



HAL
open science

Besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques

Emmanuelle Verdier

► **To cite this version:**

Emmanuelle Verdier. Besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01690498

HAL Id: dumas-01690498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690498>

Submitted on 23 Jan 2018

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 DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ECOLE DE SAGE-FEMME DU CHU de NICE

BESOINS DES PATIENTES HOSPITALISEES EN GROSSESSES PATHOLOGIQUES

*Etude comparative entre 20 grossesses pathologiques suivies à l'Archet et 20 patientes issues de
TIU : ces dernières ont-elles des besoins supplémentaires ?*

Emmanuelle VERDIER

Née le 04 Février 1993

A Ajaccio, Corse du Sud

Mémoire présenté et soutenu le 15 Mai 2017

Directeur de mémoire : Arnaud CLAQUIN

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ECOLE DE SAGE-FEMME DU CHU de NICE

BESOINS DES PATIENTES HOSPITALISEES EN GROSSESSES PATHOLOGIQUES

*Etude comparative entre 20 grossesses pathologiques suivies à l'Archet et 20 patientes issues de
TIU : ces dernières ont-elles des besoins supplémentaires ?*

Emmanuelle VERDIER

Née le 04 Février 1993

A Ajaccio, Corse du Sud

Mémoire présenté et soutenu le 15 Mai 2017

Directeur de mémoire : Arnaud CLAQUIN

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

Remerciements

A mon directeur de mémoire, Monsieur Arnaud Claquin, sans qui ce travail n'aurait jamais abouti. Merci à lui pour sa disponibilité, son investissement et son écoute tout au long de ce projet.

A la directrice de l'école de sage-femme de Nice ainsi qu'aux cadres pédagogiques, merci pour leur enseignement durant ces quatre années d'étude.

Aux sages-femmes qui m'ont encadrée pendant tous mes stages et qui m'ont transmis la passion de ce métier.

A mes parents et mes frères et sœurs, qui m'ont toujours soutenue et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci mille fois !

A Jérôme, qui a toujours su trouver les mots pour me soutenir et me motiver tout au long de cette année.

A Aurélie, mon amie d'enfance, merci d'avoir toujours été là et à Houda, pour sa bonne humeur et son soutien sans faille.

A tous mes ami(e)s de promotion, qui ont fait de ces années des moments inoubliables. Un merci tout particulier à Alice, Manon, Camille, Romane et Anne-Laure, qui sont là depuis le tout début.

A la Team Mayotte, Manon, Romane et Charly, un grand merci pour ce voyage, une expérience de stage et une aventure qui resteront gravées dans ma mémoire !

Et enfin, merci à toutes ces patientes qui ont accepté de participer à mon étude et sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE.....	10
1. Réseau méditerranée.....	10
1.1. Définition	10
1.2. Missions du réseau	11
1.3. Organisation du service de grossesses pathologiques de l'Archet.....	12
2. Les transferts materno-fœtaux	13
2.1. Définition	13
2.2. Indications	14
2.3. Contre-indications	16
2.4. Organisation du transfert.....	17
3. Les besoins	17
3.1. Définition	17
3.2. La réponse aux besoins	20
3.3. Satisfaction des patientes	21
PARTIE 2 : TRAVAIL PERSONNEL	25
1. Travail de recherche	25
1.1. Problématique.....	25
1.2. Objectifs	25
1.3. Hypothèses	26
2. Méthodologie.....	26
2.1. Choix du type d'étude	26
2.2. Population.....	27
2.3. Entretiens.....	28
2.4. Recueil des données	33
3. Résultats	33
3.1. Effectif.....	33
3.2. Caractéristiques	34
3.3. Suivi de grossesse.....	37
3.4. Hospitalisation.....	39
3.5. Séjour dans le service de grossesses pathologiques	42
3.6. Besoins des patientes.....	46
3.7. Comparaison besoins GPTIU / GPA.....	57

3.8.	Définition des besoins spécifiques aux grossesses pathologiques	58
3.9.	Classification et satisfaction des besoins	59
3.10.	Influences sur la satisfaction et les besoins	63
3.11.	Suggestions et problèmes	70
PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION		73
1.	Interprétation des résultats	73
1.1.	Population étudiée	73
1.2.	Besoins du GPTIU supérieurs à ceux du GPA : mythe ou réalité ?	74
1.3.	Hospitalisation pendant la grossesse : des besoins particuliers	76
1.4.	Importance et satisfaction des besoins	77
1.5.	La satisfaction et les besoins des patientes : influencés par différents facteurs ? ..	79
1.6.	Perspectives d'améliorations	81
2.	Validité de la méthodologie	83
2.1.	Limites	83
2.2.	Biais	83
2.3.	Points forts	84
Conclusion		85
Bibliographie		I

Abréviations

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

CSP : catégorie socio-professionnelle

FCS : fausse couche spontanée

FCT : fausse couche tardive

GPA : groupe patientes Archet

GPTIU : groupe patientes TIU

IMG : interruption médicale de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

MFIU : mort fœtale in utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur

PMI : protection maternelle et infantile

SA : semaine d'aménorrhée

TIU : transfert in utéro

Liste des figures

Figure 1 : Pyramide de Maslow.....	19
Figure 2 : Graphique d'amélioration continue de la qualité.....	24
Figure 3 : Répartition de la population par classe d'âge.....	34
Figure 4a : Catégorie socio-professionnelle GPA.....	35
Figure 4b : Catégorie socio-professionnelle GPTIU.....	35
Figure 5 : Statut marital.....	36
Figure 6 : Gestité.....	36
Figure 7 : Parité chez les patientes multigestes.....	37
Figure 8 : Suivi de grossesse GPTIU.....	38
Figure 9 : Suivi de grossesse GPA.....	38
Figure 10 : Maternité d'origine GPTIU.....	39
Figure 11 : Pathologies des patientes hospitalisées.....	40
Figure 12 : Nombre d'hospitalisation pendant la grossesse.....	41
Figure 13 : Pathologie lors de la première hospitalisation.....	41
Figure 14 : Satisfaction arrivée dans le service.....	42
Figure 15 : Explications transfert / hospitalisation et satisfaction.....	43
Figure 16 : Présentation du personnel et satisfaction.....	44
Figure 17 : Réponses aux questions.....	45
Figure 18 : Discussion et anticipation.....	45
Figure 19 : Besoins physiologiques.....	46
Figure 20 : Besoins de soins de qualité.....	47
Figure 21 : Besoin de soutien moral.....	48
Figure 22 : Besoin relationnel.....	48
Figure 23 : Besoin d'intimité.....	49
Figure 24 : Besoin d'autonomie.....	49
Figure 25 : Besoin de sécurité.....	50
Figure 26 : Besoin de confort / installation.....	50
Figure 27 : Besoins d'agir selon ses croyances.....	51
Figure 28 : Besoin d'organisation familiale.....	52
Figure 29 : Besoin d'aide sociale.....	52
Figure 30 : Besoin d'informations sur la pathologie.....	53
Figure 31 : Besoin d'explication des soins.....	54

Figure 32 : Besoin d'informations sur les restrictions.....	54
Figure 33 : Besoins matériels	55
Figure 34 : Besoin de divertissements	55
Figure 35 : Autres besoins	56
Figure 36 : Satisfaction selon classement des besoins dans le GPTIU	59
Figure 37 : Satisfaction selon classement des besoins dans le GPA	60
Figure 38 : Classement d'importance des besoins des patientes selon Maslow.....	62
Figure 39 : Suggestion amélioration.....	71
Figure 40 : Problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation.....	71
Figure 41 : Croisement entre importance et satisfaction des patientes selon C. Barbaray.....	77
Figure 42 : Croisement entre satisfaction et importance des besoins chez le GPTIU.....	77
Figure 43 : Croisement entre satisfaction et importance des besoins chez le GPA.....	78

Liste des tableaux

Tableau I : Durée moyenne de séjour	39
Tableau II : Moyenne des % des besoins dans chaque groupe.....	57
Tableau III : Existence des besoins du GPTIU et du GPA.....	57
Tableau IV : Pondération des besoins du GPTIU/GPA selon Maslow	61
Tableau V : % de satisfaction pour le GPTIU et le GPA selon la CSP.....	64
Tableau VI : % de satisfaction des patientes selon le vécu de l'arrivée dans le service	65
Tableau VII : Comparaison besoins des patientes déjà hospitalisées par rapport à la pop	66
Tableau VIII : % des besoins du GPTIU selon la durée d'hospitalisation	67
Tableau IX : % des besoins du GPA selon la durée d'hospitalisation	68
Tableau X : Influence de l'éloignement géographique sur les besoins	69

Introduction

L'hospitalisation pendant la grossesse est un bouleversement dans la vie d'une femme, et ce, pour plusieurs raisons.

D'autre part, l'hospitalisation en elle-même est un moment difficile à gérer : forcément liée à une pathologie, éloignement de son domicile et de sa famille...

Ainsi, l'hospitalisation pendant la grossesse est une accumulation de facteurs stressants et angoissants, non seulement pour sa propre santé mais aussi pour celle de son bébé.

C'est donc à nous, en tant que soignants, de tout faire pour faciliter le vécu des patientes hospitalisées.

D'une part, la grossesse en elle-même est une période de remise en questions pour la future mère. Cette dernière va passer du stade de femme à celui de maman. De plus, toutes les étapes peuvent être considérées comme des situations de stress : modifications corporelles, peur des malformations fœtales, déroulement de la grossesse...

C'est une période de fragilité et de « transparence psychique » pour la future mère, qui doit alors être particulièrement entourée et épaulée. [1]

La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. [2]

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

1. Réseau méditerranée

1.1. Définition

En 2010, devant une importante mortalité maternelle et périnatale, l'Académie Nationale de Médecine a fait un certain nombre de constats dont des disparités régionales et à mis en évidence la nécessité d'une mise en place d'un plan de transfert dans toutes les unités de maternité. [3]

Ainsi, la naissance des réseaux périnataux est un bon tremplin afin de diminuer la mortalité, aussi bien maternelle que périnatale. Ils ont pour but de prendre en charge les grossesses et les accouchements selon les risques et de préserver le lien mère-enfant.

Ces réseaux contribuent donc à l'amélioration de la sécurité au sein des établissements, par la mise en place d'un cadre définissant les situations nécessitant un transfert.

Cela engage à une coopération entre les établissements de santé et les professionnels exerçant en ville, que ce soit en libéral ou en protection maternelle et infantile (PMI), afin de permettre une prise en charge globale dès le début du suivi de grossesse.

En effet, les situations à risques pouvant être détectées précocement, cette coopération permet donc une prise en charge optimale des patientes autour de la grossesse et de l'accouchement ainsi qu'un accès aux soins pour l'ensemble de la population, et ce, grâce à la mise en place de ces réseaux. [4]

Le réseau Méditerranée regroupant les régions PACA (Provence, Alpes, Côte d'Azur), Corse et Monaco, provient de la récente fusion, en avril 2014, entre le réseau Périnat Sud (PACA Ouest, Corse du Sud), le réseau Sécurité Naissance (PACA Est, Haute Corse, Monaco) et le réseau naître et devenir (dépistage et suivi des enfants nés prématurément dans la région PACA Ouest - Corse du Sud). [5]

Ainsi, cette réorganisation permet de regrouper au sein d'un même réseau de périnatalité :

- 3 maternités de type III,
- 19 maternités de type II,
- 21 maternités de type I,
- 4 Centres Périnataux de Proximité.

Ce qui, au total, permet de répartir les 65 000 naissances par an sur 47 établissements. [5]

Le plan périnatalité de 2005-2007 se base sur quatre grands axes pour contribuer à améliorer la prise en charge des patientes au sein des réseaux de santé périnataux [4] :

- Plus d'humanité : Basé principalement sur l'entretien individuel du quatrième mois, une information et une participation des usagers, un soutien et un accompagnement spécifique selon les situations en prenant en compte le vécu psychologique.
Ce premier axe contribue à faciliter l'accueil, le suivi et le partage des informations entre professionnels et futurs parents.
- Plus de proximité : Principalement dû au développement des réseaux de périnatalité ainsi que par le renfort du rôle des centres périnataux de proximité, des PMI, et des sages-femmes libérales.
- Plus de sécurité : Cela passe par trois mesures principale : la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge des urgences materno-fœtales ainsi que des transports maternels et pédiatriques.
- Plus de qualité : Par une promotion des démarches qualité et de gestion des risques, et l'organisation d'évaluation des pratiques professionnelles.

1.2.Missions du réseau

L'objectif des différents plans de périnatalité depuis 1970 a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance, par une importante restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique. [6]

La direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins publie le cahier des charges national des réseaux en périnatalité dans sa circulaire du 30 mars 2006. [7]

Ce dernier précise les missions des réseaux :

- Permettre une prise en charge globale.
- Assurer une prise en charge continue quel que soit le lieu de prise en charge.
- Favoriser, par conséquent, les collaborations professionnelles.
- Informer et accompagner les futurs parents.
- Assurer des formations interdisciplinaires pour les professionnels impliqués.
- Organiser et assurer le partage de l'information.
- Evaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau.
- Recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité.

Ce cahier des charges a pour but d'accompagner le développement des réseaux de santé en périnatalité avec, comme objectif final, de couvrir tout le territoire.

Le réseau est donc mis en place pour accompagner au mieux les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement : ainsi, il agit en amont et en aval de la prise en charge à la naissance.

La question est donc de savoir si les patientes sont satisfaites, ou bien, si elles ressentent un manque au niveau de cet accompagnement.

1.3.Organisation du service de grossesses pathologiques de l'Archet

Concernant le secteur de grossesses pathologiques de l'archet II, celui-ci regroupe deux types de patientes :

- Les patientes vivant et étant suivies sur Nice
- Les patientes issues de transfert in utéro, vivant aux alentours de Nice et étant suivies dans les maternités du réseau.

Malgré le regroupement des régions PACA Corse et Monaco en un seul et même réseau, le transfert des patientes se fait selon la répartition géographique.

Ainsi, les patientes transférées au centre hospitalier universitaire (CHU) de l'Archet sont issues de :

- La clinique Santa Maria de Nice (type I)
- La clinique Saint Georges de Nice (type I)
- La clinique Saint Jean de Cagnes sur mer (type I)
- Le centre hospitalier (CH) de Grasse (type IIB)
- Le CH d'Antibes (type IIA)
- Le CH de Cannes (type IIA)
- Le CH de Draguignan (type IIA)
- Le CH intercommunal de Fréjus-Saint Raphaël (type IIA)
- Le CH de Saint Tropez-Gassin (type I)
- Le CH de Bastia (type IIB)
- La clinique Saint Meynard de Bastia (type I)
- Le CH de Monaco (type IIA)

Ces maternités ont donc pour mission de détecter les situations à risque et de transférer les patientes lorsque c'est nécessaire.

Face à ce qui a été mis en place par le réseau pour améliorer la prise en charge des patientes, une question reste en suspens : quels sont les besoins réels de ces femmes hospitalisées en grossesses pathologiques ?

D'autre part, ces besoins sont-ils les mêmes quel que soit le contexte d'arrivée dans le service : les patientes ayant subi un transfert in utero n'auraient-elles pas, du fait de l'éloignement géographique de leur domicile, des besoins supplémentaires ?

2. Les transferts materno-fœtaux

2.1. Définition

Les transferts in utero (TIU) concernent le transfert d'une femme enceinte d'une maternité vers une autre de niveau supérieur permettant une meilleure prise en charge, adaptée à l'âge gestationnel. Cela permet d'éviter un transfert néonatal et donc de diminuer le risque de mortalité et de morbidité néonatale.

Le Haut Comité de la santé publique recommande en cas de risque prévisible et en l'absence de structures de soins adaptées, le transfert prénatal des mères vers des centres obstétricaux comportant, entre autre, un service de néonatalogie en vue de diminuer la mortalité périnatale et la fréquence des handicaps. [6]

Le motif du transfert peut être une pathologie maternelle et/ou fœtale nécessitant une prise en charge rapide dans un établissement adapté. [8]

Ces transferts se font d'un centre de types 1 ou 2 vers un centre de niveau plus élevé.

En effet, le plan périnatalité d'avril 1994 [9], repris par le décret de 1998 [10], a prévu 3 niveaux de maternités correspondant à des niveaux de soins de néonatalogie différents :

- Maternité de type I : Prise en charge des grossesses normales, soins pédiatriques pour les affections sans gravité, ne nécessitant pas d'hospitalisation. Accueil des grossesses à partir de 37 semaines d'aménorrhées (SA).
- Maternité de type II : Prise en charge des grossesses à risque modéré à partir de 32 SA.
 - o IIA : Présence d'un service de pédiatrie néonatale, comprenant moins de six lits, pour des soins spécialisés non intensifs.
 - o IIB : Présence d'au moins 12 lits d'hospitalisation pour des nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aigües ou sortant de réanimation néonatale.
- Maternité de type III : Prise en charge des grossesses à haut risque, à tout terme. Présence d'au moins six lits de réanimation néonatale, trois lits de soins intensifs et six lits de néonatalogie.

2.2.Indications

Dans le cas de pathologies chez la femme enceinte, le terme de la grossesse, l'estimation pondérale de l'enfant ainsi que la ou les pathologies sont à prendre en compte dans le transfert.

Quel que soit la situation, lorsqu'une maternité de type I accueille une patiente avec une grossesse pathologique, celle-ci devra être transférée dans une maternité de type II ou III.

Au-delà de 32 SA, si l'état de la femme le permet, les maternités de niveau IIB sont en capacité de prendre en charge l'enfant malgré la prématurité. Ainsi, à partir de ce terme, la situation doit être étudiée afin de savoir si un transfert sera, ou non, nécessaire.

Indications fœtales de TIU [11] :

- Menace d'accouchement prématurée en cas de terme inférieur à 32 SA ou une estimation de poids fœtal inférieur à 1500 grammes.
- Rupture prématurée des membranes en cas de terme inférieur à 32 SA ou une estimation de poids fœtal inférieur à 1500 grammes : le transfert est recommandé sans délai du fait du risque d'entrée en travail.
- Retard de croissance in utéro, particulièrement en cas d'aggravation de l'hémodynamique fœtale.
- Syndrome transfuseur-transfusé en cas de grossesses gémellaires.
- Grossesse triple et au-delà.

Indications maternelles de TIU [12] :

- Pré-éclampsie, étant donné le caractère instable de cette pathologie.
- HELLP syndrome.
- Hémorragie du post partum immédiat en cas de stabilité hémodynamique, en prévision d'une embolisation ou d'une prise en charge en réanimation.
- Placenta prævia ou accreta avec hémorragie modérée.

Quelle que soit la pathologie, la décision d'un transfert doit se faire après concertation avec les différents intervenants et après vérification de la stabilité de la patiente. En effet, certains cas, selon la sévérité, empêcheront un transfert immédiat.

2.3. Contre-indications

Les transferts des patientes se font à partir d'un certain terme de la grossesse. En effet, avant la viabilité de l'enfant, celui-ci n'étant pas pris en charge, il n'y a pas de nécessité de TIU quelle que soit la pathologie.

Ainsi, avant environ 24 SA, le terme de la grossesse est considéré comme une contre-indication au transfert.

Contre-indications fœtales au TIU [11] :

- Anomalie du rythme cardiaque fœtal nécessitant une extraction imminente.
- Suspicion d'hématome rétro-placentaire.
- Rupture d'un vaisseau prœvia (hémorragie de Benckiser).

Contre-indications maternelles au TIU [12] :

- Patiente à haut risque d'accouchement en cours de transport.
- HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée par une pathologie de décompensation maternelle en cours de transport, hématome sous capsulaire hépatique, éclampsie ou œdème aigu pulmonaire.
- Instabilité persistante d'une fonction vitale maternelle.
- Hémorragie massive dans un contexte de placenta prœvia ou accreta suspecté.
- Chorioamniotite avec anomalies du rythme cardiaque fœtal ou un syndrome infectieux maternel sévère.

Dans ces situations, l'extraction immédiate de l'enfant est recommandée dans le cas où celle-ci permettrait une amélioration du pronostic maternel et fœtal. Un transfert néonatal ou maternel pourra être réalisé si la situation le nécessite afin de poursuivre la prise en charge.

Il est nécessaire d'éviter au maximum la séparation mère-enfant. Ainsi, dans le cas d'un transfert en post partum, il sera indispensable de tenter de transférer le couple mère-enfant.

2.4.Organisation du transfert

Les TIU doivent faire l'objet de protocoles afin de permettre une continuité et une homogénéisation de la prise en charge. Cela permet, pour chaque patiente, quelle que soit sa situation, d'avoir une prise en charge identique.

Cependant, pour les cas où la situation est compliquée, selon le terme, la pathologie et les thérapeutiques, le transfert se fait après concertation de l'équipe soignante en communication avec le service receveur.

Ainsi, la réalisation du TIU fait intervenir différents acteurs [13] :

- « L'envoyeur » : c'est à lui que revient la décision du transfert car lui seul peut juger de l'urgence réelle de la situation. Il décide du mode de transport, des thérapeutiques et bilans nécessaires et réalise la transmission de l'ensemble des données.
- « Le receveur » : C'est lui qui évalue la pertinence du transfert, il assume une coresponsabilité dans la décision.
- « Le transporteur » : C'est celui qui s'assure de la surveillance maternelle et fœtale pendant le transport.
- Le couple : Normalement informé en cours de grossesse de la possibilité d'un transfert en cas de pathologie, le couple doit donner son consentement au TIU après avoir reçu les informations liées à la pathologie et ses risques, aux aléas liés au transport et aux bénéfices attendus par la prise en charge.

3. Les besoins

3.1.Définition

Un besoin est une exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique ou psychique : considéré comme indispensable à l'existence.

[14]

Différents types de besoins sont décrits dans la littérature. En matière de démarche qualité, il existe trois types de besoins à distinguer : [15]

- Les besoins explicites, qui sont clairement exprimés par le client (ici, la patiente).
- Les besoins implicites, qui ne sont pas formulés mais dont l'établissement de santé doit être conscient, ils comprennent les besoins indispensables ainsi que les besoins facultatifs (confort...).
- Les besoins latents, qui ne sont pas encore conscients dans l'esprit du patient mais qui deviendront importants dans l'avenir, comme par exemple l'évolution de la prise en charge. Il faut donc savoir anticiper pour satisfaire au mieux les patients.

D'autre part, au-delà des besoins, les attentes sont également à prendre en compte pour la satisfaction du patient.

L'attente est la perception du besoin, la façon dont le patient va exprimer ce dernier. L'analyse des besoins revient donc à une écoute attentive des attentes des patientes.

L'attente est donc la formulation d'un besoin que les professionnels de santé doivent savoir décoder. [16]

Les attentes du patient sont de trois ordres [17] :

- Attente de compréhension de sa maladie, ou, au moins, une possibilité de représentation intellectuelle de celle-ci.
- Attente de compréhension et d'empathie de la part du médecin, c'est-à-dire le besoin d'être compris.
- Attente d'aide et de soulagement des symptômes de sa maladie.

Il est cependant important de comprendre que les attentes des patients évoluent avec le temps, c'est donc au professionnel de santé de s'adapter.

Plusieurs personnes ont défini les besoins nécessaires à la survie que ce soit au niveau physiologique ou psychologique.

Maslow a réalisé une pyramide des besoins avec une hiérarchisation : pour pouvoir se réaliser, certains besoins de bases doivent tout d'abord être comblés. [18]

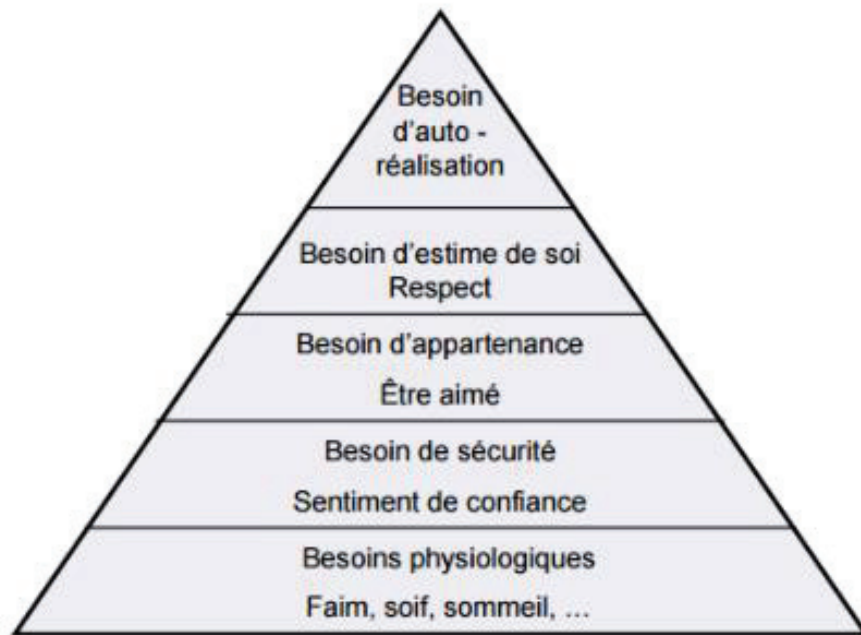


Figure 1 : Pyramide de Maslow

La pyramide, qui se lit de bas en haut, nous permet de voir quels besoins doivent être comblés avant de pouvoir passer aux suivants. Si les besoins de base, comme par exemple le besoin de manger, ne sont pas comblés, la personne sera dans l'impossibilité de se concentrer sur un autre besoin.

