



**HAL**  
open science

## Transferts in utero au sein du Réseau Périnatal Aquitaine : connaissance et satisfaction des patientes

Laure-Eva Etcheverry

► **To cite this version:**

Laure-Eva Etcheverry. Transferts in utero au sein du Réseau Périnatal Aquitaine : connaissance et satisfaction des patientes. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00716963

**HAL Id: dumas-00716963**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00716963>**

Submitted on 11 Jul 2012

**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.

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN  
ECOLE DE SAGES-FEMMES – BORDEAUX

**TRANSFERTS IN UTERO  
AU SEIN DU  
RESEAU PERINAT AQUITAINE :  
CONNAISSANCE ET SATISFACTION  
DES PATIENTES**

Mémoire de fin d'études  
présenté par  
ETCHEVERRY Laure-Eva  
née le 25 avril 1986

Sous la direction du Dr Pierre Chabanier, Gynécologue-Obstétricien  
et la codirection de Christine Morin, Sage-Femme Enseignante

Première Année du Premier Cycle des Etudes Médicales 2007-2008  
PROMOTION Ecole de Sages-Femmes 2008-2012

*J'adresse mes remerciements particuliers et toute ma gratitude à Madame Christine Morin, Sage-Femme enseignante, pour la qualité de ses enseignements ainsi que pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa rigueur scientifique lors de la réalisation de cette étude.*

*J'adresse mes remerciements et ma reconnaissance au Docteur Pierre Chabanier, pour sa disponibilité et son regard critique tout au long de ce travail.*

*Je tiens à remercier les Sages-Femmes du Réseau Périnat Aquitaine, Corinne Cornet et Caroline Le Du, pour leurs encouragements, leur aide et leurs critiques.*

*Je remercie le Docteur Laurence Joly, coordinatrice du Réseau Périnat Aquitaine, pour m'avoir permis de réaliser cette étude.*

*Je remercie le Docteur Catherine Chabanier et Monsieur Vincent Tortes Saint Jammes au Centre Hospitalier de la Côte Basque, le Docteur Roullier, Madame Huron et Madame Magny au Centre Hospitalier de Pau, ainsi que Monsieur le Professeur Dallay, Monsieur le Professeur Horovitz, Madame Distriquin et Madame Jego au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux pour m'avoir autorisé à mener cette étude.*

*Je remercie mes collègues étudiants Sages-Femmes ; notamment Sophie, Margaux, Mathilde, Gabrielle, Elodie, Chloé, Anaïs, Léa, Aurore, Marina, pour leur aide dans le recrutement des patientes, ainsi que les Sages-Femmes des services de Grossesses à Haut Risque de Bordeaux, Bayonne et Pau.*

*Je remercie Céline Magny et Sylvie Priva pour leur participation à l'étude et le temps qu'elles y ont consacré.*

*Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sages-Femmes de Bordeaux.*

*Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille, leur écoute et leur compréhension.*

*Merci à Fanny, Jérôme, Aurore et Eva pour leur aide dans cette étude.*

*Merci à Nathalie pour ses encouragements, son écoute toujours attentive et sa contribution à cette étude.*

*Merci à Maman et Papa, pour tout, depuis tant d'années et pour tout le travail fourni et le temps passé sur ce mémoire.*

*Merci à Brice, mon frère, pour sa présence et son soutien malgré la pénible distance qui nous sépare cette année.*

*Merci à Edouard, pour sa patience, son réconfort et sa présence à mes côtés, essentielle.*

*La réalisation de ce travail de recherche fut pour moi une expérience humaine, scientifique et professionnelle exigeante mais ô combien enrichissante.*

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
1. Matériel et méthode	8
1.1. Objectifs de l'étude et critères de jugement	8
1.2. Patientes et méthode	9
1.3. Tests statistiques	11
2. Résultats	12
2.1. Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux	13
2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des patientes	13
2.1.2. Connaissance du Réseau Périnat Aquitaine	15
2.1.3. Le transfert in utero	17
2.1.4. L'arrivée à la maternité	17
2.1.5. L'hospitalisation dans le service de grossesses à haut risque	18
2.1.6. En résumé	20
2.1.7. Comparaison de deux groupes	21
2.1.8. Satisfaction	23
2.2. Centre Hospitalier de la Côte Basque et Centre Hospitalier de Pau	24
2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques des patientes	24
2.2.2. Connaissance du Réseau Périnat Aquitaine	28
2.2.3. Le transfert in utero	29
2.2.4. L'arrivée à la maternité	30
2.2.5. L'hospitalisation dans les services de grossesses à haut risque	30
2.2.6. En résumé	33
2.2.7. Satisfaction	33
3. Discussion	34
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	46
Annexe 1 : Questionnaire	47
Annexe 2 : Lettre aux patientes accompagnant le questionnaire	53
Annexe 3 : Plaquette informative du Réseau Périnat Aquitaine	54
ABREVIATIONS	56

## INTRODUCTION

En France, la notion de « réseaux de santé » date de la première guerre mondiale, dans le cadre de la prise en charge de la tuberculose (1). Une première loi, en 1947 introduit le terme de « réseaux coopératifs de santé » (2).

Dans les années 70, débute une réflexion sur une prise en charge coordonnée en fonction d'une carte sanitaire établie par la loi, prémices de l'établissement de réseaux de santé (3).

Aux Etats-Unis, entre la fin des années 60 et le début des années 70, les techniques en obstétrique et en néonatalogie évoluent. Les professionnels de santé exposent le bénéfice des transferts in utero pour la santé des nouveau-nés comparés aux transferts néonataux (4). Le concept de régionalisation en périnatalité né.

En France, une politique de régionalisation des soins périnataux se met en place de façon marginale dans certains départements, à partir de 1985 (5). En Loire-Atlantique, le nombre de transferts in utero, à des termes inférieurs à 33 semaines d'aménorrhées, progresse de 90 % entre 1986 et 1988. Le Haut Comité de la Santé Publique fait état de la répartition inégale de la morbidité maternelle et infantile et propose une politique nationale modulée en fonction des besoins régionaux (6).

Le plan de périnatalité de 1994 définit trois types de maternités en fonction du niveau de soins pédiatriques, au sein de chaque établissement. Cette définition implique une mise en réseau des maternités permettant une prise en charge complémentaire.

En 1996, l'ordonnance n° 96-346 encadre les réseaux sur le plan juridique (7, 8). Un décret de 1998 établit les règles de coopération entre les différentes maternités et introduit la notion de transfert in utero (9). Il explique les modalités de coopération entre les différentes maternités qui seront établies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Le cadre législatif concernant les réseaux et les transferts in utero est alors posé.

Une définition officielle des réseaux paraît dans la loi du 4 mars 2002 :

*« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée*

*aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. » (10)*

Un décret du 17 décembre 2002 apporte des précisions concernant les conditions d'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des réseaux de santé (11).

Le plan de périnatalité 2005-2007 a pour objectif principal d'établir un cahier des charges permettant d'accompagner le développement des réseaux périnataux ; l'organisation en réseau devenant obligatoire dans chaque région (12). Avec cette nouvelle politique périnatale, les réseaux inter-hospitaliers évoluent vers des réseaux de proximité ville/PMI/hôpital. Le plan souligne également l'importance de l'information donnée aux parents sur les modalités de prise en charge au sein du réseau. Conformément à ces recommandations, la Commission Nationale de la Naissance définit l'information à donner et optimise sa diffusion. Une circulaire en 2006 fixe un cadre législatif des réseaux périnataux ville/PMI/hôpital (13).

Après plusieurs plans de périnatalité, les réseaux de santé périnatale sont mis en place avec obligation, en 2005, d'organisation en réseau.

Dans le Sud-Ouest de la France, le Réseau Périnat Aquitaine (RPA) existe depuis 2001. Actuellement, il coordonne 28 maternités. Douze maternités se situent en Gironde, trois en Dordogne, quatre dans le Lot-et-Garonne, deux dans les Landes et sept dans les Pyrénées-Atlantiques dans lesquelles, ont eu lieu, en 2010, 34 904 accouchements et 35 562 naissances (14). En novembre 2007, le Réseau Périnat Aquitaine a fondé la COTPA (Cellule d'Organisation des Transferts Périnataux d'Aquitaine) (15). Elle organise plusieurs types de transferts dont les définitions, propres au Réseau Périnat Aquitaine, sont les suivantes :

- *« TIU : Transfert In Utero = transfert d'une femme enceinte et ainsi du fœtus en anténatal, en raison de la survenue d'une complication de la grossesse nécessitant le recours à un établissement de niveau de soins généralement supérieur à l'établissement d'origine.*
- *TNN : Transfert d'un Nouveau-Né = à la période post-natale, et généralement néonatale précoce, en raison d'un contexte de naissance difficile (prématurité sans TIU possible) ou de la survenue de symptômes*

*inattendus justifiant le recours à un établissement d'un niveau de soins généralement supérieur.*

- *CTM : Contre Transfert Maternel = transfert retour d'une femme enceinte vers son établissement d'origine ou de recours dans son territoire de domiciliation, une fois la phase aigüe de complication de la grossesse dépassée.*
- *CTNN : Contre-Transfert de Nouveau-Né = transfert retour d'un nouveau-né vers son établissement d'origine ou de recours dans son territoire de domiciliation, une fois la phase aigüe de complication post natale dépassée.*
- *RME : Rapprochement Mère-Enfant : transfert d'une femme, en post partum, dans l'établissement où son nouveau-né a été transféré avant elle.*
- *TPP : Transfert du Post Partum : transfert d'une femme en post partum à la suite d'une complication nécessitant le recours à un établissement de niveau de soins généralement supérieur à l'établissement d'origine, en dehors des hémorragies.*
- *HPP : Hémorragie du Post Partum = transfert en raison de la survenue d'une hémorragie du post partum justifiant une prise en charge relevant d'un plateau technique n'existant pas dans l'établissement d'origine (embolisation le plus souvent). » (16)*
- *« TIIH : Transports Infirmiers Inter Hospitaliers sont une organisation de transport spécifiquement dédiée aux nouveau-nés. Les infirmières qui effectuent ces transports sont des puéricultrices. Ces TIIH correspondent le plus souvent aux contre-transferts de nouveau-nés hospitalisés dans les établissements de type III, en retour vers les services de néonatalogie de proximité de type II. » (17)*

Aujourd'hui, deux sages-femmes travaillent à la COTPA, ce qui lui permet de fonctionner du lundi au vendredi, durant toute l'année. La permanence se situe sur le site de l'hôpital Pellegrin au CHU de Bordeaux.

En 2010, la Cellule a recensé 1648 transferts et en a organisé 54,2 %, 30 % étant des transferts in utero. Dans les demandes de transferts qui lui sont adressées, 79 % proviennent du Nord de la région, 13,2 % du Sud et 4,4 % d'une autre région (14). Dans 3,4 % des cas, les demandes de transfert n'ont pas abouti à un transfert in utero.

Une analyse des opportunités manquées de transferts in utero a été réalisée de 2003 à 2005 sur le Réseau Périnat Aquitaine. Elle montre qu'elles sont liées à un âge gestationnel limite (supérieur à 32 semaines d'aménorrhées) pour un transfert d'une maternité de type IIB à III. Cet article de M Hyvert et al. décrit un fonctionnement du réseau satisfaisant (18).

D'autres analyses quantitatives concernant les transferts ont déjà été réalisées dans un mémoire de fin d'études de sage-femme et également tous les ans, sous forme de bilan, par la COTPA (15, 14).

