 88.89 |
| ***Tenue de l'hôpital*** | 3 | 11.11 |
| **Motif du port de la tenue de l'hôpital** | **N = 30*** | **Pourcentage %** |
| ***Pas d'autres vêtements au moment de l'hospitalisation*** | 8 | 26.67 |
| ***Patiente perfusée*** | 7 | 23.33 |
| ***Il s'agit d'une tenue de nuit*** | 6 | 20.00 |
| ***Plus pratique*** | 6 | 20.00 |
| ***Nécessite moins d'organisation pour la famille*** | 3 | 10.00 |

(*) Question à choix multiples, 27 patientes ont donné 30 réponses

| Port de tenue personnelle | N = 88 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Le jour uniquement*** | 8 | 9.09 |
| ***La nuit uniquement*** | 0 | 0.00 |
| ***Jour et nuit*** | 80 | 90.91 |
| **Motif du port de tenues personnelles** | **N =94(*)** | **Pourcentage %** |
| ***« se sent mieux »*** | 86 | 91.49 |
| ***Tenue de l'hôpital peu attrayante*** | 8 | 9.31 |

(*) Question à choix multiples, 88 patientes ont donné 94 réponses.

| Patiente perfusée | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 48 | 44.86 |
| ***Non*** | 59 | 55.14 |
| **Perfusée, aide du personnel** | **N= 48** | **Pourcentage %** |
| ***Aide satisfaisante*** | 42 | 87.5 |
| ***Aide non satisfaisante*** | 6 | 12.5 |

**2.2.5 Pudeur, intimité**

| **Pudeur respectée :** | | |
|---|---|---|
| **Lors de la toilette** | **N = 103*** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 97 | 94.17 |
| ***Non*** | 6 | 5.83 |
| **Lors des examens et soins** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 98 | 91.59 |
| ***Non*** | 9 | 8.41 |
| **Lors des visites médicales** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 102 | 95.33 |
| ***Non*** | 5 | 4.67 |

(*) Dans notre population, 4 femmes n'ont pas répondu à cette question.

| **Moments d'intimité créés** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 96 | 89.72 |
| ***Non*** | 11 | 10.28 |

| **Intimité** | **N = 177*** | **Pourcentage %** | **Pas d'intimité** | **N = 11** | **Pourcentage %** |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Lors de la visite des proches*** | 93 | 52.54 | ***Lit en chambre double*** | 11 | 100.00 |
| ***Lors de conversations téléphoniques*** | 84 | 47.46 | | | |

(*) Question à choix multiples, 107 patientes ont donné 177 réponses.

**2.2.6 Hygiène, propreté**

| De la Chambre | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Très Satisfaite*** | 37 | 34.58 |
| ***Satisfaite*** | 58 | 54.21 |
| ***Peu satisfaite*** | 10 | 9.35 |
| ***Pas satisfaite du tout*** | 2 | 1.87 |
| **Des douches** | **N = 97*** | **Pourcentage %** |
| ***Très satisfaite*** | 23 | 23.71 |
| ***Satisfaite*** | 56 | 57.73 |
| ***Peu satisfaite*** | 15 | 15.46 |
| ***Pas satisfaite du tout*** | 3 | 3.09 |
| **Des W.C** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| ***Très satisfaite*** | 37 | 34.58 |
| ***Satisfaite*** | 63 | 58.88 |
| ***Peu satisfaite*** | 5 | 4.67 |
| ***Pas satisfaite du tout*** | 2 | 1.87 |

(*) Dans notre population, 10 femmes n'ont pas répondu à cette question, précisant qu'elles étaient perfusées.

**2.2.7 Religion**

| **Patiente pratiquant une religion** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 25 | 23.36 |
| ***Non*** | 82 | 76.64 |
| **Connaissance de la possibilité de rencontrer un représentant du culte** | **N = 25** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 6 | 24.00 |
| ***Non*** | 19 | 76.00 |
| **Pratique satisfaisante pendant le séjour** | **N = 25** | **Pourcentage %** |
| ***Oui*** | 17 | 68.00 |
| ***Non*** | 8 | 32.00 |
| **Motifs d'insatisfaction** | **N = 8** | **Pourcentage %** |
| ***Raison inconnue*** | 3 | 37.50 |
| ***Manque d'information sur possibilités de pratique à l'hôpital*** | 3 | 37.50 |
| ***Lieu pas adapté*** | 2 | 25.00 |

**2.2.8 S'occuper, se récréer**

| **Communication possible avec les proches** | **N=107** | **Pourcentage %** |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 89 | 83.18 |
| ***Non*** | 18 | 16.82 |
| **Communication impossible** | **N = 25*** | **Pourcentage %** |
| ***Internet difficile d'accès*** | 10 | 40.00 |
| ***Coût du téléphone portable*** | 6 | 24.00 |
| ***Coût du téléphone fixe*** | 4 | 16.00 |
| ***Difficultés de transport au CHU*** | 2 | 8.00 |
| ***Parking cher (diminue le nombre de visites)*** | 2 | 8.00 |
| ***Pas d'explication*** | 1 | 4.00 |

(*) Question à choix multiples, (*) 25 motifs ont été cités par 18 patientes.

| Se divertir pendant le séjour | N=107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 90 | 84.11 |
| ***Non*** | 17 | 15.89 |

| Divertissement possible | N = 294* | Pourcentage % | Divertissement impossible* | N = 31** | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Télévision*** | 76 | 25.85 | ***Soucieuse*** | 8 | 25.81 |
| ***Téléphone*** | 62 | 21.09 | ***Coût de TV*** | 8 | 25.81 |
| ***Visite des proches*** | 49 | 16.67 | ***Pas de livres/ passage de la bibliothécaire*** | 6 | 19.35 |
| ***Jeux, broderie, ordinateur*** | 47 | 15.99 | ***Coût du téléphone fixe*** | 4 | 12.90 |
| ***Livres*** | 42 | 14.29 | ***Pas / peu de visites*** | 3 | 9.68 |
| ***Présence du personnel*** | 12 | 4.08 | ***Coût du téléphone portable*** | 1 | 3.23 |
| ***Possibilité de sortir du service*** | 3 | 1.02 | ***« Interdiction de sortir »*** | 1 | 3.23 |
| ***Voisine de chambre agréable*** | 2 | 0.68 | | | |
| ***Présence du conjoint*** | 1 | 0.3 | | | |

Question à choix multiples
(*) 294 items ont été cités par 90 patientes, (**) 31 items ont été cités par 17 patientes.

| Fréquence du sentiment de solitude | N = 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Jamais*** | 11 | 10.28 |
| ***Rarement*** | 37 | 34.58 |
| ***Parfois*** | 49 | 45.79 |
| ***Souvent*** | 10 | 9.35 |

### 2.2.9 Apprendre et communiquer

| Temps d'attente lors de l'usage de la sonnette | N= 107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Très court*** | 28 | 26.17 |
| ***Adapté*** | 74 | 69.16 |
| ***Long*** | 4 | 3.74 |
| ***Trop long*** | 1 | 0.93 |

| Questions/craintes/doutes évoqués | N=107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 97 | 90.65 |
| ***Non*** | 10 | 9.35 |

| Motifs de satisfaction | N = 213* | Pourcentage % | Motifs d'insatisfaction* | N = 10 | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Personnel à l'écoute*** | 97 | 45.54 | ***Pas besoin de parler*** | 5 | 50.00 |
| ***Personnel disponible*** | 87 | 40.85 | ***A qui parler*** | 2 | 20.00 |
| ***Personnel demande si question*** | 29 | 13.62 | ***Difficile de se confier*** | 1 | 10.00 |
| | | | ***Personnel peu présent*** | 1 | 10.00 |
| | | | ***Attentes longues pour voir le pédiatre*** | 1 | 10.00 |

Question à choix multiples

(*) 213 motifs ont été cités par 97 patientes

| Satisfaite des réponses des soignants | N = 107 | Pourcentage |
|---|---|---|
| ***Oui*** | 100 | 93.46 |
| ***Non*** | 7 | 6.54 |

| Motifs de satisfaction | N = 171* | Pourcentage % | Motifs d'insatisfaction | N = 7 | Pourcentage % |
|---|---|---|---|---|---|
| ***Equipe prend le temps de répondre*** | 78 | 45.61 | ***Discours fluctuant*** | 5 | 71.43 |
| ***Bonne écoute*** | 49 | 28.66 | ***Pas le temps de répondre*** | 1 | 14.29 |
| ***Réponse claire*** | 44 | 25.73 | ***Pas de réponse à la question*** | 1 | 14.29 |

Question à choix multiple
(*) 171 motifs ont été cités par 100 patientes.

| **L'information délivrée est suffisante concernant :** | | |
|---|---|---|
| **Mes soins** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| **Oui** | 103 | 96.26 |
| **Non** | 4 | 3.74 |
| **Mes examens** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| **Oui** | 100 | 93.46 |
| **Non** | 7 | 6.54 |
| **Ma santé** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| **Oui** | 102 | 95.33 |
| **Non** | 5 | 4.67 |
| **La santé de mon enfant** | **N = 107** | **Pourcentage %** |
| **Oui** | 96 | 89.72 |
| **Non** | 11 | 10.28 |

Avec au minimum 89,72% de réponses positives, et allant jusque 96,26% de réponses positives, notre population se trouve suffisamment informée en ce qui concerne les soins, examens, sa santé et celle de son/ses enfant(s).