Virginia Henderson a également réalisé un travail sur les besoins, en les classant en 14 catégories [19] :

- Respirer
- Boire et manger
- Eliminer
- Se mouvoir et maintenir une bonne posture
- Dormir et se reposer
- Se vêtir et se dévêtir
- Maintenir une température corporelle du corps dans les limites de la normale
- Etre propre, soigné et protéger ses téguments
- Eviter les dangers

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

Ces besoins sont nécessaires à l'Homme pour sa survie ainsi que pour être pleinement épanoui. En milieu hospitalier, ces besoins doivent donc obtenir une réponse pour que les patientes puissent se sentir comblées et surtout satisfaites.

Une étude sur les besoins de la triade enfant/parents/soignants a permis de lister certains besoins pendant l'hospitalisation, avec, entre autre : informations, besoins relationnels, accompagnement, être rassuré, besoins matériels, isolement, intimité. [20]

Ainsi, on en déduit qu'une fois ces besoins réalisés, le vécu des patients n'en sera qu'amélioré.

3.2.La réponse aux besoins

Les besoins des patients et la qualité des soins sont indissociables car, par définition, un produit est de qualité s'il répond aux besoins de ses utilisateurs. [21] Ainsi un patient comblé est un patient qui a des réponses adaptées à ses besoins.

Répondre aux besoins des patients est donc essentiel pour un bon vécu et une satisfaction au cours de l'hospitalisation.

Les réflexions sur la démarche qualité qui se développèrent à partir de 1990 conduisirent à une conclusion : la non-qualité des soins est liée à des défauts de l'analyse des besoins des patients. [21]

La réponse aux besoins des patientes est donc indispensable pour permettre une prise en charge personnalisée des patientes.

3.3.Satisfaction des patientes

La satisfaction est l'action de contenter. Ainsi, la recherche de la satisfaction des clients est un principe fondamental des démarches qualité. [22]

L'établissement de santé s'engage, dans une démarche d'amélioration continue favorisant la qualité de sa prestation, à répondre aux besoins et aux attentes de ses usagers.

La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé se situe dans les priorités définies par les ordonnances du 26 avril 1996. La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. C'est pourquoi celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients. [23]

Des études ont été réalisées concernant le vécu des patientes au cours d'un TIU, afin de pouvoir définir les connaissances ainsi que la satisfaction de ces patientes.

Ainsi, dans le réseau périnatal Aquitaine, « au moment du transfert, les patientes ne sont pas préparées et ont un vécu négatif ». Celui-ci peut s'avérer difficile avec parfois un sentiment d'angoisse, de peur. En revanche, les patientes sont plus ou moins satisfaites de la prise en charge lors du transfert, avec une satisfaction entre 50 et 75% selon les lieux. [24]

D'autre part, à Rouen, 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). Le niveau de satisfaction obtient une moyenne de 7 sur 10, ce qui reste assez bas. [25]

Une autre étude réalisée à Nantes en 2011, montre que les patientes transférées sont globalement satisfaites. Les taux de satisfaction d'arrivée dans le service sont supérieurs à 80%, considérant les femmes comme très satisfaites et satisfaites. En revanche, concernant le vécu de la situation, le taux de satisfaction est seulement de 41,9%.

Les items retenus prennent en compte principalement le côté organisationnel, c'est-à-dire l'arrivée dans le service, la prise en charge médicale,... [26]

Une enquête sur la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement dresse un tableau très positif de la perception qu'ont les usagères de leur suivi de grossesse et de leur accouchement. [27]

Une Pré-étude sur la satisfaction des femmes au sein d'un réseau de santé périnatale a été réalisée en 2008 à Clermont-Ferrand.

Les enquêtes qualitatives ont montré qu'un grand nombre de thèmes entraînent en ligne de compte pour permettre la satisfaction des patientes : les modalités de l'arrivée, le sentiment de cohérence induit par la façon dont cette arrivée a été organisée dans la maternité d'accueil, l'identification des intervenants, la compréhension de leurs rôles et les objectifs des nouveaux examens étaient des dimensions importantes. [28]

Lors du séjour, l'explication de qui fait quoi et la cohérence des informations données, participaient aussi à cette satisfaction.

Cette enquête qualitative démontre que ces items sont extrêmement importants afin de réduire incertitudes, anxiété, ainsi que pour inciter à la parole.

L'enquête quantitative, quant à elle, a révélé que 74 % des femmes connaissaient la possibilité d'un transfert in utero. Cependant, la majorité de ces femmes avaient très peu d'informations sur le réseau. [28]

Concernant la connaissance du réseau, une autre enquête a été réalisée en 2015 à Nice : « Information des patientes pendant la grossesse à propos du Réseau Sécurité Naissance PACA-Est-Haute-Corse-Monaco : Comment améliorer les pratiques? ».

Il en ressort que lorsque l'information est donnée, celle-ci est vécue comme rassurante. Or, seules 60% des patientes considèrent l'information comme suffisante et 30,51% des patientes auraient souhaité plus d'informations. [5]

Les patientes sont plus souvent informées lorsqu'elles participent à des séances de préparation à la naissance et aux entretiens précoces individuels. En effet, le suivi régulier des patientes favorise la diffusion de l'information.

La HAS publie, dès 2005, une série de recommandations concernant la nécessité d'informer les patientes pendant la grossesse à propos du réseau de périnatalité au sein duquel elles sont prises en charge. [29]

Cependant, l'enquête périnatale de 2010 démontre que seulement 31,4% des patientes sont informées du transfert. [30]

Les patientes sont très sensibles aux qualités humaines des professionnels de santé, même si elles souhaiteraient être plus informées sur les actes pratiqués.

L'enquête suggère que des progrès peuvent être accomplis en matière de conseils et d'informations : 1 femme sur 5 déplore des carences dans ce domaine. [27]

Le niveau de satisfaction des femmes dépend surtout des contraintes qui pèsent sur leurs choix et des éventuelles complications intervenues durant la grossesse. D'autre part, les besoins varient selon l'âge, la primiparité, l'activité professionnelle et le niveau d'étude. [27]

Ainsi, ces données devront être prises en compte afin de pouvoir relier les besoins des patientes à leur statut socio-professionnel.

L'INPES publie, en 2010, un article sur le vécu de la grossesse ayant pour but de comprendre ce que vit la femme enceinte afin d'améliorer la prise en charge, et donc, pouvoir agir en conséquence.

Ainsi, il en ressort que la médicalisation de la grossesse peut contribuer à réduire le sentiment de maîtrise des femmes et leur participation à la grossesse et à l'accouchement.

D'autre part, l'augmentation de la médicalisation de la grossesse s'est accompagnée d'une augmentation du nombre d'intervenants, ce qui est plus ou moins bien vécu par la patiente : sentiment de non-respect de sa personne, difficulté à établir une relation de confiance, sentiment d'insécurité. [31]

L'hospitalisation pendant la grossesse est donc un facteur qui va perturber le vécu de la femme enceinte.

La satisfaction des patientes passe par la qualité des soins et de la prise en charge, ainsi, le « cycle de la qualité » relie les différentes dimensions de la notion de qualité [32] :

- La qualité attendue, qui correspond aux besoins et attentes des usagers, à un certain niveau de qualité souhaitée
- La qualité perçue, qui révèle la satisfaction de l’usager
- La qualité voulue, qui est celle que la structure prévoit pour atteindre cette satisfaction
- La qualité réalisée, ou offerte, qui est le niveau de qualité réellement fourni par l’institution



Figure 2 : Graphique d’amélioration continue de la qualité [33]

Ces différentes notions constituent la qualité globale [34] et permettent de juger de la satisfaction ainsi que de prévoir des axes d’amélioration.

Leclot et Vilcot parlent de l’importance de connaître les besoins et les attentes des patientes pour les satisfaire et répondre aux critères qualité et ainsi obtenir une qualité réalisée au plus proche de la qualité attendue. [16]

PARTIE 2 : TRAVAIL PERSONNEL

1. Travail de recherche

1.1. Problématique

Lors de l'hospitalisation en grossesse pathologique, les patientes sont dépendantes de l'équipe médicale et paramédicale : temps des soins, ménage des chambres, restrictions dues à la pathologie...

D'autre part, les patientes issues de TIU sont, de ce fait, éloignées de leur domicile et de leur famille. Ces dernières ne peuvent pas toujours avoir de la visite et se retrouvent donc seules face à leur hospitalisation.

En mettant en lien ces données, on peut se poser la question de savoir si les besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques après un TIU sont les mêmes que ceux des patientes issues de Nice.

Les besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques ont très peu été étudiés. En effet, les études se sont plus généralement portées sur la satisfaction des patientes que sur leurs besoins en général.

Ainsi, il en ressort une question de recherche :

Les patientes hospitalisées en grossesses pathologiques issues de TIU ont-elles des besoins particuliers du fait de leur éloignement géographique ?

1.2. Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de savoir si les patientes issues de TIU ont des besoins supplémentaires, ou plus importants, que les patientes avec des grossesses pathologiques mais issues de l'Archet.

En effet, le fait d'être loin de son domicile et de sa famille est-il un facteur influençant sur les besoins lors de l'hospitalisation ?

Des objectifs secondaires viennent compléter la réflexion :

- Définir les besoins globaux des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques.
- Etablir un classement d'importance des besoins.
- Identifier les possibilités d'amélioration de réponses aux besoins.

1.3.Hypothèses

Plusieurs hypothèses de recherches ont été émises :

- Les patientes issues des transferts in utero vont avoir des besoins supplémentaires par rapport à celles issues de l'archet
- La catégorie socio-professionnelle influence la satisfaction des besoins
- L'éloignement géographique et familial influence les besoins
- La durée d'hospitalisation influence les besoins
- L'âge des patientes influence les besoins
- La parité influence les besoins

2. Méthodologie

2.1.Choix du type d'étude

Afin de répondre à la problématique, l'enquête réalisée sera qualitative, descriptive et mono-centrique.

Le choix de l'étude mono-centrique a été réalisé du fait de la présence d'un service de grossesse pathologique au CHU de Nice, l'Archet 2.

Des patientes ayant des grossesses pathologiques sont aussi présentes dans certaines maternités, comme Antibes ou Grasse, mais en nombre trop peu important pour être utilisées dans l'étude.

Les transferts in utéro, sont, quant à eux, seulement présents à l'Archet 2.

Ainsi, se focaliser simplement sur une seule maternité permet de garder une certaine homogénéité au niveau des deux groupes de patientes.

D'autre part, l'Archet 2 étant un CHU de type 3, cela semble être l'endroit le plus adapté pour l'étude.

Le fait de ne choisir qu'un seul hôpital permet également de limiter les biais. En effet, chaque patiente bénéficiera de la même prise en charge.

Aussi, il était indispensable de trouver une méthode qui permette de retranscrire les besoins des patientes de la façon la plus fiable possible.

C'est pour cette raison que l'entretien semi directif semble être le meilleur choix. Cela limitera les biais de compréhension des questions.

2.2.Population

La population étudiée est divisée en 2 groupes de 20 patientes chacun :

- Patientes hospitalisées en grossesse pathologiques issues de l'Archet (appelées GPA)
- Patientes hospitalisées en grossesses pathologiques issues de transfert in utero (appelées GPTIU)

Critère d'inclusion :

- Les patientes étant hospitalisées en grossesses pathologiques depuis au moins 7 jours

Critères de non inclusion :

- Les patientes ayant eu moins de 7 jours d'hospitalisation en grossesse pathologique
- Les patientes issues de TIU provenant de Saint George ou de Santa Maria (établissements de Nice donc géographiquement trop proches)

Critères d'exclusion :

- Les patientes présentant des problèmes de compréhension
- Patientes refusant de participer à l'enquête
- Patientes ayant participé au pré-test du questionnaire

Cela permettra de mettre en parallèle les deux types de patientes et de pouvoir comparer leurs besoins respectifs.

Les patientes ont été sélectionnées directement dans le service de grossesse pathologique en se référant à la sage-femme présente dans le service.

2.3. Entretiens

Les pré-tests du questionnaire ont été réalisés sur 4 patientes afin de juger de la pertinence et de la faisabilité des questions. Cela a permis de réajuster certaines questions pour être plus clair et plus précis lors de l'étude des données.

Les grilles d'entretien ont été réalisées en plusieurs parties (annexe I) :

- Généralités : âge, catégorie socio-professionnelle, statut marital,..
- Suivi de grossesse
- Hospitalisation
- Les besoins des patientes et leur classification

Différentes grilles ont été réalisées pour le GPA et le GPTIU. En effet, certaines informations demandées ne seront pas les mêmes selon la provenance de la patiente.

Généralités :

- ➔ Age
- ➔ Profession de la patiente et de son conjoint avec classification en catégorie socio-professionnelle
- ➔ Statut marital
- ➔ Présence du père de l'enfant pendant et après la grossesse

Ces généralités vont permettre de relier le statut des patientes avec leurs besoins. En effet, nous pouvons estimer que selon le statut des patientes, le vécu des patientes sera différent et ainsi les besoins en seront modifiés.

Suivi de grossesse :

- ➔ Gestité et parité
- ➔ Terme prévu et terme actuel
- ➔ Pathologie
- ➔ Durée d'hospitalisation, ré-hospitalisation ou première hospitalisation
- ➔ Lieu du suivi de grossesse et par qui (gynécologue, sage-femme, généraliste..)
- ➔ Pour les TIU : maternité d'origine

Cela permettra de connaître la patiente et ses antécédents afin de pouvoir les relier aux besoins.

On peut penser qu'une patiente ayant déjà eu des hospitalisations pour une grossesse précédente aura des besoins différents du fait qu'elle aura déjà vécu cette situation.

Hospitalisation :

- ➔ Vécu et satisfaction de l'arrivée dans le service.
- ➔ Pour les TIU : les patientes connaissent-elles la possibilité d'être transférées dans un autre hôpital et leur a-t-on expliqué la raison de ce transfert.
- ➔ Explication de la raison de l'hospitalisation et satisfaction de ces explications.
- ➔ Le personnel se présente-t-il lorsqu'il rentre dans la chambre des patientes.
- ➔ Les patientes ont-elles des réponses à leurs questions et en sont-elles satisfaites.

Cela permettra de savoir comment les patientes vivent leur hospitalisation. Si le vécu est mauvais, on pourra supposer que les patientes seront plus exigeantes pour la réponse à leurs besoins. Une patiente ayant un bon vécu de son hospitalisation sera plus conciliante vis-à-vis des réponses aux besoins.

Les besoins des patientes et leur classification :

Pour chaque besoin, il sera demandé à la patiente si ce dernier la concerne.

Si oui, a-t-elle eu une réponse de l'équipe concernant ce besoin et d'autre part, a-t-elle eu besoin d'en parler pour avoir cette réponse ou bien l'équipe a-t-elle anticipé.

En dernier lieu, il lui sera demandé la qualité de la réponse apportée. Pour ce faire, la patiente pourra choisir parmi les icônes « très satisfaisante, satisfaisante, insatisfaisante et très insatisfaisante ».

L'icône d'avis « moyen » a été intentionnellement retiré afin d'éviter un biais. En effet, les patientes auront l'obligation de se positionner d'un côté que ce soit « satisfait » ou « insatisfait ».

Seize besoins ont été sélectionnés pour l'entretien, chacun étant décrit de manière précise pour s'assurer de la bonne compréhension des participantes de l'enquête. Ainsi, dans ces besoins, on retrouve :

- Besoins physiologiques : boire, manger, dormir.

C'est un besoin nécessaire à la survie, en première ligne dans la pyramide de Maslow. [35]

- Besoins de soins de qualité : un soin bien réalisé, effectué avec douceur, douleur réduite au maximum, bon contact avec le soignant.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins se définit de la manière suivante : « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contact humain à l'intérieur du système de soins. » [36]

- Besoins de soutien moral : Equipe bienveillante et attentive aux besoins, à l'écoute des questions et problèmes, qui sache soutenir dans les moments difficiles, lors de l'annonce de pathologie et de résultats d'examens.
- Besoins relationnel : Equipe accessible ouverte au dialogue, qui se présente en rentrant dans la chambre, qui s'intéresse à votre vie et vous traite comme une personne et non comme une simple patiente.

Concernant les besoins de soutien moral et relationnel, les attentes psychiques et sociales sont celles des contacts sociaux avec le nouvel environnement. Le patient, qui est en proie à une inquiétude résultant de la rupture de milieu, puisque celui-ci est hospitalisé, attend des relations rassurantes. Il a donc besoin de soutien psychologique afin de se sentir satisfait. [37]

- Besoins d'intimité : Se retrouver seule dans la chambre, recevoir la visite de la famille ou au contraire, avoir la possibilité de refuser en cas de fatigue, une équipe qui frappe avant d'entrer dans la chambre et délicatesse lors d'un examen clinique des parties intimes.

Le malade est au cœur du système réglementaire de santé depuis 1974. Ainsi, la définition de l'indice global de satisfaction s'articule autour de différents items, dont le respect de l'éthique des patients, avec, entre autres, le respect de l'intimité du patient. [38]

- Besoin d'autonomie : Garder une certaine distance avec l'hospitalisation, pouvoir prendre certaines décisions et ne pas être complètement dépendant de l'équipe (subir les décisions sans être impliqué).

Ce besoin entre dans le cadre de l'autodétermination. Selon Schalock, le concept de la qualité de vie reflète les conditions de vie souhaitées par une personne selon huit dimensions essentielles, dont l'autodétermination. [37]

- Besoin de sécurité : Se sentir en confiance dans l'enceinte de l'hôpital, se sentir en sécurité dans la chambre, savoir que l'équipe procure les meilleurs soins.

Maslow, dans sa pyramide des besoins décrit le besoin de sécurité juste après les besoins physiologiques. On considère donc que ce dernier est indispensable à la réalisation de l'individu. [18]

- Besoin de confort/installation : Avoir une chambre confortable, assez de couverture, de coussins... Possibilité de décorer la chambre pour se sentir bien.
- Besoin d'agir selon ses croyances : Pouvoir pratiquer sa foi avec ses rites, une équipe tolérante et à l'écoute.

Concernant les besoins de confort et d'agir selon ses croyances, il est défini que les services annexes tels l'hôtellerie, comprenant l'allure de la chambre, sa propreté, la qualité de la literie et le confort général, ainsi que le sentiment d'avoir été respecté dans ses choix, que ce soit religieux ou autre, font partie des items pris en compte dans la satisfaction des patients. [38]

- Besoin d'organisation familiale : Avoir une équipe qui s'intéresse de savoir comment les patientes gèrent la vie qui continue en dehors de l'hôpital, l'organisation de la garde des enfants et le père qui se retrouve seul.
- Besoin d'aide sociale : Explications concernant les aides disponibles lors de l'arrivée d'un enfant, que ce soit au niveau des revenus, du suivi après l'accouchement pour la patiente et son bébé, du soutien concernant les soins du bébé...

La prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale doit être l'objet d'une particulière attention par les professionnels en raison du risque médical majeur associé à cette condition. Ainsi, il paraît essentiel de prendre en compte l'aide sociale pour la bonne prise en charge des patientes. [39]

- Besoins d'informations sur la pathologie : Informations concernant la raison de l'hospitalisation, le suivi qui va être nécessaire, les retentissements sur le bébé et les conséquences.
- Besoins d'explication des soins : Explication de la raison pour laquelle l'équipe réalise un soin, ce qu'il se passerait s'il n'était pas fait et ce qu'il va améliorer.
- Besoins d'informations sur les restrictions : Explications sur la raison pour laquelle la pathologie interdit de faire certains actes, de manger certains aliments, et ce que cela entraînerait si les conseils donnés n'étaient pas suivis.

Concernant l'ensemble des besoins d'informations et d'explications, on note que les patients, du fait de l'arrivée dans le nouvel environnement qu'est l'hôpital, ont besoin d'informations. [37]

- Besoins matériels : Laver le linge, acheter des produits d'hygiène...
- Besoins de divertissements : Avoir la wifi, le téléphone qui capte, la télévision, des magazines à disposition, de la lecture...

Les besoins matériels et de divertissements sont présents lors de l'hospitalisation. En effet, ces besoins traduisent le désir de ne pas être dévalorisés, de retrouver l'estime de soi malgré la présence de la pathologie. [37]

Il existe un caractère multidimensionnel de la satisfaction des patients à l'égard des soins. Cela concerne à la fois la compétence technique des médecins, les aspects interpersonnels de la continuité des soins médicaux et non médicaux, la prise en compte des proches et les répercussions financières des soins. [40]

C'est pourquoi il est nécessaire et indispensable de cibler ces seize besoins afin de pallier toutes les attentes des patientes.

2.4. Recueil des données

- Lieu : L'étude mono-centrique s'est déroulée à l'hôpital de l'Archet 2 de Nice, CHU de type 3, dans le service de grossesses pathologiques.

- Durée : L'enquête s'est étalée sur plusieurs mois Mai, Juin et Octobre 2016. En effet, l'enquêteur n'était pas disponible pour les périodes de Juillet, Août et Septembre 2016 pour cause de stages réalisés à Ajaccio.

- Réalisation des entretiens : Les patientes ont été choisies auprès des sages-femmes du service selon leur durée d'hospitalisation, la limite étant de minimum 7 jours.

Les entretiens ont été réalisés auprès des patientes, dans leur chambre, et la durée était d'environ 20 minutes. Une demande préalable aux patientes quant à leur volonté de participer à l'enquête a été effectuée.

3. Résultats

3.1. Effectif

L'échantillon de chaque groupe comprend 20 patientes, ce qui nous donne un total de 40 entretiens réalisés pour l'enquête.

Toutes les patientes ayant moins de 7 jours d'hospitalisation ont été exclues, quel que soit le groupe de patiente.

Dans l'échantillon des patientes TIU, 2 patientes ont été exclues pour refus de participation.

Dans le second échantillon, issues de l'Archet, seule une patiente a été exclue pour barrière linguistique.

3.2.Caractéristiques

▪ Situation socio-économique

La patiente la plus jeune est âgée de 23 ans et la plus âgée de 39 ans, pour le GPA, avec une moyenne d'âge de 30,5 ans et un écart type de 4,6 ans.

Pour le GPTIU, la plus jeune est âgée de 21 ans et la plus âgée de 42 ans, avec une moyenne de 31,55 ans et un écart type de 5,8 ans.

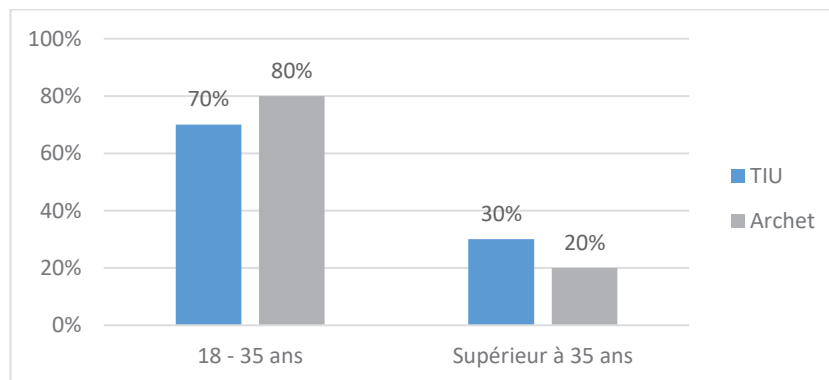


Figure 3 : Répartition de la population par classe d'âge

Les colonnes bleues représentent le GPTIU, et les colonnes grises représentent le GPA. Cela reste valable pour tous les graphiques comparant les données entre TIU et Archet.

Concernant les professions des patientes et de leur conjoint, elles sont classées en 7 catégories qui sont les suivantes :

- Agriculture
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans profession

Deux graphiques ont été réalisés, un premier avec le GPA et un second avec le GPTIU.

Quel que soit l'échantillon, aucune patiente ou conjoint de ces dernières ne rentrait dans la catégorie « agriculture », c'est pourquoi celle-ci n'apparaît pas dans les graphiques.

