



Le suivi externalisé à la maternité de Port-Royal : satisfaction des patientes

Lucie Pivotti

► To cite this version:

Lucie Pivotti. Le suivi externalisé à la maternité de Port-Royal : satisfaction des patientes. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03114881

HAL Id: dumas-03114881

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03114881>

Submitted on 19 Jan 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de santé

UFR de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 18 juin 2020

Par

Lucie PIVOTTI

Née le 01 novembre 1995

**Le suivi externalisé à la maternité
de Port-Royal :
Satisfaction des patientes**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Aurélie de la Calle

Sage-femme, maternité Port-Royal

JURY :

Mme Marine Promonet

Sage-femme libérale

Mme Hélène Guillaume

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Mme Karine Hillion

Sage-femme coordonnatrice, maternité Port-Royal

Mémoire N° : 2020PA05MA28

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements,

A ma directrice de mémoire, Madame Aurélie de la Calle, pour son aide précieuse, sa disponibilité et son implication tout au long de l'élaboration de ce projet de recherche. Je la remercie également pour sa passion de transmettre, qui m'a permis de progresser depuis la SMA3. Sans elle, je n'aurais pas pu mener ce travail à bien.

Aux sages-femmes des consultations prénatales de Port-Royal qui m'ont aidée dans la diffusion de mon questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pas été possible, Mesdames Sonia Bouras, Nathalie Dubois, Françoise Lerhun, Clémence Loscul, Rachel Merazka, Camille Rampon et Lila Younès.

Aux infirmières des consultations prénatales de Port-Royal, sans qui je n'aurais pas pu réaliser ce mémoire de fin d'études.

Au Docteur Anne Théau qui n'a jamais compté son temps pour me relire et me donner des informations sur le suivi externalisé.

A Madame Lucile Caubit, pour toutes les données précieuses qu'elle m'a transmises sur Port-Royal et le suivi externalisé.

A Madame Alexandra Onquiart, de m'avoir transmis les résultats de son étude et de m'avoir encouragée à approfondir le sujet.

A Madame Julie Gaillard, sans qui la rédaction de ce travail n'aurait pas été possible.

A Madame Christelle Vérot, d'avoir pris le temps de m'orienter dans l'obtention des différentes pièces pour la réglementation de la recherche.

Aux membres du jury, d'avoir accepté d'évaluer mon travail et de l'intérêt qu'ils y portent.

A toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Baudelocque, pour m'avoir accompagnée au cours de ces quatre années d'études.

A mes amis de promotion, sans qui ces quatre années n'auraient pas été les mêmes : Eugénie, Joséphine, Laurine, Léa, Ozanne et Pierre.

A ma famille et à mes amis de longue date.

A Anton.

Résumé

Contexte : Dans le contexte actuel où les maternités publiques de grande taille suivent en priorité les grossesses pathologiques dans leur service, certaines d'entre elles ont créé un suivi prénatal externalisé de leurs patientes à bas risque. Ce suivi est composé de trois parties : la consultation « Sage-Femme d'Accueil et d'Orientation » (S.F.A.O.) vers 13-18SA à la maternité, le suivi de grossesse avec un professionnel de santé en ville et la consultation « retour SFAO » à 36SA à la maternité. La satisfaction des patientes concernant leur suivi de grossesse était de 95% selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Cependant, aucune enquête de satisfaction n'a encore été réalisée à ce jour sur le suivi prénatal externalisé (SE).

Objectif : Evaluer la satisfaction globale des patientes concernant le suivi prénatal externalisé à la maternité de Port-Royal.

Population et méthode : Nous avons réalisé une enquête quantitative observationnelle transversale unicentrique à la maternité de Port-Royal, à l'aide d'un questionnaire de satisfaction anonyme au format papier. Il était distribué aux patientes par les sages-femmes lors la consultation « retour SFAO ». Les infirmières des consultations prénatales le récupéraient rempli en salle d'attente après la consultation et les stockaient dans une bannette. L'étude s'est étalée du 30 juin au 31 novembre 2019.

Résultats : Nous avons pu analyser 201 questionnaires. 134 patientes avaient été suivies par des sages-femmes en ville, contre 67 patientes par des médecins.

Nous avons relevé que les patientes étaient globalement satisfaites du suivi externalisé, à hauteur de 75,1% (score ≥ 8 à toutes les composantes du SE). Plusieurs caractéristiques du suivi avaient un impact sur la satisfaction des patientes. Lorsque la patiente était déjà insatisfaite à l'issue de la consultation SFAO de poursuivre sa grossesse en ville, elle n'était pas satisfaite du SE à la fin de celui-ci ($p < 0,001$). Lorsque la sage-femme SFAO avait expliqué à la patiente pourquoi celle-ci pouvait être suivie en ville ($p < 0,01$) et qu'il fallait emporter son dossier de grossesse lors des consultations aux urgences ($p < 0,01$), les patientes étaient plus satisfaites. Lorsque le praticien en ville informait ses patientes sur l'accouchement à Port-Royal ($p = 0,02$) et qu'il élaborait avec elle un projet de naissance ($p = 0,02$), les patientes étaient plus satisfaites. Enfin, plus les patientes considéraient que leur praticien prenait le temps de répondre à leur question ($p < 0,01$) et qu'il pouvait joindre l'hôpital sans problème ($p < 0,001$), plus elles étaient satisfaites.

Conclusion : Les patientes sont globalement satisfaites du suivi externalisé et plusieurs caractéristiques de ce suivi influencent leur satisfaction. Il pourrait être intéressant de prendre en considération ces facteurs et de les améliorer, pour augmenter la satisfaction des patientes.

Mots-clés : Suivi prénatal externalisé, suivi de grossesse en ville, satisfaction, motivations, caractéristiques

Abstract

Background: In the current context where large public maternity units primarily monitor pathological pregnancies in their wards, some of them have created outsourced prenatal follow-up of their low-risk patients. This follow-up is composed in three parts : the “Midwifery of Host and Orientation” consultation (“Sage-Femme d’Accueil et d’Orientation (SFAO)” in french) at the 15th week of gestation at the maternity, the pregnancy follow-up with a health professional in town, and the "retour SFAO" consultation at the 36th week of gestation at the maternity. Patients' satisfaction with pregnancy follow-up was 95% according to the Directorate of Research, Studies, Evaluation and Statistics (DREES in french). However, no satisfaction survey has been conducted on outsourced prenatal follow-up yet.

Purpose: To assess patients' overall satisfaction with outsourced prenatal follow-up at the Port-Royal maternity.