### 2.2.10 Satisfaction générale et commentaires libres

La satisfaction de notre population a été mesurée à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10, le niveau minimum de satisfaction donné par notre population était de 4 sur 10, allant jusque 10 sur 10. La moyenne était à 7,51 (avec une déviation standard de 1,42 ) et la médiane à 7.

| Satisfaction générale | N=107 | Pourcentage % |
|---|---|---|
| ***4*** | 2 | 1.87 |
| ***5*** | 9 | 8.41 |
| ***6*** | 9 | 8.41 |
| ***7*** | 37 | 34.58 |
| ***8*** | 20 | 18.69 |
| ***9*** | 22 | 20.56 |
| ***10*** | 8 | 7.48 |

La satisfaction générale des patientes est bonne, avec 81,31% de notre population qui a une satisfaction supérieure ou égale à 7.

Dans notre population, 41,2% des femmes ont commenté, nous obtenons 63 sources. Elles sont 63, soit 58,88% à ne pas avoir participé à cette question.

| **Positif** | **N = 26** | **Pourcentage %** |
|---|---|---|
| ***Remerciement (personnel à l'écoute, disponible, compétent…)*** | 22 | 84.62 |
| ***Chambres seules*** | 4 | 15.38 |
| **Négatif** | **N = 37** | **Pourcentage %** |
| ***Pas de Wifi*** | 7 | 18.92 |
| ***Pas assez de chambres seules*** | 6 | 16.22 |
| ***Pas de douche dans chambre double*** | 6 | 16.22 |
| ***Réveil tôt pour prise de température*** | 4 | 10.81 |
| ***Pas assez de chambres dans le service*** | 3 | 8.11 |
| ***Dépliant pour informer des services et tarifs (tv tel bibli, représentant du culte…)*** | 3 | 8.11 |
| ***Parking trop cher*** | 3 | 8.11 |
| ***Propreté vitres rideaux*** | 2 | 5.41 |
| ***Son de télévision mauvaise qualité*** | 1 | 2.70 |
| ***Serviette pour les repas*** | 1 | 2.70 |
| ***Tableaux aux murs*** | 1 | 2.70 |
| ***Examens médicaux RDV non ponctuels*** | 1 | 2.70 |
| ***Trop de visites*** | 1 | 2.70 |
| ***Pas de boutique en rez de chaussée*** | 1 | 2.70 |
| ***Pas d'esthéticienne/coiffeuse*** | 1 | 2.70 |

# DISCUSSION.

Les patientes ayant participé à l'étude sont âgées de 21 et 30 ans à 48,60% et 44,86% ont plus de 31 ans. Dans la littérature, nous retrouvons pour ces mêmes tranches d'âge, des pourcentages successivement de 54% et de 30% (39). Notre population de femmes hospitalisées semble plus âgée que la moyenne nationale. D'autre part, elles sont à 42,06% des primipares, chiffre concordant avec celui de la littérature : 43%. Les grandes multipares interrogées sont 15,88%, versus 10%. Ceci peut être expliqué par le fait que notre population est plus âgée et donc plus représentative des grandes multipares.

Les pathologies retrouvées comme motif d'hospitalisation ne correspondent pas aux pathologies les plus fréquemment citées au niveau national. En effet, les trois pathologies le plus représentées sont, par ordre décroissant, la menace d'accouchement prématuré 30,84%, la rupture prématurée des membranes 13,08%, et l'hypertension artérielle gravidique associée ou non à une pré éclampsie 12,15%. Tandis que le « trio » de tête dans la littérature est MAP, HTAG/PE, retard de croissance in utéro (RCIU). Dans notre étude, le RCIU arrive en cinquième position avec 7 femmes hospitalisées pour ce motif, soit 6 ,54%. Nous supposons que dans la littérature, la RPM est associée à la MAP tandis que nous avons choisi de séparer ces 2 motifs d'hospitalisation.

La durée d'hospitalisation au moment de l'enquête est courte, 90,65% des femmes sont hospitalisées depuis moins d'une semaine. Nos chiffres ne sont pas comparables aux chiffres nationaux, en effet, la distribution du questionnaire pendant l'hospitalisation des patientes a créé un biais. Notre présence dans le service UGP était quasi quotidienne, distribuant aux femmes notre questionnaire lors du 2$^{ème}$ jour d'hospitalisation, et les sollicitant rapidement au cours de ce même séjour afin de le récupérer. Notre étude reflète la satisfaction des patientes à un temps « t » au cours de leur hospitalisation et non pas, comme il est recommandé dans les étapes de constitution d'un questionnaire de satisfaction, après le retour à domicile.

La satisfaction générale du séjour des patientes est élevée, avec 81,31% des patientes ayant un degré de satisfaction égal ou supérieur à 7 sur une échelle allant de 0 à 10, et aucun score inférieur à 4. Des remerciements ponctuent ce haut degré de satisfaction (Annexe II). Tout au long des résultats, la qualité du personnel joue un rôle dans le taux de satisfaction des patientes : une pudeur respectée dans 93,70% des cas à tout moment de la journée, des questions qui peuvent être posées (90,65%), des réponses satisfaisantes (93,46%), grâce à une équipe disponible, ayant une bonne écoute, et qui prend le temps de répondre, une aide satisfaisante du personnel dans

87,5% des cas pour les femmes perfusées, un personnel attentif dans 33,79% des motifs de satisfaction concernant le sommeil la nuit, et 22,65% pour le repos la journée.

Notre population est composée à 35,51% de femmes transférées. Sur l'année 2010, plus d'une naissance sur 10 était d'abord prévue dans un autre établissement (282 transferts pour 2811 naissances). La satisfaction générale des femmes transférées n'est pas différente de celles des femmes initialement suivie à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen, malgré l'importance du choix d'établissement dans leur projet de naissance pour 76,32% d'entre elles. 84,21% de toutes les femmes composant notre population ont un score de satisfaction supérieur ou égal à 7. Les patientes provenant de transferts in utéro accordant de l'importance au choix d'établissement dans leur projet de naissance sont 82,76% à avoir ce même score de satisfaction. (Annexe III).

Dans un secteur où les pathologies sont omniprésentes, la réactivité du personnel est primordiale. Lors de l'usage de la sonnette, 95,33% considèrent le temps d'attente adapté ou très court. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP/HP) réalise chaque année depuis 2001 une enquête de satisfaction des patients hospitalisés dans tous les secteurs de court séjour. Une question concernant l'attente lors d'appels urgents est retrouvée dans l'enquête SAPHORA (43) de 2009 où 42% des patients interrogés déclarent être très satisfaits. Malheureusement, nous ne pourrons pas utiliser les chiffres de cette enquête comme référence car pour chaque question, cinq réponses sont proposées pour le degré de satisfaction tandis que nous avons choisi de n'en mettre que quatre comme c'est le cas dans l'enquête interne du CHU de Rouen « 1 jour donné » (42).

Au cours de leur séjour, les patientes, à 74,77%, portent leurs tenues personnelles. Le port de la tenue hospitalière était pendant longtemps imposé. L'évolution de l'hospitalisation se traduit notamment par une plus grande liberté dans la tenue vestimentaire. Il est important pour ces femmes de continuer à s'apprêter, à plaire, pour leurs familles et amis, pour elles. Le fait de porter ses tenues a une action positive sur le moral de la patiente hospitalisée mais aussi sur l'image que les visiteurs ont d'elle. Sauf dans les cas où la situation médicale l'impose, nous devons favoriser ce comportement, afin d'aider à dédramatiser le séjour, afin de favoriser un meilleur vécu de la grossesse.

Concernant la restauration, notre population est à 91,12% satisfaite, contre 80,3% dans l'enquête « un jour donné » sur tout le pôle femme mère enfant (PFME).

Pour l'installation au repas, même si le taux de satisfaction est également élevé, 91,59%, les motifs d'insatisfaction nous interpellent. Pour 45% des insatisfaits, ils concernent soit l'installation, soit l'adaptable. En parallèle, nous observons que 7 patientes ont expliqué leur satisfaction par la présence d'une *« petite table permettant de manger comme chez soi »*. Seules 3 femmes évoquent une eau *« pas fraiche »* ou *« pas bonne »*, cependant cet élément serait facilement rectifiable grâce à la présence d'une fontaine à eau en bout de service, disponible à tout moment pour les patientes. Afin de mieux satisfaire, l'accompagnement auprès des patientes en ce qui concerne leur installation doit être renforcé, en les invitant par exemple de s'assoir au fauteuil plutôt qu'au lit.