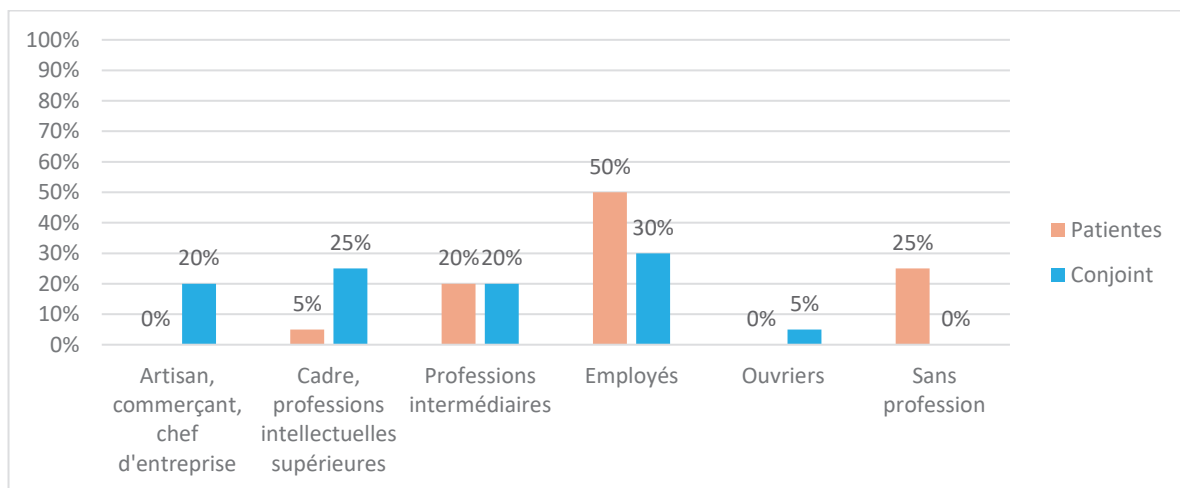


Figure 4a : Catégorie socio-professionnelle GPA

Concernant le GPA, 50% (soit 10 patientes) rentrent dans la catégorie « employés », 25% (5 patientes) sont « sans profession », 20% (soit 4 patientes) ont une profession intermédiaire et seulement 5% (1 patiente) est « cadres, professions intellectuelles supérieures ».

En revanche, pour les conjoints des patientes, la répartition est plus homogène, avec environ 20-30 % dans chaque catégorie, exceptée « ouvrier » où seulement 5% (soit un seul conjoint) sont représentés et « artisan » et « sans profession » où les conjoints ne sont pas représentés.

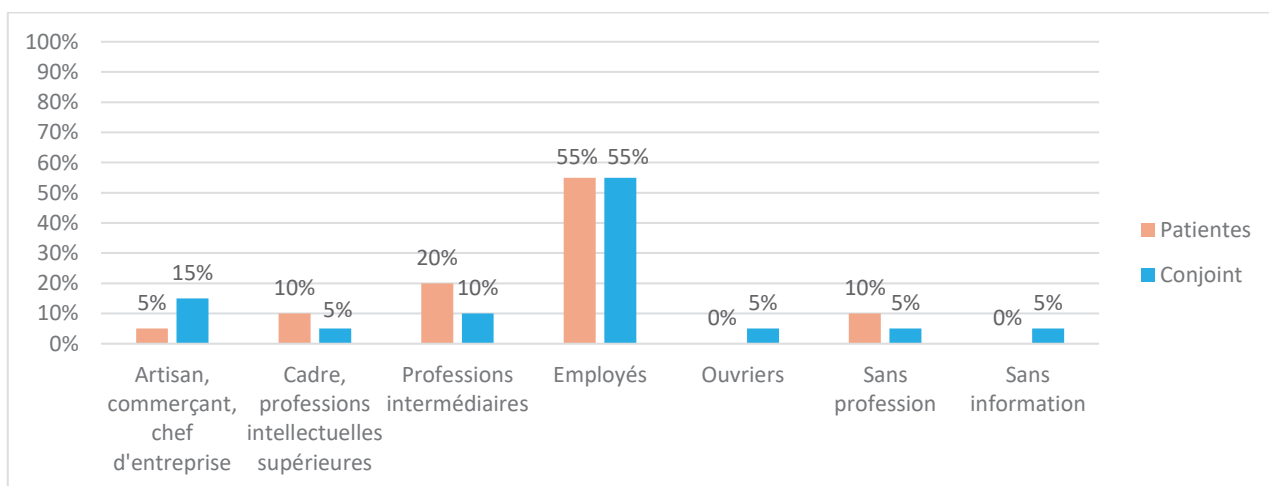


Figure 4b : Catégorie socio-professionnelle GPTIU

On retrouve un pourcentage équivalent pour les patientes et leur conjoint dans la catégorie « employés » avec un chiffre de 55% (soit 11 personnes). 20% du GPTIU rentre dans la catégorie « professions intermédiaires ». Les autres professions ne sont que très peu représentées que ce soit pour les patientes ou pour leur conjoint.

La catégorie sans information a été rajoutée, en effet, une des patientes étant célibataire, celle-ci ne connaissait pas les informations concernant le père de l'enfant à naître.

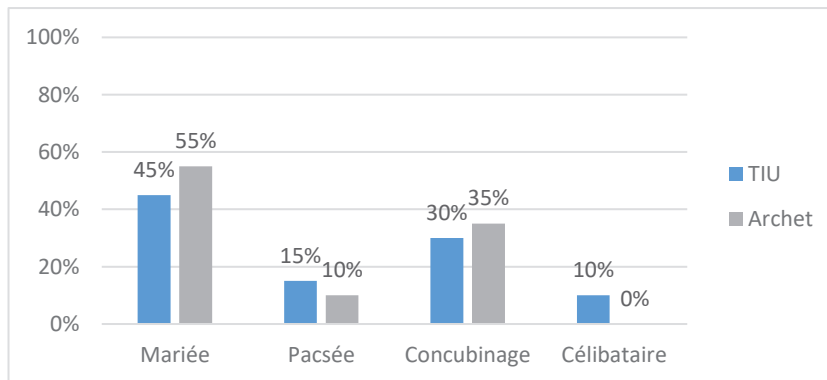


Figure 5 : Statut marital

Concernant le statut marital, en résumé, 90% (soit 18 patientes) sont en couple, contre 10% (2 patientes) célibataires chez le GPTIU. En revanche, 100% des patientes sont en couple chez le GPA, qu'elles soient mariées, pacsée ou bien en concubinage.

▪ **Gestité et parité**

La gestité des patientes représente toutes les grossesses d'une femme, quel que soit leur aboutissement. En effet, cela comprend aussi bien les interruptions volontaires de grossesses (IVG), les interruptions médicales de grossesses (IMG), les fausses couches précoces ou tardives (FCS ou FCT), les morts fœtales in utero (MFIU) que les accouchements normaux.

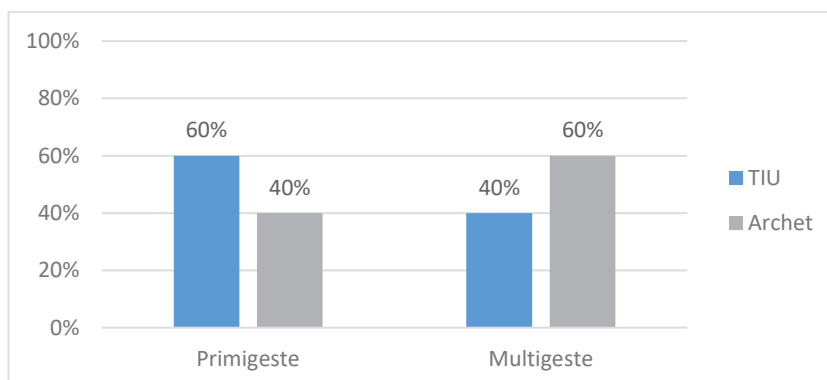


Figure 6 : Gestité

On retrouve 60% (soit 12 patientes) de primigestes et 40% (soit 8 patientes) de multigestes pour le GPTIU, alors que chez le GPA, on retrouve 40% (soit 8 patientes) de primigestes et 60% (soit 12 patientes) de multigestes.

La parité, quant à elle, concerne le nombre d'accouchements d'une femme, de bébés vivants ou non. Ainsi les patientes primipares n'ont eu qu'un seul accouchement alors que les multipares ont eu plus d'un accouchement.

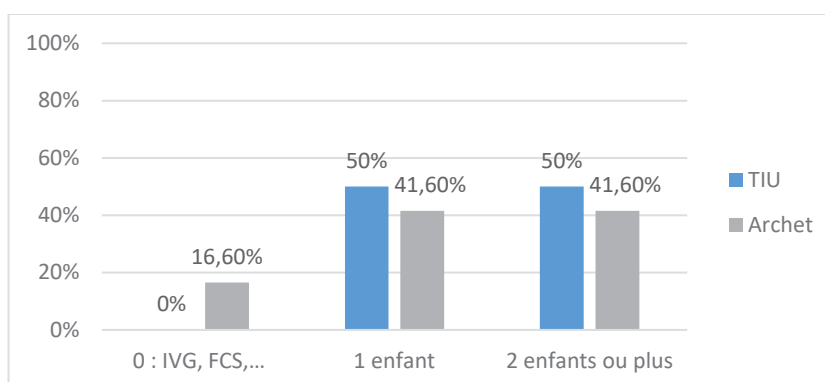


Figure 7 : Parité chez les patientes multigestes

Chez les patientes transférées, 50% (soit 4 patientes sur 8) sont primipares et 50% (4 patientes sur 8) sont multipares. Pour le GPA, environ 16,6% (2 patientes sur 12) n'ont jamais accouché, ce qui signifie que ces patientes ont eu des grossesses dont la finalité a été soit une fausse couche, soit un IVG. D'autre part, les primipares et les multipares représentent chacune 41,6% (soit 5 patientes sur 12).

3.3.Suivi de grossesse

▪ Mode de suivi

Les patientes possèdent plusieurs choix pour le suivi de leur grossesse. Elles peuvent choisir une sage-femme, un gynécologue ou bien les deux. Le lieu de suivi est lui aussi fonction de la préférence des patientes : hôpital, clinique, libéral ou PMI.

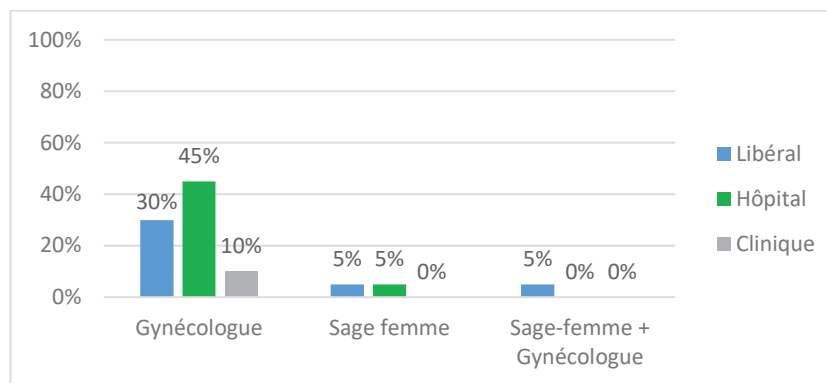


Figure 8 : Suivi de grossesse GPTIU

Pour le GPTIU, le suivi de grossesse est fait, la plupart du temps, par un gynécologue en milieu hospitalier (45% soit 9 patientes) ou en libéral (30% soit 6 patientes).

Plus rarement, le suivi est réalisé par une sage-femme en libéral ou en hôpital (5% soit 1 patiente dans chaque groupe).

Le suivi en clinique, lorsqu'il est préféré par les patientes, est réalisé uniquement par les gynécologues (10% soit 2 patientes) et jamais par les sages-femmes.

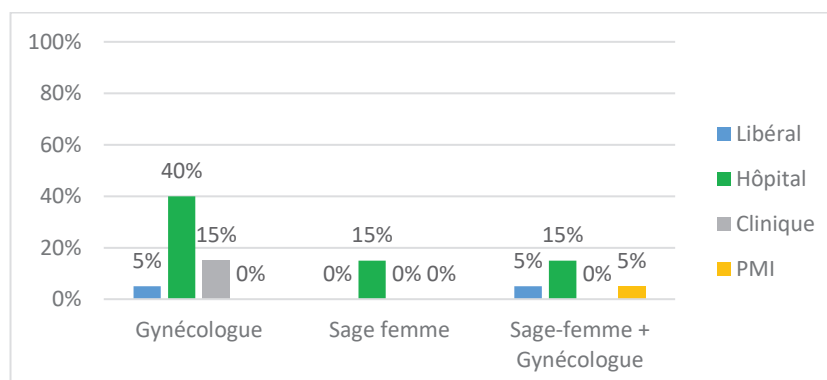


Figure 9 : Suivi de grossesse GPA

Pour le GPA, le suivi est, dans la majeure partie du temps, réalisé par un gynécologue en milieu hospitalier (40% soit 8 patientes). On retrouve trois groupes de 15% des patientes (soit 3), dont le choix de suivi se tourne vers les gynécologues en clinique, les sages-femmes en milieu hospitalier ainsi que vers les sages-femmes/gynécologues en milieu hospitalier également. Pour le suivi en libéral, le choix se porte sur les gynécologues (5% soit 1 patiente) et sur sages-femmes/gynécologues (5% soit 1 patiente).

Le suivi en PMI n'est que très peu représenté (seulement 5%, soit 1 patiente) lors du choix sage-femme/gynécologue.

▪ Maternité d'origine pour le GPTIU

La maternité d'origine des patientes est très variée puisque 7 des 9 villes du réseau dépendantes de l'Archet sont représentées dans l'échantillon de patientes. Parmi celles-ci, on retrouve Grasse, Antibes, Cannes, Draguignan, Fréjus, Monaco et Bastia.

Les cliniques de Nice, Santa Maria et Saint Georges, ont été exclues car considérées comme étant trop proches de l'Archet pour avoir un impact au niveau des besoins des patientes. En effet, on ne peut pas considérer un réel éloignement géographique puisque les cliniques sont respectivement éloignées d'environ 3km et 9km de l'Archet.

Dans la catégorie « autres », on compte une patiente issue d'Ajaccio, bien que normalement dépendante de Marseille, du fait de l'impossibilité de trouver un lit disponible sur cet hôpital, et une patiente issue de Paris hospitalisée lors de vacances à Nice.

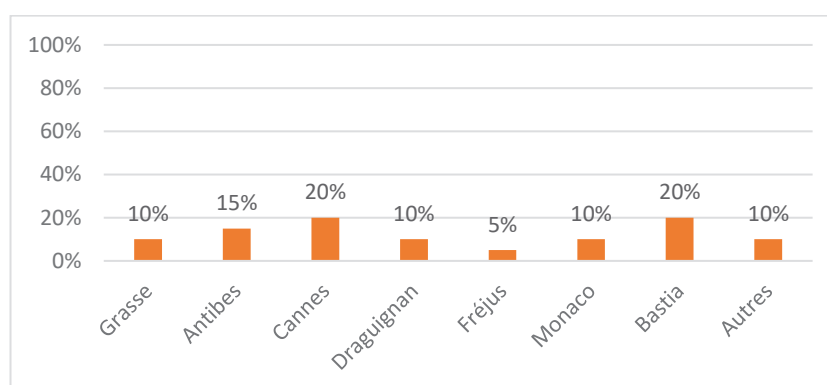


Figure 10 : Maternité d'origine GPTIU

Les deux maternités les plus présentes sont Cannes et Bastia avec 20% des patientes qui en sont issues (soit 4 patientes). Antibes est représentée par 15% de patientes (soit 3).

Quatre groupes sont constitués de 10% de patientes (soit 2 chacun) et sont issus de Grasse, Draguignan, Monaco et Autre (Ajaccio et Paris).

La maternité la moins représentée est Fréjus, dont seulement une patiente en est issue (5%).

3.4.Hospitalisation

	TIU	ARCHET
Moyenne	11,6	11,95
Ecart type	6,7	7,4

Tableau I : Durée moyenne de séjour

En moyenne, la durée d'hospitalisation est de 11,6 jours pour le GPTIU et de 11,95 jours pour le GPA. Pour chacun des deux groupes, la durée de séjour la plus courte est de 7 jours et la plus élevée est de 35 jours. Cela nous donne donc deux groupes de patientes homogènes puisque la durée moyenne de séjour est semblable. (Annexe II)

Concernant le terme d'hospitalisation, pour le GPTIU, la moyenne est de 28SA (de 23 SA + 4 jours à 33 SA), contre 26 SA + 3 jours pour le GPA (de 22 SA + 6 à 35 SA).

▪ **Motif d'hospitalisation**

Concernant le motif d'hospitalisation, les pathologies les plus fréquentes relevées sont les menaces d'accouchement prématurés (MAP), les ruptures prématurées des membranes (RPM), les métrorragies (MTR) et les retards de croissance in utero (RCIU). Dans la catégorie « autres », on retrouve des pathologies moins courantes, telles que, dans notre étude, la tachycardie fœtale, ...

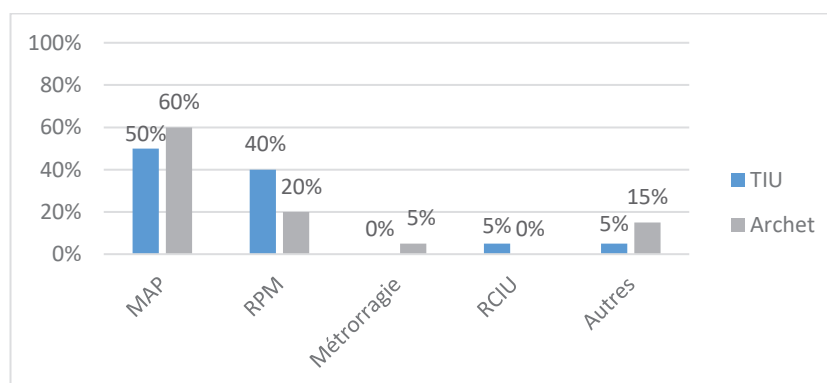


Figure 11 : Pathologies des patientes hospitalisées

Pour le GPTIU, on retrouve 50% de MAP (soit 10 patientes), 40% de RPM (8 patientes) et 5% de RCIU et de pathologies autres (soit 1 patiente dans chaque groupe).

Pour le GPA, 60% des patientes ont été hospitalisées pour MAP (soit 12 patientes), 20% pour RPM (soit 4 patientes), 15% pour autres pathologies (soit 3 patientes) et 5% pour MTR (soit 1 patiente).

▪ Nombre d'hospitalisation

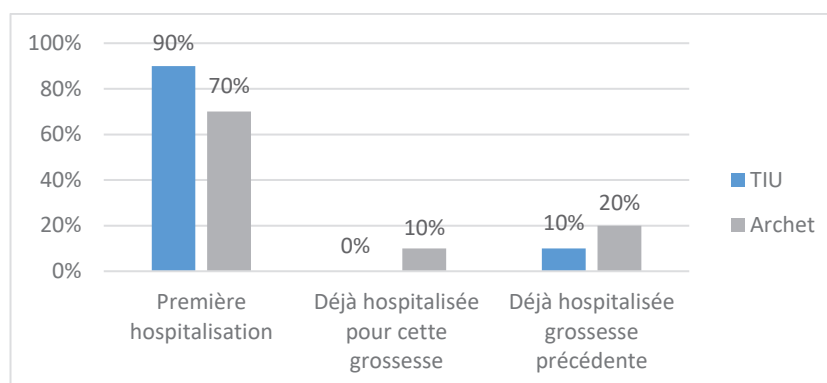


Figure 12 : Nombre d'hospitalisation pendant la grossesse

90% (soit 18 patientes) du GPTIU contre 70% (soit 14 patientes) du GPA sont hospitalisées pour la première fois en grossesses pathologiques.

Dans le cas de patientes déjà hospitalisées, 10% du GPA l'ont déjà été pour cette grossesse (soit 2 patientes), et 20% (soit 4 patientes) pour une grossesse précédente. Concernant le GPTIU, 10% (soit 2 patientes) ont déjà été hospitalisées pour une grossesse précédente.

▪ Pathologie lors de la première hospitalisation

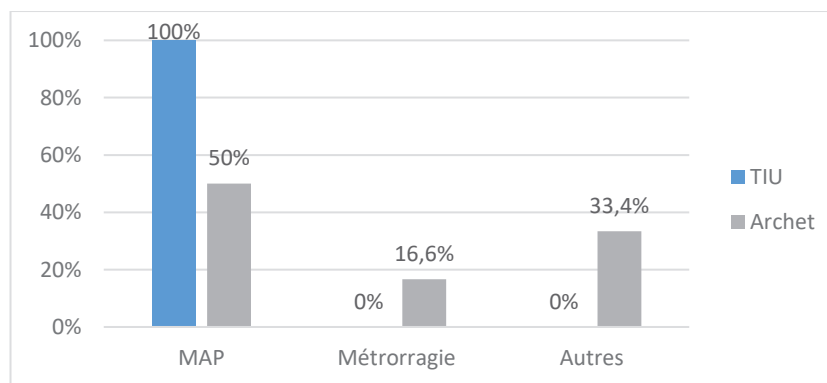


Figure 13 : Pathologie lors de la première hospitalisation

Pour 100% (soit 8) des patientes déjà hospitalisées, on retrouve la même pathologie lors des deux hospitalisations que ce soit dans le cas d'une hospitalisation lors de la même grossesse ou lors d'une grossesse précédente.

Ainsi, les pathologies retrouvées lors des premières hospitalisations sont les MAP, les MTR ou « autres ».

Pour le GPTIU, 100% (soit 2) des patientes déjà hospitalisées l'ont été pour MAP. En revanche, pour le GPA, on retrouve 50% (soit 3 patientes) hospitalisées pour MAP, 16,6% (soit 1 patiente) hospitalisée pour MTR et 33,4% (soit 2 patientes) hospitalisées pour une autre raison.

3.5. Séjour dans le service de grossesses pathologiques

Tout au long de cette partie, nous allons nous intéresser à la satisfaction des patientes lors de leur hospitalisation. Pour cela, l'échelle de Likert a été utilisée. [41]

Les patientes ont pu choisir leur degré de satisfaction allant de « très satisfaisant » à « très insatisfaisant ». Pour l'étude, nous considérons que toute réponse autre que très satisfaisante est jugée comme non satisfaisante.

▪ Arrivée dans le service

L'arrivée dans le service concerne le moment où les patientes sont hospitalisées en grossesses pathologiques. Pour les patientes de l'Archet, il s'agit d'une simple décision d'hospitalisation après une consultation de la patiente, que ce soit aux urgences gynécologiques ou lors d'une consultation de suivi. Concernant les TIU, l'arrivée dans le service est précédée d'une période plus ou moins longue dans l'hôpital périphérique où la patiente est suivie. La décision est concertée entre le service demandeur et le service receveur. Ainsi, la patiente sera ensuite transférée par hélicoptère (dans le cas de grosses urgences ou depuis Bastia) ou bien par véhicule sanitaire.

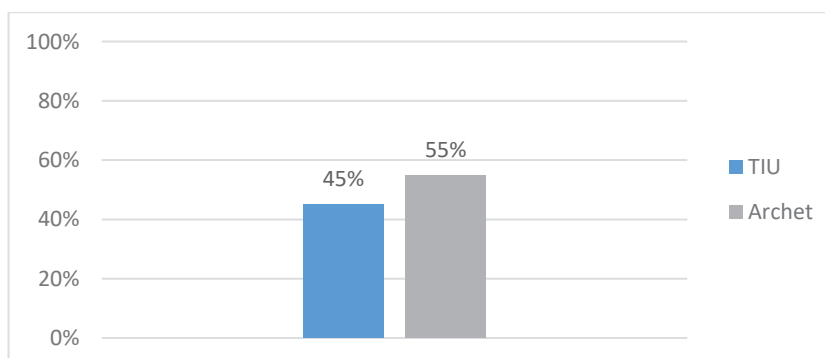


Figure 14 : Satisfaction arrivée dans le service

On retrouve une satisfaction de 45% (soit 9 patientes) pour le GPTIU. Un constat globalement défavorable, avec, comme explication revenant le plus souvent, la fatigue due au transfert. Elle s'accompagne, parfois, d'une arrivée tardive, dans un hôpital et un service inconnus.

Les autres motifs de non satisfaction sont le fait de ne pas voir de médecin à l'arrivée entraînant des doutes auprès des patientes. Ces dernières notent également un personnel désagréable avec impossibilité d'avoir un accompagnant.

Pour le GPA, la satisfaction est de 55% (soit 11 patientes). Le point positif de l'arrivée dans le service est que l'équipe est très accueillante avec une bonne prise en charge.

En revanche, la non-satisfaction des patientes vient de l'effet inattendu de l'hospitalisation, de la difficulté du vécu, du stress provoqué par la situation qui n'est pas toujours bien comprise et de l'image qu'ont les patientes de leur hospitalisation :

- « on ne va pas s'occuper de moi »
- « il y a pire que moi »

D'autre part, certaines patientes n'ont pas pu arriver directement dans le service de grossesses pathologiques par manque de place, et ont donc d'abord été transférées dans d'autres services, ce qui impacte sur la satisfaction.

Concernant le GPTIU, 60%, soit 12 patientes, connaissent la possibilité d'être transférées en cas de pathologie.