Patients and Method: The quantitative observational tranverse single-center study, at the Port-Royal maternity, used an anonymous paper satisfaction questionnaire distributed to patients by midwives during the "retour SFAO" consultation. The antenatal nurses retrieved the completed questionnaire in the waiting room after the consultation and stored it. The study was conducted from June 30th to November 31st, 2019.

Results: We were able to analyse 201 questionnaires. 134 patients had been followed by midwives in the city, compared to 67 patients by doctors. We found that patients were generally satisfied with the outsourced follow-up, up to 75.1% (score ≥ 8 for all components of the outsourced follow-up). Several characteristics of the follow-up had an impact on patient satisfaction. When the patient was already dissatisfied at the end of the “SFAO consultation” to continue her pregnancy in the city, she will not be satisfied either with the outsourced follow-up at the end ($p < 0,001$). When the “SFAO” midwife informed the patient of the possibility of being followed in the city ($p < 0,01$) and the pregnancy record should be taken with them during the emergency room visits ($p < 0,01$), the patients were more satisfied. When the town practitioner informs his patients about the birth in Port-Royal ($p < 0,02$) and develops a birth plan with her ($p < 0,02$), the patients are more satisfied. Finally, the more patients felt that their practitioner took the time to answer their question ($p < 0,01$) and that he could reach the hospital without problems ($p < 0,001$), the more satisfied they were.

Conclusion: Patients are generally satisfied with outsourced follow-up and several characteristics of this follow-up influence their satisfaction. It may be interesting to consider these factors and improve them as much as possible to increase patient satisfaction.

Keywords: Outsourced prenatal follow-up, city pregnancy monitoring, satisfaction, motivations, characteristics

Table des matières

Remerciements.....	2
Résumé.....	4
Abstract	5
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures	10
Liste des annexes.....	11
Lexique	12
Introduction	13
Première partie Matériels et méthodes.....	22
1. Problématique.....	22
2. Objectifs et hypothèses de l'étude	22
2.1. Objectif général.....	22
2.2. Objectifs spécifiques.....	22
2.3. Hypothèses	22
3. Type d'étude et population d'étude	22
4. Méthodologie.....	23
4.1. Outil d'étude.....	23
4.2. Construction du questionnaire.....	23
4.3. Test.....	24
4.4. Diffusion et relances	24
5. Le questionnaire : description des variables retenues	27
5.1. La satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé.....	27
5.2. Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé.....	28
5.3. Les caractéristiques du suivi externalisé des patientes.....	28
5.4. Les renseignements généraux.....	28
6. Stratégie d'analyse.....	29
7. La réglementation	30
Deuxième partie Résultats	31
1. Description générale de la population d'étude	31
2. Résultats descriptifs.....	31
2.1. Caractéristiques de la population d'étude.....	31
2.2. La satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé.....	33
2.3. Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé.....	33
2.4. Les caractéristiques du suivi externalisé des patientes.....	35

2.4.1.	Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et par la sage-femme lors de la consultation SFAO	36
2.4.2.	Le ressenti de la patiente sur le fait de poursuivre le suivi de sa grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO	37
2.4.3.	L'organisation du cabinet en ville et les informations délivrées par le praticien sur le séjour à la maternité	38
2.4.4.	Les caractéristiques du professionnel de santé en ville et son lien avec la maternité	39
2.4.5.	Les activités proposées par le praticien en ville si celui-ci est une sage-femme	41
3.	Résultats des analyses statistiques	42
3.1.	<i>Les caractéristiques socio-démographiques des patientes et leur satisfaction globale du SE.....</i>	42
3.2.	<i>Les motivations initiales concernant le choix du SE et la satisfaction globale des patientes</i>	44
3.3.	<i>Lien entre les caractéristiques du suivi externalisé des patientes et leur satisfaction globale</i>	45
3.3.1.	Lien entre la satisfaction globale des patientes et les informations qu'elles ont reçues sur le SE ...	45
3.3.2.	Lien entre la satisfaction globale des patientes et leur ressenti à l'issue de la consultation SFAO .	46
3.3.3.	Impact de l'organisation du cabinet en ville et des informations délivrées par le praticien concernant le séjour à Port-Royal sur la satisfaction globale des patientes	47
3.3.4.	Lien entre la satisfaction globale des patientes, les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	49
3.3.5.	Lien entre les activités proposées par le praticien en ville si celui-ci est une sage-femme et la satisfaction globale des patientes	51
	Troisième partie Discussion	53
1.	Résultats principaux	53
2.	Forces et limites de l'étude	54
2.1.	<i>Les forces de l'étude.....</i>	54
2.2.	<i>Les limites et les biais de l'étude.....</i>	55
3.	Discussion.....	57
3.1.	<i>La population d'étude</i>	57
3.2.	<i>La satisfaction globale des patientes.....</i>	59
3.3.	<i>Les motivations des patientes dans leur choix du SE.....</i>	61
3.4.	<i>Les caractéristiques du suivi externalisé qui influencent la satisfaction globale des patientes.....</i>	61
3.4.1.	Les caractéristiques socio-démographiques.....	61
3.4.2.	Informations reçues au préalable sur le SE.....	63
3.4.3.	Ressenti de la patiente avant de poursuivre sa grossesse en ville	64
3.4.4.	L'organisation du cabinet du praticien en ville et les informations qu'il délivre sur le séjour à la maternité	64
3.4.5.	Les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	66
3.4.6.	Activités proposées par le praticien si celui-ci est une sage-femme.....	67
4.	Les perspectives.....	67
	Conclusion	69
	Bibliographie.....	70

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patientes en fonction du professionnel de santé choisi : une sage-femme ou un médecin.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 2 : Satisfaction du suivi externalisé.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 3 : Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et lors de la consultation SFAO.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 4: L'organisation du cabinet, l'information délivrée sur le séjour à la maternité, les caractéristiques du professionnel, son lien avec la maternité et le ressenti de la patiente à l'issue de la consultation SFAO.....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 5 : Les activités proposées par le praticien lorsque celui-ci est une sage-femme</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 6 : Impact des caractéristiques socio-démographiques des patientes sur leur satisfaction globale du SE.....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 7 : Impact de l'information préalable des patientes sur leur satisfaction globale du SE..</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 8 : Lien entre la satisfaction initiale à l'issue de la consultation SFAO et la satisfaction globale du SE.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 9 : Impact de l'organisation au cabinet, de l'information reçue sur le séjour à la maternité et des caractéristiques du professionnel sur la satisfaction globale du SE</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 10 : Impact des activités proposées lorsque le praticien est une sage-femme, sur la satisfaction globale du SE</i>	<i>52</i>