Peu d'études se sont intéressées au vécu des patientes qui ont bénéficié d'un transfert in utero. C Dupont et al. ont réalisé, en 2008 en région Rhône-Alpes, une étude « Connaissance et satisfaction des femmes au sein du réseau de santé périnatal Aurore » (19). Ils ont noté que seulement 15 % des patientes connaissaient le Réseau Aurore et que le vécu du transfert a été satisfaisant avec un sentiment de sécurité présent chez la majorité des patientes. En 2008 en Auvergne, F Vendittelli et al. ont publié une pré-étude visant à construire un questionnaire de satisfaction par rapport au réseau validé épidémiologiquement (20).

Les patientes transférées in utero vers une maternité de type III connaissent-elles l'existence du Réseau Périnat Aquitaine ?

Les patientes transférées sont-elles satisfaites de leur prise en charge ?

L'objectif de notre étude est de tenter de répondre à ces deux questions.



# 1. Matériel et méthode

## 1.1. Objectifs de l'étude et critères de jugement

L'objectif principal de l'étude est de déterminer si les patientes ayant bénéficié d'un transfert in utero, vers une maternité de type III, connaissent l'existence du Réseau Périnatal Aquitaine.

Pour répondre à cet objectif, deux questions seront posées :

- « Connaissez-vous le Réseau Périnatal Aquitaine ? »
- « Vous avait-on prévenu que vous pouviez changer de maternité pendant votre grossesse ? ».

L'objectif secondaire consiste à évaluer la satisfaction des femmes à l'égard de leur transfert vers une maternité de type III. La satisfaction est mesurée par l'utilisation d'un score de satisfaction dont les items sont :

- 1 Vous avait-on prévenu que vous pouviez changer de maternité pendant la grossesse ?
- 2 Vous a-t-on expliqué pour quelles raisons il était souhaitable de vous transférer ?
- 3 Ces informations vous convenaient-elles ?
- 4 Des informations vous ont-elles manquées ?
- 5 Vécu du transfert : Vous êtes-vous sentie en sécurité ?
- 6 Comment avez-vous vécu l'arrivée dans la maternité ?
- 7 Etiez-vous préparée à cette arrivée ?
- 8 Votre conjoint a-t-il pu être présent comme vous le souhaitiez ?
- 9 Globalement, les informations que vous avez reçues vous ont-elles permis de vous sentir en sécurité ?

Un point est attribué si la réponse est « Oui » à chacune des questions 1, 2, 3, 5, 8 et 9. Pour la question 4, un point est attribué si la réponse est « Non ».

Les questions 6 et 7 sont des questions ouvertes et un point est attribué à chaque réponse positive. Une réponse est considérée comme positive lorsque les patientes utilisent des qualificatifs tels que « bien » ou « pas mal ». Une réponse est considérée comme négative

lorsque les patientes utilisent des qualificatifs tels que « inquiète », « stressée », « douloureux », « angoissée », « perdue », « éprouvant », « mal » et « difficile ». Si les patientes n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions, aucun point n'est attribué pour ces questions.

Les patientes sont considérées comme satisfaites si le score total est supérieur ou égal à 7 sur 9.

## 1.2. Patientes et méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive multicentrique en région Aquitaine.

L'étude a été réalisée dans les trois maternités de type III d'Aquitaine :

- La maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (CHU)
- La maternité du Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (CHCB)
- La maternité du Centre Hospitalier de Pau (CHP)

Ont été incluses les patientes ayant bénéficié d'un transfert in utero vers une maternité de type III en Aquitaine, quel que soit le terme de la grossesse. Pour être éligibles, les patientes devaient comprendre et écrire la langue française. Les patientes dont la maternité d'origine se situe hors Aquitaine ont été exclues, ainsi que celles ayant déjà accouché.

Les patientes ont été interrogées entre le deuxième et le septième jour après le transfert. Après avoir donné leur consentement, un auto-questionnaire intitulé « Connaissance et satisfaction des patientes transférées pendant la grossesse dans les maternités de type III sur le Réseau Périnatal Aquitaine » était distribué aux patientes accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe pour la mise sous pli (Annexes 1 et 2). Le questionnaire a été récupéré par l'enquêteur dans la chambre de la patiente un ou deux jours après la distribution.

Un cahier des transferts, resté dans chaque service, permettait de relever, pour chaque transfert, le nom de la patiente, son âge, la date du transfert, la maternité d'origine, la cause, le terme, si le transfert a été géré par le Réseau Périnatal Aquitaine, la présence ou l'absence de critères d'exclusion et l'accord de la patiente.

L'étude a commencé le 11 juillet à Bordeaux, le 18 juillet à Bayonne et le 1<sup>er</sup> août à Pau. Le recrutement des patientes s'est terminé le 7 novembre 2011 sur les trois sites. L'étude a duré quatre mois et une semaine à Bordeaux, quatre mois à Bayonne et trois mois et demi à Pau.

Le questionnaire comportait quatre parties.

La première partie du questionnaire comprenait les caractéristiques socio-démographiques des patientes (âge, parité, profession, lieu d'habitation) et des informations sur le suivi obstétrical (professionnel, structure, maternité d'origine).

La deuxième partie abordait la connaissance du Réseau Périnat Aquitaine.

Les patientes le connaissant étaient interrogées sur :

- le moment où elles ont eu l'information,
- la qualité de l'information,
- le type de professionnel ayant donné l'information,
- l'accès ou non aux moyens de communication du RPA.

Cette partie s'intéressait ensuite à la connaissance des femmes quant à une possibilité de transfert au cours de la grossesse.

La troisième partie portait sur le transfert in utero. Les patientes étaient interrogées sur les différentes étapes du transfert :

- L'évaluation de la qualité de l'information qui a été délivrée, au moment du changement de maternité
- La sécurité ressentie par les patientes lors du transfert
- Le vécu des patientes à l'arrivée au sein de la maternité de type III.

Des questions plus globales portant sur le vécu et l'organisation de l'hospitalisation étaient posées : la possibilité de contre-transfert, les différents professionnels rencontrés lors de l'hospitalisation, les visites du conjoint, de la famille et le sentiment global de sécurité.

La quatrième partie proposait à la patiente de laisser ses coordonnées pour participer à des réunions d'usagers dans le cadre du Réseau Périnat Aquitaine et quelques lignes vierges pour d'éventuels commentaires.

### 1.3. Tests statistiques

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel R pour Mac OS X GUI 1.40-devel Leopard build.

Les variables quantitatives (âge, terme, parité) ont été décrites par la moyenne, l'écart-type, la médiane, le minimum, le maximum, le premier et troisième quartile. Elles ont été comparées avec un test de Student.

Les variables qualitatives présentées en nombres et pourcentages ont été comparées par un test du  $\text{Khi}^2$ , quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Un test de Fisher a été utilisé, quand les effectifs étaient inférieurs à 5.

Le seuil de signification retenu a été de 5 %.

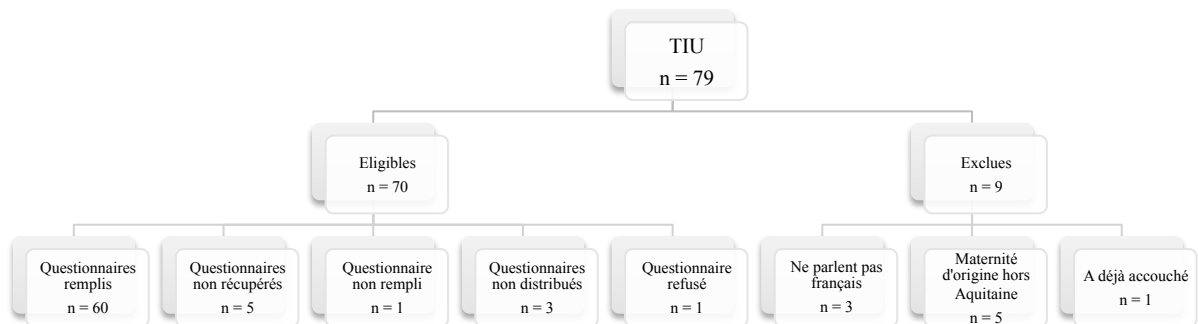
## 2. Résultats

Au CHU de Bordeaux, du 11 juillet au 7 novembre 2011, nous avons noté 79 transferts in utero (Figure 1). Soixante-dix TIU étaient éligibles et neuf exclus. Les raisons des différentes exclusions ont été :

- ne parle pas le français (n = 3),
- a déjà accouché (n = 1),
- la maternité d'origine se situe hors Aquitaine (n = 5).

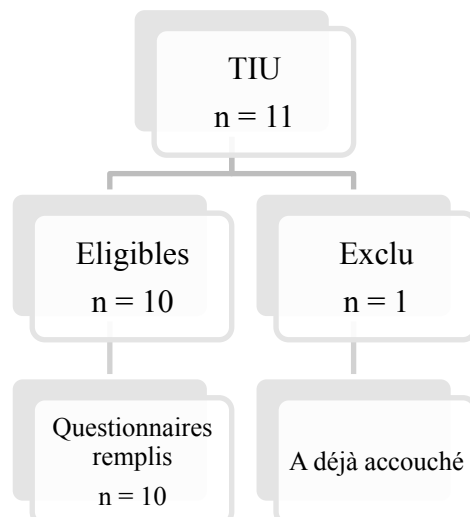
Pour les 70 TIU éligibles, 60 questionnaires ont été récupérés (85,7 %).

Figure 1 : Description de la population du CHU Bordeaux



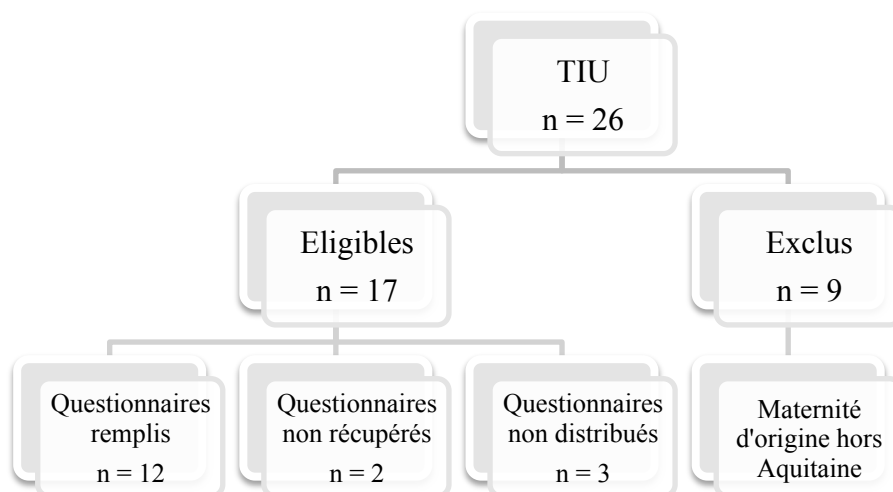
Au CH de la Côte Basque, du 18 juillet au 7 novembre 2011, nous avons recruté 11 TIU (Figure 2). Dix questionnaires ont été récupérés et un TIU a été exclu car la patiente avait déjà accouché. Le taux de retour a été de 100 %.

Figure 2 : Description de la population du CH Côte Basque



Au CH de Pau, du 1<sup>er</sup> août au 7 novembre 2011, nous avons noté 26 TIU dont neuf exclus et 17 éligibles. Les neuf patientes exclues provenaient d'une maternité hors Aquitaine. Au total, nous avons récupéré 12 questionnaires (70,6 %).

Figure 3 : Description de la population du CH Pau



## 2.1. Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

### 2.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des patientes

En ce qui concerne la population du CHU de Bordeaux, l'effectif était de 60 transferts in utero, et la moyenne d'âge de 30 ans (Tableau 1, Figure 4). Le terme était en moyenne de 29 semaines d'aménorrhées (Figure 5) et les patientes étaient principalement nullipares ou primipares (Figure 6).