▪ **Explication hospitalisation**

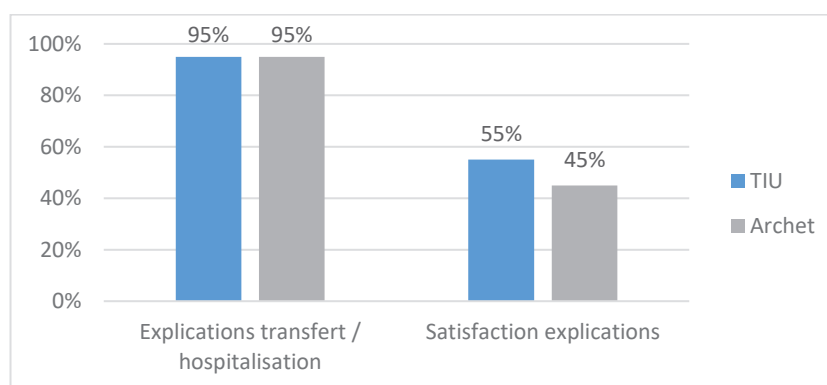


Figure 15 : Explications transfert / hospitalisation et satisfaction

Lors de leur arrivée dans le service, les patientes bénéficient d'une explication sur la cause de leur hospitalisation. Que ce soit pour le GPTIU ou le GPA, 95% ont bénéficié de ces explications (soit 19 patientes).

Cependant, concernant la satisfaction, seules 55% du GPTIU (soit 11 patientes) sont satisfaites contre 45% du GPA (soit 9 patientes).

▪ **Présentation du personnel**

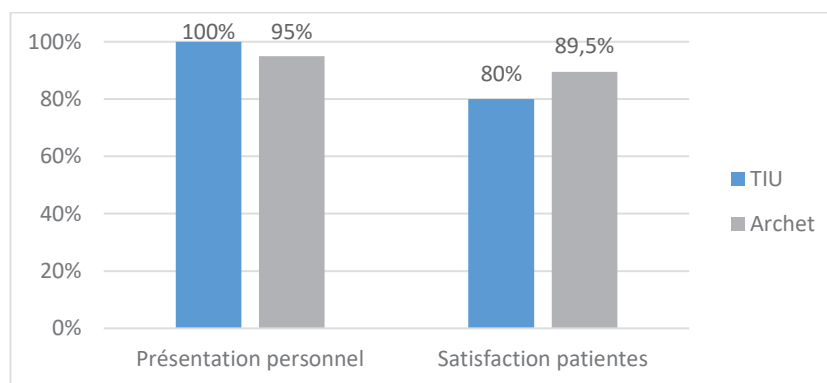


Figure 16 : Présentation du personnel et satisfaction

Lors de l'arrivée dans la chambre d'une patiente, le personnel est censé se présenter afin de permettre à la patiente de savoir qui est cette personne et pourquoi elle est dans sa chambre. Ainsi, pour le GPTIU, on retrouve 100% du personnel qui se présente chez les 20 patientes ce qui engendre une satisfaction de 80% (soit 16 patientes sur 20 satisfaites). Concernant le GPA, le personnel s'est présenté chez 95% des patientes, soit 19 patientes, ce qui nous donne une satisfaction de 89,5% (soit 17 patientes sur 19 satisfaites).

▪ Réponses aux questions

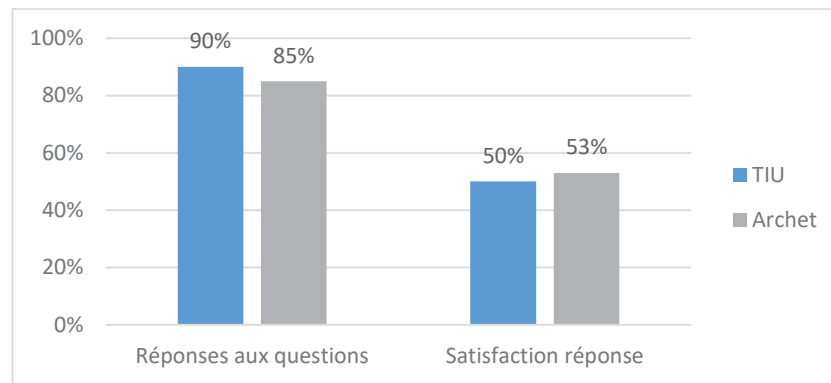


Figure 17 : Réponses aux questions

Pour 90% du GPTIU (soit 18 patientes), celles-ci ont des réponses à leurs questions, mais seules 50% (soit 9 patientes sur 18) sont satisfaites de ces réponses. Concernant le GPA, 85% (soit 17 patientes) ont des réponses avec une satisfaction qui atteint les 53% (soit 9 patientes sur 17).

▪ Discussion et anticipation

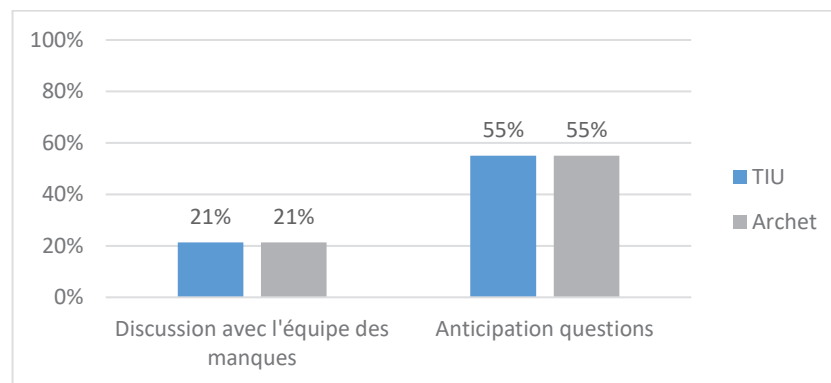


Figure 18 : Discussion et anticipation

La question a été posée aux patientes afin de savoir si celles-ci ont parlé à l'équipe des manques qu'elles ont pu avoir pendant leur hospitalisation.

Dans les deux groupes, pour 30% des patientes, soit 6 sur 20, rien ne manquait. Parmi les patientes ayant eu des manques durant leur séjour, que ce soit le GPTIU ou le GPA, seules 21% en ont discuté avec l'équipe, soit 3 patientes sur 14.

Les 85% de patientes n'ayant pas parlé de leurs manques à l'équipe, soit 11 patientes, ne l'ont pas fait pour plusieurs raisons.

Pour le GPTIU ou le GPA, les mêmes explications reviennent :

- « Je préfère me débrouiller seule »
- « L'équipe a assez de choses à faire »
- « Ce n'est pas la priorité »
- « Je n'y avais pas pensé »
- « Je n'ai pas osé »

Concernant l'anticipation des questions, c'est-à-dire si l'équipe a répondu à des questions avant que la patiente n'ait besoin de les poser, on retrouve 55% dans les deux groupes, soit 11 patientes.

Quel que soit l'échantillon, les anticipations étaient surtout liées à des explications au sujet de la pathologie avec, parfois, des détails sur l'évolution, la prématurité ainsi que l'amniocentèse.

3.6. Besoins des patientes

Chaque besoin énoncé possède quatre caractéristiques. Tout d'abord, l'existence de celui-ci, c'est-à-dire si les patientes considèrent que ce besoin les concerne. Si les patientes sont concernées, nous cherchons à savoir si elles en ont parlé, autrement dit, « expression du besoin » et si l'équipe a su y répondre.

Concernant les patientes n'ayant pas eu de réponse, nous les considérons comme non satisfaites. Pour les autres, celles ayant eu une réponse à leur besoin, le but est de connaître leur satisfaction, c'est-à-dire la qualité de la réponse observée.

▪ Besoin physiologique

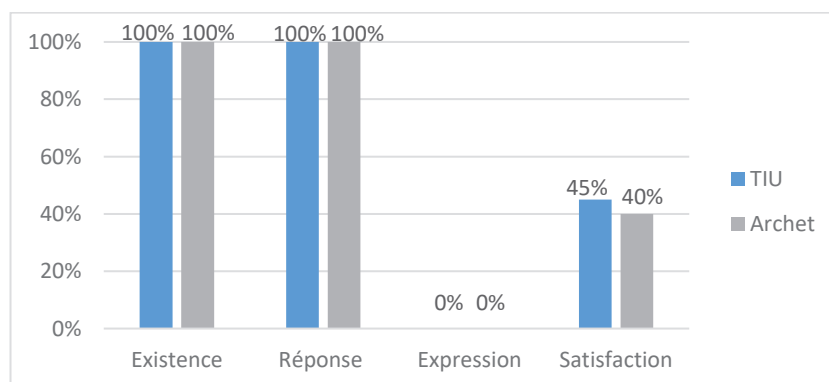


Figure 19 : Besoins physiologiques

Quel que soit le groupe, nous pouvons observer 100% des patientes (soit 20 sur 20) possédant ce besoin et ayant eu une réponse. Aucune patiente n'a eu besoin d'exprimer ses attentes pour obtenir une réponse.

Seules 45% du GPTIU (soit 9 patientes) contre 40% du GPA (soit 8 patientes) sont satisfaites.

Concernant les arguments de non satisfaction des patientes, quel que soit le groupe, on note:

- repas mauvais,
- plateaux repas peu conséquents
- plateaux repas non adaptés

▪ **Besoin soins de qualité**

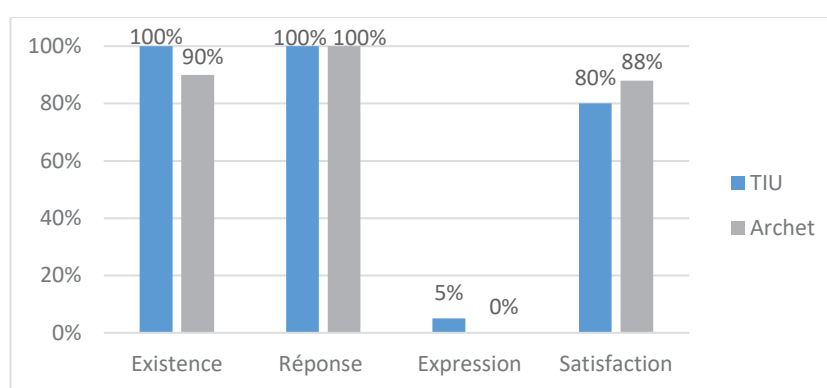


Figure 20 : Besoins de soins de qualité

100% du GPTIU, soit 20 patientes, considèrent que le besoin de soin de qualité les concerne et toutes les patientes ont pu bénéficier d'une réponse. Seule une patiente, soit 5%, a dû exprimer son besoin afin d'avoir une réponse. 80% des patientes, soit 16, s'estiment satisfaites de leur réponse.

Concernant le GPA, 90% ont ce besoin, soit 18 patientes. Parmi celles-ci, 100%, soit 18 patientes sur 18, ont eu une réponse sans avoir besoin de l'exprimer. Ainsi, on retrouve 88% de satisfaction dans ce groupe de patientes, soit 16 patientes sur 18.

▪ **Besoin de soutien moral**

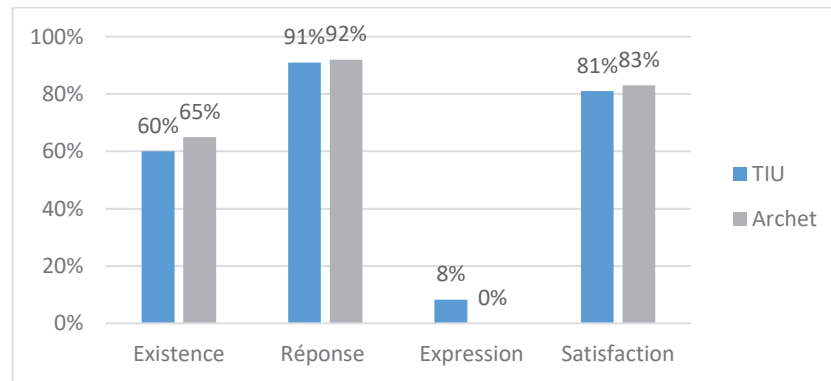


Figure 21 : Besoin de soutien moral

Pour le GPTIU, 60% ont besoin de soutien moral, soit 12 patientes, parmi celles-ci, 91% ont une réponse, soit 11 patientes sur 12. Seule une patiente (soit 8%) a eu besoin de l'exprimer. Concernant les patientes ayant eu une réponse, 81% sont satisfaites, soit 9 sur 11. A propos du GPA, 65% nécessitent un soutien moral de la part de l'équipe, soit 13 patientes. 92%, soit 12 patientes sur 13, ont eu une réponse à ce besoin. Cependant, aucune d'entre elles n'a eu à l'exprimer. 10 patientes sur 12, soit 83%, s'estiment satisfaites de leur réponse.

▪ **Besoin relationnel**

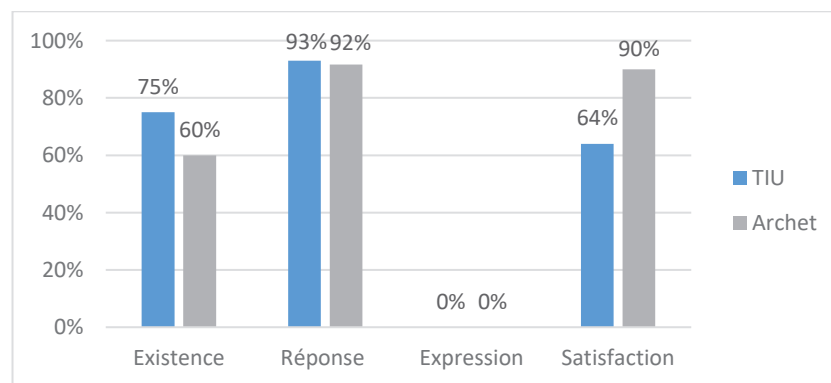


Figure 22 : Besoin relationnel

Le besoin relationnel est présent chez 75% du GPTIU, soit chez 15 patientes. 93% ont eu une réponse, soit 14 patientes sur 15. Parmi celles-ci, aucune n'a eu à en parler à l'équipe. Concernant la satisfaction, 64%, soit 9 patientes sur 14 s'estiment satisfaites

Pour le GPA, 60% des patientes, soit 12 sur 20, sont concernées par ce besoin. 92% des patientes ont eu une réponse, soit 11 patientes sur 12. Tout comme dans GPTIU, aucune des patientes n'a eu besoin d'en parler à l'équipe pour avoir une réponse. Concernant le besoin relationnel, 90%, soit 10 patientes sur 11 sont satisfaites.

▪ **Besoin d'intimité**

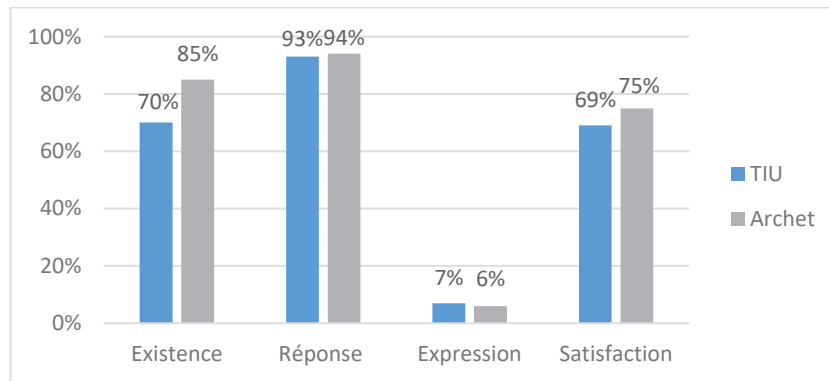


Figure 23 : Besoin d'intimité

Pour le GPTIU, 70%, soit 14 patientes, ont un besoin d'intimité pendant leur hospitalisation. Parmi celles-ci, 93% (soit 13 patientes) ont eu une réponse, et 7% d'entre elles, soit une seule, a dû en parler à l'équipe. 9 patientes sur les 13, soit 69%, s'estiment satisfaites de leur réponse.

Dans le GPA, on retrouve 85%, soit 17 patientes concernées par le besoin d'intimité. 94% d'entre elles ont pu avoir une réponse, soit 16 patientes. 6% a dû en parler à l'équipe afin d'avoir une réponse. On retrouve 12 patientes sur 16 satisfaites, soit 75%.

▪ **Besoin d'autonomie**

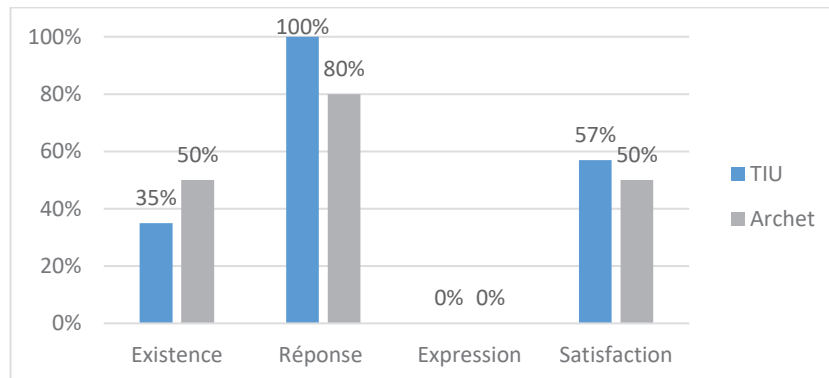


Figure 24 : Besoin d'autonomie

Dans le GPTIU, 35% des patientes, soit 7, ont besoin d'autonomie. Parmi celles-ci, 100% ont eu une réponse, soit 7 patientes sur 7. On retrouve 57% des patientes satisfaites, soit 4 sur 7.

Dans le GPA, 50% des patientes, soit 10, sont concernées par ce besoin. Seules 80%, soit 8 sur 10 ont une réponse. Parmi ces 8 patientes, 50%, soit 4 sont satisfaites.

Quel que soit le groupe, aucune patiente n'a eu à en parler à l'équipe afin d'avoir une réponse.

▪ **Besoin de sécurité**

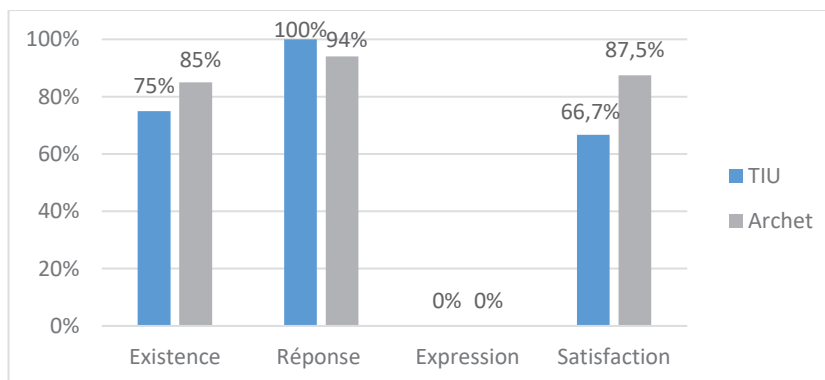


Figure 25 : Besoin de sécurité

Concernant le GPTIU, 75%, soit 15 patientes se sentent concernées par le besoin de sécurité. 100% d'entre elles ont eu une réponse. On retrouve 66,7% des patientes satisfaites, soit 10 patientes sur 15. Pour le GPA, 85%, soit 17 patientes ont besoin de sécurité, avec 94% de réponse, soit 16 patientes. Parmi ces patientes ayant eu une réponse, 87,5% sont satisfaites, soit 14 patientes sur 16. Aucune patiente n'a eu besoin d'exprimer son besoin pour avoir une réponse, quel que soit le groupe

▪ **Besoin de confort / installation**

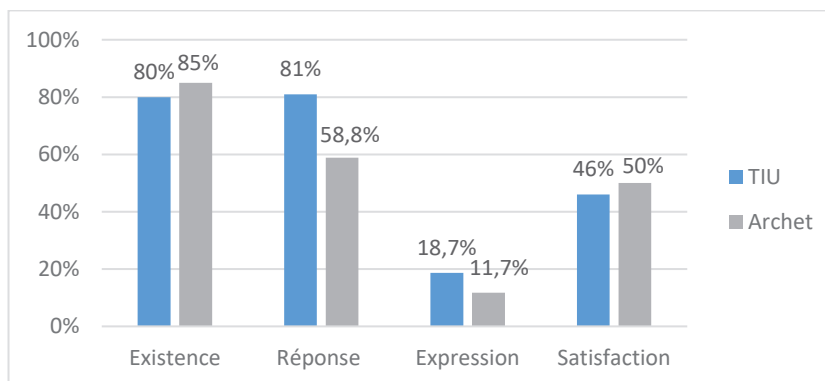


Figure 26 : Besoin de confort / installation

80% des patientes du GPTIU, soit 16 patientes, ont besoin de confort/installation. 81% d'entre elles, soit 13 patientes, ont bénéficié d'une réponse à leur besoin. On trouve 18,7% des patientes qui ont dû parler à l'équipe de leur besoin afin d'avoir une réponse. Seules 46% des patientes sont satisfaites.

Dans le GPA, 85% des patientes sont concernées par ce besoin, soit 17 patientes. 58,8% ont une réponse à leur besoin, soit 10 patientes sur 17. On retrouve 11,7% des patientes qui ont eu besoin d'en parler à l'équipe, soit 2 patientes. 50% des patientes ayant eu une réponse, soit 5, sont satisfaites.

▪ **Besoin d'agir selon ses croyances**

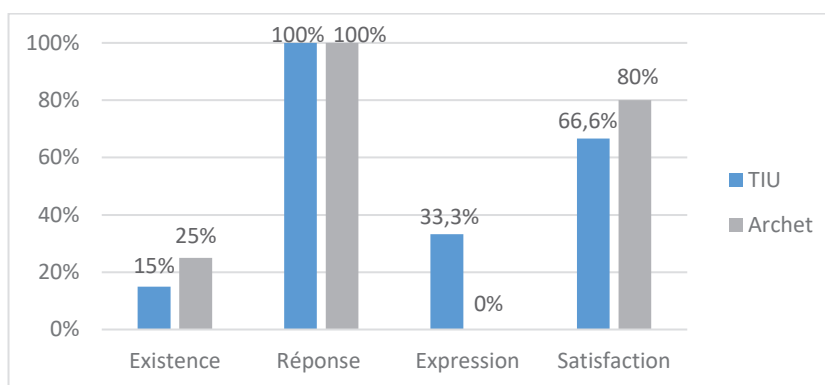


Figure 27 : Besoins d'agir selon ses croyances

Le besoin d'agir selon ses croyances concerne 15% du GPTIU, soit 3 patientes et 25% du GPA, soit 5 patientes. Dans les deux groupes, 100% des patientes ont pu avoir une réponse, soit respectivement 3 et 5 patientes pour le GPTIU et le GPA.

Parmi les 3 patientes du GPTIU, 33,3% d'entre elles, soit 1 patiente, a eu besoin d'en parler afin d'avoir une réponse.

Concernant la satisfaction, 66,6% du GPTIU, soit 2 patientes, contre 80% du GPA, soit 4 patientes sont satisfaites.

▪ Besoin d'organisation familiale

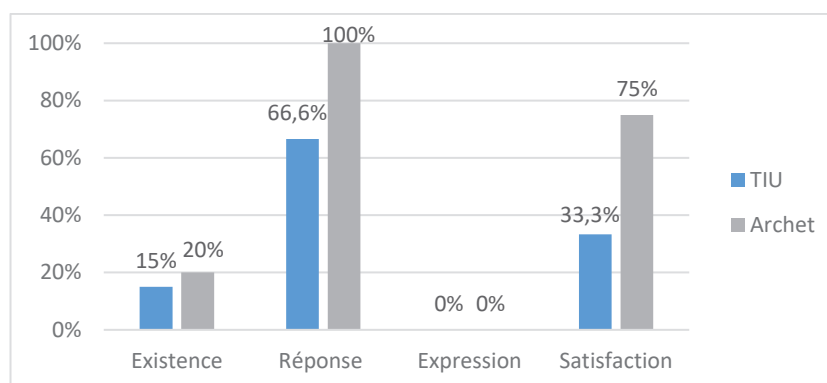


Figure 28 : Besoin d'organisation familiale

Pour le GPTIU, 15%, soit 3 patientes sont concernées par le besoin d'organisation familiale. 66,6%, soit 2 patientes ont une réponse et parmi celles-ci, seule 33,3%, soit une seule patiente s'estime satisfaite. Aucune n'a eu besoin de l'exprimer.

Concernant le GPA, 20% des patientes possèdent ce besoin, soit 4 patientes. Toutes les patientes concernées par le besoin d'organisation familiale ont eu une réponse, soit les 4 patientes sur 4 sans qu'elles n'aient besoin de l'exprimer. 75% sont satisfaites, soit 3 patientes sur 4.

▪ Besoin d'aide sociale

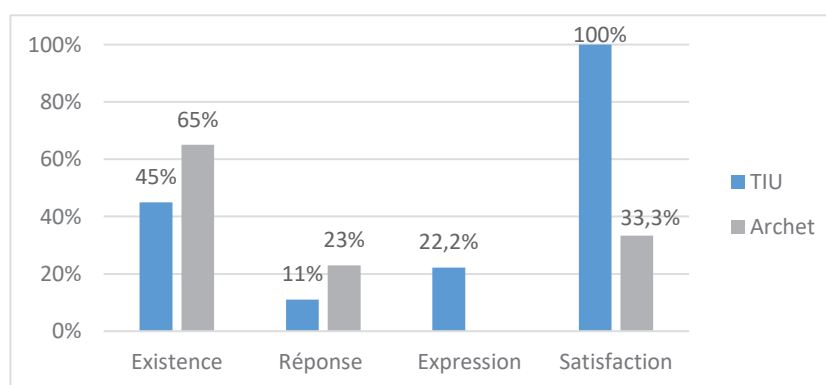


Figure 29 : Besoin d'aide sociale

45% du GPTIU se sent concerné par le besoin d'aide sociale, soit 9 patientes. 22,2% ont eu besoin d'en parler, soit 2 patientes, mais seule une patiente a eu une réponse, soit 11%. On retrouve 100% des patientes qui ont été satisfaites de leur réponse, soit une patiente.