Liste des figures

<i>Figure 1 : Modèle de Kano.....</i>	<i>18</i>
<i>Figure 2 : La satisfaction des patientes suivies par une sage-femme : évaluation de son écoute et la qualité du suivi en ville.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 3 : La satisfaction des patientes suivies par un gynécologue-obstétricien : évaluation de son écoute et de la qualité du suivi en ville</i>	<i>20</i>
<i>Figure 4 : Flow Chart</i>	<i>27</i>
<i>Figure 5 : Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé, lorsqu'elles sont suivies par une sage-femme ou par un médecin</i>	<i>34</i>
<i>Figure 6 : Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé</i>	<i>35</i>
<i>Figure 7 : Lien entre les motivations initiales concernant le choix du SE et la satisfaction globale des patientes</i>	<i>44</i>

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire à destination des patientes lors de l'inscription à la maternité	74
Annexe 2 : Charte du réseau ville-hôpital de Port-Royal	76
Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction	79
Annexe 4 : Inscription au registre général des traitements de l'APHP en date du 25/07/2019 sous le numéro : 20190725200836.	84
Annexe 5 : Note d'information à destination des patientes	86
Annexe 6 : Réponse du comité d'éthique CEROG	88
Annexe 7 : Points positifs du suivi externalisé du point de vue des patientes	89
Annexe 8 : Points négatifs du suivi externalisé du point de vue des patientes.....	90

Lexique

ATCD : Antécédent

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GO : Gynécologue-Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HGPO : Hyperglycémie provoquée par voie orale

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPDS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SE : Suivi Externalisé

SF : Sage-Femme

SFAO : Sage-Femme d'Accueil et d'Orientation

UNAF : l'Union Nationale des Associations Familiales

VAD : Visite A Domicile

Introduction

La consultation prénatale moderne de suivi de grossesse a été créée par J. Ballantyne en 1901 d'après les Britanniques, par Wilson en 1910 d'après les Australiens et par l'Instructive District Nursing Association à Boston en 1901 d'après les Américains.(1) (2) (3) En France, dès la fin du XIXème siècle, A. Pinard et S. Tarnier ont instauré pour la première fois la notion de suivi de grossesse. Celui-ci n'était pratiqué à l'époque, que dans une seule maternité du territoire. Ce n'est qu'à partir de 1913 qu'il fut recommandé de faire suivre sa grossesse, dans la mesure du possible, par un médecin ou par une sage-femme.(4) Entre les deux guerres, dans le but de limiter la mortalité maternelle, le gouvernement français a instauré trois consultations prénatales obligatoires pendant la grossesse, pour que des professionnels de santé puissent faire de la prévention auprès des futures mères. (4) (5) (6). Dans les années 1970, lors de la publication du premier plan de Périnatalité, de nombreux changements ont eu lieu, dont le nombre de consultations prénatales obligatoires qui est passé de trois à sept. (4) (7) (8) (9) Au cours de ces consultations pour les grossesses à bas risque, les praticiens réalisent des actes de prévention et de dépistage, des examens complémentaires obligatoires ou recommandés, proposent le diagnostic prénatal et la préparation à la naissance. (10) (11) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) concernant les examens obligatoires à réaliser au cours de la grossesse ont été mises à jour en 2016 et constituent à ce jour le texte de référence pour les professionnels réalisant des consultations prénatales. (11)

Aujourd'hui, les patientes sont orientées en début de grossesse, selon leur niveau de risque, vers un suivi A ou un suivi B, définis par la HAS. Le suivi A concerne les patientes ayant une grossesse sans situation à risque ou lorsque ces situations sont à faible niveau de risque. Dans ce cas, elles peuvent être suivies par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, obstétricien ou médecin généraliste). Le suivi B concerne des patientes ayant une grossesse présentant un haut niveau de risque et doivent être suivies par un gynécologue-obstétricien. (10) (9) (11) De manière générale, le taux de conformité des orientations en anténatal vers les différents professionnels de santé semble plutôt bon, à hauteur de 89% dans une étude de faible puissance réalisée en 2013.(12)

Tout au long de ce travail, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux patientes à bas risque, ayant un suivi A au cours de leur grossesse. La H.A.S. recommande depuis 2016 que toutes les maternités, y compris celles de type 3, puissent prendre en charge des patientes habitant à proximité, avec un faible niveau de risque. (11) Ainsi, depuis plusieurs années, certaines maternités publiques, pour pallier leur manque de professionnels de santé, orientent leurs patientes

à bas risque vers un suivi en ville en début de grossesse et les prennent en charge à la maternité uniquement en fin de grossesse. Cela leur permet ainsi de suivre en priorité des grossesses pathologiques au sein de leur service. (13) Nous notons ainsi depuis quelques temps une augmentation du nombre de grossesses suivies en libéral. Dans l'enquête de périnatalité réalisée par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en 2010, 37.3% des patientes étaient suivies en cabinet, 29.8% en maternité et 30.5% à la fois en cabinet et en ville. (14) Ce changement de pratique est aussi cohérent avec l'augmentation du nombre de sages-femmes exerçant en libéral, qui pratiquent le suivi des grossesses à bas risque. En effet, le nombre de patientes ayant consulté une sage-femme libérale au cours de leur grossesse était passé de 16,0% en 2010 à 25,2% en 2016. De plus, les femmes avaient moins consulté leur médecin généraliste au cours de la grossesse : 23,8% en 2010 contre 19,3% en 2016. (13)

Dans ce contexte, certaines patientes s'inscrivent en début de grossesse dans une maternité pour avoir une place au moment de l'accouchement, mais effectuent la totalité de leurs consultations prénatales en externe. Les protocoles sont différents d'une maternité à une autre et si le professionnel en ville ne se renseigne pas sur les pratiques des différents hôpitaux, il est possible d'observer des différences de prise en charge entre les patientes suivies pendant toute leur grossesse à l'hôpital et celles suivies en ville. Afin d'homogénéiser les pratiques entre la ville et l'hôpital, certaines maternités ont mis en place un réseau de praticiens qui réalisent un « suivi de grossesse externalisé » et qui sont informés régulièrement des nouveaux protocoles de la maternité. Nous allons particulièrement décrire l'organisation du suivi externalisé (SE) à la maternité Port-Royal car il s'agit du lieu de notre étude.

A la maternité Port-Royal le suivi externalisé a été mis en place en 2015. En 2019, 1290 patientes en ont bénéficié, correspondant à 24,5% des patientes ayant accouchées à Port-Royal cette année-là.