Nos participantes évoquent à 44,86% une gêne provoquée par la température ambiante de la pièce. Il ne ressort pas de moment particulier où la température est plus embarrassante. Cependant, elles sont majoritaires à trouver la température ambiante chaude (une seule femme nous dit avoir froid) ce qui est cohérent avec l'état de grossesse (les femmes enceintes ont plutôt tendance à avoir chaud que froid). Par ailleurs, notre enquête a été réalisée entre septembre et décembre. Qu'en serait-il si elle avait eu lieu l'été ? Les propositions des patientes pour remédier à ce problème sont nombreuses, simples et largement envisageables : avoir une couverture à disposition contre le froid, des ventilateurs lorsqu'il fait chaud, pouvoir monter ou baisser le chauffage. En ce qui concerne le chauffage, sa gestion est centralisée et pavillonnaire. Les patientes ne peuvent pas agir seules, elles doivent faire une demande auprès d'un membre de l'équipe afin de faire remonter la demande au niveau du cadre. L'installation de thermostats dans chaque chambre règlerait aisément ce problème.

Pour 85,72% des participantes, l'heure idéale du réveil se situe entre 7h30 et 8h30. En effet, 33,64% des expectantes interrogées considèrent que le réveil est effectué trop tôt le matin. Le réveil pour prendre la température est mis en exergue. Actuellement le réveil débute vers 7h avec, la prise de la température d'une part, et les enregistrements cardiotocographiques d'autre part. Le service du petit déjeuner s'échelonne ensuite entre 7h30 et 8h30. La prise de la température pourrait aisément s'effectuer à un autre moment de la matinée, sauf dans les situations à risque infectieux où il peut être couplé aux enregistrements effectués par la sage-femme, limitant ainsi les réveils précoces dans toute l'unité.

L'hospitalisation en chambre seule satisfait 100% de ses occupantes. Même si toutes les femmes insatisfaites sont en chambre double, 77,14% des patientes en chambre à 2 lits en sont satisfaites. Cependant, le critère « chambre double » est corrélé au degré de satisfaction de différents items mesurés dans notre questionnaire. La totalité des femmes se trouvant dans l'impossibilité d'avoir des moments d'intimité, ou pour lesquelles la pudeur n'a pas été respectée lors des visites médicales (Annexe IV) est hospitalisée en chambre double. Le critère « chambre double » représente successivement 32.44% des commentaires libres négatifs, 24% des femmes évoquant des difficultés à se reposer dans la journée, et 7,14% des femmes pour lesquelles le sommeil la nuit n'était pas satisfaisant.

La pudeur est respectée pour 93,70% des patientes lors des différents temps de l'hospitalisation. Un mémoire a déjà abordé le thème du respect de la pudeur (38) en 2007, autour de l'accouchement et dans les premiers temps du séjour en suites de couches. Ses résultats étaient comparables aux nôtres avec 96,70% des femmes qui étaient très satisfaites ou satisfaites. Cette étude montrait l'importance de l'attitude des professionnels dans le respect de la pudeur des patientes que nous prenons en charge.

L'item « nombre de visites » représente 20% des impossibilités de se reposer la journée, nous regrettons de ne pas savoir s'il s'agit des visites personnelles à la patiente ou s'il s'agit, dans le cas de chambres doubles, des visites de la voisine de chambre. Ce thème est important à aborder et ce de façon légitime, car le taux d'occupation du service UGP est de 102% pour l'année 2010. Une femme hospitalisée en chambre double a donc toujours au moins une voisine a un moment de son hospitalisation. Par ailleurs, l'unité de grossesses pathologiques n'est pas aux normes imposées par le décret 98-900, celui-ci dit que chaque service doit être pourvu à hauteur de 80% de sa capacité d'occupation, de chambres seules. A l'heure actuelle, nous avons 6 lits en chambres seules pour 10 lits en chambres doubles, soit 37,5% de chambres seules.

Ces chiffres confortent le projet de service de la clinique gynécologique et obstétricale qui doit se réaliser sur 2011-2012 comprenant des travaux d'ampleur. Les locaux vont être reconfigurés afin de répondre au mieux aux besoins des patientes : une multiplication des chambres seules, la réalisation de douches dans toutes les chambres (actuellement 3 douches dans le secteur réservées aux 10 femmes hospitalisées en chambre double), une réfection de tous les sols et murs, et des améliorations sur le plan thermique et phonique ainsi que des travaux de décoration, pour une plus grande satisfaction des patientes. Le secteur des grossesses pathologiques devrait également

s’agrandir courant 2012 en passant de 16 à 18 lits. Ces travaux devraient permettre d’améliorer encore la satisfaction des patientes en ce qui concerne tous les points suscités en rapport avec l’hospitalisation en chambre double.

Le bruit, également cité comme empêchant le repos la journée (32%) et le sommeil la nuit (10,20%), devrait être diminué suite aux travaux. La journée, la sage-femme et son équipe doivent suivre leur organisation afin de prendre en charge de façon optimale les patientes. Mais la nuit, cette prise en charge passe aussi par le respect du sommeil et chaque membre de l’équipe, sous la direction de la sage-femme, et en fonction des urgences, doit veiller, dans la mesure du possible, à ne pas perturber le sommeil des patientes.

La propreté des locaux est un autre critère obtenant un bon taux, avec 87.90% de patientes satisfaites ou très satisfaites (30,96% sont très satisfaits). En comparaison, pour l’enquête SAPHORA, 22% des patients interrogés ont une opinion très positive de la propreté de leur chambre, soit un score légèrement inférieur mais comparable. Il n’y a pas de différence significative entre la satisfaction de la propreté des différents locaux en fonction du type de chambre (simple ou double) (Annexe V). Si l'objectif du nettoyage des locaux et équipements est de donner un aspect agréable et un niveau de confort et de propreté, il doit, dans un établissement de santé, assurer aussi l'hygiène des patients, des visiteurs et des personnels. L'hygiène de l'environnement hospitalier a pour objectif de limiter les apports contaminants provenant de l'eau, de l'air, des surfaces et des déchets. Ces mesures d'hygiène générale visent à faire obstacle à la transmission des microorganismes aux milieux de l'environnement et aux patients. Il s’agit de lutte contre les infections nosocomiales.

Notre population déclare être suffisamment informée, à 93,69%, lorsque sont abordés les soins, examens, état de santé de la patiente et de l’enfant qu’elle porte. L’information du patient fait partie de ses droits. La charte du patient l’évoque : « toute personne a le droit d’être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différents examens, les traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves induits mais normalement prévisibles, les autres thérapeutiques possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles, se doit d’informer le patient. » Annexe VI

En ce qui concerne la communication avec l'ensemble de l'équipe, les patientes sont satisfaites des réponses des soignants à 93,46%. Ceci représente un taux satisfaisant. Satisfaire aux questions des patients nous semble très important étant donné qu'une non réponse ou une réponse incomplète peut engendrer plus de stress pour les patientes. Parmi les 7 femmes insatisfaites, 5 parlent d'un « discours fluctuant » de l'équipe. Chaque médecin a sa façon de présenter la situation, et les patientes peuvent être vite perdues dans tous les termes médicaux, et les nuances de leur analyse. De plus, elles n'osent pas, le plus souvent, poser les questions qui pourraient éclairer ces interrogations au médecin présent. Ce dernier, passant chaque jour pour la visite dans le service, sa présence n'est que ponctuelle, et assez brève avec chaque patiente. De plus, le nombre de participants lors des visites peut gêner la patiente. Les sages-femmes, de part leur formation et leur présence continue auprès des patientes, possèdent les connaissances suffisantes, le temps nécessaire et l'écoute pour réexpliquer une information mal comprise, ou refaire appel aux personnes compétentes. De plus, elles peuvent paraître plus accessibles aux patientes que les médecins. De ce fait, la sage-femme doit être attentive à la compréhension des événements par la patiente et doit fournir les informations nécessaire à sa collègue la succédant afin d'optimiser la prise en charge de chaque femme, dans sa spécificité. Les transmissions orales et écrites doivent être de qualité permettant une cohérence et un meilleur suivi.