65% du GPA, soit 13 patientes, sont concernées par l'aide sociale. Ainsi, 23% ont eu une réponse, soit 3 patientes, sans avoir à en parler à l'équipe. Seul 33,3% des patientes ont été satisfaites, soit une seule patiente sur les trois.

▪ **Besoin d'informations sur la pathologie**

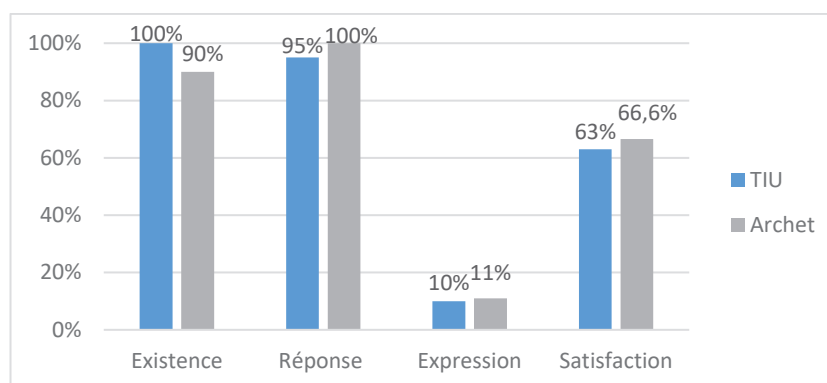


Figure 30 : Besoin d'informations sur la pathologie

Toutes les patientes du GPTIU estiment que les informations sur la pathologie les concernent, soit 20 patientes. Parmi celles-ci, 95% soit 19 patientes ont eu une réponse. Seulement 2 patientes ont eu besoin d'en parler à l'équipe pour avoir une réponse, soit 10%. Sur les 19 patientes ayant eu une réponse, 12 en ont été satisfaites, soit 63%.

Pour le GPA, 90%, soit 18 patientes sont concernées par ce besoin et toutes ont eu une réponse, soit 100%. Deux d'entre elles ont eu besoin d'exprimer leur besoin, soit 11%.

La réponse à ce besoin a engendré une satisfaction chez 66,6% des patientes, soit 12 sur 18.

▪ **Besoin d'explication des soins**

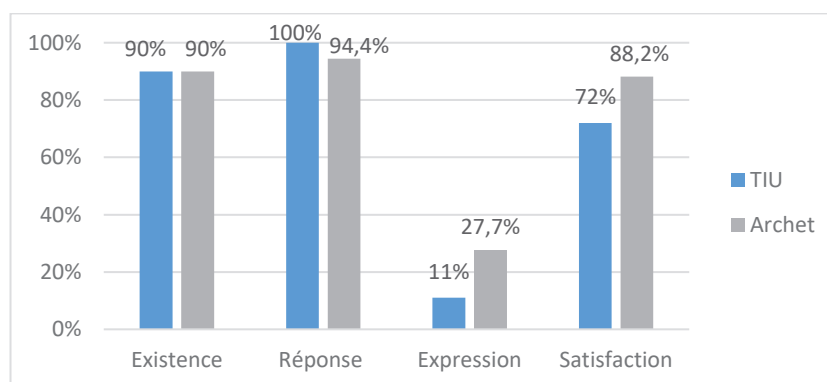


Figure 31 : Besoin d'explication des soins

Le besoin d'explication des soins concerne 90% des patientes, soit 18, que ce soit chez le GPTIU ou chez le GPA. On retrouve 100% de réponses, soit 18 patientes pour le GPTIU, dont 2 patientes qui ont eu besoin de l'exprimer, soit 11%. Chez le GPA, 94,4% de patientes ont eu une réponse, soit 17 patientes, dont 5 qui ont eu besoin de l'exprimer, soit 27,7%.

72% du GPTIU sont satisfaites, soit 13 patientes contre 88,2% du GPA, soit 15 patientes.

▪ **Besoin d'information sur les restrictions**

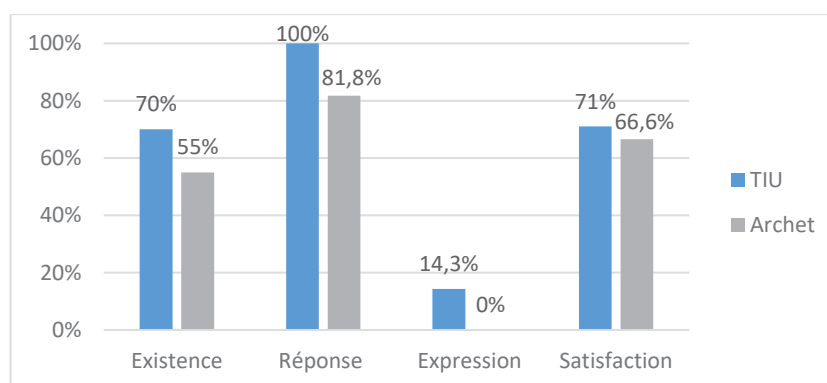


Figure 32 : Besoin d'informations sur les restrictions

70% du GPTIU ont besoin d'informations sur les restrictions pouvant leur être imposées pendant leur hospitalisation, soit 14 patientes. 100% d'entre elles ont pu avoir une réponse, soit 14 sur 14. Seules deux d'entre elles ont dû en parler à l'équipe, soit 14,3%. Ainsi, on retrouve 71% de satisfaction, soit 10 patientes satisfaites sur 14.

Pour le GPA, 55%, soit 11 patientes, s'estiment concernées par ce besoin d'informations. 81,8% de patientes, soit 9 patientes sur 11, ont eu une réponse à leur besoin, sans qu'aucune n'ait besoin d'en parler à l'équipe. 66,6% des patientes, soit 6 sur 9 sont satisfaites.

▪ Besoin matériel

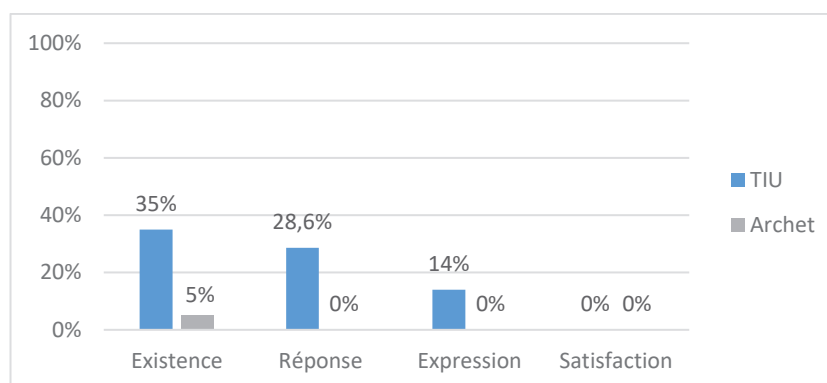


Figure 33 : Besoins matériels

Concernant le besoin matériel, pour le GPTIU, 35% des patientes sont concernées, soit 7 patientes. Deux d’entre elles ont eu une réponse, soit 28,6%. Parmi elles, une seule en a parlé à l’équipe. Cependant, aucune ne se considère satisfaite.

Pour le GPA, seule une patiente possède ce besoin, soit 5%. On retrouve 0% de réponse, d’expression ou de satisfaction dans ce groupe de patientes, soit aucune patiente.

▪ Besoin de divertissement

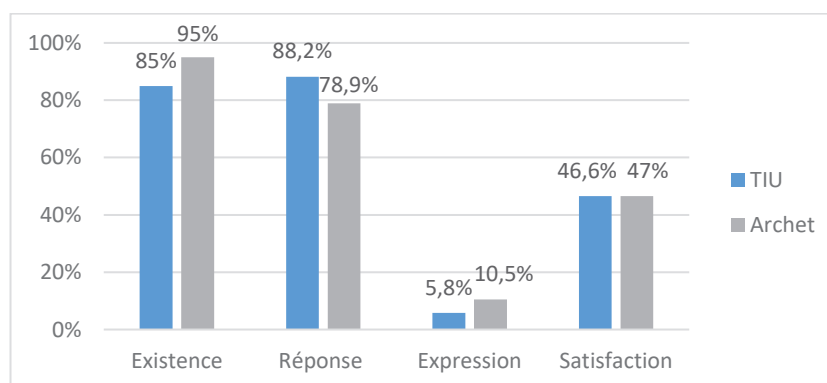


Figure 34 : Besoin de divertissements

Concernant le besoin de divertissement, 85% du GPTIU est concerné, soit 17 patientes. On retrouve 95% de réponses dans ce groupe, soit 15 patientes sur 17.

Seule une patiente a dû exprimer son besoin, soit 5,8%. La satisfaction atteint les 46,6% soit 7 patientes satisfaites sur 15.

Pour le GPA, 95%, soit 19 patientes, ont besoin de divertissement pendant leur hospitalisation. Ainsi 15 patientes sur 19 ont eu une réponse, soit 78,9%. Seules deux patientes ont eu besoin d'en parler à l'équipe, soit 10,5%. Concernant la satisfaction, on retrouve 47% de patientes qui s'estiment satisfaites, soit 7 patientes.

▪ **Besoins autres**

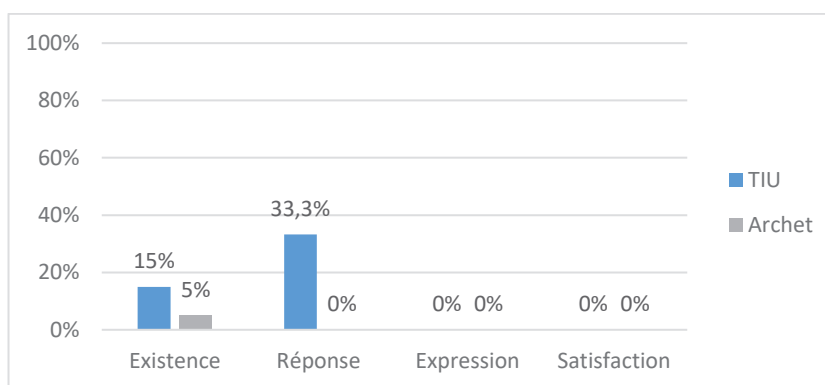


Figure 35 : Autres besoins

Chez le GPTIU, on retrouve 3 patientes ayant d'autres besoins que ceux proposés, soit 15%.

Parmi ces besoins, on retrouve :

- Informations sur la sortie
- Ménage
- Aide à l'arrivée dans le service

Seule une patiente a eu une réponse à son besoin, concernant le ménage, sans avoir à en parler à l'équipe. Cependant, aucune patiente n'a été satisfaite.

Chez le GPA, une seule patiente a eu un autre besoin, qui est le besoin d'activité pendant l'hospitalisation, soit 5%. Cependant, cette patiente n'en a pas parlé à l'équipe, ce qui entraîne une non réponse à son besoin et donc, pas de satisfaction.

▪ **Synthèse des besoins**

Existence		Réponse		Expression		Satisfaction	
<i>GPTIU</i>	<i>GPA</i>	<i>GPTIU</i>	<i>GPA</i>	<i>GPTIU</i>	<i>GPA</i>	<i>GPTIU</i>	<i>GPA</i>
63%	63%	81%	76%	9%	4%	57%	60%

Tableau II : Moyenne des % des besoins dans chaque groupe

Ainsi, en moyenne, on retrouve, 63% d'existence, tous besoins confondus, quel que soit le groupe de patientes. Le pourcentage de réponse est de 81% pour le GPTIU et de 76% pour le GPA. Au niveau de l'expression des besoins, on retrouve respectivement dans le GTIU et le GPA, 9% et 4%. Concernant la satisfaction, dans le GPTIU on retrouve 57% et dans le GPA 60%. (Annexe III)

3.7.Comparaison besoins GPTIU / GPA

EXISTENCE DES BESOINS		
	TIU	ARCHET
Physiologiques	100% (20)	100% (20)
Soins de qualité	100% (20)	90% (18)
Soutien moral	60% (12)	65% (13)
Relationnel	75% (15)	60% (12)
Intimité	70% (14)	85% (17)
Autonomie	35% (7)	50% (10)
Sécurité	75% (15)	85% (17)
Confort/installation	80% (16)	85% (17)
Agir selon ses croyances	15% (3)	25% (5)
Organisation familiale	15% (3)	20% (4)
Aide sociale	45% (9)	65% (13)
Informations pathologie	100% (20)	90% (18)
Explication des soins	90% (18)	90% (18)
Informations restriction	70% (14)	55% (11)
Matériel	35% (7)	5% (1)
Divertissement	85% (17)	95% (19)
Autres	15% (3)	5% (1)

Tableau III : Existence des besoins du GPTIU et du GPA

Il est à remarquer que seuls certains besoins sont plus présents chez le GPTIU :

- Relationnel
- Informations pathologie
- Informations restrictions
- Matériel
- Autres : ménage, informations sortie, aide à l'arrivée dans le service

Ainsi, parmi les 17 besoins proposés aux patientes, 5 d'entre eux sont plus représentés pour le GPTIU.

3.8. Définition des besoins spécifiques aux grossesses pathologiques

Dans la liste des besoins proposés aux patientes, ceux ayant eu une réponse inférieure à 50% ont été considérés comme non spécifiques aux grossesses pathologiques.

Pour le GPTIU, on retrouve 11 besoins sur les 17 proposés, tels que :

- Besoins physiologiques
- Soins de qualité
- Soutien moral
- Relationnel
- Intimité
- Sécurité
- Confort / installation
- Informations pathologie
- Explication des soins
- Information restriction
- Divertissement

Dans le GPA, on retrouve :

- Besoins physiologiques
- Soins de qualité
- Soutien moral
- Relationnel
- Intimité
- Autonomie
- Sécurité
- Confort / installation
- Aide sociale
- Informations pathologie
- Explication des soins
- Informations restriction
- Divertissement

Deux besoins supplémentaires sont retrouvés chez le GPA, le besoin d'aide sociale et le besoin d'autonomie, soit 13 besoins sur 17.

Si on compare avec la pyramide des besoins de Maslow, on retrouve chaque étape de son classement, avec, en premier lieu, les besoins physiologiques qui sont présents dans chaque groupe de patientes. En effet, même s'il n'est pas considéré comme le plus important, il reste nécessaire pour 100% des patientes, dans les 2 groupes confondus.

3.9. Classification et satisfaction des besoins

Les patientes ont pu prioriser leurs besoins, en choisissant les 5 les plus importants.

Le classement a été réalisé avec un système de pondération. Parmi les 5 besoins, on retrouve donc, au niveau des points :

- 1^{ère} place : 5 points
- 2^{ème} place : 4 points
- 3^{ème} place : 3 points
- 4^{ème} place : 2 points
- 5^{ème} place : 1 point

Chaque besoin a donc eu un total de points qui a permis de les classer par ordre de priorité. (Annexe IV)

Nous avons ensuite mis en parallèle la satisfaction des besoins. En effet, il est important que le besoin arrivant en première place ait une bonne satisfaction.

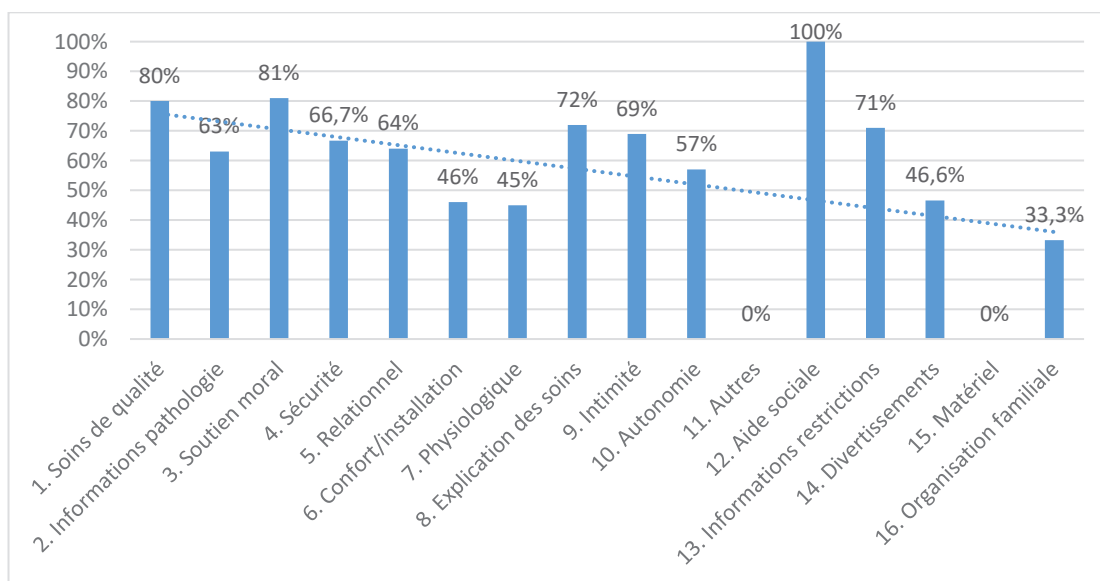


Figure 36 : Satisfaction selon classement des besoins dans le GPTIU

Ainsi, pour le GPTIU, on retrouve 16 besoins dans le classement, avec, en première place les soins de qualité ayant une satisfaction de 80%, et en dernière place, l'organisation familiale avec 33,3% de satisfaction. Le seul besoin n'apparaissant pas dans le classement est le besoin d'agir selon ses croyances, qui est donc considéré comme « pas important » pour les patientes.

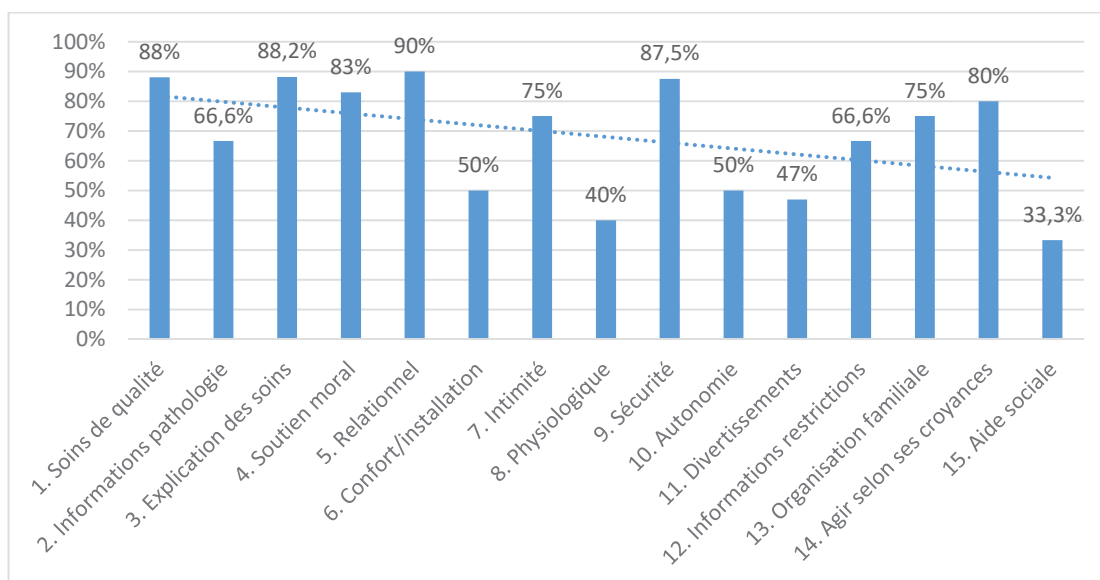


Figure 37 : Satisfaction selon classement des besoins dans le GPA

Pour le GPA, 15 besoins entrent dans le classement, sur les 17 proposés. On retrouve, tout comme le GPTIU, les soins de qualité en première position, avec cette fois, une satisfaction de 88%, et, en dernière place, le besoin d'aide sociale avec une satisfaction de 33,3%.

Les besoins considérés comme « non importants » par les patientes sont les besoins matériels et les besoins autres (ménage...).

Maslow, dans sa pyramide, a établi une priorisation des besoins. Ainsi, nous avons fait un parallèle entre la priorisation selon Maslow et la priorisation des patientes.

Si on classe les besoins des patientes selon Maslow, on retrouve :

- Besoins physiologiques : physiologiques, confort / installation, ménage, matériel
- Besoins de sécurité : soins de qualité, sécurité, aide sociale
- Besoins d'appartenance : soutien moral, relationnel, organisation familiale
- Besoin d'estime de soi : intimité, explication des soins, informations, autonomie
- Besoin d'accomplissement de soi : divertissement, agir selon ses croyances

Au niveau de la pondération, nous avons établi un score allant de 5 à 1 point pour le classement de Maslow. Nous avons ensuite sélectionné les besoins des patientes avec leur priorisation et réalisé un classement en multipliant par le score établi à chaque besoin selon son groupe.

Ci-dessous, nous retrouvons les tableaux de pondération pour le calcul de l'importance des besoins, avec, en bleu la pondération pour le GPTIU et en noir la pondération pour le GPA.

	Physiologique	Sécurité	Appartenance	Estime de soi	Accomplissement personnel	TOTAL
	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	
Soins de qualité		63 53				252 212
Confort/installation	26 21					130 105
Soutien moral			37 29			111 87
Physiologique	22 17					110 85
Sécurité		2 13				108 52
Infos pathologie				41 46		82 92
Relationnel			26 26			78 78
Explication soins				19 38		38 76
Intimité				10 19		20 38
Aide sociale		5 2				20 8
Autonomie				7 8		14 16
Infos restrictions				5 6		10 12
Autres (Ménage)					5 0	5 0
Divertissements					3 8	3 8
Organisation familiale					3 4	3 12
Matériel					2 0	2 0
Agir selon croyances					0 4	0 4

Tableau IV : Pondération des besoins du GPTIU/GPA selon Maslow

Ci-dessous, nous retrouvons une synthèse afin d'avoir une vision globale des différents classements. Pour chaque groupe de patiente, nous avons un classement dans les colonnes de droite et de gauche, avec, au centre, la pyramide de Maslow. L'ordre d'importance des besoins, se lit de bas en haut, tout comme la pyramide.

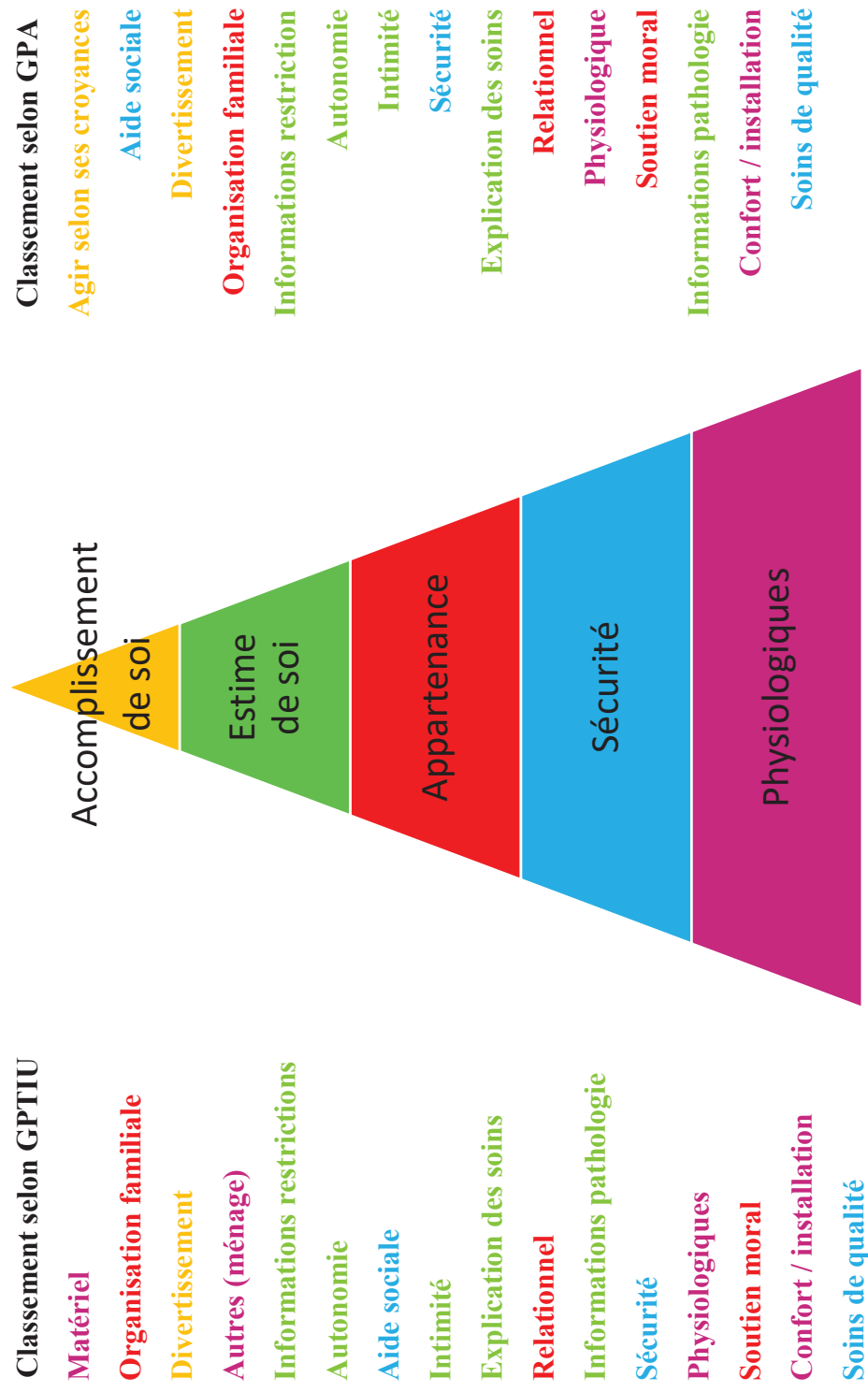


Figure 38 : Classement d'importance des besoins des patientes selon Maslow

Grâce au code couleur, nous pouvons voir le classement d'importance des besoins pour les patientes est différent de celui de Maslow.