En début de grossesse, lors de l'inscription administrative, les patientes doivent répondre à un questionnaire en ligne, par téléphone ou sur place (Annexe 1). Ce questionnaire permet d'évaluer rapidement si la patiente est à risque de complications obstétricales et donc si elle relève d'un suivi A ou d'un suivi B. Si le questionnaire révèle que la patiente est à risque de complications, elle est suivie en interne par un gynécologue-obstétricien car la maternité souhaite que les patientes ayant un suivi B, ne soient pas suivies en ville. En revanche, si la patiente n'est pas à risque de complications, elle est orientée vers une consultation réalisée par une sage-femme. Soit la patiente souhaite être suivie en externe et elle est dirigée vers la consultation Sage-femme d'Accueil et d'Orientation (S.F.A.O.) ayant lieu à la maternité, soit elle souhaite être suivie en interne et elle est dirigée vers une consultation de suivi de grossesse classique. La consultation

SFAO, ayant lieu à 13-18 SA, constitue donc l'étape initiale du suivi externalisé. Le Dr Anne Théau, responsable du pôle physiologie de Port-Royal a décrit le contenu de cette consultation dans le protocole spécifique dédié au suivi externalisé. Ces objectifs sont notamment de confirmer l'absence de contre-indication au suivi externalisé, d'ouvrir le dossier obstétrical en réalisant un interrogatoire et un examen clinique complet, de fournir à la patiente des explications concernant le suivi en ville et de délivrer les rendez-vous de retour à l'hôpital avec la sage-femme et l'anesthésiste à 36 SA. Cette consultation, d'une durée de 45 minutes, permet ainsi d'établir un premier contact avec la femme enceinte et de vérifier qu'elle relève bien d'un suivi A, compatible avec un suivi en ville. Si c'est le cas et que la patiente adhère, la sage-femme l'oriente vers des praticiens en ville faisant partie du Réseau ville-hôpital de Port-Royal pour la suite du suivi de grossesse. Lors de cette consultation, le dossier obstétrical est confié à la patiente et ce durant toute la durée de l'externalisation pour que le professionnel en ville le remplisse au fur et à mesure. (15) (16) Ceci est conforme aux recommandations de la HAS, de l'OMS et à la circulaire relative aux réseaux de périnatalité, qui recommandent de créer un dossier médical unique partagé, détenu par la patiente pour pouvoir regrouper toutes les informations relatives au suivi de grossesse. (11) (17) (18) Selon l'accord passé entre les professionnels du réseau et la maternité, la patiente réalise la totalité de ses consultations en ville jusqu'à 36SA et si elle est suivie par une sage-femme, doit bénéficier également de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) et de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). A 36SA, la patiente bénéficie d'une consultation « retour SFAO » avec une sage-femme à la maternité, d'une durée de 30 minutes. Cela permet de faire le bilan du suivi en ville, de regrouper les différents éléments du dossier et de réaliser le contenu d'une consultation classique du 8^{ème} mois. La surveillance de fin de grossesse a lieu à la maternité. Après l'accouchement, si la situation reste à bas risque pour la patiente, il peut lui être proposé de sortir précocement au 2^{ème} jour de vie du nouveau-né. Ceci est soumis à la condition qu'une sage-femme passe à la maison le lendemain de la sortie. Dans le cadre du suivi externalisé, il s'agit normalement de la même sage-femme qui a effectué le suivi de grossesse en ville. Celle-ci peut également pratiquer la rééducation du périnée par la suite et effectuer le suivi gynécologique de prévention, pour qu'il y ait une prise en charge semi-globale, l'un des objectifs du SE.(15) (16)

Le suivi externalisé à Port-Royal a plusieurs particularités par rapport à un suivi de grossesse classique en ville, rattaché à une autre maternité. L'une d'entre elles est que si le praticien libéral décèle une complication de la grossesse lors d'une consultation, il doit adresser la patiente directement à l'hôpital pour la suite des consultations. Par exemple, lorsqu'un diabète gestationnel est diagnostiqué sur une HGPO positive, la patiente doit être réadressée directement à la maternité de Port-Royal, alors que dans d'autres maternités, le suivi de grossesse peut être poursuivi en ville. En effet, selon les recommandations, le praticien n'est pas dans l'obligation

d'adresser la patiente à l'hôpital pour le reste du suivi de grossesse.(11) Une autre spécificité du suivi externalisé est que les patientes relevant d'un suivi B selon les recommandations de la HAS, comme par exemple une patiente présentant une hypertension chronique, ne peut pas être suivie en ville. Pourtant les gynécologues-obstétriciens sont habilités à les prendre en charge, même ceux exerçant en libéral. La maternité souhaite, grâce à cette organisation du suivi externalisé, suivre toutes les patientes ayant un suivi B.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, les maternités françaises proposent différents types de suivi de grossesse. Seulement 14% d'entre elles proposaient un suivi de grossesse externalisé, c'est-à-dire une première consultation à l'hôpital, la suite du suivi en ville et la fin du suivi à la maternité. 43% d'entre elles proposaient un suivi au 3^{ème} trimestre, sans consultation à l'hôpital en début de grossesse. Enfin, 76% d'entre elles proposaient des consultations prénatales à la maternité tout au long de la grossesse. (13)

Lors du suivi externalisé à Port-Royal, le praticien qui suit la patiente en ville, à partir de la consultation S.F.A.O. jusqu'à 36SA, doit faire partie du Réseau ville-hôpital de Port-Royal, un des 716 réseaux recensés sur le territoire français. Le réseau de santé correspond à un groupe pluridisciplinaire de professionnels de santé qui exercent dans une même zone géographique, pour améliorer ensemble, la prise en charge d'un groupe de patients. (19) Il permet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. (20) Les soignants du Réseau ville-hôpital de Port-Royal doivent préalablement signer la Charte du Réseau (Annexe 2), comportant ses différents objectifs, pour en faire partie. Conformément à la définition du réseau de soins décrit préalablement, les objectifs de ce réseau sont entre autres, de mettre en lien les différents professionnels participant à la prise en charge d'une même patiente au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Dans le but de réaliser ces objectifs, les professionnels en ville et la maternité elle-même, s'engagent respectivement à respecter certaines règles. Par exemple, les praticiens doivent favoriser la circulation des informations médicales dans le réseau en écrivant systématiquement dans le dossier obstétrical. De son côté, la maternité s'engage à ouvrir l'accès au staff médical le matin aux professionnels libéraux et à leur organiser trois réunions annuelles de formation.