La fréquence du sentiment de solitude est très variable, mais 55,14% des participantes se sentent souvent ou parfois seules. Nous n'avons pas pu établir de lien entre la fréquence du sentiment de solitude et l'âge, la parité, le terme, l'éloignement avec le domicile ou encore le motif d'hospitalisation (Annexe VII). Néanmoins, la communication avec les proches a été possible pour 83,18% des femmes. Les éléments qui ont entravé la communication avec les proches sont dans 40% des cas le coût des communications (téléphone personnel ou ligne fixe à l'hôpital). Dans 40% des cas, elles évoquent également les difficultés liées à l'impossibilité de se connecter à internet. En effet, seules 3 clés 3G+ étaient disponibles à l'anneau central du CHU de Rouen au moment où l'enquête était réalisée. D'ailleurs, 18,92% des remarques négatives laissées en commentaire libre à la fin du questionnaire concernent l'absence de « wifi » au sein du bâtiment, il s'agit du commentaire qui est le plus fréquemment cité. En ce qui concerne leur divertissement, il se fait grâce à la télévision (25,85%), les communications téléphoniques (21,08%) mais aussi, en cinquième position la possibilité de lire (14,29%). Nous retrouvons donc logiquement, pour les femmes qui

n'ont pas pu communiquer (16,82%) ou se divertir (15,89%), le coût de la télévision (25,81%), le coût du téléphone fixe (12,90%) et également le fait de ne pas avoir de livres, et donc de n'avoir pas bénéficié du passage de la bibliothécaire (19,35%) comme motif d'insatisfaction. Une question abordant ce thème est également présent dans les enquêtes SAPHORA et « 1 jour donné », sous la formulation « téléphone télévision » d'une part et » téléphone télévision internet » d'autre part. Les patients sont à 20% très satisfaits chez SAPHORA et à 33,1% chez « 1 jour donné » en ce qui concerne le pôle femme mère et enfant. Le fait que cet item soit abordé dans ces 2 enquêtes montre l'importance que nous devons y accorder pour une meilleure satisfaction du séjour.

Concernant télévision et téléphone, ceux-ci sont gérés par un organisme privé. Nous n'avons donc aucune possibilité d'influer sur les tarifs, cependant, une chaîne de télévision créée par l'hôpital existe et est en diffusion gratuite. De plus, les communications téléphoniques provenant de l'extérieur n'entraînent pas de frais supplémentaires à la personne hospitalisée. Ces informations sont disponibles dans le livret d'accueil du CHU Charles Nicolle, il comprend, entre autres, le programme de la chaîne HTV de l'hôpital.

L'évolution de l'hôpital doit suivre l'évolution sociétale, afin d'adapter les services possibles aux divertissements et moyens de communication qui existent au quotidien pour chacun d'entre nous. A une époque ou Internet est omniprésent, et le wifi disponible dans un large panel de sociétés publiques, ils ne peuvent pas être écartés des services proposés dans un CHU. Internet est aujourd'hui utilisé de tous, tant pour un usage professionnel que personnel. L'installation d'une borne wifi permettrait d'augmenter encore la satisfaction des critères « communication » et « divertissement » et pourquoi pas, jouer sur la fréquence du sentiment de solitude. Un passage plus fréquent de la bibliothécaire aurait également cet effet.

La proportion de femmes pratiquant une religion est plutôt faible, 25 patientes soit 23,36%. Parmi elles, 76% ne savent pas qu'elles ont la possibilité de rencontrer un représentant du culte. Néanmoins, 68% de ces femmes ont pu pratiquer leur religion de manière satisfaisante. Parmi les motifs d'insatisfaction, 3 participantes sur 8 ont évoqué le manque d'informations concernant les possibilités de pratique religieuse au CHU de Rouen.

D'ailleurs, 3 autres femmes ont également manifesté leur intérêt pour un dépliant informatif des services proposés par l'hôpital dans sa globalité. Ce livret d'accueil existe, son contenu est règlementé par l'arrêté du 15 avril 2008, nous pouvons

y retrouver une présentation générale de l'établissement de santé, des informations sur l'admission, le séjour, la sortie, les droits des usagers, un résumé de la charte de la personne hospitalisée… Il est complété par des annexes : questionnaire de satisfaction, informations concernant le culte, le coût des différents services (téléphone, télévision) et également un questionnaire de satisfaction du séjour. La mise à disposition de ce livret semble peu répandue, nous le retrouvons dans le service de consultations au rez-de-chaussée du pavillon mère et enfant, dans les chambres du service de gynécologie et dans celles du service de suites de couches, mais pas dans l'unité de grossesses pathologiques. Le livret d'accueil est un support qui doit guider et éclairer les patientes pendant leur séjour dans l'établissement. Il doit être remis, ainsi que le précise la loi 2002-2 (52), au moment de l'admission de la personne hospitalisée. Dans ses propositions, le Ministère de la Santé souligne que le moment le plus approprié pour la remise du livret d'accueil pourrait être celui où la décision d'hospitalisation est prise. La mise à disposition du livret sur un présentoir est à proscrire : ce livret ne présente un intérêt que pour la personne qui va être accueillie, ou ses proches. La remise du livret doit donc être personnalisée, un temps d'échange suffisant doit être prévu, afin de tenir compte des difficultés éventuelles des personnes accueillies. Il est moins contraignant de laisser le livret à disposition que de le faire remettre par un professionnel. Mais il n'existe pas d'autre moyen permettant de s'assurer que la personne accueillie et ses proches aient bien reçu ce livret, et compris sa finalité. L'établissement a obligation d'information.

Dans le même esprit, se développent actuellement, pour tous les services du CHU de Rouen, des « guides pratiques du service ». Ils contiennent des informations spécifiques au service en question, les pathologies rencontrées, les différents personnels, l'accès au service, les horaires de visites, ainsi qu'un bref rappel de l'existence du livret d'accueil déjà existant comme outil de référence.

La satisfaction est mesurable, il est nécessaire de favoriser le remplissage et le retour du questionnaire présent dans le livret d'accueil. Il s'agit là d'un axe de travail qui doit se développer. Sur l'année 2010, seulement 12 questionnaires ont été retournés pour tout le pôle femme-mère-enfant. La satisfaction de l'usager est un souci permanent de la démarche qualité, et se doit d'être un souci constant de l'ensemble des acteurs de soins. Il s'agit d'un indicateur reconnu de la prise en charge des patients dans le cadre de la politique qualité et des préconisations du rapport annuel de la Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge. La sage-femme, dans le

cadre des évaluations des pratiques professionnelles, doit concourir à l'évaluation de la qualité dans le secteur où elle évolue.

La réforme de la gouvernance hospitalière constitue l'un des axes majeurs de la modernisation du système de santé permise par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Concrètement il s'agit de mettre en place des pôles d'activité, ce nouveau découpage de l'hôpital répond à une logique économique : il s'agit de mutualiser les ressources afin de limiter les dépenses, sans perdre de vue l'objectif premier de qualité. La qualité concerne la qualité des soins, mais aussi l'accessibilité de l'établissement, le délai de rendez-vous, le confort dans les salles d'attente, la satisfaction de l'usager sur différents thèmes. Dans cette logique, l'attractivité de l'établissement prend énormément d'ampleur afin de fidéliser la patientèle. Une patiente est fidèle à un établissement qui la satisfait, d'où l'importance de la mesure régulière de sa satisfaction afin de mettre en place des actions de corrections ou d'améliorations. Ainsi, l'étude réalisée nous a permis d'évaluer la satisfaction des patientes hospitalisées en unité de grossesses à hauts risques, et nous permet de dresser un bilan précis des points positifs et négatifs. Cette étude pourrait être réalisée de manière ponctuelle et récurrente afin d'évaluer l'évolution des degrés de satisfaction. Elle a sa place dans une démarche qualité où l'usager est mis au centre des préoccupations.

# CONCLUSION.

La grossesse est un moment important dans la vie d'une femme. De nombreux facteurs influencent son vécu, l'hospitalisation en fait partie. L'objectif de notre mémoire était d'évaluer le degré de satisfaction des patientes en regard de la prise en charge des besoins fondamentaux pendant leur séjour dans l'unité de grossesses pathologiques.

L'étude réalisée auprès de 107 patientes nous permet d'affirmer que leur degré de satisfaction est bon, avec une satisfaction générale du séjour s'élevant à une moyenne de 7 sur 10. Le travail fourni par l'équipe médicale et paramédicale auprès des patientes peut être félicité. L'équipe est, à de très nombreuses reprises, qualifié de disponible, compétente, rassurante, possédant une bonne qualité d'écoute…

L'évolution des conditions de vie des patientes et de leurs exigences entraîne une constante adaptation du milieu hospitalier, tant sur le plan architectural (développement des chambres seules/douches particulières) qu'au niveau de l'adaptation des services (wifi, bibliothécaire), et de l'organisation du travail (horaires du réveil notamment). La planification des soins se fait en fonction du patient qui les reçoit. Le rôle de la sage-femme est de maintenir à un niveau optimal la satisfaction des patientes, grâce à un travail d'équipe, favorisant un suivi médical de qualité mais aussi une écoute et une prise en charge personnalisée.