Les patientes n'ont donc pas les mêmes priorités. Cependant, on observe que les premiers besoins dans les deux groupes font partie de la catégorie « sécurité » et « physiologiques », tout comme la base de la pyramide. D'autre part, on retrouve en haut de la pyramide les besoins d'accomplissement de soi, tout comme dans le classement des patientes dans lequel besoins de « divertissements » et « agir selon ses croyances » arrivent en fin de liste.

Pour ce qui est des autres besoins, leur classement n'a pas d'ordre particulier et ne respecte pas la pyramide de Maslow, le groupe le plus représenté fait partie de la catégorie « estime de soi ».

3.10. Influences sur la satisfaction et les besoins

Dans les tableaux ci-dessous, nous retrouvons les pourcentages, avec le nombre de patientes concernées indiqué entre parenthèses.

▪ Catégorie socio-professionnelle

Chaque satisfaction des patientes vis-à-vis d'un besoin a été mise en lien avec le statut socio-professionnel.

On retrouve un tableau regroupant les deux groupes de patientes avec le pourcentage de satisfaction correspondant à chaque besoin selon la catégorie socio-professionnelle, ainsi que le nombre de patientes concernées, spécifié entre parenthèses. (Annexe V)

Certains besoins ne concernent pas les patientes, cela s'explique par deux possibilités : soit les patientes ne possèdent pas ce besoin, soit les patientes n'ont pas eu de réponse sur ce besoin ce qui explique qu'elles ne peuvent pas émettre de satisfaction le concernant.

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employé	Sans
Physiologiques	50% (1)	33,3% (1)	25% (2)	38% (8)	71,4% (5)
Soins qualité	50% (1)	33,3% (1)	87,5% (7)	76,5% (16)	100% (7)
Soutien moral	<i>NC *</i>	33,3% (1)	50% (4)	52,4% (11)	42,8% (3)
Relationnel	0% (0)	33,3% (1)	50% (4)	42,8% (9)	71,4% (5)
Intimité	<i>NC *</i>	33,3% (1)	50% (4)	57,1% (12)	57,1% (4)
Autonomie	<i>NC *</i>	0% (0)	12,5% (1)	23,8% (5)	42,8% (3)
Sécurité	<i>NC *</i>	66,6% (2)	87,5% (7)	61,9% (13)	28,6% (2)
Confort/installation	0% (0)	33,3% (1)	25% (2)	23,8% (5)	42,8% (3)
Agir selon croyances	<i>NC *</i>	<i>NC *</i>	0% (0)	9,5% (2)	57,1% (4)
Orga familiale	<i>NC *</i>	<i>NC *</i>	12,5% (1)	4,7% (1)	28,6% (2)
Aide sociale	50% (1)	<i>NC *</i>	0% (0)	4,7% (1)	0% (0)
Infos pathologie	50% (1)	33,3% (1)	62,5% (5)	52,4% (11)	57,1% (4)
Explications soins	50% (1)	66,6% (2)	75% (6)	71,4% (15)	57,1% (4)
Infos restriction	50% (1)	33,3% (1)	37,5% (3)	47,6% (10)	14,3% (1)
Matériel	<i>NC *</i>	<i>NC *</i>	<i>NC *</i>	0% (0)	<i>NC *</i>
Divertissement	<i>NC *</i>	0% (0)	37,5% (3)	38% (8)	28,6% (2)
Autres	<i>NC *</i>	<i>NC *</i>	0% (0)	0% (0)	<i>NC *</i>

Tableau V : % de satisfaction pour le GPTIU et le GPA selon la CSP

**NC : non concernée*

On remarque qu'au sein d'un même groupe, la satisfaction est proche quel que soit le besoin. Ainsi, pour le groupe de patientes « artisan, commerçant, chef d'entreprise », on retrouve une satisfaction de 50%, soit une patiente, la plupart du temps.

En revanche pour les « cadre, profession intellectuelle supérieure », la satisfaction s'approche le plus souvent de 33%, soit une patiente sur 3 qui est satisfaite.

Pour les trois derniers groupes de patientes, « profession intermédiaire », « employé » et « sans profession », le pourcentage de satisfaction varie sans observer de moyenne stable. En effet, chaque besoin possède une satisfaction

D'autre part, on observe, pour seulement trois besoins, soit « intimité », « autonomie » et « agir selon ses croyances », une augmentation de la satisfaction lorsque le milieu social diminue.

▪ Vécu de l'arrivée dans le service

Le vécu de l'arrivée dans le service influence toute la suite de l'hospitalisation puisque les patientes vont baser leur opinion sur ce premier contact. En effet, l'accueil dont font l'objet les patientes est essentiel pour permettre le bon déroulé du séjour.

Ainsi, ce vécu, s'il est mauvais, impacte-t-il sur la satisfaction des besoins au cours du séjour ?

Dans ce tableau, nous retrouvons les pourcentages de satisfaction dans chaque groupe de patientes.

Ainsi, on retrouve 4 groupes :

- Patientes satisfaites de l'arrivée dans le service dans le GPTIU
- Patientes satisfaites de l'arrivée dans le service dans le GPA
- Patiente non satisfaite de l'arrivée dans le service dans le GPTIU
- Patiente non satisfaite de l'arrivée dans le service dans le GPA

	Satisfaites (GPTIU)	Satisfaites (GPA)	Non satisfaites (GPTIU)	Non satisfaites (GPA)
Physiologiques	44,4% (4)	45,4% (5)	45,4% (5)	33,3% (3)
Soins qualité	77,7% (7)	90,9% (10)	81,8% (9)	66,6% (6)
Soutien moral	66,6% (6)	72,7% (8)	27,3% (3)	22,2% (2)
Relationnel	66,6% (6)	54,5% (6)	27,3% (3)	44,4% (4)
Intimité	44,4% (4)	72,7% (8)	45,4% (5)	44,4% (4)
Autonomie	22,2% (2)	36,4% (4)	18,2% (2)	11% (1)
Sécurité	44,4% (4)	63,6% (7)	54,5% (6)	77,7% (7)
Confort/installation	55,5% (5)	9% (1)	9% (1)	44,4% (4)
Agir selon croyances	11% (1)	18,2% (2)	9% (1)	22,2% (2)
Orga familiale	0% (0)	27,3% (3)	9% (1)	0% (0)
Aide sociale	11% (1)	0% (0)	NC*	11% (1)
Infos pathologie	88,8% (8)	90,9% (10)	36,4% (4)	33,3% (3)
Explications soins	66,6% (6)	72,7% (8)	63,6% (7)	77,7% (7)
Infos restriction	66,6% (6)	45,4% (5)	36,4% (4)	11% (1)
Matériel	NC*	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Divertissement	44,4% (4)	36,4% (4)	27,3% (3)	33,3% (3)
Autres	NC*	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Tableau VI : % de satisfaction des patientes selon le vécu de l'arrivée dans le service

NC* : non concernées

Pour 6 besoins sur les 17 proposés, nous retrouvons une diminution de la satisfaction lorsque les patientes ont un mauvais vécu de leur arrivée dans le service.

Parmi ces besoins, on retrouve les besoins de « soutien moral », « relationnel », « autonomie », « informations pathologie », « informations restrictions » et « divertissement ».

Concernant le GPTIU, les besoins de « confort / installation », « agir selon les croyances » et « explication des soins » observent également une diminution de la satisfaction lorsque le vécu de l'arrivée dans le service est mauvais.

Concernant le GPA, les autres besoins, soit « physiologiques », « soins de qualité », « intimité » et « organisation familiale » observent également une diminution de la satisfaction.

En résumé le seul besoin dont la satisfaction augmente quel que soit le groupe, lorsque le vécu de l'arrivée dans le service est mauvais, est le besoin de « sécurité ».

▪ **Patientes déjà hospitalisées**

Le fait d'avoir déjà été hospitalisées fait que les patientes connaissent déjà le principe de l'hospitalisation et, de ce fait, peuvent plus facilement anticiper la situation. Ainsi, la question se pose de savoir si les besoins sont impactés par le nombre d'hospitalisation. (Annexe VI)

	Patientes déjà hospitalisées	Population générale (GPTIU + GPA)
Physiologiques	100% (8)	100% (40)
Soins qualité	100% (8)	95% (38)
Soutien moral	87,5% (7)	62,5% (25)
Relationnel	75% (6)	67,5% (27)
Intimité	100% (8)	77,5% (31)
Autonomie	37,5% (3)	42,5% (17)
Sécurité	75% (6)	80% (32)
Confort/installation	75% (6)	82,5% (33)
Agir selon ses croyances	25% (2)	20% (8)
Organisation familiale	0% (0)	17,5% (7)
Aide sociale	100% (8)	55% (22)
Informations pathologie	87,5% (7)	95% (38)
Explications des soins	100% (8)	90% (36)
Informations restriction	62,5% (5)	62,5% (25)
Matériel	12,5% (1)	20% (8)
Divertissement	87,5% (7)	90% (36)
Autres	12,5% (1)	10% (4)

Tableau VII : Comparaison besoins des patientes déjà hospitalisées par rapport à la pop

On remarque que pour 7 besoins, le pourcentage d'existence des besoins est supérieur dans la population générale.

En revanche, les besoins de « soins de qualité », « soutien moral », « relationnel », « intimité », « agir selon ses croyances », « aide sociale », « explication des soins » et « autres » sont plus souvent présents chez les patientes déjà hospitalisée, soit 8 besoins sur 17.

▪ Durée d'hospitalisation

On peut se poser la question de savoir si la durée d'hospitalisation influence les besoins des patientes. En effet, on peut imaginer que, plus l'hospitalisation est longue, plus les besoins vont augmenter.

Ainsi, nous avons classé la durée d'hospitalisation en 3 groupes : 7 jours, entre 8 et 14 jours, supérieur à 14 jours.

Pour le GPTIU, on retrouve 7 patientes dans les deux premiers groupes et 6 patientes dans le dernier groupe, ce qui nous donne une population homogène.

	7 jours	8-14 jours	> 14 jours
Physiologiques	100% (7)	100% (7)	100% (6)
Soins qualité	100% (7)	100% (7)	100% (6)
Soutien moral	57% (4)	57% (4)	66,6% (4)
Relationnel	71,4% (5)	85,7% (6)	66,6% (4)
Intimité	42,8% (3)	100% (7)	66,6% (4)
Autonomie	57% (4)	42,8% (3)	66,6% (4)
Sécurité	85,7% (6)	57% (4)	83,3% (5)
Confort/installation	100% (7)	71,4% (5)	66,6% (4)
Agir selon ses croyances	14,2% (1)	14,2% (1)	16,6% (1)
Organisation familiale	0% (0)	0% (0)	50% (3)
Aide sociale	42,8% (3)	42,8% (3)	50% (3)
Informations pathologie	100% (7)	100% (7)	100% (6)
Explications des soins	100% (7)	85,7% (6)	83,3% (5)
Informations restriction	71,4% (5)	71,4% (5)	66,6% (4)
Matériel	42,8% (3)	14,2% (1)	50% (3)
Divertissement	100% (7)	100% (7)	50% (3)
Autres	0% (0)	42,8% (3)	0% (0)

Tableau VIII : % des besoins du GPTIU selon la durée d'hospitalisation

Globalement, la durée de l'hospitalisation augmente les besoins pour seulement 5 d'entre eux, soit « soutien moral », « agir selon ses croyances », « organisation familiale », « aide sociale » et « matériel ». Les besoins de « confort / installation », « explication des soins », « informations restriction » et « divertissement » diminuent lorsque la durée d'hospitalisation augmente.

On remarque que de nombreux besoins sont présents de manière égale dans les groupes de 7 jours et de 8-14 jours, comme par exemple, « agir selon ses croyances » avec 14,2%, « aide sociale » avec 42,8%, « organisation familiale » avec 0% ou encore « informations restrictions » avec 71,4%.

	7 jours	8-14 jours	> 14 jours
Physiologiques	100% (7)	100% (8)	100% (5)
Soins qualité	100% (7)	87,5% (7)	80% (4)
Soutien moral	28,6% (2)	75% (6)	100% (5)
Relationnel	71,4% (5)	50% (4)	60% (3)
Intimité	85,7% (6)	87,5% (7)	80% (4)
Autonomie	71,4% (5)	37,5% (3)	40% (2)
Sécurité	100% (7)	87,5% (7)	60% (3)
Confort/installation	85,7% (6)	87,5% (7)	80% (4)
Agir selon ses croyances	42,8% (3)	0% (0)	40% (2)
Organisation familiale	28,6% (2)	0% (0)	40% (2)
Aide sociale	71,4% (5)	62,5% (5)	60% (3)
Informations pathologie	85,7% (6)	100% (8)	80% (4)
Explications des soins	85,7% (6)	87,5% (7)	100% (5)
Informations restriction	42,8% (3)	87,5% (7)	20% (1)
Matériel	14,2% (1)	0% (0)	0% (0)
Divertissement	100% (7)	87,5% (7)	100% (5)
Autres	0% (0)	0% (0)	20% (1)

Tableau IX : % des besoins du GPA selon la durée d'hospitalisation

Pour le GPA, on retrouve 7 patientes ayant un séjour de 7 jours, 8 patientes entre 8 et 14 jours et seulement 5 patientes ayant une hospitalisation de plus de 14 jours.

Les besoins de « soutien moral », « explication des soins » et « autres » augmentent avec la durée d'hospitalisation. En revanche, les besoins de « soins de qualité » et « aide sociale » diminuent lorsque la durée d'hospitalisation augmente.

▪ **Eloignement géographique**

Concernant le GPTIU, nous avons voulu connaître l'influence de l'éloignement du lieu d'habitation par rapport à la maternité de Nice sur les besoins. Concernant cette enquête, la patiente issue de Paris a été exclue, en effet, cette dernière était sur Nice pour des vacances et n'aurait donc pas dû être hospitalisée dans cet hôpital.

	Monaco	Antibes	Cannes	Grasse	Fréjus	Draguignan	Corse
	20,6 km	28,2 km	33,3 km	44 km	65,1 km	88,9 km	360 km
Physiologiques	100% (2)	100% (3)	100% (4)	100% (2)	100% (1)	100% (2)	100% (5)
Soins qualité	100% (2)	100% (3)	100% (4)	100% (2)	100% (1)	100% (2)	100% (5)
Soutien moral	100% (2)	33,3% (1)	75% (3)	100% (2)	0% (0)	50% (1)	40% (2)
Relationnel	100% (2)	100% (3)	100% (4)	50% (1)	0% (0)	50% (1)	60% (3)
Intimité	100% (2)	66,6% (2)	75% (3)	50% (1)	100% (1)	50% (1)	60% (3)
Autonomie	50% (1)	33,3% (1)	50% (2)	100% (2)	100% (1)	0% (0)	0% (0)
Sécurité	50% (1)	66,6% (2)	100% (4)	50% (1)	100% (1)	100% (2)	60% (3)
Confort/installation	50% (1)	100% (3)	100% (4)	100% (2)	100% (1)	100% (2)	60% (3)
Agir selon croyances	0% (0)	0% (0)	25% (1)	0% (0)	100% (1)	50% (1)	0% (0)
Orga familiale	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	50% (1)	20% (1)
Aide sociale	50% (1)	33,3% (1)	50% (2)	0% (0)	100% (1)	100% (2)	40% (2)
Infos pathologie	100% (2)	100% (3)	100% (4)	100% (1)	100% (1)	100% (2)	100% (5)
Explications soins	100% (2)	100% (3)	100% (4)	50% (1)	100% (1)	100% (2)	80% (4)
Infos restriction	50% (1)	100% (3)	50% (2)	100% (2)	100% (1)	100% (2)	60% (3)
Matériel	50% (1)	33,3% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	80% (4)
Divertissement	100% (2)	100% (3)	100% (4)	100% (2)	100% (1)	100% (4)	40% (2)
Autres	0% (0)	33,3% (1)	0% (0)	0% (0)	100% (1)	0% (0)	20% (1)

Tableau X : Influence de l'éloignement géographique sur les besoins

On observe une énorme variabilité des besoins. Certains besoins sont présents de manière constante dans chaque groupe de patiente, comme les « soins de qualité » ou « informations pathologie ».

Le besoin de divertissement est retrouvé chez toutes les patientes avec un pourcentage de 100%, exceptée chez les patientes Corses avec une présence de 40%.

3.11. Suggestions et problèmes

▪ Suggestions d'améliorations

Les patientes ont pu soumettre des idées concernant l'amélioration de l'hospitalisation afin d'optimiser leur vécu.

Dans leurs suggestions, on retrouve, pour le GPTIU :

- « Mise à disposition d'une machine à laver le linge »
- « Avoir la télévision gratuite »
- « Plus de disponibilité de l'équipe »

Le GPA suggère :

- « Frigos et ventilateurs dans les chambres »
- « Plus d'organisation dans les soins »
- « Connaître le déroulement de la journée »
- « Moins de bruit dans les couloirs »
- « Casques audios pour la télévision dans les chambres doubles »
- « Améliorer le confort »

Dans les deux groupes, on retrouve :

- « Avoir plus de chambres seules »
- « Avoir des petits ateliers, tels que tricots... »

En second lieu, il a été proposé aux patientes différentes suggestions qui pourraient améliorer leur hospitalisation.

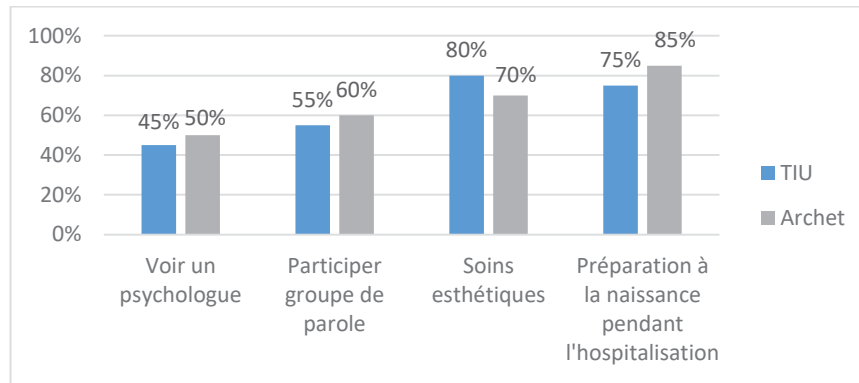


Figure 39 : Suggestion d'améliorations

Ainsi, 45% (soit 9 patientes) du GPTIU seraient intéressées pour voir un psychologue contre 50% (soit 10 patientes) du GPA.

55% (soit 11 patientes) du GPTIU et 60% (soit 12 patientes) du GPA accepteraient de participer à un groupe de paroles avec d'autres mamans hospitalisées.

Concernant les soins esthétiques, c'est-à-dire, proposer aux patientes de faire passer une coiffeuse ou une esthéticienne dans le service, 80% du GPTIU, soit 16 patientes, et 70% du GPA, soit 14 patientes, seraient intéressées.

75% du GPTIU, soit 15 patientes, et 85% du GPA, soit 17 patientes, souhaiteraient participer à une préparation à la naissance pendant leur hospitalisation. En effet, de nombreuses primipares hospitalisées redoutent l'accouchement car leurs séances de préparation à l'accouchement étaient prévues sur leur période d'hospitalisation.

▪ **Problèmes rencontrés**

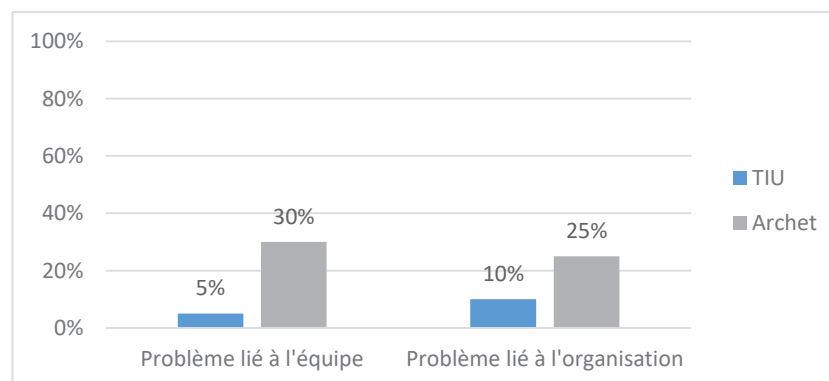


Figure 40 : Problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation

Lors de leur hospitalisation, les patientes peuvent rencontrer des problèmes, aussi bien liés au personnel qu'à l'organisation du service.

Chez le GPTIU, une seule patiente, soit 5%, a rencontré un problème lié à l'équipe à cause « d'une sage-femme pas agréable ».

Concernant l'organisation, deux patientes, soit 10%, ont relevé des soucis :

- Manque de disponibilité des professionnels
- Heure et qualité des repas

Pour le GPA, 30%, soit 6 patientes, ont eu des problèmes liés à l'équipe. C'est-à-dire :

- Absence d'écoute
- Sentiment d'humiliation ou d'être un fardeau,
- Absence de tact
- Personnel qui ne frappe pas avant d'entrer dans la chambre

Concernant l'organisation, on retrouve 25%, soit 5 patientes, qui se plaignent :

- Rythme imposé des soins,
- Heure et qualité des repas,
- Bruit

PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

1.1. Population étudiée

▪ Âge

Dans les deux groupes de patientes, la moyenne d'âge est proche, 30,5 ans pour le GPA, contre 31,5 ans pour le GPTIU, ainsi, cela permet d'avoir des groupes homogènes, et donc comparables. On ne retrouve aucune patiente ayant moins de 18 ans dans chaque groupe.

▪ Catégorie socio-professionnelle

On retrouve principalement des patientes, ainsi que leurs conjoints, qui exercent une profession en tant qu'employés. En effet, plus de 50% fait partie de cette population, excepté pour les conjoints du GPA où seuls 30% sont concernés. Ainsi, les patientes concernées par l'étude font partie, dans la plus grande majorité, d'une catégorie socio-professionnelle moyenne.

▪ Pathologie

En France, la MAP est la principale cause d'hospitalisation pendant la grossesse [42], ce qui correspond à notre étude, avec une prévalence de 50 à 60% dans chaque groupe. La deuxième cause d'hospitalisation est la RPM, ce qui engendre une hospitalisation de longue durée puisque les patientes restent hospitalisées jusqu'à leur accouchement.

Pour toutes les patientes déjà hospitalisées, la cause est identique pour chaque hospitalisation. Ainsi, pour 10% du GPTIU et 20% du GPA, les patientes savent à quoi s'attendre concernant leur hospitalisation. Ces patientes ont donc moins besoin d'information concernant la pathologie ou l'explication des soins.

▪ Suivi de grossesse

Dans chaque groupe, la majeure partie des patientes (85% du GPTIU et 60% du GPA) est suivie par un gynécologue.

Or, grâce à une étude, nous savons que l'information à propos du réseau, lorsqu'elle est donnée, est réalisée par les sages-femmes et les gynécologues dans 72,13% des cas. [5]

Ainsi, les patientes transférées devraient être bien informées concernant la possibilité d'un transfert en cours de grossesse.

Dans notre étude, 60% du GTIU (soit 12 patientes sur 20) connaissaient la possibilité d'être transférées au cours de leur grossesse, or, on note qu'en 2015, seules 4,80% des patientes étaient informées (22 patientes sur 458). [5]

Ainsi, on voit une nette amélioration de l'information, bien que notre échantillon soit beaucoup plus faible.

1.2. Besoins du GPTIU supérieurs à ceux du GPA : mythe ou réalité ?

Le but de notre étude était de montrer une différence entre les besoins des patientes issues de TIU et ceux des patientes de l'Archet. L'hypothèse de recherche est basée sur le fait que le GPTIU aura des besoins supplémentaires du fait de l'éloignement géographique.

Les patientes étant transférées d'un établissement périphérique vers le CHU Archet de Nice, on estime que ces dernières vont être plus demandeuses auprès de l'équipe soignante, que ce soit pour le soutien moral, le relationnel, l'organisation familiale ou autres.