Le Réseau ville-hôpital de Port-Royal réalise plusieurs actions qui sont :

- L'entretien prénatal précoce en ville au 4^{ème}-5^{ème} mois
- La préparation à la naissance en ville ou à la maternité par une sage-femme
- Le suivi de grossesse en ville par un gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme libérale pour les grossesses normales, après ouverture du dossier à la consultation SFAO jusqu'au retour à la maternité à 36SA.

- Les sorties précoces de la maternité avec un relais en ville par une sage-femme libérale
- L'accompagnement « semi-global » qui comporte la préparation à la naissance, le suivi en ville au cours de la grossesse et le suivi post-natal par une même sage-femme.

L'objectif d'une prise en charge semi-globale s'inscrit dans les recommandations de la HAS, qui préconisent que le suivi de grossesse soit réalisé par le moins de professionnels possibles. (11)

La qualité des soins dans un réseau de santé, définie par l'OMS en 1982, consiste entre autres à assurer au patient les actes diagnostiques et thérapeutiques les plus adaptés aux données actuelles de la science et qui entraînent sa plus grande satisfaction. Son évaluation est basée sur des critères médicaux, organisationnels et sur le taux de satisfaction du patient. (19) (21) (22) (23) (24) (25) Le suivi externalisé à Port -Royal fonctionne grâce à son réseau de proximité, qui crée un lien entre l'hôpital et les libéraux, pour encadrer les patientes au mieux. La satisfaction des patientes incluses dans le réseau étant un élément important à évaluer, nous avons décidé d'y consacrer notre travail à travers l'évaluation de la satisfaction du suivi externalisé, qui fonctionne grâce au réseau de Port-Royal.

Il semble important de définir la notion de satisfaction. Il s'agit du contentement provoqué par l'accomplissement du désir.(26) La « satisfaction client » est particulièrement évaluée dans le domaine du marketing et permet de déterminer positivement ou négativement, la différence entre les attentes et l'expérience d'un client envers une marque, un produit ou un service. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est obligatoire d'évaluer la satisfaction des patients. (27) (28) Par exemple, depuis 2016, la HAS évalue systématiquement la satisfaction des patients lorsqu'ils sont hospitalisés plus de 48 heures, à travers un questionnaire distribué à leur sortie. (29)

Le modèle de Kano représenté en *Figure 1*, a été créé en 1984. Il s'agit d'une méthode de référence pour évaluer la satisfaction client dans le domaine de la qualité, qui peut être adaptée au milieu médical. (30) En effet, il évalue la satisfaction et l'insatisfaction des patients envers un service, en fonction de ses attentes préalables. Selon ce modèle, il n'y a pas de symétrie entre la satisfaction et l'insatisfaction. Cela signifie que ce n'est pas parce que l'hôpital met tout en œuvre pour supprimer un élément qui génère de l'insatisfaction, que cela va provoquer systématiquement de la satisfaction et inversement, si on enlève un élément qui provoque de la satisfaction, cela ne va pas forcément créer de l'insatisfaction.(30) (31). Dans la définition de son modèle, Kano place le service étudié en fonction de deux axes, en ordonnée la satisfaction du patient et en abscisse la performance du service. Par la suite, il définit quatre catégories de besoins placés en fonction de

ces deux axes : les besoins d'enchantement, les besoins de performance, les besoins de base et les besoins neutres. Selon Kano, certains besoins sont proportionnels à la performance du service, il s'agit des « besoins de performance ». Par exemple, plus un médicament contre la douleur est efficace, plus le patient est satisfait. Les « besoins basiques » correspondent à des services qui génèrent de l'insatisfaction s'ils ne sont pas présents et de l'indifférence s'ils sont présents. Par exemple, la propreté d'une chambre d'hôpital est un besoin basique qui s'il n'est pas présent, provoque de l'insatisfaction chez les patients et de l'indifférence s'il est présent. La troisième catégorie de besoin est celle des « besoins attractifs ». Ce sont des besoins auxquels les patients ne s'attendent pas et qui, s'ils sont présents, provoquent de la satisfaction. En revanche, s'ils ne sont pas présents, ils ne provoquent pas d'insatisfaction. Par exemple, la grande qualité des équipements pour les cours de préparation à la naissance et à la parentalité constitue un besoin attractif. Enfin, « les besoins neutres » sont des besoins qui génèrent de l'indifférence aux patientes, ils ne génèrent pas de satisfaction ou d'insatisfaction en fonction de leur présence ou de leur absence. Le modèle de Kano nous montre donc qu'il ne suffit pas d'éviter les services générant de l'insatisfaction pour que les patientes soient satisfaites de la prise en charge. Il faut également créer des besoins attractifs et de performance pour satisfaire au mieux les patientes.

(31) (32) Dans notre questionnaire, nous n'avons pas posé strictement les questions conformément au modèle de Kano, pour classer les caractéristiques du suivi externalisé selon les quatre catégories de besoins. Nous nous sommes permises de simplifier l'analyse et avons confronté certaines caractéristiques du suivi externalisé (comme par exemple, la présence ou non d'un dépassement d'honoraire), au niveau de satisfaction des patientes. Ainsi, cela nous a permis d'établir deux catégories de caractéristiques au lieu de quatre, un groupe ayant une influence sur la satisfaction et un autre n'ayant pas d'influence sur celle-ci.