Tableau 1 : Moyenne d'âge, de terme et parité de la population CHU Bordeaux

Critères	Moyenne ± écart-type Médiane [minimum - maximum]	1 <sup>er</sup> quartile – 3 <sup>ème</sup> quartile
Age (année)	29,85 ± 5,71 30 [18-43]	27 – 33,25
Terme (SA)	29,07 ± 3,66 29 [16-37]	26,75 – 31
Parité	0,76 ± 0 [0-4]	0 – 1

Figure 4 : Distribution de l'âge (n = 60)

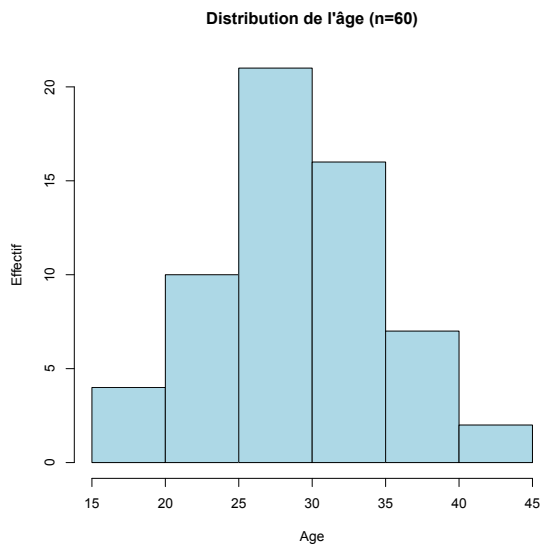


Figure 5 : Distribution du terme (n = 60)

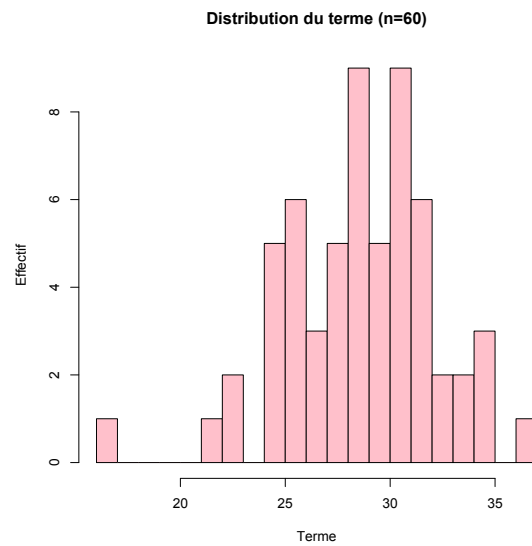
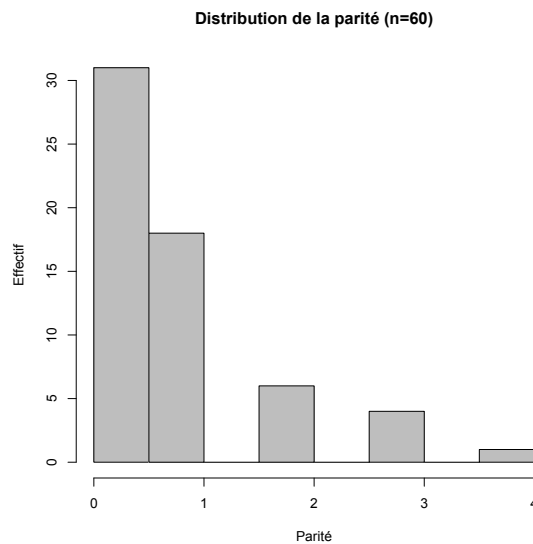


Figure 6 : Distribution de la parité (n = 60)



La majorité des patientes (61,67 %) était entre 27 et 32 semaines d'aménorrhées au moment du transfert et la moitié était nullipare (Tableau 2). Les maternités d'origine sont principalement en Gironde. Seulement cinq patientes (8,33 %) avaient été transférées lors d'une précédente grossesse. En général, les patientes étaient mariées (33,9 %) ou en couple (42,4 %) et leur niveau scolaire était le secondaire (61,67 %). Toutes les patientes sauf une, dont le résultat était manquant, étaient suivies par un médecin. Parmi celles-ci, 66,1 % l'étaient dans le secteur public.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population du CHU de Bordeaux

Critères		Effectif (%)
Terme (SA) (n = 60)	≤ 26	15 (25%)
	27 - 32	37 (61,67%)
	33 - 36	7 (11,67%)
	≥ 36	1 (1,66%)
Parité (n = 60)	0	31 (51,67%)
	1	18 (30%)
	≥ 2	11 (18,33%)
Département de la maternité d'origine (n = 60)	Dordogne	8 (13,34%)
	Gironde	44 (73,33%)
	Landes	2 (3,33%)
	Lot et Garonne	6 (10%)
	Pyrénées Atlantiques	0
Antécédent de TIU (n = 60)	Non	55 (91,67%)
	Oui	5 (8,33%)
Situation familiale (n = 59)	Mariée	20 (33,9%)
	Pacsée	8 (13,5%)
	Vit en couple	25 (42,4%)
	Célibataire	6 (10,2%)
Niveau Scolaire (n = 60)	Non scolarisée	1 (1,67%)
	Primaire	2 (3,33%)
	Secondaire	37 (61,67%)
	Universitaire	20 (33,33%)
Suivi de grossesse (n = 59)	Médecin	59 (100%)
	Sage-Femme	0
Structure assurant le suivi de grossesse (n = 59)	Privée	20 (33,9%)
	Public	39 (66,1%)

### 2.1.2. Connaissance du Réseau Périnat Aquitaine

A la question « Connaissez-vous le Réseau Périnat Aquitaine », deux patientes ont répondu positivement (n = 2/60), donc 96,67 % des patientes ne connaissaient pas le Réseau (Tableau 3).

Les deux patientes, qui connaissaient le RPA, étaient nullipares, avaient un niveau d'étude universitaire et étaient suivies par un médecin dans le privé.



Une des deux patientes était chercheur, avait été informée par son obstétricien lors d'une consultation au quatrième mois et avait été satisfaite de l'information reçue.

L'autre patiente était notaire et avait été informée en consultant le site internet de la Polyclinique Bordeaux Nord au début de sa grossesse. Elle aurait souhaité de plus amples informations.

Les deux patientes ne connaissaient ni le site du RPA, ni la plaquette informative, ni l'affiche.

Tableau 3 : Réseau Périnat Aquitaine

<b>Connaissance du Réseau Périnat Aquitaine (n = 60)</b>	<b>Effectif (%)</b>
Oui	2 (3,33%)
Non	58 (96,67%)

L'information sur la possibilité de changement de maternité pendant la grossesse a été donnée à 41,67 % des patientes. En revanche, 58,33 % des patientes n'étaient pas informées (Tableau 4).

Tableau 4 : Possibilité de transfert in utero

<b>Possibilité de changement de maternité (n = 60)</b>	<b>Effectif (%)</b>
Connue	25 (41,67%)
Inconnue	35 (58,33%)

Parmi les patientes informées de la possibilité de transfert, 96 % ont été rassurées par cette possibilité et 68 % inquiètes (Tableau 5).

Tableau 5 : Sentiments des patientes informées sur la possibilité de TIU

<b>Patientes connaissant la possibilité d'un changement de maternité (n=25)</b>	<b>Effectif (%)</b>	
Inquiètes	Oui	17 (68%)
	Non	8 (32%)
Rassurées	Oui	24 (96%)
	Non	1 (4%)

### 2.1.3. Le transfert in utero

Le transfert a été expliqué par le gynécologue-obstétricien dans 61,4 % des cas (Tableau 6). Vingt-six pour cent des patientes ont reçu l'information par la sage-femme seule et 12,3 % par les deux professionnels.

Plus de 90 % des patientes ont été satisfaites de l'information reçue.

Tableau 6 : Informations lors du TIU

		<b>Effectif (%)</b>
Qui a expliqué le TIU ? (n = 57)	Gynécologue	35 (61,4%)
	Obstétricien	15 (26,3%)
	Sage-Femme	7 (12,3%)
	Les deux	
Explication des raisons du TIU (n = 58)	Oui	57 (98,3%)
	Non	1 (1,7%)
Informations convenables (n = 58)	Oui	55 (94,8%)
	Non	3 (5,2%)
Informations manquantes (n = 58)	Oui	8 (13,8%)
	Non	50 (86,2%)

Lors du transfert, 95 % des patientes se sentaient en sécurité (Tableau 7).

Tableau 7 : Sécurité lors du TIU

<b>Sentiment de sécurité lors du TIU</b>	<b>Effectif (%)</b>
Oui	57 (95%)
Non	3 (5%)

### 2.1.4. L'arrivée à la maternité

La moitié des patientes avait un vécu positif, l'autre moitié un vécu négatif de l'arrivée à la maternité.

Quand les patientes avaient un vécu négatif, elles le décrivaient comme « douloureux, éprouvant, difficile » ou se disaient « inquiètes, stressées, angoissées, perdues » (Tableau 8).

Généralement, les patientes ne se sentaient pas préparées à cette arrivée (70,2 %).

Tableau 8 : Arrivée à la maternité

		<b>Effectif (%)</b>
Vécu de l'arrivée à la maternité (n = 55)	Positif	28 (50,9%)
	Négatif	27 (49,1%)
Etiez-vous préparée à cette arrivée ? (n = 57)	Oui	17 (29,8%)
	Non	40 (70,2%)

### 2.1.5. L'hospitalisation dans le service de grossesses à haut risque

En majorité, les patientes étaient en contact avec leur médecin (73,33 %) et avaient reçu la même information dans les deux services (85,7 %) (Tableau 9).

Tableau 9 : Communication entre les services après le TIU

<b>Service de grossesses à haut risque</b>		<b>Effectif (%)</b>
Contact entre les deux services de maternité (n = 59)	Oui	23 (39%)
	Non	4 (6,8%)
	Je ne sais pas	32 (54,2%)
Médecin en contact avec la patiente (n = 60)	Oui	44 (73,33%)
	Non	16 (26,67%)
Informations données dans les deux services sont les mêmes (n = 56)	Oui	48 (85,7%)
	Non	8 (14,3%)

Durant l'hospitalisation dans le service de grossesses à haut risque, 40 % des patientes avaient été informées de la possibilité d'un contre-transfert et 45 % souhaitaient un retour dans la maternité d'origine, si cela était médicalement possible (Tableau 10).

Tableau 10 : Contre-transfert

<b>Contre-transfert</b>		<b>Effectif (%)</b>
<b>Information sur la possibilité de contre-transfert (n = 59)</b>	Oui	24 (40,7%)
	Non	35 (59,3%)
<b>Si cela est médicalement possible, souhait de la patiente d'un retour dans sa maternité d'origine (n = 58)</b>	Oui	26 (44,8%)
	Non	15 (25,9%)
	Je ne sais pas	17 (29,3%)

Au moment de répondre au questionnaire, 88,1 % des patientes n'avaient pas vu le pédiatre et 64,6 % des patientes auraient souhaité le voir. Plus de 90 % des patientes ne souhaitaient pas rencontrer le psychologue (Tableau 11).

Tableau 11 : Pédiatre, psychologue

		<b>Effectif (%)</b>
Rencontre avec le pédiatre (n = 59)	Oui	7 (11,9%)
	Non	52 (88,1%)
Si non, auriez-vous souhaité le voir ? (n=48)	Oui	31 (64,6%)
	Non	15 (31,2%)
	Je ne sais pas	2 (4,2%)
Rencontre avec le psychologue (n = 58)	Oui	5 (8,6%)
	Non	53 (91,4%)
Si non, y en a-t-il un à votre disposition ? (n = 45)	Oui	14 (31,1%)
	Non	24 (53,3%)
	Je ne sais pas	7 (15,6%)

Les patientes ont généralement pu voir leur conjoint comme elles le souhaitaient (84,5 %), et ce dernier a pu être hébergé dans la chambre dans 43,8 % des cas (Tableau 12).