Or, les données retrouvées dans notre étude nous montrent le contraire de ce qui était attendu. (Cf. tableau III)

Notre hypothèse, selon laquelle les patientes issues de TIU auraient plus de besoins que les patientes de l'Archet, est infirmée par notre étude.

On remarque, cependant, que les principaux besoins du GPTIU sont liés à l'information, que ce soit de la pathologie, des restrictions ou pour la sortie éventuelle. Ainsi, on peut donc se dire que lors d'un transfert, ce qui importe le plus aux patientes, est de comprendre la raison de leur hospitalisation et de leur prise en charge à tous les niveaux. Les besoins de confort deviennent secondaires.

En effet, lorsqu'on pose la question aux patientes pour comprendre pourquoi ces dernières ne parlent pas au personnel de ce qui leur manque, les patientes répondent :

- « L'équipe a autre chose à faire »,
- « Ils ont déjà fait beaucoup pour moi »
- « Je leur dois déjà beaucoup »

Leur priorité est donc la prise en charge de départ et non le vécu de l'hospitalisation. Contrairement aux patientes de l'Archet, qui, elles, vont être plus exigeantes auprès de l'équipe concernant le confort et le bien-être.

D'autre part, le besoin matériel est plus important pour le GPTIU (Cf. figure 33). Cela s'explique par le fait que les patientes sont éloignées de leur famille et n'ont donc pas toujours la possibilité d'avoir accès à une machine à laver, ou bien d'avoir la famille qui apporte les nécessaires de toilettes.

C'est ainsi que l'on retrouve une différence assez importante entre les deux groupes : 35% pour le GPTIU contre 5% pour le GPA.

Certains besoins sont présents de manière égale dans les deux groupes. Ainsi, les besoins physiologiques et d'explication des soins sont aussi importants quel que soit la patiente.

Le besoin de soutien moral, que l'on aurait pensé plus important pour le GPTIU, est en fait supérieur chez le GPA avec 65%, alors qu'on compte 60% chez le GPTIU (Cf. figure 21).

On explique cela par le fait que le GPTIU estime que le rôle du soignant est en priorité de s'occuper de la grossesse, de stabiliser la situation qui a entraîné l'hospitalisation. Pour le GPA, le fait de se sentir soutenu par l'équipe permet d'améliorer son vécu et donc, par ce biais, de faciliter la prise en charge de la pathologie.

La vision des deux groupes de patientes est donc différente, mais la prise en charge initiale a également été différente ce qui peut expliquer ce contraste.

Le contexte de l'urgence du transfert du GPTIU engendre pour les patientes un stress qui n'est pas le même que pour les patientes qui ne changent pas de structure lors de leur hospitalisation. En effet, le GPTIU se considère alors comme « chanceux » d'avoir pu bénéficier de ce transfert et de cet accueil en niveau 3 pour elles et leur enfant à venir. A partir de là, les patientes du

GPTIU estiment qu'elles sont « redevables » à l'équipe et que tout ce qui ne concerne pas la bonne prise en charge de la pathologie reste secondaire et non indispensable (Cf. page 46).

Tous besoins confondus, les deux groupes possèdent un taux équivalent d'existence des besoins. Ainsi, le fait d'être transférés ou non impacte sur la catégorie de besoin mais non sur la quantité. En revanche, le GPTIU observe un meilleur taux de réponse, puisqu'il avoisine les 80%.

En ce qui concerne l'expression des besoins, le taux est inférieur à 10% dans les deux groupes, ce qui implique que le personnel a pour habitude de devancer les demandes des patientes.

En moyenne, la satisfaction peut être jugée comme globalement mauvaise puisque dans chaque groupe nous retrouvons un pourcentage inférieur à 60%.

A Nantes en 2011, une étude montrait que les patientes transférées étaient globalement satisfaites avec un taux de 80%. En revanche, pour le vécu de la situation, le taux de satisfaction était seulement de 41,9%. [26]

1.3.Hospitalisation pendant la grossesse : des besoins particuliers

L'hospitalisation étant vécue comme une épreuve pour les patients, la difficulté est encore plus importante lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation pendant la grossesse. Nous nous retrouvons, non pas face à un seul patient mais face à deux, la mère et l'enfant. Cette hospitalisation entraîne donc des besoins qui sont spécifiques aux patientes en service de grossesses pathologiques.

Notre étude nous a donc permis de définir quels sont les besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques.

Cela sera une aide pour le personnel travaillant dans le service, afin d'optimiser le vécu des patientes durant leur hospitalisation. Connaître les besoins en amont permet de mettre en place des techniques de travail pour améliorer le vécu. Et ainsi, permettre de répondre aux critères qualité, comme l'ont précisé Lecllet et Vilcot [22].

1.4.Importance et satisfaction des besoins

Prioriser les besoins essentiels serait un atout pour les soignants, en effet, cela permettrait une meilleure prise en charge des patientes durant leur hospitalisation, puisque ces derniers connaîtraient les attentes des patientes. Par ce biais, le vécu des patientes pourrait être amélioré. Pour améliorer la satisfaction, Christian Barbaray, PDG fondateur d'une société d'étude marketing, a réalisé un diagramme permettant de connaître à quel moment il est nécessaire d'agir selon la satisfaction d'un client (dans notre étude, d'une patiente). [43]

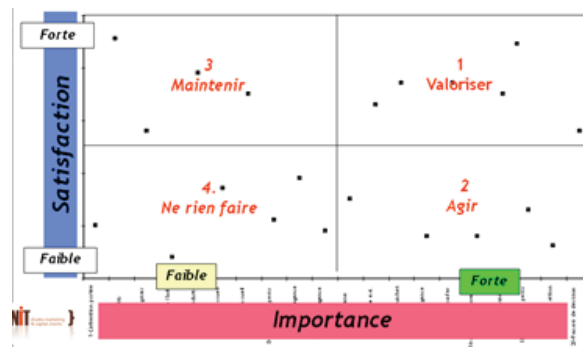


Figure 41 : Croisement entre importance et satisfaction des patientes selon C. Barbaray

Ainsi, chez le GPTIU, si nous croisons le graphique ci-dessus avec celui réalisé dans notre étude, cela nous donne :

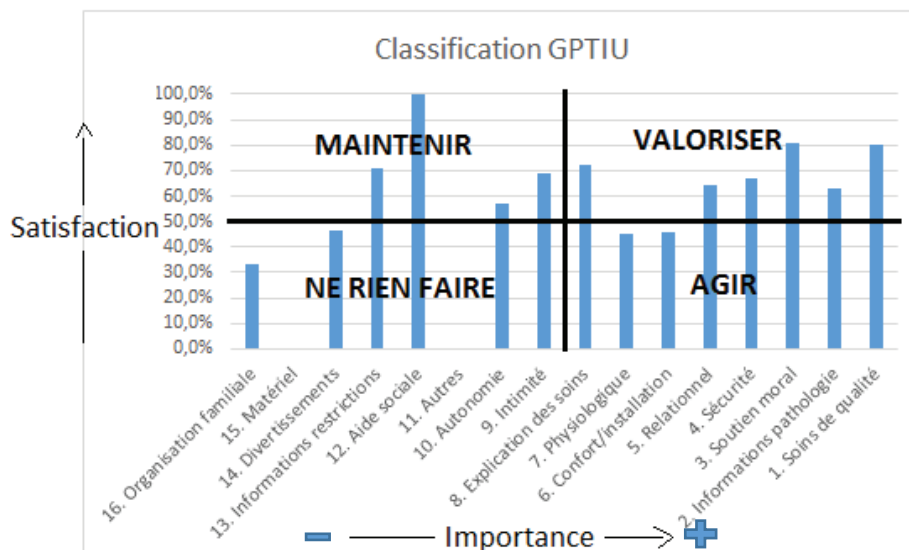


Figure 42 : Croisement entre satisfaction et importance des besoins chez le GPTIU

Seuls deux besoins nécessitent une action de l'équipe pour améliorer la satisfaction : « confort / installation » et « physiologique » qui sont à la base de la pyramide de Maslow. 6 autres besoins doivent être valorisés, la satisfaction est bonne, mais étant donné que ces derniers sont importants pour les patientes, l'équipe doit toujours viser l'amélioration. Parmi ces besoins on retrouve : « soins de qualité », « informations pathologie », « soutien moral », « sécurité », « relationnel » et « explication des soins ».

Quatre besoins entrent dans la catégorie « ne rien faire ». Cela signifie que lorsque la satisfaction est moins bonne mais que l'importance est moindre, l'équipe n'a pas besoin d'agir. Et enfin, 4 besoins sont à maintenir, soit : « intimité », « autonomie », « aide sociale », et « informations restrictions ».

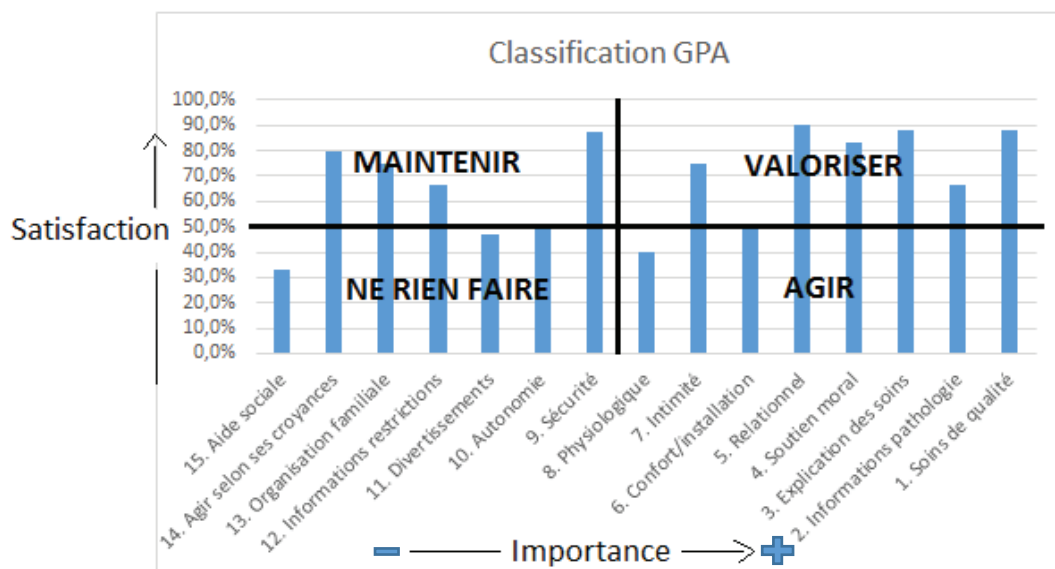


Figure 43 : Croisement entre satisfaction et importance des besoins chez le GPA

Pour le GPA, un seul besoin nécessite une action, le besoin « physiologique ». Pour ce qui est des besoins de « soins de qualité », « informations pathologie », « confort / installation », « soutien moral », « explication des soins », « relationnel » et « intimité », ils nécessitent une valorisation de la part de l'équipe pour maximiser la satisfaction auprès des patientes.

Quatre besoins peuvent être maintenus, soit « agir selon ses croyances », « organisation familiale », « information restriction » et « sécurité ». On retrouve deux besoins pour qui on ne fera rien, « aide sociale » et « divertissements ».

Selon Maslow, comme nous l'avons déjà vu auparavant, les besoins font partie d'une pyramide qui permet de les classer par ordre de priorité. Ainsi, une personne ne peut être réellement comblée que si elle part du bas de la pyramide et qu'elle gravit les échelons au fur et à mesure.

On peut donc estimer que les patientes, si elles obtiennent une réponse satisfaisante à leurs besoins, pourront considérer leur hospitalisation comme convenable car chaque étape de la pyramide est représentée, bien que l'ordre d'importance ne soit pas le même.

1.5. La satisfaction et les besoins des patientes : influencés par différents facteurs ?

▪ **Catégorie socio-professionnelle**

La catégorie socio-professionnelle place les patientes dans des groupes sociaux avec une certaine homogénéité. Une même situation sociale entraîne des façons de faire et de penser communes. [44]

On peut penser que les patientes des différents groupes vont avoir des façons différentes d'appréhender leur hospitalisation, ce qui entrainera des satisfactions qui pourront varier selon le milieu social.

Nous avons remarqué que pour certains besoins, la satisfaction augmente quand la catégorie socio-professionnelle diminue (Cf. tableau V).

Notre hypothèse selon laquelle la catégorie socio-professionnelle peut influencer la satisfaction des besoins est confirmée par notre étude.

▪ **Vécu de l'arrivée dans le service**

Les premiers instants d'une rencontre sont déterminants pour la suite de l'hospitalisation, l'accueil se doit donc d'être de qualité. [45]

Dans notre étude, nous avons pu remarquer que pour seulement 6 besoins, la satisfaction était impactée. Cela ne représente même pas la moitié de l'effectif des besoins (Cf. tableau VI). Ainsi, on en déduit que la satisfaction des besoins n'est pas dépendante de la façon dont les patientes vivent leur arrivée dans le service.

Notre hypothèse selon laquelle le vécu de l'arrivée dans le service a un impact sur la satisfaction des besoins est infirmée par notre étude.

▪ **Age et parité**

Le fait d'avoir un âge avancé permet à la femme d'acquérir une certaine maturité qui pourrait influencer sur les besoins concernant les patientes. De la même façon, une patiente ayant déjà vécu une grossesse pourrait se sentir plus sûre d'elle, et par ce biais, avoir moins de besoins. Cependant, quel que soit le groupe de patientes, on ne retrouve aucune influence de l'âge ou de la parité sur les besoins (annexe VII).

Notre hypothèse selon laquelle l'âge et la parité ont un impact sur les besoins est infirmée par notre étude.

▪ **Patientes déjà hospitalisées**

Lorsque les patientes ont déjà été hospitalisées, ces dernières peuvent déjà savoir ce qui les attend au sujet des soins et de la pathologie qui les concerne.

Dans notre étude, nous pouvons observer que lorsque les patientes ont déjà été hospitalisées, cela ne diminue pas forcément les besoins. En effet, pour environ la moitié des besoins, on retrouve un pourcentage d'existence supérieur chez les patientes déjà hospitalisées par rapport au pourcentage de la population générale. Ainsi, on ne peut pas dire que les patientes déjà hospitalisées aient moins de besoins que les autres patientes. (Cf. tableau VII)

Notre hypothèse selon laquelle les patientes déjà hospitalisées possèdent moins de besoins est infirmée par notre étude.

▪ Durée d'hospitalisation

Si on compare le GPTIU et le GPA, les besoins qui varient selon la durée d'hospitalisation ne sont pas les mêmes, excepté le besoin de « soutien moral » qui augmente avec la durée d'hospitalisation dans les deux groupes.

On retrouve même des besoins qui varient de manière opposée. En effet, le besoin d'aide sociale augmente avec la durée d'hospitalisation dans le GPTIU alors qu'il diminue chez le GPA. D'autre part, le besoin d'explications des soins diminue quand la durée d'hospitalisation augmente chez le GPTIU alors qu'il augmente dans le GPA (Cf. tableaux VIII et IX).

Notre hypothèse, selon laquelle la durée d'hospitalisation influence les besoins, est infirmée par notre étude.

▪ Eloignement géographique

Chaque patiente issue d'un transfert in utero vient d'une ville aux alentours de Nice, plus ou moins éloignée, la plus proche étant Monaco qui se trouve à 20,6 km et la plus éloignée étant la Corse à 360 km.

L'étude nous a déjà montré que cet éloignement n'augmente pas les besoins par rapport aux patientes issues de l'Archet (Cf. tableau X). Cependant, au sein d'un même groupe de patientes transférées, on se pose la question de savoir si la distance a un impact sur les besoins.

Or, la variation étant aléatoire, on ne retrouve pas de lien entre la distance et les besoins.

Notre hypothèse, selon laquelle la distance influence les besoins, est infirmée par notre étude.

1.6. Perspectives d'améliorations

Il est important de connaître ce qui pourrait améliorer le vécu des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques. En effet, il est nécessaire de mettre tout en œuvre pour permettre aux patientes de se sentir à l'aise.

Connaître la volonté des patientes pour leur hospitalisation permettrait à l'équipe de favoriser le bon déroulement du séjour en service de grossesses pathologiques.

Certaines demandes de patientes ne seront pas réalisables, comme par exemple « avoir la télévision gratuite », « avoir une machine à laver », « avoir un réfrigérateur et un ventilateur dans les chambres » ou bien « avoir plus de chambres seules ». En effet, ces demandes ne dépendant pas de l'équipe, les soignants ne pourront donc pas y apporter satisfaction.

Cependant, ces demandes restent importantes et seront à prendre en compte par la direction pour tenter de trouver une alternative pour y répondre.

Ainsi pour améliorer le confort de vie des patientes, il serait idéal de pouvoir agir à différents niveaux :

➔ Prestations hôtelières :

- Améliorer le confort des patientes en fournissant couvertures et coussins nécessaires.

➔ Soins :

- Mettre à disposition une plaquette d'information détaillant le déroulé de la journée afin que les patientes puissent s'organiser. (Annexe VIII)
- Mettre en place une préparation à la naissance lors de l'hospitalisation, en partenariat avec le service de consultation de l'Archet qui réalise des préparations à la naissance ou avec une sage-femme libérale : moment privilégié d'éducation à la santé.
- Proposer systématiquement aux patientes la possibilité de voir un psychologue lors du séjour quel que soit le moment

➔ Activités :

- Tenter d'être plus disponible pour les patientes grâce à des réunions d'accueil dans le service, des temps d'échange...
- Permettre aux patientes d'organiser des rencontres autour de différentes activités afin de discuter tout en occupant leurs temps libres : travaux manuels, broderie, tricot...
- Proposer des soins esthétiques en réalisant un partenariat avec une coiffeuse et/ou une esthéticienne qui pourrait intervenir lors de l'hospitalisation des patientes.

Notre étude nous a permis de connaître ce que les patientes estimerait nécessaire pour améliorer leur hospitalisation et ainsi de proposer des pistes d'amélioration.

2. Validité de la méthodologie

2.1.Limites

Une des limites trouvée est le caractère mono-centrique de notre étude. Cela permet effectivement d'avoir une certaine homogénéité au sein du groupe de patientes. Cependant, la prise en charge étant la même pour chaque patiente, on ne peut donc pas étaler notre étude à l'échelle nationale. En effet, on peut estimer qu'avec une prise en charge différente, le vécu de l'hospitalisation serait différent, et ainsi, les besoins ne seraient pas les mêmes.

2.2.Biais

▪ Biais d'informations

Notre étude est basée sur des entretiens semi-directifs, ce qui nous place dans une situation particulière. En effet, les questions étant essentiellement basées sur la satisfaction concernant les réponses aux besoins et le séjour en service d'hospitalisation, il se pose le problème de savoir si les patientes se sont senties à l'aise pour répondre ouvertement.

En effet, elles ont pu se sentir gêner de devoir juger leur satisfaction face à une personne issue du milieu.

Un questionnaire aurait pu être plus représentatif pour éviter le souci d'expression des patientes. Cependant, certaines questions auraient été compliquées à comprendre, et se serait posé le problème de la non compréhension des questions.

▪ Biais de sélection

Le choix des entretiens semi-directifs impose de réaliser des groupes de patientes peu conséquents. Ainsi, il a été choisi de sélectionner 20 patientes dans chaque groupe.

Ce choix a donc réduit la population ce qui diminue la portée de l'étude.

En effet, une fois arrivé à 20 patientes dans chaque groupe, nous n'avons donc pas continué les entretiens. Un échantillon plus gros aurait pu permettre d'arriver à des conclusions plus représentatives, cependant, l'étude aurait été plus lourde avec le problème des temps d'entretiens.

2.3.Points forts

▪ **Réalisation**

Le but de cette enquête était de définir les besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques. Cet objectif est atteint puisque nous avons pu lister précisément quels étaient les besoins qui touchaient les patientes hospitalisées, ainsi que leur classement par ordre de priorité.

La réalisation des entretiens a permis de réellement connaître le ressenti des patientes vis-à-vis de leur vécu et donc d'être au plus proche de ce qu'elles vivent au quotidien dans le service.

▪ **Perspectives**

Les auteurs considèrent que l'évaluation de la satisfaction des patients devrait générer un retour d'informations capable d'alimenter un processus d'amélioration continue de la qualité de service des établissements. [46]

Ainsi, grâce à notre étude, nous avons pu trouver des pistes d'améliorations pour augmenter la satisfaction des patientes. Reste le problème de la faisabilité de mise en place de ces propositions.

Conclusion

L'évaluation des besoins et de la satisfaction des femmes hospitalisées en grossesses pathologiques s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité.

L'enquête réalisée auprès de 40 patientes nous a permis de définir leurs besoins au quotidien. Les patientes ont une satisfaction qui avoisine les 60% pour les deux groupes, or, une satisfaction inférieure à 70% est jugée comme mauvaise [47].

Ainsi, cette satisfaction doit être améliorée et c'est pourquoi des solutions ont été proposées. En effet, on estime que lorsqu'un client est satisfait, ce dernier en parle seulement à 2 personnes, en revanche, si ce dernier n'est pas satisfait, il en parlera à 10 personnes. [48] Une mauvaise satisfaction chez une patiente entraîne donc une mauvaise vision de la maternité pour une dizaine de personnes.

D'autre part, les maternités étant considérées comme les « vitrines » de l'hôpital, un service de maternité avec une bonne satisfaction permettra à l'hôpital de connaître un essor.

Connaître les besoins des patientes pousse les équipes à se surpasser pour y répondre et donc à engendrer une meilleure prise en charge, et c'est cette meilleure prise en charge qui permettra une meilleure satisfaction des patientes.

Au niveau des besoins en lien avec la grossesse, c'est-à-dire, les soins, les explications et les informations, la satisfaction est plutôt bonne. C'est au niveau des besoins de confort global que se pose le problème. En effet, les équipes sont formées aux soins et c'est ce qui prime lors d'une hospitalisation.

Cependant, les patientes étant hospitalisées pour des durées, la plupart du temps, longues, il est nécessaire, et même vital, que tous les besoins soient comblés.

Nous avons conclu, grâce à notre étude que les patientes issues de TIU n'avaient pas de besoins supplémentaires, la distance ne favorise pas les besoins. Dans les deux groupes, nous retrouvons donc des besoins similaires, seul le classement de priorité n'est pas le même. Une différence expliquée par le fait que l'arrivée dans le service n'est pas la même dans les deux échantillons ce qui influe sur leur vision de leur situation et donc, de l'hospitalisation.

Ainsi, suite à notre étude, il reste un point à éclaircir : le point de vue des soignants. En effet, maintenant que nous connaissons ce dont les patientes ont besoin durant leur hospitalisation, que savons-nous de l'image qu'ont les soignants des patientes ?

Connaissent-ils vraiment les besoins et les attentes des patientes ?

Il serait intéressant de connaître le point de vue des sages-femmes sur les besoins des patientes afin de les mettre en parallèle avec les besoins réels.

Bibliographie

- [1] M. Bydlowski, *Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité*, Odile Jacob, 2000.
- [2] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités*, 2009, p. 14.
- [3] Académie Nationale de Médecine, «Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France,» Séance du 23 novembre 2010.
- [4] Ministère des affaires sociales et de la santé, *Plan périnatalité 2005-2007*, Novembre 2004, p. 44.
- [5] M.-C. BATTINI-SECONDI, *Information des patientes pendant la grossesse à propos du Réseau Sécurité Naissance PACA-Est-Haute-Corse-Monaco : Comment améliorer les pratiques? Mémoire Sage-Femme*, Nice, 2015, p. 119.
- [6] Fabrice Pierre, gynécologue obstétricien, «Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeux à venir,» *Adsp*, n° 161/62, Décembre 2007-Mars 2008.
- [7] Ministère des affaires sociales et de la santé, «Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS no 2006-151 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité,» 30 mars 2006.
- [8] Haute autorité de santé, *Femmes enceintes ayant une complication au cours de la grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé*, Novembre 2012, p. 70.
- [9] Code santé Publique, «Circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999 relative à l'application de l'arrêté fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale,» 1er avril 1999.
- [10] Légifrance, «Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire l'établissement de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale,» 1998.
- [11] Haute autorité de santé, *Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé. Critères d'indications de transfert pédiatrique.*, Novembre 2012, p. 6.
- [12] Haute autorité de santé, *Femmes enceintes ayant une complication au cours de la grossesse : transfert en urgence entre les établissements de santé. Critères d'indications de transfert maternel*, Novembre 2012, p. 7.
- [13] P. Vaast, F. Puech, (Service de pathologie maternelle et foetale), «Sécurité des transferts in utero d'indication foetale,» *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 30, n° 17-C2, p. 328, Novembre 2001.
- [14] Larousse, *Dictionnaire de définition*.
- [15] L. & Vilcot, *La qualité en santé, 150 questions pour agir*, Edition AFNOR, 1999, pp. 276-279.
- [16] L. & Vilcot, *La qualité en santé, 150 questions pour agir*, Edition AFNOR, 1999, p. 279.