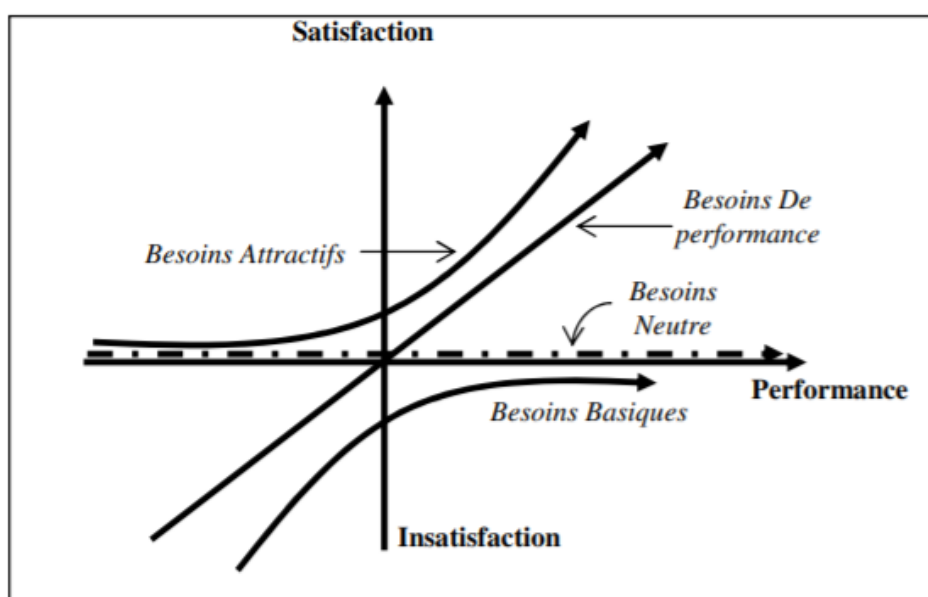


Figure 1 : Modèle de Kano

Notre travail repose sur l'évaluation de la satisfaction des patientes concernant leur suivi de grossesse et plus particulièrement celles qui ont eu un suivi externalisé. De manière plus générale, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a évalué en 2006 la satisfaction du suivi de grossesse des patientes en France. Concernant le lieu de prise en charge, il était notable que les consultations réalisées en ville étaient davantage appréciées que le suivi à la maternité car 1,1% des personnes n'étaient pas satisfaites de leur suivi de grossesse en cabinet privé contre 2,8% en maternité. Dans cette enquête, la DREES a voulu évaluer les facteurs qui influencent la satisfaction des patientes. Il a été démontré que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude et la situation familiale n'avaient pas d'impact significatif sur la satisfaction des patientes. Cependant, nous pouvions observer une tendance chez les plus jeunes, les moins diplômées, les primipares et les inactives à être plus critiques concernant leur suivi de grossesse. Lorsque la grossesse ne s'était pas réalisée aussi bien qu'elles l'auraient souhaitée, la satisfaction était moins bonne. Par exemple, 7% des patientes qui n'avaient pas pu s'inscrire dans la maternité qu'elles avaient choisie étaient insatisfaites, contre 2% pour l'ensemble de l'échantillon. De plus, lorsqu'une pathologie était survenue lors de la grossesse, les patientes étaient également moins satisfaites par rapport à l'échantillon global (3,7% d'insatisfaites en cas de problème médical et 3,2% en cas d'hospitalisation). La situation financière de la patiente jouait également sur sa satisfaction car 6,8% des patientes n'ayant pas la sécurité sociale n'étaient pas satisfaites contre 2,1% sur l'ensemble de l'échantillon. (33)

La satisfaction des patientes relative au suivi des grossesses externalisées, récemment mis en place dans certaines maternités comme Port-Royal, pourrait être intéressante à étudier. Madame Onquiert, sage-femme coordinatrice à Port-Royal, a réalisé en 2016 une enquête pilote de satisfaction en interne auprès des patientes à bas risque, un an après la mise en place de ce suivi particulier. Cette enquête a pu recueillir 49 réponses en 4 mois, sur les 465 patientes suivies en externe au cours de l'année 2016. Cette enquête n'a pas été suivie d'une analyse écrite des résultats. Nous avons décrit ci-après les résultats de cette enquête pilote de 2016 et particulièrement ceux qui nous paraissaient les plus pertinents.

L'un de ces résultats concernait le rendez-vous téléphonique pour s'inscrire à la maternité, qui était censé aborder le sujet de l'externalisation si la patiente était à bas risque. Ici, 96% des patientes avaient compris qu'elles pouvaient être suivies en ville, ce qui montrait une bonne qualité de l'information à ce moment-là. Concernant le suivi en ville dans cette étude, 88% des patientes avaient choisies d'être suivies par une sage-femme alors que 12% avaient décidé d'être suivies par un gynécologue-obstétricien. La satisfaction des patientes concernant l'écoute du

praticien et la qualité du suivi en ville est décrite en *Figure 2 et 3*. Nous pouvons constater que la majorité des patientes sont très satisfaites quel que soit le professionnel de santé choisi.

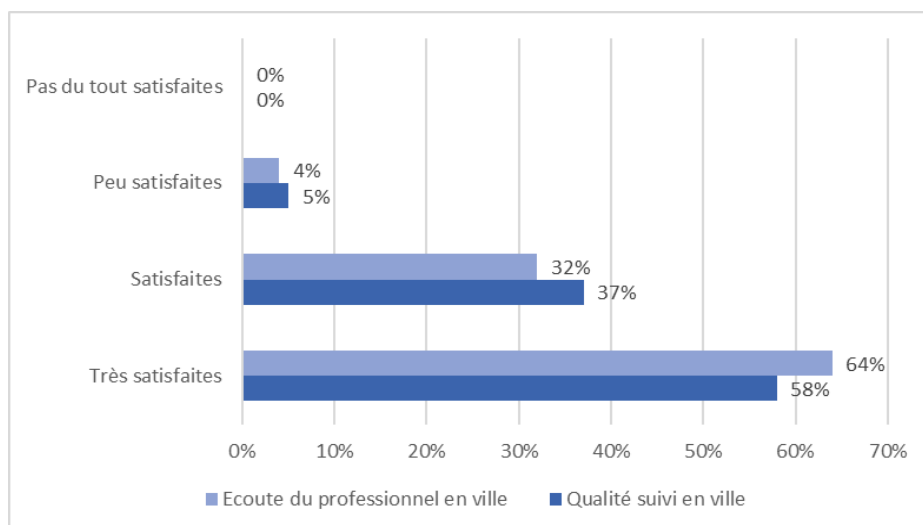


Figure 2 : La satisfaction des patientes suivies par une sage-femme : évaluation de son écoute et la qualité du suivi en ville

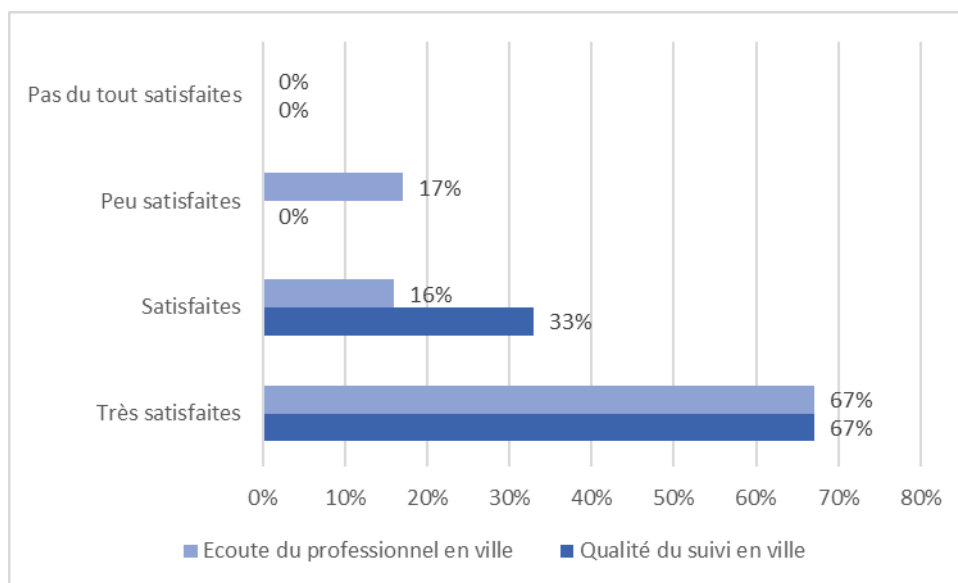


Figure 3 : La satisfaction des patientes suivies par un gynécologue-obstétricien : évaluation de son écoute et de la qualité du suivi en ville