L'information des patientes est un devoir pour le personnel et un droit pour la patiente, il est nécessaire d'optimiser les outils existants, tel le livret d'accueil et sa mise à disposition, pour une meilleure efficience.

La place de l'usager dans l'organisation du système de santé est de plus en plus importante, ceci se traduit par une évolution règlementaire et une montée en puissance des associations d'usagers ainsi qu'une place croissante des démarches qualité. Une démarche qualité repose sur l'évaluation des pratiques professionnelles mais sur la satisfaction des usagers, satisfaction qui doit tenir une place centrale dans notre exercice professionnel.

# BIBLIOGRAPHIE.

**Ouvrages**


1. ANDEO G. DAYAN J. DUGNAT M. – Psychopathologie de la périnatalité – Editions Masson – Collection les âges de la vie – 1999 – 549 pages
2. BERGERET-AMSELEK C. – Le mystère des mères Ed Desclée de Brouwer – 1998 -Paris – 72 pages.
3. CLEMENT J-M. – 1900-2000 : La mutation de l'hôpital – Editions Les études hospitalières
4. CLERGET J. Fantasmes et masques de grossesse – Ed Presse Universitaire de Lyon – 1986 – 259 pages.
5. COLMAN A. – COLMAN L. – La grossesse, expérience psychologique – Editions Robert – Collection Réponses – 1973 – 251 pages
6. DELAISI G. – La part de la mère – Ed Odile Jacob – 1997 – Paris – 172 pages.
7. DIRECTION DE L'ACCREDITATION ET DE L'EVALUATION DES PRATIQUES – L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. HAS – juin 2005 – 56 pages
8. HENDERSON V. – Principes fondamentaux des soins infirmiers – 1966 – révision 2003 – 59 pages
9. KNIBIEHLER Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident - Editions Que sais-je ? PUF-Paris, 2000 – 123 pages
10. MATILLON Y. – MAISON NEUVE H. – L'évaluation en santé : de la pratique aux résultats – Editions médecine-sciences – Flammarion – 2007 – 207 pages
11. MARBEAU-CLEIRENS B. – Psychologie des mères – Editions universitaires – 1966 – 213 pages
12. MAREC Y. - Les hôpitaux de Rouen, du moyen-âge à nos jours : 10 siècles de protection sociale – Health & fitness – 2005 – 178 pages
13. SABOURIN R. Les cinq sens dans la vie quotidienne – Editions Erasme – Belgique, 1995 – 144 pages
14. STEWART R , SZEJER M – Ces neuf mois la – Ed Robert Laffont – 1994 – Paris – 302 pages.

**Articles**


15. ANCEL P-Y. BLONDEL B. FOIX-L'HÉLIAS L. - Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995 - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 29 : 55–65, 2000.
16. ARNAULT S. EVAIN F. FIZZALA A. LEROUX I - n°691- L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle**.** - Etudes et résultats - mai 2009.
17. BADEYAN G. BLONDEL B. BRÉART G. MAZAUBRUN du C. WCISLO M. LORDIER A. MATET N. - La situation périnatale en France, évolution entre 1981 et 1995 - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 26 : 770-780, 1997.
18. BADEYAN G. WCISLO M. BUSSIÈRE E. LORDIER A. MATET N. BLONDEL B. MAZAUBRUN du C. NORTON J. BRÉART G. - La situation périnatale en France en 1998 - Études et Résultats, n° 73, juillet 2000, Drees.
19. BERNARD M-R. Devenir mère, approches phénoménologique et herméneutique des réajustements identitaires féminins – Les dossiers de l'obstétrique – décembre 2009 – n°388 – p12-24
20. BIAMONTI M. – Les 14 besoins fondamentaux… selon Virginia Henderson, Revue de l'infirmière, octobre 1998, n° 42, p 55-58
21. BLONDEL B. BRÉART G. NORTON J. MAZAUBRUN du C. - Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998 - Journal de Gynécologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction 2001; 30:552-564.
22. BLONDEL B. WCISLO M. - La naissance en France en 1995. Enquête nationale périnatale - Informations rapides - n° 80 - octobre 1996, SESI.
23. BRANDON A-R. TRIVEDI M-H. HYNAN S. MILTENBERGER P-D. LABAT D-B. RIFKIN J-B. STRINGER C-A. – Prenatal depression during pregnancy in women hospitalized for obstetric risk. – J Clin Psychiatry – Avril 2008 – Volume 69 – n°4 – p635-643
24. BREEN G. CARSON G. LAKE M. O'CONNOR T. QUINN C. PRICE S. – The spiritual experience of high risk pregnancy – J obstet gynaecol neonatal nurs – janvier-février 2007 – volume 36 – n°1 – p 63-70

25. COLLET M. - Satisfaction des usagères des maternités a l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, Etudes et résultats, septembre 2008, n°660
26. DAIGNE M. GOUYON J-M. – Démarche qualité dans les réseaux de périnatalité – Profession sage-femme – Juin 2008 – n°146 – p20-25
27. EVRARD A. – La qualité vue par les usagers - Profession sage-femme – Juin 2008 – n°146 – p32-35
28. GASQUET I. LOMBRAIL P. MORET L. NGUYEN J-M. PILLET N., Evaluer la satisfaction des patients hospitalisés : validation d'une version courte de l'EQS – Risques et qualité en milieu de soins -2004 – n°4 – p21-28.
29. HALFON Y. – La relaxation chez les femmes enceintes hospitalisées – Dossiers de l'obstétrique
30. GASQUET I. – Satisfaction des patients hospitalisés : un indicateur central de mesure de la performance médicale et de la qualité des soins - Profession sage-femme – Juin 2008 – n°146 – p27-31
31. MOREL CINQ-MARS J. – Quand la pudeur prend corps – Le journal des psychologues – Mars 2004 – n°215 – p44-47
32. PAUCHET-TRAVERSAT A-F. Evaluer la qualité des soins –Soins cadres – mai 2006 –n°58 – Editions Masson – p18-19
33. WINNICOTT D.W. – La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot - 1969 – p168-174

**Mémoires**

34. AUGER H. - Vécu de l'hospitalisation prénatale. - Mémoire de l'école de Sage-femme de Rouen – 1999
35. BONNAT L. RONDINAUD J. - Perception de la sage-femme par les femmes enceintes hospitalisées dans les services de grossesses pathologiques. Mémoire de l'école de Sage-femme de Bordeaux 2 Victor Segalen – 1999
36. DE FREITAS V. – Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale au CHU de Rouen : étude de 100 patientes. Mémoire de l'école de Sage-femme de Rouen - 2008
37. PAPAVOINE E. – Les femmes enceintes hospitalisées : prise en charge. Mémoire de l'école de Sage-femme de Rouen – 1995

38. TALBOT L. – Le respect de la pudeur à la maternité du CHU de Rouen. Mémoire de l'école de Sage-femme de Rouen - 2007

**Autres documents**

39. BLONDEL B. Rapport « Enquête nationale périnatale 2003 Situation en 2003 et évolution depuis 1998 », INSERM
40. DAYAN J. HERBEL C. – Rapport sur les facteurs psychologiques impliqués dans la grossesse. – DRASS de Basse-Normandie
41. Rapport DUCAMIN « pour une politique de santé » L'hôpital, p231, 1971
42. Enquête de satisfaction « 1 jour donné » réalisée le 11 mai 2010 au CHU de Rouen. Direction de la clientèle et de droit des patients
43. Enquête « SAPHORA » de satisfaction des patients hospitalisés AP/HP juin 2009

**Textes de loi**

44. Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé
45. Circulaire DHOS du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux en périnatalité
46. Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/090 du 2 mars 2006 expliquant la charte de la personne hospitalisée
47. Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
48. DECRET 98-900 du 9 oct 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique
49. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
50. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
51. Loi n°2002-2 article 311-4 du code de l'action sociale et des familles relative au livret d'accueil et à son contenu

**Sites internet**


52. Plan de périnatalité 2005-2007 «Humanité, proximité, sécurité, qualité » @www.santor.net/pdf/sfmp/planperinet/pdf
53. http://www.insee.fr/fr/insee-regions/reunion/themes/dossiers/parite/parite_sante_grossesse.pdf
54. http://www.insee.fr/fr/regions/nord-pas-de-calais
55. http://cerc-congres.com/20070523_assisesSF/compterendu 35ème assises nationales des Sages-femmes – 18ème session européenne – 2009
56. http://www.cngof.asso.fr
57. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat/5_metropole.htm
58. http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf

# ANNEXES.

# SOMMAIRE DES ANNEXES


| | |
|---|---|
| ANNEXE I | QUESTIONNAIRE AUX PATIENTES |
| ANNEXE II | REMERCIEMENTS DES PATIENTES |
| ANNEXE III | SATISFACTION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DU CHOIX DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE CHEZ LES FEMMES TRANSFEREES |
| ANNEXE IV | PUDEUR RESPECTEE AUX DIFFERENTS TEMPS DE LA JOURNEE EN FONCTION DE TYPE DE CHAMBRE : DOUBLE VS SIMPLE |
| ANNEXE V | APPRECIATION DE LA PROPRETE DES LOCAUX EN FONCTION DU TYPE DE CHAMBRE : DOUBLE VS SIMPLE |
| ANNEXE VI | ARTICLE L1111-2<br>Modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37 |
| ANNEXE VII | FREQUENCE DU SENTIMENT DE SOLITUDE EN FONCTION DE L'ELOIGNEMENT DU DOMICILE, LA PARITE, LE TERME, MOTIF D'HOSPITALISATION ET AGE |

ANNEXE I

Questionnaire aux patientes

# ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS FONDAMENTAUX EN HOSPITALISATION PRENATALE

Madame,

Je m'appelle Lucie Bénard, je suis étudiante sage-femme en quatrième année.
Je réalise, dans le cadre de mes études, un mémoire sur l'hospitalisation prénatale.