Plus de la moitié des patientes a vu sa famille plus d'une fois par semaine.

Tableau 12 : Visites du conjoint, de la famille

	<b>Effectif (%)</b>
<b>Votre conjoint a-t-il pu être présent comme vous le souhaitiez ? (n = 58)</b>	
Oui	49 (84,5%)
Non	9 (15,5%)
<b>A-t-il pu rester hébergé dans votre chambre ? (n = 57)</b>	
Oui	25 (43,8%)
Non	16 (28,1%)
Je ne le souhaite pas	16 (28,1%)
<b>A quelle fréquence a-t-il pu vous rendre visite ? (n = 58)</b>	
Tous les jours	41 (70,7%)
Deux ou trois fois par semaine	12 (20,7%)
Une fois par semaine	3 (5,2%)
Moins d'une fois par semaine	2 (3,4%)
<b>A quelle fréquence votre famille a-t-elle pu vous rendre visite ? (n = 56)</b>	
Tous les jours	26 (46,4%)
Deux ou trois fois par semaine	14 (25%)
Une fois par semaine	6 (10,7%)
Moins d'une fois par semaine	10 (17,9%)

### 2.1.6. En résumé

Globalement, 57 sur 60 patientes se sentaient en sécurité (Tableau 13).

Tableau 13 : Sentiment global de sécurité

<b>Globalement, les informations que vous avez reçues vous ont-elles permis de vous sentir en sécurité ? (n = 60)</b>	<b>Effectif (%)</b>
Oui	57 (95%)
Non	3 (5%)

Le Réseau Périnat Aquitaine recherche des usagers pour participer à des réunions dans le but d'améliorer les pratiques. A la question « Seriez-vous prête à venir participer à des réunions dans le cadre du Réseau Périnat Aquitaine ? », les patientes ont répondu « oui » ou « je ne sais pas » à 65 %. Elles ont été huit à donner leurs coordonnées pour être contactées par le Réseau.

### 2.1.7. Comparaison de deux groupes

Nous avons cherché des différences statistiquement significatives entre les deux groupes « patientes informées d'une possibilité de changement de maternité pendant la grossesse » (n = 25) et « patientes non informées » (n = 35) (Tableau 14).

Les moyennes d'âge et de terme n'étaient pas différentes.

L'antécédent de TIU n'intervenait pas dans le fait d'être informé ou non d'une possibilité de changement de maternité pendant la grossesse. Trois patientes avaient déjà été transférées pendant une grossesse précédente mais ont répondu non à la question « Vous avait-on prévenu que vous pouviez changer de maternité pendant votre grossesse ? ».

La situation familiale et le niveau scolaire ne différaient pas entre les deux groupes.

La distance entre le domicile et la maternité de type III était de 53 km  $\pm$  50 km pour les patientes informées et de 60 km  $\pm$  53 km pour les patientes non informées et ces résultats n'étaient pas différents statistiquement. Il n'existait pas de différences entre les patientes issues d'un milieu rural ou citadin.

Le département d'origine était majoritairement la Gironde dans les deux groupes et il n'y avait pas de différence significative.

Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le suivi dans le privé ou le public.

Le vécu du transfert et le fait d'être préparé ou non à l'arrivée dans la maternité ne différaient pas entre les deux groupes.

Tableau 14 : Comparaison des groupes « informées » et « non informées »

Possibilité de transfert		Patiente informée (n=25)	Patiente non informée (n=35)	p value
Age (années)		29,72 ± 4,77	29,94 ± 6,36	NS *
Terme (SA)		28,84 ± 4,11	29,23 ± 3,34	NS
Parité	0	14 (56%)	17 (48,6%)	NS
	≥ 1	11 (44%)	18 (51,4%)	
ATCD TIU	Oui	2 (8%)	3 (8,6%)	NS
	Non	23 (92%)	32 (91,4%)	
Situation familiale	En couple, mariée, pacsée	22 (88%)	n = 34 31 (91,2%)	NS
	Célibataire, divorcée	3 (12%)	3 (8,8%)	
Niveau scolaire	Non scolarisée et Primaire	1 (4%)	2 (5,7%)	NS
	Secondaire et Universitaire	24 (96%)	33 (94,3%)	
Distance entre domicile et maternité de type III (km)		53,08 ± 50,74	60,8 ± 53,67	NS
Département d'origine	24	3 (12%)	6 (17%)	NS
	33	18 (72%)	24 (69%)	
	40	2 (8%)	1 (3%)	
	47	2 (8%)	4 (11%)	
	64	0	0	
Professionnel suivant la grossesse	Médecin	25 (100%)	n = 34 34 (100%)	NS
	Sage-femme	0	0	
Structure lors du suivi de grossesse	Privée	17 (68%)	n = 34 22 (64,7%)	NS
	Publique	8 (32%)	12 (35,3%)	
Vécu du transfert	Mauvais	n = 24 12 (50%)	n = 31 15 (48,4%)	NS
	Bon	12 (50%)	16 (51,6%)	
Etiez-vous préparée à l'arrivée ?	Oui	n = 24 7 (29,2%)	n = 33 10 (30,3%)	NS
	Non	17 (70,8%)	23 (69,7%)	

\* NS = Non significatif

### 2.1.8. Satisfaction

Le score de satisfaction est en moyenne de 6,53 sur 9 avec un écart-type de 1,42 (Tableau 15). Plus de la moitié des patientes a un score supérieur ou égal à 7 (n = 34/60, 56,67 %, Tableau 16).

Tableau 15 : Moyenne, écart-type du score de satisfaction

<b>Critères</b>	<b>Moyenne ± écart-type Médiane [minimum - maximum]</b>	<b>1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>ème</sup> quartile</b>
Score de satisfaction	6,53 ± 1,42 7 [3-9]	6 – 7

Tableau 16 : Score de satisfaction à l'égard du transfert au CHU Bordeaux

<b>Valeur du score de satisfaction sur 9 (n = 60)</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Effectif	2	4	6	14	20	10	4
%	3,33%	6,67%	10%	23,33%	33,33%	16,67%	6,67%



## 2.2. Centre Hospitalier de la Côte Basque et Centre Hospitalier de Pau

### 2.2.1. Caractéristiques socio-démographiques des patientes

Pour les patientes arrivées au CHCB après leur transfert, la moyenne d'âge était de 30,6 ans et le terme moyen de 28 semaines d'aménorrhées (Tableau 17).

En revanche, pour les patientes du CHP, la moyenne d'âge était de 28,5 ans et le terme moyen de 33 semaines d'aménorrhées.

Tableau 17: Moyenne d'âge, de terme et parité de la population au CHCB et au CHP

Critères		Moyenne ± écart-type Médiane [minimum - maximum]	1 <sup>er</sup> quartile – 3 <sup>ème</sup> quartile
Age (année)	CHCB	30,60 ± 6,43	27,75 – 34,75
	n = 10	31,5 [18-38]	
	CHP	28,58 ± 6,96	23,5 – 33,25
	n = 12	29,5 [17-39]	
Terme (SA)	CHCB	28,4 ± 4,25	26 – 31
	n = 10	27 [22-36]	
	CHP	33,5 ± 1,53	32 – 34,25
	n = 12	33,5 [31-35]	
Parité	CHCB	0,5 ± 0,97	0 – 1
	n = 10	0 [0-3]	
	CHP	1 ± 1,21	0 – 1,25
	n = 12	1 [0-4]	