Par ailleurs, concernant la réalisation d'un projet de naissance au cours du suivi externalisé, en 2016, 12% des patientes seulement indiquaient en avoir écrit un, contre 86% qui avaient répondu « non » et 2% des patientes n'avaient pas répondu à cette question. Madame Onquiert s'était aussi demandée si le praticien avait abordé le sujet du retour à la maison et 53% avaient répondu « oui » contre 47% qui avaient répondu « non ». Enfin, concernant la satisfaction de la prise en charge globale au cours du suivi externalisé, 54% des patientes étaient « très

satisfaites », 42% des patientes étaient « satisfaites », 4% étaient « peu satisfaites » et 0% n'étaient « pas du tout satisfaites ».

Une enquête de satisfaction similaire à celle de Madame Onquiart, suivie d'une analyse des résultats n'a pas encore été réalisée. Il nous a semblé intéressant de la mener, d'une part, parce qu'elle va nous permettre de comparer certains de nos résultats à ceux de l'enquête pilote de 2016 et d'autre part, parce qu'elle va nous permettre d'approfondir l'étude de certains aspects du suivi externalisé.

Première partie

Matériels et méthodes

1. Problématique

Les patientes à bas risque de complications obstétricales, sont-elles satisfaites de leur suivi externalisé à leur retour à la maternité à 36 SA ?

2. Objectifs et hypothèses de l'étude

2.1. Objectif général

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la satisfaction globale des patientes enceintes inscrites à la maternité Port-Royal concernant leur suivi prénatal externalisé.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de ce travail étaient dans un premier temps, d'étudier les motivations des patientes à choisir ce type de suivi ; et dans un second temps de déterminer les caractéristiques qui influencent la satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé.

2.3. Hypothèses

Hypothèse 1 : Les patientes enceintes inscrite à la maternité de Port-Royal ayant eu un suivi prénatal externalisé en sont majoritairement satisfaites à leur retour à la maternité à 36 SA.

Hypothèse 2 : Plusieurs facteurs motivent les patientes à choisir un suivi prénatal externalisé à Port-Royal.

Hypothèse 3 : Plusieurs caractéristiques influencent la satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé, comme par exemple les informations fournies lors de l'inscription à la maternité et lors de la consultation SFAO, le ressenti de la patiente à l'issue de la consultation SFAO, le type de professionnel en ville choisi, l'organisation de son cabinet, l'information qu'il délivre sur le séjour à la maternité ou encore, les activités qu'il propose.

3. Type d'étude et population d'étude

Nous avons mené une étude quantitative observationnelle transversale unicentrique. La population cible de notre étude était les patientes enceintes à bas risque obstétrical inscrites à Port-

Royal, ayant eu un suivi externalisé complet jusqu'au remplissage du questionnaire, c'est-à-dire depuis la consultation SFAO jusqu'à la consultation de « retour SFAO » à la maternité à 36 SA.

4. Méthodologie

4.1. *Outil d'étude*

Nous avons interrogé les patientes à l'aide d'un questionnaire de satisfaction anonyme au format papier (Annexe 3). Les sages-femmes des consultations prénatales leur ont distribué les questionnaires à la fin de la consultation « retour SFAO », du 30 juin au 31 novembre 2019, soit sur une période de 5 mois.

4.2. *Construction du questionnaire*

L'élaboration du questionnaire s'est étalée sur une période de quatre mois, de février à juin 2019. Nous nous sommes appuyées sur les connaissances de Madame A. de la Calle concernant le suivi externalisé auquel elle a participé en réalisant les consultations SFAO et « retour SFAO » pendant 2 ans, et sur les compétences du Docteur A. Théau, responsable du pôle physiologie de la maternité de Port-Royal et du suivi externalisé. Grâce à l'une des sages-femmes de la maternité, j'ai pu assister à plusieurs consultations SFAO au cours du mois de décembre 2018. J'ai pu y interroger les patientes sur leur ressenti avant qu'elles se lancent dans ce type de suivi. Ainsi, elles ont pu me faire part de remarques qui ont permis d'enrichir notre questionnaire.

Celui-ci était composé de quatre parties qui étaient les suivantes : la satisfaction globale concernant le suivi externalisé, l'organisation du suivi externalisé à Port-Royal, le suivi en ville avec le professionnel de santé et enfin, les renseignements généraux.

Lors de la réalisation du questionnaire, nous avons utilisé différents types de questions. Parmi les 34 questions, 2 d'entre elles étaient ouvertes en fin de questionnaire, permettant aux patientes de nous donner leur ressenti sur le suivi externalisé et d'aborder des points que nous aurions omis. 26 questions étaient qualitatives : 16 d'entre elles étaient dichotomiques, 5 étaient nominales, 2 étaient à réponse multiples et 3 étaient organisées en tableau. Enfin, 6 questions étaient numériques avec une échelle de 0 à 10 reflétant la satisfaction des patientes de 0, correspondant à « Pas du tout satisfait », à 10 « Tout à fait satisfait ». Plusieurs questions à choix multiples étaient composées d'une proposition « autre », permettant aux patientes de compléter les propositions déjà formulées si c'était nécessaire.

A la fin de certaines consultations SFAO, des patientes m'avaient transmis qu'elles étaient déçues de ne pas être suivies à l'hôpital, car elles avaient créé un lien particulier avec la sage-femme SFAO au cours de ce rendez-vous. C'est pourquoi nous avons voulu interroger les

patientes sur leur ressenti à ce moment-là grâce à la question 8, sous forme d'échelle numérique. Il nous a paru intéressant d'ajouter à cette question une mention « Expliquez ».

Enfin, nous avons rajouté à l'issue de 3 questions dichotomiques l'interrogation « Si non, pourquoi ? » dans le cas où cela nous paraissait intéressant que la patiente précise sa réponse.