Je m'intéresse au vécu de votre hospitalisation, et plus particulièrement à la prise en charge de ce que nous appelons, les besoins fondamentaux. Ces derniers englobent différents éléments dont votre alimentation, votre sommeil ou encore votre temps libre.

Cette étude a pour but d'améliorer la qualité de votre séjour au sein de notre service. C'est pourquoi je sollicite votre participation avec beaucoup d'intérêt.

Ce questionnaire sera analysé de façon anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre collaboration et je vous prie de croire, Madame, à l'expression de mes sincères salutations.

# QUESTIONNAIRE

**Vous :**

1. Quel âge avez-vous? _____

2. Vivez-vous en couple (mariage, PACS, concubinage)?

   ❒ oui ❒ non

3. Quelle est la durée de votre trajet domicile-hôpital?
   ❒ < 15 min ❒ de 15 à 30 min ❒ de 30 à 45 min ❒ > 45 min

4. Avez-vous d'autres enfants? ❒ oui ❒ non
   - Si oui, combien : _____

5. Quel est le motif de votre hospitalisation?
   _____

6. A quel terme êtes-vous (en semaines d'aménorrhée) ?
   _____

7. Avez-vous été transférée d'un autre établissement?
   ❒ oui ❒ non
   - Si oui, lequel : _____
   - Si oui, ce choix d'établissement était-il important pour vous dans votre projet de naissance ?
     ❒ oui ❒ non

8. Etes-vous en chambre double ?
   ❒ oui ❒ non
   Etes-vous satisfaite ?
   ❒ oui ❒ non

9. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisée ?
   ❒ < à 3 jours ❒ de 4 à 7 jours ❒ de 8 à 14 jours
   ❒ de 15 à 21 jours ❒ de 22 à 28 jours ❒ > à 28 jours

**Votre séjour :**

*Boire et Manger*

10.Estimez-vous que vous mangez à votre faim ?

❒ oui ❒ non

buvez à votre soif ?

❒ oui ❒ non

- pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

| Si oui | Si non |
|---|---|
| ❒ les repas sont de qualité | ❒ la nourriture ne me plaît pas (le goût , la qualité) |
| ❒ les quantités servies sont satisfaisantes | ❒ je souhaiterais des quantités plus importantes |
| ❒ les repas sont servis chauds | ❒ les repas sont servis froids |
| ❒ le choix des menus est varié | ❒ le choix des repas n'est pas assez diversifié |
| ❒ autre : _____ _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ _____ |

11. L'installation pour les repas est-elle satisfaisante ?

❒ oui ❒ non

- pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

| Si oui | Si non |
|---|---|
| ❒ la tablette adaptable est pratique | ❒ l'installation au lit n'est pas pratique |
| ❒ le lit médicalisé permet une bonne assise | ❒ la perfusion me gêne |
| ❒ si j'ai besoin d'aide, le personnel est présent | ❒ la présentation en barquette n'est pas pratique |
| ❒ autre : _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ |

*A propos de la température*

12. Comment trouvez-vous la température de la pièce ?

❒ chaude ❒ tempérée ❒ froide

13. Y-a-t-il un moment de la journée où vous êtes gênée par la température de la chambre ? ❒ oui ❒ non
    - Si oui, à quel moment ? (si non, reportez-vous à la question 15)
      ❒ matin ❒ après-midi
      ❒ soirée ❒ nuit
    - Si oui, comment pourrions-nous y remédier ?
      _____
      _____
      _____
      _____

*Dormir, se reposer*

14. La nuit, êtes-vous satisfaite de votre sommeil ?
    ❒ pas satisfaite du tout ❒ satisfaite
    ❒ peu satisfaite ❒ très satisfaite

15. La nuit, estimez-vous que vous dormez suffisamment ?
    ❒ oui ❒ non
    - pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

| Si oui | Si non |
|---|---|
| ❒ je n'ai pas de souci pour dormir | ❒ j'ai un sommeil léger |
| ❒ service calme | ❒ trop de bruit dans le service |
| ❒ personnel attentif à mon sommeil | ❒ dérangée par les soins |
| ❒ lit confortable | ❒ lit pas assez confortable |
| ❒ autre : _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ |

16. Estimez-vous que vous êtes réveillée trop tôt le matin ?
    ❒ oui ❒ non

17. Quelle est, selon vous, l'heure idéale du réveil dans un service de soins ?
    _____

18. Ressentez vous le besoin de vous reposer dans la journée ?
    ❒ oui ❒ non
    Si non reportez vous à la question 21

19. Si oui, arrivez-vous à vous reposer dans la journée ?

❒ oui ❒ non

- pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

| Si oui | Si non |
|---|---|
| ❒ chambre calme | ❒ trop de bruit |
| ❒ le personnel est attentif à mon sommeil | ❒ personnel trop présent |
| ❒ peu de visites quand je veux me reposer | ❒ trop de visites |
| ❒ autre : _____ _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ _____ |

*Se vêtir, se dévêtir*

20. Pendant votre séjour, êtes-vous vêtue de la chemise de nuit de l'hôpital?

❒ oui ❒ non

- <u>Si oui :</u>
  - à quel moment ?

❒ uniquement le jour
❒ uniquement la nuit
❒ jour et nuit

- préféreriez-vous mettre vos habits personnels ?

  ❒ oui ❒ non
- pourquoi portez-vous la chemise de nuit de l'hôpital ?
  (plusieurs réponses possibles)
  ❒ je n'ai pas d'autres habits avec moi
  ❒ le personnel préfère que je sois en tenue hospitalière
  ❒ autre :
  _____
  _____

- Si non :
    - Vous mettiez vos habits personnels :

❒ uniquement le jour
❒ uniquement la nuit ❒ jour et nuit

- Pourquoi mettiez-vous vos habits ? (plusieurs réponses possibles)
  ❒ je me sens mieux dans mes habits
  ❒ les chemises de nuit ne sont pas à mon goût
  ❒ autre :
  _____
  _____

21. Si vous êtes perfusée ou restreinte dans vos mouvements, avez-vous besoin d'aide pour vous habiller/déshabiller ?
❒ oui ❒ non

- Si oui, êtes vous satisfaite de cette aide ?
❒ oui ❒ non

*Pudeur, hygiène, propreté*

22. Estimez-vous que votre pudeur est préservée :
- Lors de votre toilette ❒ oui ❒ non
- Lors des différents examens et soins ❒ oui ❒ non
- Lors des visites médicales ❒ oui ❒ non

23. Au cours de votre séjour, arrivez-vous à créer des moments d'intimité (avec votre famille, vos proches) ?
❒ oui ❒ non

| Si oui, à quels moments ? | Si non, pourquoi ? |
|---|---|
| ❒ lors de la visite de vos proches (amis, enfants, conjoint) | ❒le personnel n'est pas respectueux de mes visites (attente d'une autorisation pour rentrer) |
| ❒ lors de conversations téléphoniques | ❒ il y a toujours du personnel dans ma chambre |
| ❒ autre : _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ |

24. Etes-vous satisfaite de la propreté de la chambre ?
❒ pas satisfaite du tout ❒ satisfaite
❒ peu satisfaite ❒ très satisfaite

25. Etes-vous satisfaite de la propreté des douches ?

❒ pas satisfaite du tout ❒ satisfaite
❒ peu satisfaite ❒ très satisfaite

26.Etes-vous satisfaite de la propreté des W.C.?

❒ pas satisfaite du tout ❒ satisfaite
❒ peu satisfaite ❒ très satisfaite

*Religion*

27. Pratiquez-vous une religion ? ❒ oui ❒ non

Si oui : <u>(si non, reportez vous à la question 29)</u>

- Savez-vous que vous pouvez faire appel à un représentant du culte ? ❒ oui ❒ non

- Avez-vous pu pratiquer votre religion de manière satisfaisante pendant votre séjour ? ❒ oui ❒ non

Si non, pourquoi ?