- [17] P. Légeron, «La motivation, l'une des clés de l'observance,» *Revue de pneumologie clinique*, vol. 58, n° %1SUP 3, pp. 19-21, Juin 2002.
- [18] National agency of innovation and research, luxinnovation, *Pyramide de Maslow : Hierarchisation des besoins*.
- [19] D. L. Mias, *Grilles des 14 besoins de Virginia Henderson*, Septembre 1993.
- [20] P. W. Thibault, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital*, Masson, 2008.
- [21] C. Béraud, *Satisfaction des besoins des malades et qualité des soins*, Août 2008.
- [22] L. & Vilcot, *La qualité en santé, 150 questions pour agir*, Edition AFNOR, p. 468.
- [23] Légifrance, *Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*, 1996.
- [24] L.-E. Etcheverry, *Transfert in utero au sein du réseau périnatal Aquitaine : connaissance et satisfaction des patientes*. *Mémoire sage-femme*, Bordeaux, 2012, p. 42.
- [25] L. Benard, *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 Sage-femme*, Rouen, 2011, p. 90.
- [26] M. Mir, *Satisfaction des femmes à la suite de transfert in utero ou de transfert post partum*. *Mémoire de Sage-femme*, Nantes, 2011, p. 71.
- [27] DREES, «Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement,» *Etudes et résultats*, n° %1660, p. 6, Septembre 2008.
- [28] F. Vendittelli, L. Gerbaud, A. Choquet, C Raineau, M.-A. Grondin, C. Carrière, B. Jacquetin, D. Lémery, «Pré-étude sur la satisfaction des femmes au sein d'un réseau de santé périnatale,» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 38, n° %11, pp. 61-71, Février 2009.
- [29] Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité PNP. Recommandation professionnelle*, 2005, p. 51.
- [30] Blondel B., Kermarrec M., *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis depuis 2003.*, 2011, p. 132.
- [31] INPES, *Le vécu de la grossesse par les femmes*, Mai 2010, p. 4.
- [32] Sandrine Marietti-Ros, *La place de la satisfaction de l'usager dans la démarche d'amélioration continue de la qualité*. *Mémoire de l'école nationale de santé publique.*, Rennes, 2007.
- [33] G. MATHOULIN, «L'institut d'étude de la relation client,» 2015. [En ligne]. Available: <https://www.effitel.fr/single-post/2015/04/22/Mesurez-l%E2%80%99%C3%A9cart-entre-qualit%C3%A9-voulue-et-la-qualit%C3%A9-per%C3%A7ue>.
- [34] Valérie Miauton, *Les besoins et les attentes des enfants hospitalisés : de la perception des enfants à l'amélioration de la qualité des soins*. *Mémoire Infirmier*, 2010, p. 132.
- [35] B. Bathelot, *Définitions marketing, comportement consommateur*, 2015.
- [36] ARS, *Qualité des soins et relations avec les usagers*, Octobre 2010, p. 6.
- [37] ANAES, *La satisfaction des patients lors de la prise en charge dans les établissements de santé*, 1996.
- [38] Rédaction Weka, Partenaire des territoires, *L'indicateur de satisfaction du patient hospitalisé*, 2011.

- [39] D. Mathieu-Caputo (service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bichât-Claude Bernard), «Prise en charge des femmes enceintes et nouveau né en situation de vulnérabilité sociale : faut il une prise en charge spécifique ?,» *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 38, n° 12, pp. 83-91, Février 2010.
- [40] K. Amazian, I. Toughrai, N. Benmansour, S. Laalim, M. El Amine El Alami, K. Mazaz, «Enquête de satisfaction des patients atteints de cancer dans un hôpital universitaire au Maroc,» *Santé publique*, vol. 25, n° 15, pp. 627-632, 2013.
- [41] Questionnaire-pro.fr, «Logiciel et service d'enquête en ligne,» 2015. [En ligne]. Available: http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/73/echelles_attitude_likert.
- [42] CNGOF, D. Cabrol, président, F. Goffinet, coordonnateur, B. Carbonne, M. Dreyfus, C. d'Ercole, «La menace d'accouchement prématurée à membrane intacte,» *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 31, 2002.
- [43] INIT, «INIT, Satisfaction, fidélité et expérience client,» [En ligne]. Available: <http://blog.init-marketing.fr/2014/06/croisement-de-limportance-et-de.html>.
- [44] L. Massena, «La structure sociale influence-t-elle encore les individus ?,» Nice, 2012.
- [45] R. Lydie, *L'Impact de la relation soignant-soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire*, Mulhouse, 2011, p. 26.
- [46] P. F. J. Labarère, «Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins,» *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 47, n° 12, 1999.
- [47] Productivix, organisation et informatique, «Comment mesurer votre taux de service client ?,» 2008. [En ligne]. Available: <http://www.productivix.com/article60.html>.
- [48] C. Barbaray, *Les 10 dogmes de la relation client*, 2011.
- [49] Houda BERRADA, Adela CARVAJAL, Loreto CASTRO, *Métrologie de l'immatériel - Mesure de l'attendu et du perçu : Réalisation d'un guide méthodologique et d'un outil d'autoévaluation*, 2009.

Liste des annexes

Annexe I : Entretiens GPA / GPTIU

Annexe II : Durée moyenne de séjour et terme d'hospitalisation

Annexe III : Synthèse des besoins

Annexe IV : Classification des besoins

Annexe V : Pourcentage de satisfaction des besoins des GPTIU et GPA selon la CSP

Annexe VI : Comparaison des besoins des patientes déjà hospitalisées à la population

Annexe VII : Influence de l'âge et de la gestité sur les besoins

Annexe VIII : Plaquette d'information destinée aux patientes

Annexe I : Entretiens GPA / GPTIU

▶ Age :

▶ Quel est votre profession :

- Agriculture
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans

▶ Et celle de votre conjoint :

- Agriculture
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans

▶ Vous êtes :

- Marié
- Pacsé
- Divorcée
- Célibataire
- En concubinage

▶ Le père :

- Est présent
- Sera présent après la naissance
- N'est pas présent

▶ Gestité :
actuel :

▶ Parité :

▶ Terme prévu :

▶ Terme

▶ Quel est votre pathologie ?

▶ Depuis quand êtes-vous hospitalisée ?

▶ Quelle est votre maternité d'origine ? **Question GPTIU*

▶ Avez-vous déjà été hospitalisée ?

- Non
- Oui, cette grossesse
- Oui, grossesse précédente

▶ Si oui, pour quelle raison ?

▶ Où votre grossesse est-elle suivie ?

▶ Par qui ?

- Gynécologue : ○ Ville ○ Hôpital ○ PMI
- Sage-femme : ○ Ville ○ Hôpital ○ PMI
- Généraliste
- Autre...

- ▶ Votre arrivée dans le service a été : 
 (Très satisfaisante, satisfaisante, insatisfaisante, très insatisfaisante)

Raison ?

- ▶ Connaissez-vous la possibilité d'être transférée dans un autre hôpital en cas de pathologie ? **Question GPTIU*

- Oui
- Non

- ▶ Vous a-t-on expliqué le pourquoi de ce transfert ? **Question GPTIU*

- Oui
- Non

- ▶ Cette explication était :  **Question GPTIU*

- ▶ Vous a-t-on expliqué le pourquoi de cette hospitalisation ? **Question GPA*

- Oui
- Non

- ▶ Si oui, ces explications étaient  **Question GPA*

- ▶ Lorsque le personnel rentre dans votre chambre, se présente-t-il à vous ?

- Oui
- Non

- ▶ Si oui, cela est 

- ▶ Avez-vous des réponses à vos questions ?

- Oui
- Non

- ▶ Si oui, ces réponses sont 

► Concernant vos besoins pendant cette hospitalisation, je vais vous en citer plusieurs, signalez-moi si certains ne vous concernent pas :

Besoin	Existence du besoin	Réponse apportée	Expression du besoin	Qualité réponse apportée	Explications
Physiologique					
Soins de qualité					
Soutien moral					
Relationnel					
Intimité					
Autonomie					
Sécurité					
Confort / installation					
Agir selon ses croyances					
Organisation familiale					
Aide sociale					
Informations sur la pathologie					
Explications des soins					
Informations sur les restrictions					
Matériel					
Divertissements					
Autre					

- Concernant ce qu'il vous a manqué, en avez-vous parlé à l'équipe ?
- Oui
 - Non

► Si non, pourquoi ?

► Pourriez-vous classer vos 5 besoins les plus importants par ordre de priorité ?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

► L'équipe a-t-elle pu anticiper des questions auxquelles vous n'aviez pas encore pensé ?

- Oui
- Non

► Si oui, lesquelles ?

► Avez-vous des suggestions concernant l'amélioration de l'hospitalisation ?

► Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles auraient pu vous être utile ?

- Voir un psychologue pendant le séjour
- Participer à un groupe de parole avec d'autres mamans hospitalisées
- Soins esthétiques
- Préparation à la naissance pendant l'hospitalisation
- Autres : ...

► Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des problèmes :

○ Liés au personnel hospitalier

Classification du problème

- Absence d'écoute
- Sentiment d'humiliation
- Sentiment de culpabilité
- Sentiment d'être un fardeau

○ Liés à l'organisation :

Classification du problème

- Mise à distance des proches
- Manque de disponibilité des professionnels
- Rythme imposé des soins
- Heure et qualité des repas
- Bruit
- Sorties mal préparées
- Absence de réponses aux doléances

Annexe II : Durée moyenne de séjour et terme d'hospitalisation

	GPTIU			GPA	
	Durée séjour	Terme		Durée séjour	Terme
	7	25		8	32+3
	35	27+1		35	27
	7	29		8	23+5
	16	30		7	24+6
	9	23+4		8	26+6
	15	29+5		21	25+3
	7	29+3		18	25+5
	8	29		10	27+4
	7	24+6		8	25+6
	8	30+3		7	26
	8	29+6		7	27
	7	33		7	25
	12	33		7	35
	16	25+6		7	26
	15	28		10	22+6
	12	26+2		20	26+3
	18	25+3		21	24
	7	28		7	25+4
	11	29		13	25+1
	7	23+5		10	28+4
Moyenne	11,6	28	Moyenne	11,95	26+4

Tableau A : Durée moyenne de séjour et terme d'hospitalisation

Annexe III : Synthèse des besoins

	<i>Existence</i>		<i>Réponse</i>		<i>Expression</i>		<i>Satisfaction</i>	
	GPTIU	GPA	GPTIU	GPA	GPTIU	GPA	GPTIU	GPA
Physiologiques	100%	100%	100%	100%	0%	0%	45%	40%
Soins qualité	100%	90%	100%	100%	5%	0%	80%	88%
Soutien moral	60%	65%	91%	92%	8%	0%	81%	83%
Relationnel	75%	60%	93%	92%	0%	0%	64%	90%
Intimité	70%	85%	93%	94%	7%	6%	69%	75%
Autonomie	35%	50%	100%	80%	0%	0%	57%	50%
Sécurité	75%	85%	100%	94%	0%	0%	66,7%	87,5%
Confort/installation	80%	85%	81%	58,8%	18,7%	11,7%	46%	50%
Agir selon croyances	15%	25%	100%	100%	33,3%	0%	66,6%	80%
Orga familiale	15%	20%	66,6%	100%	0%	0%	33,3%	75%
Aide sociale	45%	65%	11%	23%	22,2%	0%	100%	33,3%
Infos pathologie	100%	90%	95%	100%	10%	11%	63%	66,6%
Explications soins	90%	90%	100%	94,4%	11%	27,7%	72%	88,2%
Infos restriction	70%	55%	100%	81,8%	14,3%	0%	71%	66,6%
Matériel	35%	5%	28,6%	0%	14%	0%	0%	0%
Divertissement	85%	95%	88,2%	78,9%	5,8%	10,5%	46,6%	47%
Autres	15%	5%	33,3%	0%	0%	0%	0%	0%
Moyenne	63%	63%	81%	76%	9%	4%	57%	60%

Tableau B : Tableau regroupant le % des besoins dans chaque groupe

Annexe IV : Classification des besoins

	1ère place	2ème place	3ème place	4ème place	5ème place	TOTAL
	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	
Soins de qualité	5	8	0	2	2	63
Informations pathologie	1	4	5	1	3	41
Soutien moral	3	1	5	1	1	37
Sécurité	2	2	1	2	2	27
Relationnel	2	1	3	1	1	26
Confort/installation	2	0	4	1	2	26
Physiologique	2	1	2	1	0	22
Explication des soins	0	1	0	7	1	19
Intimité	1	1	0	0	1	10
Autonomie	1	0	0	1	0	7
Ménage	1	0	0	0	0	5
Aide sociale	0	1	0	0	1	5
Informations restrictions	0	0	0	1	3	5
Divertissements	0	0	0	1	1	3
Matériel	0	0	0	1	0	2
Organisation familiale	0	0	0	0	1	1
Agir selon ses croyances	0	0	0	0	0	0

Tableau C : Classification des besoins GPTIU par ordre de priorité

	1ère place	2ème place	3ème place	4ème place	5ème place	TOTAL
	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	
Soins de qualité	8	1	1	2	2	53
Infos pathologie	4	4	2	2	0	46
Explication des soins	1	4	3	4	0	38
Soutien moral	2	4	0	1	1	29
Relationnel	1	2	2	3	1	26
Confort/installation	0	0	6	1	1	21
Intimité	1	1	1	2	3	19
Physiologique	2	1	0	0	3	17
Sécurité	1	2	0	0	0	13
Autonomie	0	0	1	1	3	8
Divertissements	0	1	1	0	1	8
Infos restrictions	0	0	1	1	1	6
Organisation familiale	0	0	1	0	1	4
Agir selon croyances	0	0	1	0	1	4
Aide sociale	0	0	0	1	0	2

Tableau D : Classification des besoins GPA par ordre de priorité

**Annexe V : Pourcentage de satisfaction des besoins des GPTIU et GPA
selon la CSP**

	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employé	Sans
Physiologiques	0% (0)	25% (1)	30% (3)	80% (4)
Soins qualité	0% (0)	100% (4)	70% (7)	100% (5)
Soutien moral	NC*	50% (2)	60% (6)	40% (2)
Relationnel	NC*	50% (2)	40% (4)	80% (4)
Intimité	0% (0)	50% (2)	70% (7)	60% (3)
Autonomie	0% (0)	NC*	20% (2)	60% (3)
Sécurité	100% (1)	100% (4)	80% (8)	20% (1)
Confort/installation	NC*	0% (0)	30% (3)	40% (2)
Agir selon croyances	NC*	0% (0)	10% (1)	60% (3)
Orga familiale	NC*	25% (1)	NC*	40% (2)
Aide sociale	NC*	0% (0)	10% (1)	0% (0)
Infos pathologie	0% (0)	75% (3)	60% (6)	60% (3)
Explications soins	100% (1)	75% (3)	70% (7)	80% (4)
Infos restriction	0% (0)	50% (2)	40% (4)	0% (0)
Divertissement	0% (0)	0% (0)	50% (5)	40% (2)

Tableau G : Pourcentage de satisfaction pour le GPA selon la CSP

	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre, profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employés	Sans
Physiologiques	100% (1)	50% (1)	25% (1)	45,5% (5)	50% (1)
Soins qualité	100% (1)	50% (1)	75% (3)	81,8% (9)	100% (2)
Soutien moral	NC *	50% (1)	50% (2)	45,5% (5)	50% (1)
Relationnel	0% (0)	50% (1)	50% (2)	45,5% (5)	50% (1)
Intimité	NC *	50% (1)	50% (2)	45,5% (5)	50% (1)
Autonomie	NC *	NC*	25% (1)	27,3% (3)	NC*
Sécurité	NC *	50% (1)	75% (3)	45,5% (5)	50% (1)
Confort/installation	0% (0)	50% (1)	50% (2)	18,2% (2)	50% (1)
Agir selon croyances	NC *	NC *	NC *	9% (1)	50% (1)
Orga familiale	NC *	NC *	0% (0)	9% (1)	NC*
Aide sociale	100% (1)	NC *	NC *	NC*	NC*
Infos pathologie	100% (1)	50% (1)	50% (2)	63,6% (5)	50% (1)
Explications soins	100% (1)	50% (1)	75% (3)	72,3% (8)	0% (0)
Infos restriction	100% (1)	50% (1)	25% (1)	54,5% (6)	50% (1)
Matériel	NC *	NC *	NC *	0% (0)	NC*
Divertissement	NC *	50% (1)	75%	27,3% (3)	0% (0)
Autres	NC *	NC*	0% (0)	0% (0)	NC*

Tableau H : Pourcentage de satisfaction pour le GPTIU selon la CSP

Annexe VI : Comparaison des besoins des patientes déjà hospitalisées à la population

	GPTIU déjà hospitalisé	Population GPTIU	GPA déjà hospitalisé	Population GPA
Physiologiques	100% (2)	100% (20)	100% (6)	100% (20)
Soins qualité	100% (2)	100% (20)	100% (6)	90% (18)
Soutien moral	100% (2)	60% (12)	83% (5)	65% (13)
Relationnel	100% (2)	75% (15)	66,6% (4)	60% (12)
Intimité	100% (2)	70% (14)	100% (6)	85% (17)
Autonomie	0% (0)	35% (7)	50% (3)	50% (10)
Sécurité	50% (1)	75% (15)	83% (5)	85% (17)
Confort/installation	50% (1)	80% (16)	83% (5)	85% (17)
Agir selon croyances	0% (0)	15% (3)	33,3% (2)	25% (5)
Orga familiale	0% (0)	15% (3)	0% (0)	20% (4)
Aide sociale	100% (2)	45% (9)	100% (6)	65% (13)
Infos pathologie	100% (2)	100% (20)	83% (5)	90% (18)
Explications soins	100% (2)	90% (18)	100% (6)	90% (18)
Infos restriction	50% (1)	70% (14)	66,6% (4)	55% (11)
Matériel	0% (0)	35% (7)	16,6% (1)	5% (1)
Divertissement	100% (2)	85% (17)	83% (5)	95% (19)
Autres	0% (0)	15% (3)	16,6% (1)	5% (1)

Tableau I : Comparaison des besoins chez les patientes déjà hospitalisée par rapport à la population

Annexe VII : Influence de l'âge et de la gestité sur les besoins

	18-35	> 35 ans
Physiologiques	100% (14)	100% (6)
Soins qualité	100% (14)	100% (6)
Soutien moral	57,1% (8)	66,6 (4)
Relationnel	64,3% (9)	100% (6)
Intimité	57,1% (8)	100% (6)
Autonomie	42,3% (6)	16,6% (1)
Sécurité	78,6% (11)	66,6 (4)
Confort/installation	85,7% (12)	66,6 (4)
Agir selon ses croyances	21,4% (3)	0% (0)
Organisation familiale	7,1% (1)	33,3% (2)
Aide sociale	57,1% (8)	16,6% (1)
Informations pathologie	100% (14)	100% (6)
Explications des soins	92,8% (13)	83,3% (5)
Informations restriction	71,4% (10)	66,6 (4)
Matériel	35,7% (5)	33,3% (2)
Divertissement	85,7% (12)	83,3% (5)
Autres	14,3% (2)	16,6% (1)

Tableau J : Existence des besoins du GPTIU selon l'âge

Age	18-35	> 35 ans
Physiologiques	100% (16)	100% (4)
Soins qualité	93,75% (15)	75% (3)
Soutien moral	62,5% (10)	75% (3)
Relationnel	68,75% (11)	25% (1)
Intimité	87,5% (14)	75% (3)
Autonomie	43,7% (7)	75% (3)
Sécurité	81,2% (13)	100% (16)
Confort/installation	81,2% (13)	100% (16)
Agir selon ses croyances	31,2% (13)	0% (0)
Organisation familiale	75% (12)	0% (0)
Aide sociale	62,5% (10)	75% (3)
Informations pathologie	93,75% (15)	75% (3)
Explications des soins	87,5% (14)	100% (16)
Informations restriction	56,2% (9)	50% (2)
Matériel	6,2% (1)	0% (0)
Divertissement	93,75% (15)	100% (16)
Autres	0% (0)	0% (0)

Tableau K : Existence des besoins du GPA selon l'âge

Parité	0	≥ 1
Physiologiques	100% (12)	100% (8)
Soins qualité	100% (12)	100% (8)
Soutien moral	58,3% (7)	62,5% (5)
Relationnel	75% (9)	75% (6)
Intimité	58,3% (7)	87,5% (7)
Autonomie	41,7% (5)	25% (2)
Sécurité	75% (9)	75% (6)
Confort/installation	91,7% (11)	62,5% (5)
Agir selon ses croyances	16,7% (2)	12,7% (1)
Organisation familiale	16,7% (2)	12,7% (1)
Aide sociale	50% (6)	37,5% (3)
Informations pathologie	100% (12)	100% (8)
Explications des soins	91,7% (11)	87,5% (7)
Informations restriction	83,4% (10)	50% (4)
Matériel	25% (3)	50% (4)
Divertissement	91,7% (11)	75% (6)
Autres	25% (3)	0% (0)

Tableau L : Existence des besoins du GPTIU selon la parité

Parité	0	≥ 1
Physiologiques	100% (10)	100% (10)
Soins qualité	100% (10)	80% (8)
Soutien moral	70% (7)	60% (6)
Relationnel	70% (7)	50% (5)
Intimité	100% (10)	70% (7)
Autonomie	40% (4)	60% (6)
Sécurité	90% (9)	80% (8)
Confort/installation	80% (8)	90% (9)
Agir selon ses croyances	20% (2)	30% (3)
Organisation familiale	10% (1)	30% (3)
Aide sociale	70% (7)	60% (6)
Informations pathologie	100% (10)	80% (8)
Explications des soins	100% (10)	80% (8)
Informations restriction	80% (8)	30% (3)
Matériel	0% (0)	10% (1)
Divertissement	90% (9)	100% (10)
Autres	0% (0)	0% (0)

Tableau M : Existence des besoins du GPA selon la parité

Annexe VIII : Plaquette d'information destinée aux patientes

Ce qu'il faut savoir sur l'hospitalisation en Grossesses Pathologiques

Déroulement d'une journée type :

6h : Réalisation des bilans sanguins si nécessaire (selon la pathologie)

7h : Petits déjeuners

8h -12h : Réalisation des soins par la sage-femme :

Prise des constantes : tension, pouls, température

Monitoring ou bruits du cœur

Distribution des médicaments

+/- soins complémentaires selon pathologie

11h30 – 12h : Déjeuner

16h - 17h : Tour de l'après-midi par la sage-femme :

Prise des constantes : tension, pouls, température

+/- monitoring, selon la pathologie

18h – 19h : Dîner

21h – 22h : Tour du soir par la sage-femme :

Distribution des médicaments

+/- soins complémentaires, selon la pathologie

Visites autorisées de 13h à 20h

Attention !

Ces données ne sont là qu'à titre indicatives et ne seront pas forcément respectées selon les résultats des examens, l'évolution de la pathologie ou les urgences.

Organisation pratique :

- Nécessaire de toilette non fourni : prévoir gel douche, shampoing, serviettes de toilettes. Seuls les protections hygiéniques et le papier toilette sont fournis.
- Un oreiller et une couverture sont prévus par patiente.
- Pas de machine à laver : prévoir lessive à la main.
- Une télévision, payante, disponible par chambre (simple ou double)
- Le vendredi est organisé, avec la sage-femme conseillère en lactation, un groupe de discussion autour de questions

TITRE : Besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques

MOTS CLES : Grossesse, besoins, hospitalisation, information, satisfaction, transfert in utero, réseau périnatal.

OBJECTIFS : Définir les besoins des patientes hospitalisées en grossesses pathologiques. Comparaison entre les patientes suivies et hospitalisées à l'Archet et les celles issues de transferts in utero. L'éloignement géographique a-t-il une influence sur les besoins ?

METHODES : Entretiens semi-directifs réalisés auprès de 2 groupes de 20 patientes : patientes issues de l'Archet et patientes issues de transferts in utero. Analyse des données et mise en parallèle des deux groupes de patientes.

RESULTATS : 13 besoins définis, avec un classement de leur importance. Les besoins sont peu influencés par les différents facteurs tels que l'âge, la parité ou la durée d'hospitalisation et la distance n'a pas d'impact.

CONCLUSION : La différence de classement s'explique par l'arrivée dans le service. Le contexte de l'urgence des transferts entraîne une reconnaissance importante des patientes auprès de l'équipe : les besoins de confort deviennent secondaires. La satisfaction avoisine les 60%, ainsi des axes d'amélioration ont été proposés.

TITLE : Needs of hospitalized patients in pathological pregnancies

KEY WORDS : Pregnancy, needs, hospitalization, information, satisfaction, transfer in utero, perinatal network.

OBJECTIVES : To define the needs of hospitalized patients in pathological pregnancies. Comparison between the patients dealt with and hospitalized at l'Archet and those from transfers in utero. Does geographical distance influence needs?

METHODS : Semi-directional interviews with 2 groups of 20 patients: patients from l'Archet and patients from in utero transfers. Analysis of the data and a comparison between the two groups of patients.

RESULTS : 13 defined needs, with a rating for their importance. The needs are not much influenced by the age, the parity, and the hospitalization duration. Moreover, the distance has no impact.

CONCLUSION : Some differences in rankings have been noticed. They are explained by the arrival in the department. The emergency in the transfers implies an important recognition from the patients to the staff: the need for comfort becomes secondary. Satisfaction is close to 60%, so trails for improvement have been proposed.