Figure 7 : Distribution de l'âge (n = 10) à Bayonne

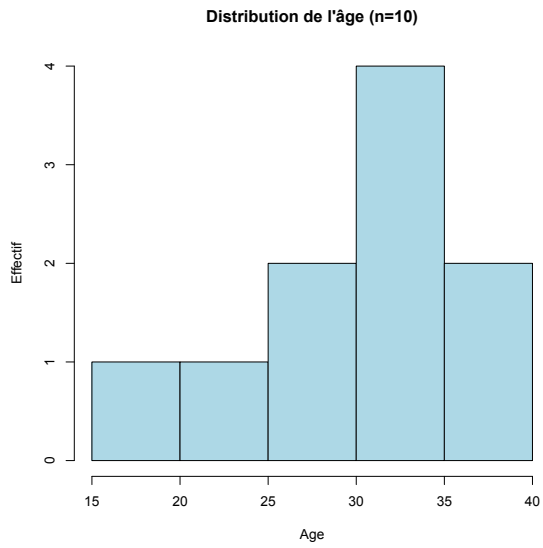


Figure 8 : Distribution du terme (n = 10) à Bayonne

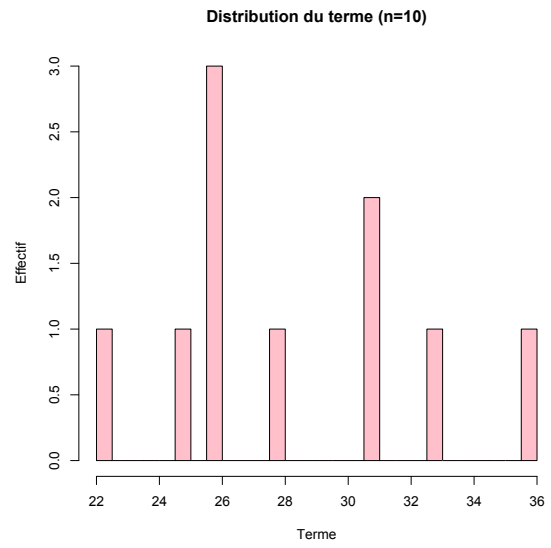


Figure 9 : Distribution de la parité (n = 10) à Bayonne

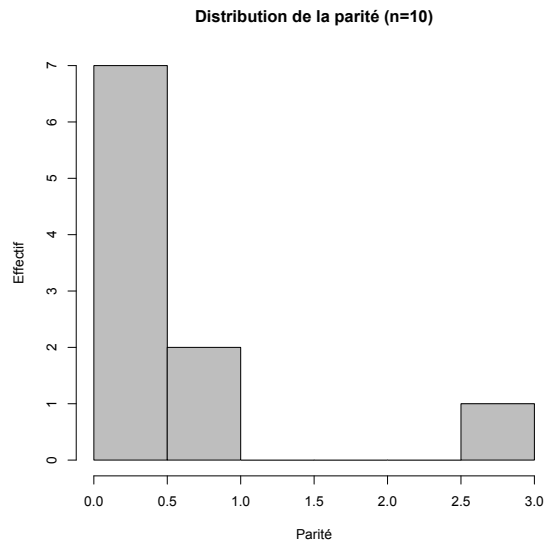


Figure 10 : Distribution de l'âge (n = 12) à Pau

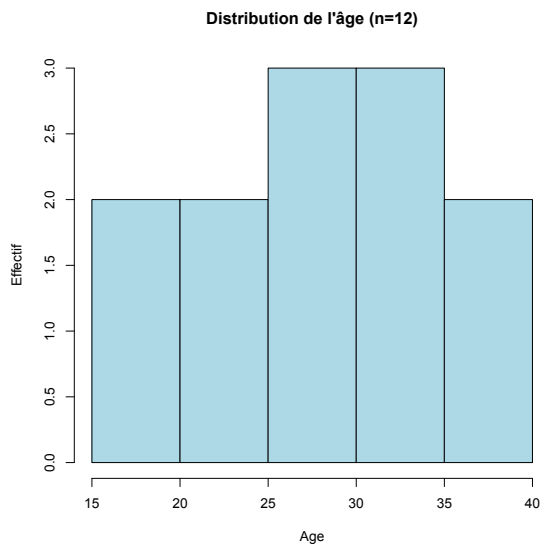


Figure 11 : Distribution du terme (n = 12) à Pau

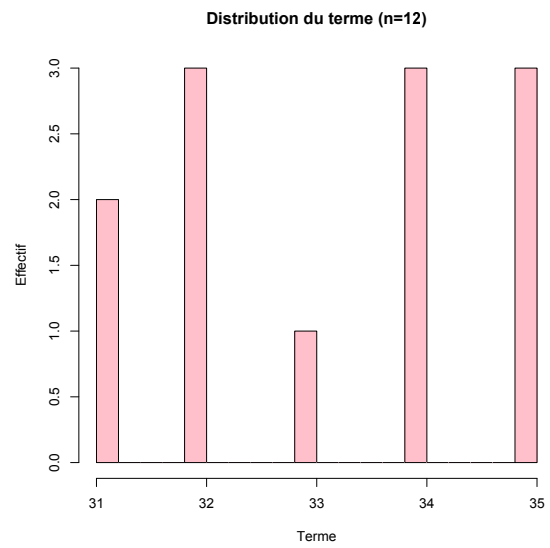
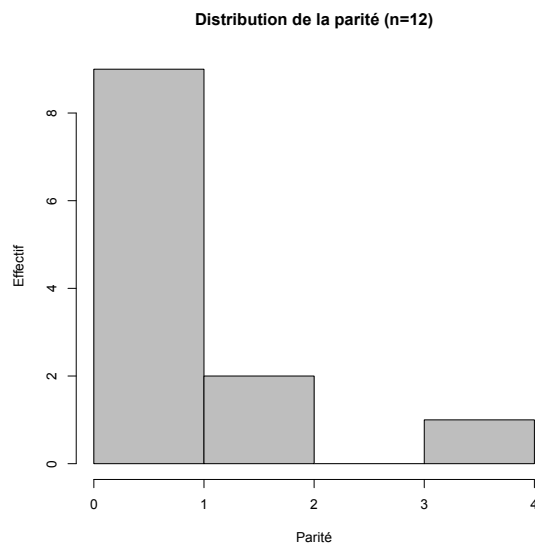


Figure 12 : Distribution de la parité (n = 12) à Pau



Au CHCB, la moitié des patientes était à un terme inférieur à 26 semaines. Elles étaient en majorité nullipares (70 %), venaient à 80 % d'une autre maternité des Pyrénées-Atlantiques (Tableau 18).

Au CHP, la majorité des patientes était à un terme supérieur ou égal à 32 semaines d'aménorrhées (83,33 %). Elles étaient nullipares ou primipares, venaient toutes des Pyrénées-Atlantiques.

Dans les deux hôpitaux, aucune patiente ne présentait un antécédent de TIU et elles étaient presque toutes mariées ou en couple. Les patientes avaient un niveau scolaire secondaire ou universitaire. Le suivi de grossesse a été réalisé par un médecin pour toutes les patientes. Elles ont été suivies dans le privé à 70 % pour le CHCB et à 83,33 % pour le CHP.

Tableau 18 : Caractéristiques de la population au CHCB et au CHP

Critères		Effectif (%)	
		CHCB n = 10	CHP n = 12
Terme (SA)	≤ 26	5 (50%)	0
	27 - 32	3 (30%)	5 (41,67%)
	33 - 36	2 (20%)	7 (58,33%)
	≥ 36	0	0
Parité	0	7 (70%)	5 (41,67%)
	1	2 (20%)	4 (33,33%)
	≥ 2	1 (10%)	3 (25%)
Département de la maternité d'origine	Dordogne	0	0
	Gironde	0	0
	Landes	2 (20%)	0
	Lot et Garonne	0	0
	Pyrénées-Atlantiques	8 (80%)	12 (100%)
Antécédent de TIU	Non	10 (100%)	12 (100%)
	Oui	0	0
Situation familiale	Mariée	3 (30%)	4 (33,33%)
	Pacsée	0	1 (8,33%)
	Vit en couple	7 (70%)	6 (50%)
	Célibataire	0	1 (8,34%)
Niveau Scolaire	Non scolarisée	0	1 (8,34%)
	Primaire	0	0
	Secondaire	7 (70%)	4 (33,33%)
	Universitaire	3 (30%)	7 (58,33%)
Suivi de grossesse	Médecin	10 (100%)	12 (100%)
	Sage-Femme	0	0
Structure assurant le suivi de grossesse	Privée	7 (70%)	10 (83,33%)
	Publique	3 (30%)	2 (16,67%)

## 2.2.2. Connaissance du Réseau Périnatal Aquitaine

Deux patientes connaissaient le Réseau Périnatal Aquitaine, l'une au CHCB et l'autre au CHP (Tableau 19).

La patiente du CHCB était infirmière, nullipare et avait entendu parler du RPA durant ses études. Elle connaissait le site internet.

La patiente du CHP était fonctionnaire, nullipare et avait un niveau d'étude universitaire. Elle a été informée de l'existence du RPA lors de l'entretien prénatal précoce réalisé à 28 semaines d'aménorrhées par une sage-femme. Elle ne connaissait ni le site, ni l'affiche, ni la plaquette.

Tableau 19 : Réseau Périnatal Aquitaine

Connaissance du Réseau Périnatal Aquitaine	Effectif (%)	
	CHCB n = 10	CHP n = 12
Oui	1 (10%)	1 (8,33%)
Non	9 (90%)	11 (91,67%)

La possibilité de changement de maternité pendant la grossesse était connue par 50 % des patientes au CHCB et par 75 % des patientes au CHP (Tableau 20).

Tableau 20 : Possibilité de transfert in utero

Possibilité de changement de maternité	Effectif (%)	
	CHCB n = 10	CHP n = 12
Connue	5 (50%)	9 (75%)
Inconnue	5 (50%)	3 (25%)

Au CHCB, les patientes n'avaient pas été inquiètes, après avoir été informées de la possibilité de changement de maternité pendant la grossesse (Tableau 21).

Au CHP, 33,33 % des patientes avaient ressenti de l'inquiétude.

Dans les deux hôpitaux, la possibilité de changement de maternité avait rassuré plus de 80 % des patientes.

Tableau 21 : Sentiments des patientes informées sur la possibilité de TIU

Patientes connaissant la possibilité d'un changement de maternité		Effectif (%)	
		CHCB n = 5	CHP n = 9
Inquiètes	Oui	0	3 (33,33%)
	Non	5 (100%)	6 (66,67%)
Rassurées	Oui	4 (80%)	8 (88,89%)
	Non	1 (20%)	1 (11,11%)

### 2.2.3. Le transfert in utero

Dans les deux groupes, le transfert a été expliqué par l'obstétricien à la moitié des patientes, par la sage-femme à 30 % des patientes, et par les deux à 20 % des patientes (Tableau 22).

Les explications des raisons du transfert ont été satisfaisantes pour 90 % des femmes au CHCB et 100 % au CHP.

Globalement, les informations ont été convenables et il n'y avait pas d'informations manquantes.

Tableau 22 : Informations lors du TIU

		Effectif (%)	
		CHCB n = 10	CHP n = 12
Qui a expliqué le TIU ?	Gynécologue	5 (50%)	6 (50%)
	Obstétricien	3 (30%)	4 (33,33%)
	Sage-Femme	2 (20%)	2 (16,67%)
Explication des raisons du TIU	Oui	9 (90%)	12 (100%)
	Non	1 (10%)	0
Informations convenables	Oui	9 (90%)	11 (91,67%)
	Non	1 (10%)	1 (8,33%)
Informations manquantes	Oui	2 (20%)	2 (16,67%)
	Non	8 (80%)	10 (83,33%)

Plus de 90 % des patientes se sentaient en sécurité durant le transfert (Tableau 23).

Tableau 23 : Sécurité lors du TIU

Sentiment de sécurité lors du TIU	Effectif (%)	
	CHCB n = 10	CHP n = 12
Oui	10 (100%)	11 (91,67%)
Non	0	1 (8,33%)

#### 2.2.4. L'arrivée à la maternité

Au CHCB, 60 % des patientes avaient un vécu négatif de l'arrivée et disaient à 70 % qu'elles n'étaient pas préparées à cette arrivée (Tableau 24).

Au CHP, elles étaient presque 60 % à avoir un vécu positif, mais étaient plus de 90 % à dire qu'elles n'étaient pas préparées à cette arrivée.

Tableau 24 : Arrivée à la maternité

		Effectif (%)	
		CHCB n = 10	CHP n = 12
Vécu de l'arrivée à la maternité	Positif	4 (40%)	7 (58,33%)
	Négatif	6 (60%)	5 (41,67%)
Étiez-vous préparée à cette arrivée ?	Oui	3 (30%)	1 (8,33%)
	Non	7 (70%)	11 (91,67%)

#### 2.2.5. L'hospitalisation dans les services de grossesses à haut risque

Généralement, le médecin était en contact avec les patientes dans plus de 50 % des cas (Tableau 25).

Selon les patientes, les informations données dans les deux services étaient équivalentes dans 72,7 % des cas au CHP et dans 80 % des cas au CHCB.

Tableau 25 : Communication entre les services après le TIU

Service de grossesses à haut risque		Effectif (%)	
		CHCB n = 10	CHP n = 12
Contact entre les deux services de maternité	Oui	3 (30%)	4 (33,33%)
	Non	1 (10%)	0
	Je ne sais pas	6 (60%)	8 (66,67%)
Médecin en contact avec la patiente	Oui	6 (60%)	6 (50%)
	Non	4 (40%)	6 (50%)
Informations données dans les deux services sont les mêmes	Oui	8 (80%)	8 (72,7%)
	Non	2 (20%)	3 (27,3%)

Dans plus de 80 % des cas, la possibilité de contre-transfert n'avait pas été évoquée à la patiente (Tableau 26). Si le contre-transfert était possible, les patientes auraient été plutôt contres ou indécises dans la majorité des cas.

Tableau 26 : Contre-transfert

Contre-transfert		Effectif (%)	
		CHCB n = 10	CHP n = 11
<b>Information sur la possibilité de contre-transfert</b>			
	Oui	2 (20%)	0
	Non	8 (80%)	11 (100%)
<b>Si cela est médicalement possible, souhait de la patiente d'un retour dans sa maternité d'origine</b>			
	Oui	2 (20%)	4 (36,4%)
	Non	6 (60%)	5 (45,4%)
	Je ne sais pas	2 (20%)	2 (18,2%)

Durant l'hospitalisation, au moment de répondre au questionnaire, 50 % des patientes du CHCB et 75 % des patientes du CHP avaient vu le pédiatre, 80 % n'avaient pas vu le psychologue au CHCB et 91,67% au CHP (Tableau 27).



Tableau 27 : Pédiatre, psychologue

	Effectif (%)	
	CHCB	CHP
Rencontre avec le pédiatre	n = 10	n = 12
Oui	5 (50%)	9 (75%)
Non	5 (50%)	3 (25%)
Si non, auriez-vous souhaité le voir ?	n = 5	n = 3
Oui	2 (40%)	2 (66,67%)
Non	3 (60%)	1 (33,33%)
Rencontre avec le psychologue	n = 10	n = 12
Oui	2 (20%)	1 (8,33%)
Non	8 (80%)	11 (91,67%)
Si non, y en a-t-il un à votre disposition ?	n = 8	n = 8
Oui	5 (62,5%)	4 (50%)
Non	1 (12,5%)	3 (37,5%)
Je ne sais pas	2 (25%)	1 (12,5%)

Dans plus de 90 % des cas, les patientes avaient pu voir leurs conjoints comme elles le souhaitaient (Tableau 28). La famille était présente avec plusieurs visites par semaine dans plus de 80 % au CHCB et 66,67 % au CHP.