❒ manque d'intimité
❒ manque d'information sur les services religieux possibles à l'hôpital.
❒ autre :
_____

*S'occuper, se récréer*

28. Les moyens à votre disposition, ou dont vous disposez personnellement, vous ont-ils permis de communiquer avec vos proches ? ❒ oui ❒ non

- Si non, pourquoi ?

❒ coût du téléphone du CHU trop important
❒ coût de mon téléphone portable trop important
❒ internet difficile d'accès
❒ difficultés de transport au CHU
❒ autre : _____

29. Avez-vous pu vous divertir, vous changer les idées pendant votre séjour ?

❒ oui ❒ non

(plusieurs réponses possibles)

| Si oui, de quelle manière ? | Si non, pourquoi ? |
|---|---|
| ❒ télévision | ❒ coût de la télévision trop élevé |
| ❒ téléphone | ❒ coût du téléphone fixe trop élevé |
| ❒ visites de mes proches | ❒ coût du téléphone portable trop élevé |
| ❒ activité personnelle (lecture, jeux, ordinateur, broderie…) | ❒ j'étais trop soucieuse pendant mon séjour |
| ❒ présence du personnel | ❒ peu/pas de visites |
| ❒ autre : _____ _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ _____ |

30. Vous êtes-vous sentie seule pendant votre séjour ? ❒ souvent
❒ parfois
❒ rarement
❒ jamais

*Apprendre, communiquer*

31. Lorsque vous faites usage de la sonnette, estimez-vous que le temps d'attente entre votre appel et l'arrivée d'un membre de l'équipe soignante est :

❒ très court ❒ adapté ❒ long ❒ trop long

32. Avez-vous, au cours de votre séjour, évoqué vos craintes, doutes, questionnements ? ❒ oui ❒ non

(Plusieurs réponses possibles.)

| Si oui, expliquez | Si non, expliquez |
|---|---|
| ❒ je n'éprouve pas de difficultés à me livrer | ❒ je n'en avais pas |
| ❒ le personnel m'a demandé si j'avais des questions | ❒ je n'en ai pas ressenti le besoin |
| ❒ le personnel était à l'écoute | ❒ le personnel était peu présent |
| ❒ le personnel était disponible | ❒ le personnel n'était pas à l'écoute |
| ❒ autre : _____ | ❒ autre : _____ |

33. Etes-vous satisfaite des réponses de l'équipe soignante à vos demandes ?

❒ oui ❒ non

| Si oui, pourquoi ? | Si non, pourquoi ? |
|---|---|
| ❒ l'équipe me répond de façon claire | ❒ les réponses de l'équipe ne sont pas claires |
| ❒ l'équipe prend le temps de me répondre | ❒ l'équipe n'a pas toujours le temps de me répondre |
| ❒ le discours est rassurant quelque soit l'équipe | ❒ le discours se modifie selon les équipes |
| ❒ l'équipe a une bonne qualité d'écoute | ❒ l'équipe a une mauvaise qualité d'écoute |
| ❒ autre : _____ _____ _____ | ❒ autre : _____ _____ _____ |

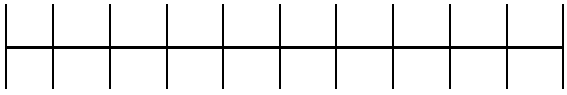
34. Estimez-vous avoir été suffisamment informée sur

- les soins effectués ❒ oui ❒ non
- les examens effectués ❒ oui ❒ non
- votre état de santé ❒ oui ❒ non
- l'état de santé de votre enfant à venir ❒ oui ❒ non

35. Evaluez votre satisfaction générale de votre séjour dans notre service en plaçant une croix sur la ligne ci-dessous :

Pas satisfaite du tout — Très satisfaite

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



36. Si vous avez des suggestions, des commentaires (positifs et négatifs) concernant ce questionnaire ou votre séjour : ces lignes sont pour vous .

_____

_____

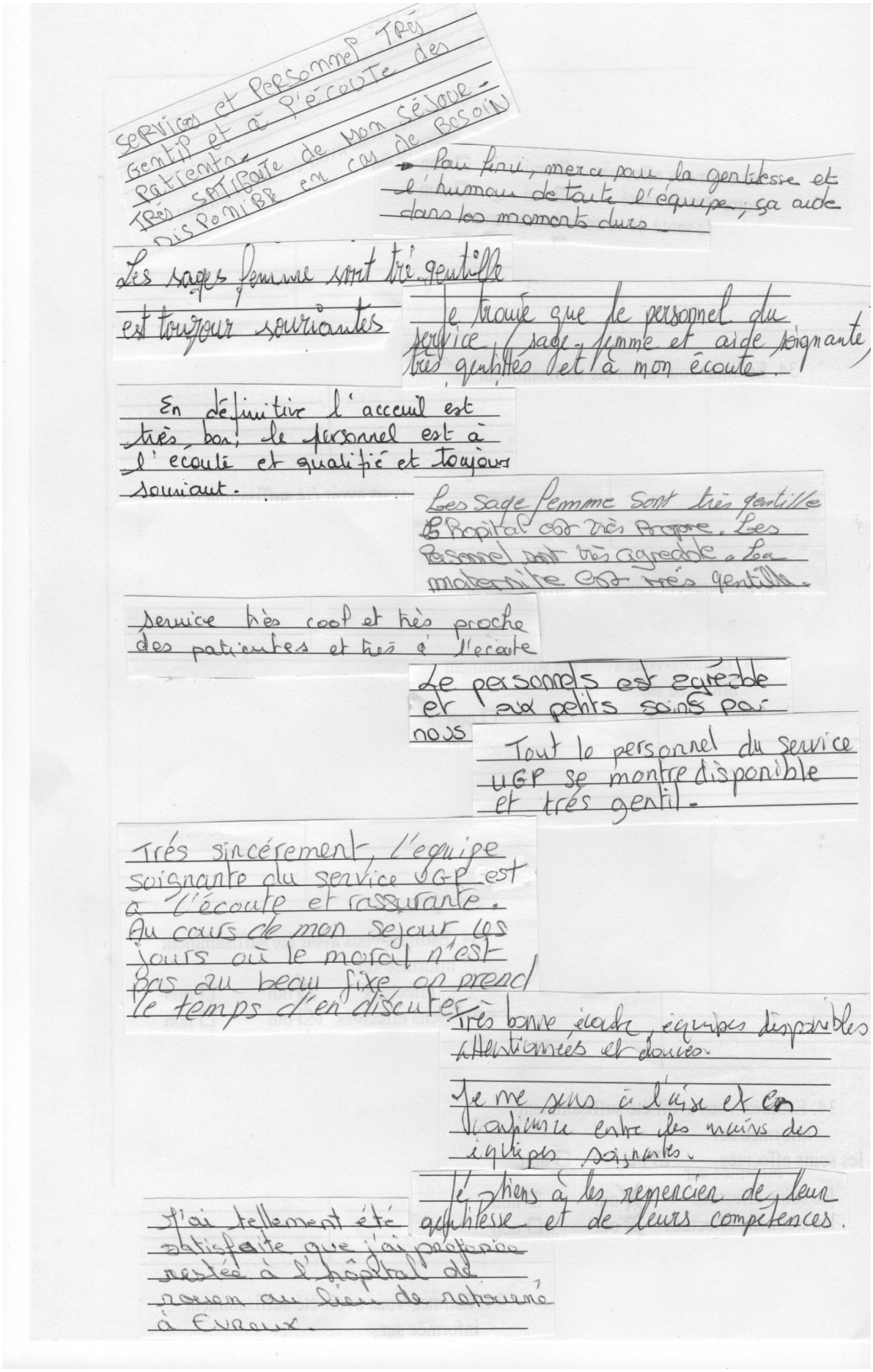
_____

_____

_____

*Je vous remercie de votre participation à ce travail*

ANNEXE II : REMERCIEMENTS DES PATIENTES



Services et Personnel Très Gentil et à l'écoute des Patients.
Très satisfaite de mon séjour.
Dis Pomi BR en cas de Besoin

Pour finir, merci pour la gentillesse et l'humain de toute l'équipe, ça aide dans les moments durs.

Les sages femme sont très gentille est toujour souriantes

Je trouve que le personnel du service, sage-femme et aide soignante très qualifiés et à mon écoute.

En définitive l'accueil est très bon, le personnel est à l'écoute et qualifié et toujours souriant.

Les sage femme sont très gentille L'hopital est très propre. Les personnel sont très agreable. La maternité est très gentille.

Service très cool et très proche des patientes et très à l'écoute

Le personnels est agréable et aux petits soins pour nous

Tout le personnel du service UGP se montre disponible et très gentil.