Tableau 28 : Visites du conjoint, de la famille

	Effectif (%)	
	CHCB n = 10	CHP n = 12
Votre conjoint a-t-il pu être présent comme vous le souhaitiez ?		n = 11
Oui	9 (90%)	11 (100%)
Non	1 (10%)	0
A-t-il pu rester hébergé dans votre chambre ?		
Oui	7 (70%)	6 (50%)
Non	0	3 (25%)
Je ne le souhaite pas	3 (30%)	3 (25%)
A quelle fréquence a-t-il pu vous rendre visite ?		
Tous les jours	8 (80%)	11 (91,67%)
Deux ou trois fois par semaine	2 (20%)	1 (8,33%)
Une fois par semaine	0	0
Moins d'une fois par semaine	0	0
A quelle fréquence votre famille a-t-elle pu vous rendre visite ?		
Tous les jours	6 (60%)	5 (41,67%)
Deux ou trois fois par semaine	2 (20%)	3 (25%)
Une fois par semaine	1 (10%)	3 (25%)
Moins d'une fois par semaine	1 (10%)	1 (8,33%)

## 2.2.6. En résumé

Globalement, toutes les patientes se sentaient en sécurité (Tableau 29).

Tableau 29 : Sentiment global de sécurité

Globalement, les informations que vous avez reçues vous ont-elles permis de vous sentir en sécurité ?	Effectif (%)	
	CHCB n = 10	CHP n = 11
Oui	10 (100%)	11 (100%)
Non	0	0

Concernant les réunions d'usagers du Réseau Périnat Aquitaine, cinq patientes du CHCB et une patiente du CHP ont donné leurs coordonnées pour participer, éventuellement, à ces réunions.

## 2.2.7. Satisfaction

Le score de satisfaction était en moyenne de 6,7 sur 9 au CHCB et de 7 sur 9 au CHP (Tableau 30). La moitié des patientes (n = 5/10) avait un score supérieur ou égal à 7 au CHCB (Tableau 31).

Au CHP, 75 % des patientes (n = 9/12) avaient un score supérieur ou égal à 7.

Tableau 30 : Moyenne, écart-type du score de satisfaction

Critères	Moyenne ± écart-type Médiane [minimum - maximum]	1 <sup>er</sup> quartile – 3 <sup>ème</sup> quartile
Score de satisfaction CHCB	6,7 ± 1,89 6,5 [3-9]	6 – 8
Score de satisfaction CHP	7 ± 1,41 7 [4-9]	6,75 – 8

Tableau 31 : Score de satisfaction à l'égard du transfert au CHCB et CHP

Valeur du score de satisfaction sur 9		3	4	5	6	7	8	9
CHCB n = 10	Effectif	1	0	1	3	1	2	2
	%	10 %		10 %	30 %	10 %	20 %	20 %
CHP n = 12	Effectif	0	1	1	1	4	4	1
	%		8,33%	8,33%	8,33%	33,33%	33,34%	8,34%

### 3. Discussion

En quatre mois et une semaine, 111 transferts in utero vers le CHU ont été signalés à la COTPA. Au total, nous avons récupéré 60 questionnaires sur 70 transferts recrutés. Notre échantillon représente 63 % de la population des TIU arrivés au CHU de Bordeaux durant cette période (n = 70/111). Nous retrouvons 54 TIU communs avec ceux recensés par la COTPA, 16 TIU de notre recrutement n'ont pas été signalés à la COTPA et nous n'avons pas recruté 41 TIU.

En quatre mois, neuf transferts in utero vers le CH de la Côte Basque ont été signalés à la COTPA. Au total, dix questionnaires ont été remplis sur les 11 transferts recrutés. Notre recrutement comporte plus de transferts que ceux signalés à la COTPA.

Au CH de Pau durant trois mois et demi, 15 transferts in utero vers le CH de Pau et provenant d'Aquitaine ont été signalés à la COTPA. Les TIU provenant d'une maternité hors Aquitaine n'ont pas été signalés à la COTPA. Nous en avons recruté 26 et exclus neuf car provenant d'une maternité hors Aquitaine. Au total, nous avons récupéré 12 questionnaires sur les 17 TIU éligibles. Notre échantillon représente 88 % de la population des TIU arrivés au CH de Pau durant cette période (n = 15/17).

L'objectif principal de l'étude a pour but de savoir si les patientes transférées in utero dans une maternité de type III connaissent l'existence du Réseau Périnat Aquitaine.

A la question « Connaissez-vous le réseau Périnat Aquitaine ? », seulement quatre patientes ont répondu positivement dans les trois hôpitaux (n = 4/82). Deux patientes connaissaient le RPA au CHU (n = 2/60), une au CHCB (n = 1/10) et une au CHP (n = 1/12).

Au total, 5 % des patientes connaissaient le Réseau Périnat Aquitaine (n = 4/82).

Sur ces quatre patientes, deux n'avaient pas reçu l'information de la part d'un professionnel de santé. L'une d'elle l'avait reçu durant ses études d'infirmières et l'autre sur le site internet de la clinique où elle était suivie. Les deux autres patientes ont eu l'information par des professionnels de santé : l'une durant la consultation du quatrième mois par son gynécologue et l'autre par la sage-femme, lors de l'entretien prénatal précoce.

Dans le rapport Inserm-MIRE en 2004, dans le cadre du Réseau Périnatal Aurore, N. Mamelle a interrogé 518 patientes hospitalisées en suites de couches ou en grossesses à haut risque (21). Dans cette étude unicentrique, le réseau était connu par 26,6 % des patientes. Cette population comprenait un échantillon de 17 patientes transférées : 70 % de ces femmes connaissaient le Réseau Aurore.

Dans l'étude multicentrique de C. Dupont, 15 % des patientes connaissaient le Réseau Périnatal Aurore (19). La population de cette étude comprenait 20 femmes transférées in utero, 20 mères de bébés transférés après la naissance et 20 patientes hospitalisées en suites de couches.

Ces résultats discordants obtenus au sein du même Réseau, à trois ans d'intervalle, nous interpellent. Ces deux études sont antérieures aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé publiées en 2009 :

*« Il est recommandé de donner à toute femme enceinte, en début de grossesse, dès l'entretien précoce du premier trimestre, une information sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité » (22)*

Pourtant, les patientes de ces deux études étaient davantage informées sur le Réseau que dans notre étude sur le Réseau Périnat Aquitaine. Notre étude, réalisée deux ans après la diffusion de ces recommandations de bonne pratique, ne montre pas d'amélioration sur l'information délivrée sur l'existence des réseaux.

Notre étude ne porte que sur les patientes hospitalisées en grossesses à haut risque car nous n'avons pas inclus les patientes accouchant rapidement après le transfert. A Pau, nous avons recruté 88 % des transferts et à Bayonne, la totalité. A Bordeaux, nous avons recruté 63 % des transferts. Les résultats de notre étude sont peut-être sous ou surestimés.

En outre, l'éloignement géographique entre les centres a été un problème et explique le nombre de questionnaires non distribués, non remplis, non récupérés, malgré la participation active du personnel et des étudiants sages-femmes dans les hôpitaux de Bayonne et Pau, et des étudiants sages-femmes au CHU de Bordeaux.

De plus, les patientes ont été interrogées entre le deuxième et le septième jour après le transfert. Dans ces quelques jours après le transfert, les patientes ne sont pas forcément stables et cette période peut s'avérer stressante ou angoissante donc les réponses aux questions peuvent être biaisées par cette situation.

Dans l'étude de C. Dupont, pour éviter un biais de mémoire, ils ont interrogé les patientes au troisième jour après le transfert. Pour des raisons organisationnelles, ceci n'a pas pu être réalisé dans notre étude. Nous avons interrogé les patientes du deuxième jour à la fin de la première semaine après leur transfert pour avoir un maximum de questionnaires remplis et pour nous permettre de recruter la majorité des patientes transférées.

Nos résultats sont donc à recevoir avec prudence. Malgré tout, notre étude multicentrique est la première à avoir interrogé un effectif aussi important de patientes (n = 82).

Les résultats sur la connaissance du Réseau Périnat Aquitaine sont faibles dans les trois bassins de naissances. La quasi totalité des patientes ignorent l'existence du RPA. Nous avons donc recherché si elles connaissaient le système d'organisation des maternités impliquant, dans certains cas, le transfert pendant la grossesse.

Nous leur avons demandé : « vous avait-on prévenu que vous pouviez changer de maternité pendant votre grossesse ? ».

Au CHU, 25 patientes, soit 41,67 %, avaient été informées, au CHCB, 5 patientes, soit 50 % et au CHP, 9 patientes, soit 75 %. Au total, moins de la moitié des femmes enceintes de cet échantillon (47,56 %) avait été informée pendant la grossesse de la possibilité d'être transférée dans une autre maternité.

Ce résultat est modeste comparé au rapport Inserm-MIRE de N. Mamelle qui montre que 100 % des patientes transférées in utero sont informées sur la possibilité de changement de maternité pendant la grossesse (21). Il reste non satisfaisant mais permet de relativiser le taux de connaissance du Réseau Périnat Aquitaine par nos patientes (5 %).

L'objectif secondaire consiste à évaluer la satisfaction des femmes à l'égard de leur transfert. L'évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge par un réseau de santé est une des six dimensions des « Principes d'évaluation des réseaux de santé » publiés par l'ANAES en 1999 (23). Evaluer la satisfaction des patientes permet d'améliorer les pratiques.

Nous avons donc élaboré, arbitrairement, un score de satisfaction qui n'est qu'une ébauche d'un instrument psychométrique non validé. Il nous permet seulement de faire une analyse du point de vue des patientes, sur leur transfert. Ce score reprend des questions posées dans le questionnaire, soit sept questions fermées et deux questions ouvertes.

Il n'explore pas toutes les dimensions de la satisfaction. Il regroupe les items suivants :

- l'information durant la prise en charge
  - ont-elles été informées de la possibilité de transfert pendant la grossesse ?
  - ont-elles reçu une information sur les raisons du transfert ?
  - ces informations étaient-elles convenables ?
  - y avait-il des informations manquantes ?
- la sécurité
  - se sont-elles senties en sécurité pendant le transfert ?
  - quel est leur sentiment global de sécurité durant toute la prise en charge ?
- le vécu durant le transfert
  - comment ont-elles vécu l'arrivée à la maternité ?
  - étaient-elles préparées à cette arrivée ?
- la présence du conjoint (fréquence des visites).

Les patientes ont un score supérieur ou égal à 7 sur 9 dans 56,67 % des cas au CHU, 50 % des cas au CHCB et 75 % des cas au CHP. Les patientes sont, en majorité, satisfaites de leur transfert mais elles ne sont pas unanimement satisfaites.

Au moment du transfert, les raisons étaient expliquées dans plus de 90 % des cas dans les trois hôpitaux, les informations étaient convenables dans plus de 90 % des cas dans les trois hôpitaux. Il existe des informations manquantes dans moins de 20 % des cas dans les trois hôpitaux.

En amont du transfert, les patientes n'étaient pas informées de la possibilité de changement de maternité. En revanche, lorsque le transfert s'avérait nécessaire, les patientes étaient satisfaites de l'information reçue.

Lors du transfert, les patientes se sont senties en sécurité dans plus de 90 % des cas dans les trois hôpitaux.

Les patientes se sentaient prêtes à l'arrivée dans la maternité dans moins de 30 % des cas au CHU et au CHCB et dans 8,33 % des cas au CHP. Elles étaient déstabilisées par l'urgence de la situation et par le fait d'arriver dans le service « salle de naissance ».