Très sincérement, l'equipe soignante du service UGP est à l'écoute et rassurante. Au cours de mon sejour les jours où le moral n'est pas au beau fixe on prend le temps d'en discuter.

Très bonne écoute, equipes disponibles attentionnées et douces.

Je me sens à l'aise et en confiance entre les mains des equipes soignantes.

J'ai tellement été satisfaite que j'ai préférais restée à l'hôpital de rouen au lieu de retourné à Evreux.

Je tiens à les remercier de leur gentillesse et de leurs compétences.

ANNEXE III : SATISFACTION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DU CHOIX DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE CHEZ LES FEMMES TRANSFEREES

| **Importance du choix d'établissement chez femmes transférées n =38** | **Satisfaction générale** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| ***Oui*** | 1 | 1 | 3 | 12 | 8 | 3 | 1 |
| ***N = 29*** | 3.45 | 3.45 | 10.34 | 41.38 | 27.59 | 10.34 | 3.45 |
| ***Non*** | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 |
| ***N = 9*** | 0.00 | 11.11 | 0.00 | 22.22 | 0.00 | 33.33 | 33.33 |

P = 0,022

ANNEXE IV : PUDEUR RESPECTEE AUX DIFFERENTS TEMPS DE LA JOURNEE EN FONCTION DE TYPE DE CHAMBRE : DOUBLE VS SIMPLE

| Pudeur respectée lors de la toilette | Chambre | |
|---|---|---|
| | Simple N = 37 | Double N = 68 |
| **Non N = 6** | 1 16.67% 16.67 | 5 83.33% 83.33 |
| **Oui N = 99** | 36 36.36% 36.36 | 63 63.64% 63.64 |

P = 0.327

| Pudeur respectée lors des examens ou soins | Chambre | |
|---|---|---|
| | Simple N = 37 | Double N = 70 |
| **Non N = 9** | 2 22.22% | 7 77.78% |
| **Oui N = 98** | 35 35.71% | 63 64.29% |

P = 0.415

| Pudeur respectée lors des visites médicales | Chambre | |
|---|---|---|
| | Simple N = 37 | Double N = 70 |
| **Non N = 5** | 0 0.00% | 5 100.00% |
| **Oui N = 100** | 37 36.27% | 65 63.73% |

P = 0.096

ANNEXE V : APPRECIATION DE LA PROPRETE DES LOCAUX EN FONCTION DU TYPE DE CHAMBRE : DOUBLE VS SIMPLE

| Satisfaction de la propreté de la chambre | Chambre | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Simple N = 37 | | Double N = 70 | |
| ***Pas satisfaite du tout N = 2*** | 0 | 0.00% | 2 | 100.00% |
| ***Peu satisfaite N = 10*** | 4 | 40.00% | 6 | 60.00% |
| ***Satisfaite N= 58*** | 18 | 31.03% | 40 | 68.97% |
| ***Très satisfaite N = 37*** | 15 | 40.54% | 22 | 59.46% |

P = 0.554

| Satisfaction de la propreté des douches | Chambre | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Simple N = 30 | | Double N = 67 | |
| ***Pas satisfaite du tout N = 3*** | 1 | 33.33% | 2 | 66.67% |
| ***Peu satisfaite N = 15*** | 4 | 26.67% | 11 | 73.33% |
| ***Satisfaite N = 56*** | 17 | 30.36% | 39 | 69.64% |
| ***Très satisfaite N = 23*** | 8 | 34.78% | 15 | 65.22% |

P = 0.959

| Satisfaction de la propreté des WC | Chambre | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Simple N = 37 | | Double N = 70 | |
| ***Pas satisfaite du tout N = 2*** | 0 | 0.00% | 2 | 100.00% |
| ***Peu satisfaite N = 5*** | 1 | 20.00% | 4 | 80.00% |
| ***Satisfaite N = 63*** | 21 | 33.33% | 42 | 66.67% |
| ***Très satisfaite N = 37*** | 15 | 40.54% | 22 | 59.46% |

P = 0.542

ANNEXE VI

**Article L1111-2**

Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

ANNEXE VII : FREQUENCE DU SENTIMENT DE SOLITUDE EN FONCTION DE L'ELOIGNEMENT DU DOMICILE, LA PARITE, LE TERME, MOTIF D'HOSPITALISATION ET AGE

Fréquence du sentiment de solitude en fonction de l'éloignement domicile - hôpital

| **Fréquence du sentiment de solitude** | **Eloignement domicile - hôpital** | | | | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|
| | **< 15 min** | **15-30 min** | **30-45 min** | **>45 min** | |
| ***Souvent*** | 2 20% | 2 20% | 1 10% | 5 50% | 10 100% |
| ***Parfois*** | 4 8.14% | 20 40.82% | 8 16.33% | 17 34.69% | 49 100% |
| ***Rarement*** | 15 40.54% | 14 37.84% | 3 8.11% | 5 13.51% | 37 100% |
| ***Jamais*** | 3 27.27% | 4 36.36% | 1 9.09% | 3 27.27% | 11 100% |
| ***Total*** | 24 22.43% | 40 37.38% | 13 12.15% | 30 28.04% | 107 100% |

P = 0.040

Fréquence du sentiment de solitude en fonction de la parité

| **Fréquence du sentiment de solitude** | **parité** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **IP N = 45** | **IIP N = 31** | **IIIP N = 14** | **IVP N = 15** | **>IVP N = 2** |
| ***Souvent*** | 2 20.00% | 5 50.00% | 1 10.00% | 2 20.00% | 0 0.00% |
| ***Parfois*** | 21 42.86% | 13 26.53% | 5 10.20% | 9 18.37% | 1 2.04% |
| ***Rarement*** | 16 43.24% | 11 29.73% | 7 18.92% | 3 8.11% | 0 0.00% |
| ***Jamais*** | 6 54.55% | 2 18.18% | 1 9.09% | 1 9.09% | 1 9.09% |

P = 0.314

Fréquence du sentiment de solitude en fonction du terme

| **Fréquence du sentiment de solitude** | **Terme** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **<28SA N = 21** | **28-33SA N = 38** | **33-37SA N = 32** | **>37SA N = 16** |
| ***Souvent N = 10*** | 4 40% | 1 10% | 4 40% | 1 10% |
| ***Parfois N = 49*** | 9 18.37% | 19 38.78% | 14 28.57% | 7 14.29% |
| ***Rarement N = 37*** | 5 13.51% | 15 40.54% | 12 32.43% | 5 13.51% |
| ***Jamais N = 11*** | 3 27.27% | 3 27.27% | 2 18.18% | 3 27.27% |

P = 0.540

Fréquence du sentiment de solitude en fonction du motif d'hospitalisation

| Fréquence du sentiment de solitude | Motif hospitalisation | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Pathologie antérieure** | **MAP** | **HTA/PE** | **RCIU** | **Diabète** | **Grossesse multiple** | **RPM** | **Autre** |
| ***Souvent N = 10*** | 0<br>0.00% | 2<br>20.00% | 2<br>20.00% | 1<br>10.00% | 0<br>0.00% | 2<br>20.00% | 0<br>0.00% | 3<br>30.00% |
| ***Parfois N = 49*** | 3<br>6.12% | 14<br>28.57% | 8<br>16.33% | 3<br>6.12% | 2<br>4.08% | 3<br>6.12% | 7<br>14.29% | 9<br>18.37% |
| ***Rarement N = 37*** | 1<br>2.70% | 13<br>35.14% | 2<br>5.41% | 3<br>8.11% | 2<br>5.41% | 2<br>5.41% | 5<br>13.51% | 9<br>24.32% |
| ***Jamais N = 11*** | 0<br>0.00% | 4<br>36.36% | 1<br>9.09% | 0<br>0.00% | 2<br>18.18% | 0<br>0.00% | 2<br>18.18% | 2<br>18.18% |
| **Total N = 107** | 4<br>3.74 | 33<br>30.84 | 13<br>12.15 | 7<br>6.54 | 6<br>5.61 | 7<br>6.54 | 14<br>13.08 | 23<br>21.49 |

P = 0.769

Fréquence du sentiment de solitude en fonction de l'âge

| Fréquence du sentiment de solitude | Age | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **<20 ans N = 7** | **20-30 ans N = 52** | **30-40 ans N = 41** | **>40 ans N = 7** |
| ***Souvent*** | 2<br>28.57% | 3<br>5.77% | 5<br>12.20% | 0<br>0.00% |
| ***Parfois*** | 3<br>42.86% | 29<br>55.77% | 13<br>31.70% | 4<br>57.14% |
| ***Rarement*** | 2<br>28.57% | 14<br>26.92% | 18<br>43.90% | 3<br>42.86% |
| ***Jamais*** | 0<br>0.00% | 6<br>11.54% | 5<br>12.20% | 0<br>0.00% |

P = 0.250