Le vécu de l'arrivée à la maternité s'est, également, avéré difficile, elles le décrivaient comme « douloureux, éprouvant », elles se sentaient « inquiètes, angoissées, perdues ». Le vécu était positif dans 50,9 % des cas au CHU, 40 % des cas au CHCB et 58,33 % des cas au CHP.

Le conjoint était présent dans plus de 80 % des cas au CHU et dans plus de 90 % des cas au CHCB et CHP.

Globalement, les informations reçues ont permis à plus de 90 % des patientes de se sentir en sécurité dans les trois hôpitaux.

La moyenne du terme des patientes était de 29,07 semaines d'aménorrhées à Bordeaux, 28,4 à Bayonne et 33,5 à Pau.

Toutes les patientes étaient suivies pendant la grossesse par un médecin en majorité ; dans le public à Bordeaux et dans le privé à Bayonne et Pau. Le médecin, qui suivait la grossesse, était en contact avec les patientes dans 73,33 % des cas au CHU, 60 % des cas au CHCB, 50 % des cas au CHP.

Les informations sur la possibilité d'un contre-transfert ont été données dans 40 % des cas à Bordeaux, 20 % des cas à Bayonne et dans aucun cas à Pau. Si cela s'avérait médicalement possible, le retour dans la maternité d'origine était souhaité par 43,34 % des patientes à Bordeaux, 20 % à Bayonne et 33,33 % à Pau. L'information sur la possibilité d'un contre-transfert était très peu donnée aux patientes et celles-ci ne semblaient pas souhaiter un contre transfert.

Les résultats sont à nuancer. Il faudrait engager une réflexion sur l'information à donner lorsqu'un contre-transfert est médicalement possible. Une explication claire de l'organisation en plusieurs « types » de maternité est essentielle à donner aux patientes pour leur permettre de comprendre les différences de prise en charge en fonction des maternités.

Dans plus de 80 % des cas à Bordeaux, au moment de répondre au questionnaire, les patientes n'avaient pas rencontré le pédiatre, alors qu'à Bayonne, elles l'avaient rencontré dans 50 % des cas et à Pau, dans 75 % des cas. Les patientes qui n'avaient pas encore vu le pédiatre étaient 64,6 % à souhaiter le rencontrer à Bordeaux, 40 % à Bayonne, et 66,67 % à Pau.

Nous avons recherché des différences statistiquement significatives entre deux groupes de l'échantillon du CHU : le groupe des patientes informées pendant la grossesse d'une possibilité de changement de maternité (n = 25) et le groupe de patientes non informées (n = 35).

Les effectifs de ces groupes sont insuffisants et ne permettent pas de trouver des différences significatives au niveau de leurs moyennes d'âge, de terme, de parité, les antécédents de transfert, la situation familiale, le niveau scolaire, la distance avec la

maternité de type III, le département d'origine, le professionnel suivant la grossesse, la structure suivant la grossesse.

Le vécu du transfert et le fait d'être préparée à l'arrivée ne sont pas non plus différents statistiquement. Les deux groupes sont comparables sur ces critères.

Nous n'avons donc pas trouvé d'éléments permettant de connaître la raison pour laquelle certaines patientes sont informées et d'autres ne le sont pas.

Actuellement, le Réseau Périnat Aquitaine recherche des usagers pour participer à des réunions dans le but d'améliorer les pratiques. Les usagers n'étaient pas, jusqu'à aujourd'hui, intégrés dans les réflexions menées par le RPA. Treize patientes ont laissé leurs coordonnées sur le questionnaire pour venir participer à des réunions. La participation de ces usagers aux réunions du Réseau représente un enrichissement certain pour le Réseau Périnat Aquitaine.

Le mode de recueil des informations est un auto-questionnaire comportant une majorité de questions fermées et quelques questions ouvertes. Il a été construit sur la base du questionnaire de l'étude de F. Vendittelli (20) et de la trame de l'entretien de l'étude de C. Dupont (19). Notre questionnaire manque de précisions pour certaines questions notamment sur la connaissance des femmes d'une éventuelle possibilité de transfert c'est-à-dire le moment où elles ont été informées de la possibilité de changement de maternité pendant la grossesse, par qui ?, dans quelles conditions ?. Il manque également une exploration des différentes dimensions de la satisfaction, du vécu du transfert.

Il aurait pu être intéressant d'interroger les femmes par le biais d'un entretien mais cela ne nous aurait pas permis d'interroger autant de patientes. Comparer trois groupes en fonction de la maternité de type III aurait pu être enrichissant mais cela était impossible en raison d'effectifs trop faibles à Pau et Bayonne.

La plaquette du Réseau Périnat Aquitaine, qui explique brièvement l'organisation en réseau et les différents types de maternité, est disponible dans les différents hôpitaux et cliniques et en téléchargement sur le site internet (Annexe 3). Elle n'est pas distribuée à toutes les patientes, le réseau Périnat Aquitaine ne dispose pas de financement pour l'impression d'une plaquette pour chaque femme enceinte. Le coût de l'impression reste à la charge de chaque service et de chaque professionnel de santé intervenant dans le suivi de grossesse.



Donner une information claire et brève sur le Réseau Périnat Aquitaine via la plaquette paraît essentiel pour les patientes afin de leur donner une idée de l'organisation des maternités et de la possibilité de transfert. Si elles le souhaitent, elles peuvent ensuite consulter le site internet pour avoir accès à de plus amples informations.

Le site internet du Réseau Périnat Aquitaine paraît facile d'utilisation et comporte des informations importantes pour les patientes notamment des conseils pratiques, un annuaire etc.

Aux Etats-Unis, la régionalisation s'est développée grâce aux professionnels de santé. Dans les années 80, ce fonctionnement s'est avéré difficile dans certaines régions en raison de la concurrence entre les centres et même parfois entre les systèmes de prise en charge des soins. Dans les régions rurales ou à faible densité de population, la régionalisation fonctionne encore très bien (24). Cette mise en place de la régionalisation par les professionnels paraît être tout à fait appropriée mais il persiste des difficultés de fonctionnement, dans certaines régions.

En France, la régionalisation a commencé à apparaître de façon marginale dans certains départements. Il a fallu une obligation législative en 2005 pour que toutes les régions s'organisent en Réseau (13).

Une étude réalisée au sein de trois réseaux (Rhône, Auvergne et Gard-Lozère) après la publication du décret de 1998 dénote une faible acceptabilité de la régionalisation par les différents professionnels (25). Une hypothèse serait que cette décision étatique, concernant la régionalisation, implique des difficultés, pour certains professionnels, à adhérer à ce concept. En 2007, les professionnels du Réseau Aurore interrogés considèrent que le réseau a un impact positif sur la prise en charge des patientes en particulier lors des transferts in utero (26). La vision de la régionalisation par les professionnels semble ainsi évoluer au cours du temps.

A la lumière de nos résultats montrant une méconnaissance du Réseau Périnat Aquitaine, il serait intéressant d'en connaître la cause. Questionner les professionnels qui font parti du Réseau Périnat Aquitaine : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes des hôpitaux, cliniques, libéraux, mais aussi cadres sage-femme, pourrait permettre de comprendre pourquoi l'information sur le Réseau n'est pas donnée aux patientes.

En outre, l'information sur le Réseau peut paraître négligeable devant la masse d'informations à donner aux patientes durant les consultations. L'Entretien Prénatal Précoce semble donc être le moment privilégié pour donner cette information, encore faut-il qu'il soit réalisé pour une majorité de parturientes ce qui n'est pas le cas actuellement. En effet, il n'est réalisé que dans 21,4 % des cas selon l'Enquête Nationale Périnatale (27).

## CONCLUSION

Cette étude porte sur la connaissance et la satisfaction des usagers du Réseau Périnatal Aquitaine.

Sur la base de deux études publiées en 2008 sur le Réseau Périnatal Aurore et le Réseau Périnatal d'Auvergne, un questionnaire a été construit et distribué à des patientes ayant bénéficié d'un transfert in utero et hospitalisé dans une des trois maternités de type III d'Aquitaine. Les patientes ont été interrogées entre le deuxième jour et le septième jour après leur transfert.

Le résultat principal est que les patientes ne connaissent pas le Réseau Périnatal Aquitaine (95%) quel que soit leur situation géographique en Aquitaine.

Moins de la moitié des patientes de Bordeaux, la moitié des patientes de Bayonne et les trois-quarts des patientes de Pau ne sont pas informées de la possibilité de changement de maternité pendant la grossesse.

Au moment du transfert, les patientes ne sont donc pas préparées et ont un vécu négatif du transfert. Celui-ci peut s'avérer difficile avec, parfois, un sentiment d'angoisse, de peur.

Malgré ces réactions face à une hospitalisation dans un lieu inconnu et non choisi, et à l'urgence de la situation, les patientes sont satisfaites de la prise en charge, lors du transfert, dans 56,67 % des cas à Bordeaux, 50 % à Bayonne et 75 % à Pau. Globalement, toutes les patientes ne sont donc pas satisfaites et ce résultat est important à prendre en compte dans le but d'améliorer les pratiques.

Les patientes se sentent en sécurité durant le transfert et ensuite, de façon globale, durant toute la prise en charge.

Cette étude nous permet de nous rendre compte de l'importance d'une information claire et brève sur le Réseau Périnatal Aquitaine pendant la grossesse. Donner la plaquette du Réseau et inviter à aller voir le site internet fait partie intégrante du contenu d'une des consultations en début de grossesse ou de préférence, lors de l'entretien prénatal précoce.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vinas JM. L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996. Actual Dossier Santé Publ 1998;24:13-4
2. Loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération
3. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
4. Herman A. Hein. Regionalized périnatal care in North America. Semin Neonatol 2004;9;111-116
5. Grandjean H, Arnaud C, Taminh M, Blondel B. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les grossesses à haut risque. Conférence de consensus. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:21-36
6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville. Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: pour un nouveau plan périnatalité. 1994
7. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
8. Barre S, Houdart L. Les statuts juridiques des réseaux. Actual Dossier Santé Publ 1998;24:18-20
9. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

10. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
11. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique
12. Plan « périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004
13. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité
14. Réseau Périnat Aquitaine. Bilan annuel : GCS Réseau Périnat Aquitaine. 2010
15. Olaïzola C. Les transferts in utero en Aquitaine : état des lieux. [Mémoire de fin d'études de Sage-Femme]. Bordeaux : Université Victor Segalen. 2009
16. Réseau Périnat Aquitaine. Les transferts périnataux en Aquitaine. Rapport d'analyse. 2010
17. Réseau Périnat Aquitaine. (Page consultée le 18/01/12). Espace professionnel, [en ligne]. <http://www.reseaperinat-aquitaine.fr/espace-professionnel/les-tiih>
18. Hyvert M, Germain C, Schaeffer V et al. Opportunités manquées de transferts in utero des grands prématurés (24-32 semaines d'aménorrhée) en Aquitaine, 2003-2005. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008;37,705-713
19. Dupont C, Gonnaud F, Kalis V et al. Connaissance et satisfaction des femmes au sein du réseau de santé périnatal Aurore. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;38:61-71
20. Vendittelli F, Gerbaud L, Choquet A. Pré-étude sur la satisfaction des femmes au sein d'un réseau de santé périnatale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009;38:61-71

21. Mamelle N, Lémery D. Organisation en réseau de soins périnataux : acceptabilité par les professionnels et les usagers. Rapport Inserm-MIRE 2004;51-84
22. Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. 2009
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. 1999
24. Victor Y.H Yu, Peter M. Dunn. Development of regionalized perinatal care. Semin Neonatol 2004;9;89-97
25. David S, Durif-Bruckert C, Durif-Varembont J.P et al. Acceptabilité des professionnels de santé en France vis-à-vis de la politique de réseau de soins périnataux. Rev Epidemiol Sante Publique 2005;53;361-372
26. Dupont C, Touzet S, Ploin D et al. Evaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité : enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007;36;375-383
27. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé – INSERM.

# ANNEXES

## Annexe 1

### Questionnaire

« Connaissance et satisfaction des patientes transférées pendant la grossesse dans les maternités de type 3 sur le Réseau Périnatal Aquitaine »

## Annexe 2

Lettre explicative pour les patientes, accompagnant le questionnaire et l'enveloppe

## Annexe 3

Plaquette informative du Réseau Périnatal Aquitaine

## Annexe 1 : QUESTIONNAIRE

### Connaissance et satisfaction des patientes transférées pendant la grossesse dans les maternités de type 3 sur le Réseau Périnat Aquitaine

*(Mémoire de fin d'études de Sage-Femme, Laure-Eva Etcheverry)*

#### *Situation personnelle*

1) Quel est votre âge ? : .....

2) Votre ville de résidence : .....

3) Combien avez-vous d'enfants : .....

4) Avez-vous déjà été transféré lors d'une précédente grossesse ?

Oui

Non

5) Situation familiale :

Je suis mariée

Je suis pacsée

Je suis divorcée

Je vis en couple

Je suis célibataire

6) Votre activité professionnelle : .....

7) Votre niveau scolaire :

Non scolarisée

Primaire

Secondaire (collège, lycée, BEP, CAP, BAC)

Universitaire

8) Quel est le professionnel qui a suivi votre grossesse au départ ?

.....

9) Dans quelle structure exerce-t-il ?

.....

10) Quelle est la maternité dans laquelle vous avez été hospitalisée avant le transfert ?

.....



## Connaissance du Réseau Périnat Aquitaine

### 11) Connaissez-vous le Réseau Périnat Aquitaine ?

Oui  Non

Ne répondez aux questions de l'encadré seulement **SIL VOUS AVEZ REPONDU OUI** à la question précédente

✓ Qu'est ce que cela évoque pour vous ? .....

.....

✓ A quelle occasion avez-vous été informée ?

Lors de la première consultation (avant trois mois de grossesse)

Pendant une autre consultation, laquelle ? .....

Pendant l'entretien prénatal précoce

Pendant une séance de préparation à la naissance

Autre : .....

✓ De combien de mois étiez-vous enceinte au moment où vous avez reçu

l'information ? : .....

✓ Par qui avez-vous été informée ?

Obstétricien

Sage-Femme

Pédiatre

Site internet du Réseau

Plaquette d'information

Affiche

Un proche

Autre : .....

✓ Connaissez-vous les moyens de communication utilisés par le réseau ?

Plaquette du réseau

Affiche

Site internet : [www.reseauperinat-aquitaine.fr](http://www.reseauperinat-aquitaine.fr)

✓ Globalement, l'information que vous avez eue vous paraissait-elle suffisante ?

Oui

Non

✓ Etait-elle suffisamment claire ?

Oui

Non

✓ Auriez-vous souhaité : Plus d'informations ?

Oui

Non

Ou plus précises

Oui

Non

Ou une autre information

Oui

Non

Laquelle ?

.....

12) Vous avait-on prévenu que vous pouviez changer de maternité pendant votre grossesse ?

Oui  Non

✓ Cela vous a-t-il inquiété ?  Oui  Non

Si OUI, pourquoi ?

.....  
.....

✓ Cela vous a-t-il rassuré ?  Oui  Non

Si OUI, pourquoi ?

.....

13) Selon vous, quels sont les soignants qui participent à ce réseau ?

.....

14) Savez-vous comment s'organise le travail en commun dans le réseau ?

.....  
.....

15) Que pensez-vous de cette organisation en réseau ?

.....  
.....

### *Transfert In Utero*

#### **Au moment du changement de maternité**

16) Qui vous l'a expliqué ? .....

17) Vous a-t-on expliqué pour quelles raisons il était souhaitable de vous transférer ?

Oui  Non

18) Ces informations vous convenaient-elles ?

Oui  Non

19) Des informations vous ont-elles manquées ?

Oui  Non

Lesquelles ?

.....

#### Vécu du transfert

20) Vous êtes vous senti en sécurité ?

Oui  Non

21) Qu'avez-vous apprécié ? .....

.....

22) Qu'avez-vous regretté ? .....

.....

#### A votre arrivée

23) Comment avez vous vécu l'arrivée dans la maternité ?

.....

24) Etiez-vous préparée à cette arrivée ?

.....

25) Qu'avez-vous apprécié ? .....

.....

26) Qu'avez-vous regretté ? .....

.....

#### Actuellement, dans le service de grossesse pathologique

27) Les deux services de maternité vous paraissent-ils en contact ?

Oui  Non  Je ne sais pas

28) Votre médecin est-il resté en contact avec vous ?

Oui  Non

29) Les informations données par le service d'où vous venez et celui qui vous a accueilli sont-elles les mêmes ?

Oui  Non

30) Vous a-t-on parlé lors de votre séjour d'une possibilité de retour dans votre maternité d'origine ?

Oui  Non

31) Souhaiteriez-vous, si cela est médicalement possible, un retour dans votre maternité d'origine ?

Oui  Non  Je ne sais pas

32) Avez-vous rencontré le pédiatre ?

Oui  Non

Si NON, Auriez-vous souhaité le voir ?  Oui  Non

33) Avez-vous rencontré un psychologue ?

Oui  Non

Si NON, Y en a-t-il un à votre disposition ?  Oui  Non

34) Votre conjoint a-t-il pu être présent comme vous le souhaitiez ?

Oui  Non

35) A-t-il pu rester hébergé dans votre chambre ?

Oui  Non  Je ne le souhaite pas

36) A quelle fréquence a-t-il pu vous rendre visite :

Tous les jours  2 ou 3 fois par semaine

1 fois par semaine  Moins d'1 fois par semaine

37) A quelle fréquence votre famille a-t-elle pu vous rendre visite ?

Tous les jours  2 ou 3 fois par semaine

1 fois par semaine  Moins d'1 fois par semaine

38) Globalement, les informations que vous avez reçues vous ont-elles permis de vous sentir en sécurité ?

Oui

Non

*Pour finir...*

39) Le Réseau Périnat Aquitaine recherche des patientes pour participer à des réunions dans le but d'améliorer les pratiques.

Seriez-vous prête à venir participer à des réunions dans le cadre du Réseau Périnat Aquitaine ?

Oui

Non

Je ne sais pas

*Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser vos coordonnées (adresse, mail ou téléphone) pour permettre au Réseau Périnat Aquitaine de vous envoyer des informations concernant ces réunions.*

.....

39) Ces quelques lignes sont pour vous. N'hésitez pas à faire des commentaires concernant les professionnels, les maternités, la prise en charge du transfert, les soins, le questionnaire...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Je vous remercie d'avoir consacré du temps pour ce questionnaire.  
Laure-Eva Etcheverry, étudiante sage-femme*

## Annexe 2 :

### Lettre aux patientes accompagnant le questionnaire

Laure-Eva Etcheverry  
Etudiante Sage-Femme à Bordeaux  
laureevaetcheverry@gmail.com

*Questionnaire adressé à toutes les patientes  
transférées pendant la grossesse*

Madame,

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur votre connaissance du Réseau Périnat Aquitaine et votre satisfaction concernant ce fonctionnement en réseau, votre transfert, votre prise en charge par les différents professionnels etc.

Je vous sollicite donc pour donner votre avis par le biais d'un questionnaire écrit. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de répondre à ce questionnaire. Sachez que répondre à ce questionnaire prend quinze à trente minutes et vous pouvez le faire quand vous le souhaitez lors de la première semaine de votre transfert.

Une fois le questionnaire rempli, mettez le dans l'enveloppe prévue à cet effet et une étudiante sage-femme viendra le récupérer dans votre chambre. Je suis donc seule à avoir accès à vos réponses et elles ne serviront que pour mon mémoire, de façon anonyme et dans le respect du secret médical.

Je vous adresse mes sincères remerciements.

*Laure-Eva Etcheverry*

## Annexe 3 : Plaquette informative du Réseau Périnatal Aquitaine

**réseau périnatal aquitaine**

Un réseau de professionnels en périnatalité au sein de votre région

**Plus de renseignements :**  
Hôpital Pellegrin  
Place Amélie Raba Léon  
33076 Bordeaux  
Tél. 05 56 79 98 51 / 24 99 43  
Fax. 05 57 82 00 07  
reseau.perinat@chu-bordeaux.fr  
www.reseauperinatal-aquitaine.fr

**Les membres du réseau**

Les 28 maternités publiques et privées de la région • Les services de Protection Maternelle et Infantile des 5 départements • Les Commissions Médicales d'Établissement des établissements privés • L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine • L'association des professionnels de Santé libéraux en périnatalité d'Aquitaine



## Des professionnels tous en lien

*pour vous accompagner*

*dans votre projet de naissance*

*pour vous guider et vous entourer*

*quelque soit votre parcours*

*pour vous garantir la sécurité*

*pendant votre grossesse, votre  
accouchement, et l'arrivée de votre bébé*

*pour être à l'écoute de vos besoins*

*et mieux les entendre*

qui travaillent pour l'harmonisation régionale des pratiques médicales, et la mise en place de protocoles communs, régulièrement discutés et mis à jour

qui organisent des réunions pluridisciplinaires, groupes de travail, formation continue

qui améliorent l'information et la communication entre les professionnels et les usagers

## Qu'est-ce qu'un réseau de santé ?

C'est pour les professionnels une nouvelle façon de coordonner les actions à mener autour de leur patient afin d'optimiser leur prise en charge.

En mutualisant les compétences de chacun et en harmonisant les collaborations, il permet une organisation plus performante.

Dans tous les cas, les acteurs des soins en périnatalité dans votre région qui suivent votre grossesse vous accompagneront dans votre projet de naissance, pour vous permettre de mettre au monde votre enfant en toute **sécurité et sérénité**.

## En cas de nécessité

Ils pourront renforcer la surveillance, vous orienter vers d'autres professionnels voire proposer une hospitalisation pendant votre grossesse ou pour votre enfant après sa naissance.

Toutes les maternités ne disposent pas des mêmes plateaux techniques :

- les centres de type 1 assurent la prise en charge des grossesses à bas risque et de nouveau-nés sans problème
- les centres de type 2 (A et B) assurent la prise en charge des nouveau-nés nécessitant un service de pédiatrie néo-natal, avec soins intensifs pour les types 2B
- les centres de type 3 ont une réanimation néo-natale pour les grands prématurés et les enfants nécessitant les soins les plus lourds

Pour cela, le Réseau Périnat Aquitaine a fait le choix de mettre en place un service spécifique en lien avec le Samu : la **Cellule d'Orientation des Transferts Périnataux en Aquitaine\*** (COTPA).

*\* Une information complète vous sera donnée par les professionnels lors de tout changement d'orientation à l'intérieur du réseau et ils recueilleront votre consentement.*



## ABREVIATIONS

RPA = Réseau Périnatal Aquitaine

COTPA= Cellule d'Organisation des Transferts Périnataux d'Aquitaine

TIU = Transfert In Utero

TNN = Transfert d'un Nouveau-Né

CTM = Contre-Transfert Maternel

CTNN = Contre-Transfert d'un Nouveau-Né

RME = Rapprochement Mère-Enfant

TPP = Transfert du Post-Partum

HPP = Hémorragie du Post-Partum

TIHH = Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CHCB = Centre Hospitalier de la Côte Basque

CHP = Centre Hospitalier de Pau