Dans le but de limiter les données manquantes, nous avons décidé de rendre les réponses aux questions obligatoires, sauf celles qui ne concernent pas toutes les patientes comme par exemple, la question concernant le passage à domicile si le professionnel qui suit la patiente est une sage-femme. 6 questions sur les 34 ne sont donc pas obligatoires.

4.3. Test

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous l'avons fait relire par deux sages-femmes enseignantes de l'école et un gynécologue-obstétricien de Port-Royal. Cela a permis d'effectuer plusieurs modifications au questionnaire. Comme il s'agissait d'évaluer la satisfaction globale du suivi externalisé, nous avons rajouté une question interrogeant la satisfaction de la consultation « retour SFAO ». De plus, nous avons transformé 2 questions qualitatives sous forme de tableaux et avons rajouté des questions évaluant la qualité du lien ville-hôpital perçue par les patientes, un des buts de la mise en place du suivi externalisé.

Avant de commencer la diffusion, nous avons fait tester le questionnaire à 5 patientes en suites de couches qui avaient eu un suivi externalisé au cours de leur grossesse avec des professionnels différents, une avec un gynécologue et quatre avec une sage-femme. Elles ne m'ont pas conseillé d'effectuer des modifications majeures mais leurs remarques portaient plus particulièrement sur la formulation des questions. Par ailleurs, elles ont estimé le temps de remplissage du questionnaire à 10 minutes environ. Les sages-femmes et les infirmières des consultations prénatales qui allaient se charger de la diffusion du questionnaire m'avaient assurée que ce temps de remplissage ne poserait pas de problème dans leur organisation.

Enfin, des proches ont relu le questionnaire afin d'effectuer les dernières modifications pour qu'il soit le plus clair possible.

4.4. Diffusion et relances

Nous avons décidé de diffuser notre questionnaire au format papier au cours de la consultation « retour SFAO » à 36SA, date qui marque la fin du suivi externalisé et la reprise du suivi à la maternité jusqu'à la fin de la grossesse. Les sages-femmes ont distribué les questionnaires à la fin de cette consultation pour que les patientes le remplissent si elles le souhaitent dans la salle d'attente, avant d'aller faire le prélèvement sanguin chez les infirmières. Une bannette était présente dans le bureau des infirmières pour y déposer les questionnaires complétés. Les

infirmières m'avaient assuré qu'elles vérifieraient que le questionnaire serait dûment rempli avant de le mettre dans la bannette. Au préalable, j'avais rencontré Madame Bouhadjila la cadre de santé, les sages-femmes et les infirmières des consultations prénatales, qui m'avaient confirmée que mon projet était réalisable et qu'elles souhaitaient y participer.

Nous avons décidé de distribuer les questionnaires à ce moment-là pour plusieurs raisons. Premièrement, il nous paraissait difficile de questionner les patientes une fois qu'elles avaient accouché car le vécu de l'accouchement pouvait changer la vision qu'elles avaient du suivi de grossesse. Deuxièmement, comme un des objectifs du suivi externalisé est le suivi global des patientes par un même professionnel du début de la grossesse jusqu'à la rééducation du périnée, il aurait été intéressant de contacter les patientes après le retour à domicile pour savoir si elles avaient effectivement bénéficié de ce suivi global avec le même professionnel. Cependant, il nous paraissait difficile de le faire une fois les patientes sorties de la maternité car souvent, le numéro de téléphone des patientes ou leur adresse mail n'était pas précisé dans le dossier. Pour savoir quand même si les patientes allaient être suivies par le même professionnel en post-natal sans les interroger à ce moment-là, nous avons ajouté deux questions : l'une relative aux activités du professionnel en ville (s'il pratiquait la rééducation du périnée par exemple, il allait sûrement en faire bénéficier la patiente qu'il a suivie durant la grossesse et celle-ci aurait donc un suivi global) et l'autre permettant de savoir s'il s'était proposé pour passer à domicile après l'accouchement. Troisièmement, il ne nous paraissait pas approprié de les interroger à 40SA (date du rendez-vous après celui de 36SA) car nous pouvions perdre de vue les patientes qui auraient accouché entre temps. Enfin, les interroger à 36SA permettait de diminuer le biais de mémorisation des patientes lorsque je les interrogeais sur leur suivi en ville, car elles remplissaient le questionnaire seulement un mois après leur dernière consultation en dehors de la maternité. Pour toutes ces raisons nous avons considéré que la consultation « retour SFAO » était le meilleur moment pour questionner les femmes.

Les sages-femmes des consultations prénatales reçoivent en moyenne 1 à 2 patientes par jour en consultation « retour SFAO ». Afin qu'elles pensent plus facilement à donner les questionnaires, je les ai insérés au préalable dans les dossiers aux archives, grâce au logiciel Orbis, qui m'a permis de trouver le nom des patientes ayant une consultation « retour SFAO » sur ma période d'étude. Ainsi, 460 patientes devaient avoir cette consultation du 30 juin au 31 novembre 2019 mais en cherchant les dossiers de ces patientes aux archives, je n'en ai trouvé que 412 et ce pour trois raisons : soit ils concernaient des patientes hospitalisées et n'étaient donc pas aux archives, soit le suivi externalisé de la patiente avait été arrêté et je les excluais de mon étude, soit les dossiers étaient introuvables.

Nous avons débuté le recueil de données le 30 juin 2019. J'ai réussi à croiser régulièrement les sages-femmes et les infirmières des consultations prénatales tout au long de ma période d'étude pour leur demander s'il y avait des soucis dans la diffusion du questionnaire et ainsi résoudre les éventuels problèmes.

Je me suis rendue dans le bureau des infirmières une fois par semaine pour récupérer les questionnaires qui étaient regroupés dans la bannette. Sur 22 semaines de diffusion, j'ai récolté en moyenne 9 questionnaires par semaine. Le nombre de questionnaires récupérés par semaine diminuait au cours du dernier mois (2 à 5 questionnaires par semaine) et l'objectif fixé à 200 questionnaires était atteint, donc nous avons décidé d'arrêter le recueil de données le 31 novembre 2019. Notre étude s'est donc étalée sur cinq mois.

Sur les 412 questionnaires que j'ai déposés dans les dossiers aux archives, j'en ai récupéré au total 210 (48,8% des questionnaires initiaux) dans la bannette des infirmières. Sur ces 210 questionnaires, 4 n'étaient pas complétés entièrement, nous les avons donc exclus. Parmi les 206 questionnaires restants, 5 patientes avaient coché à la fois la réponse « sage-femme » et la réponse « gynécologue » à la question 10, ce qui nous empêchait d'analyser la suite du questionnaire, donc nous avons décidé de les exclure aussi de notre étude. Au total, nous avons pu analyser 201 questionnaires.

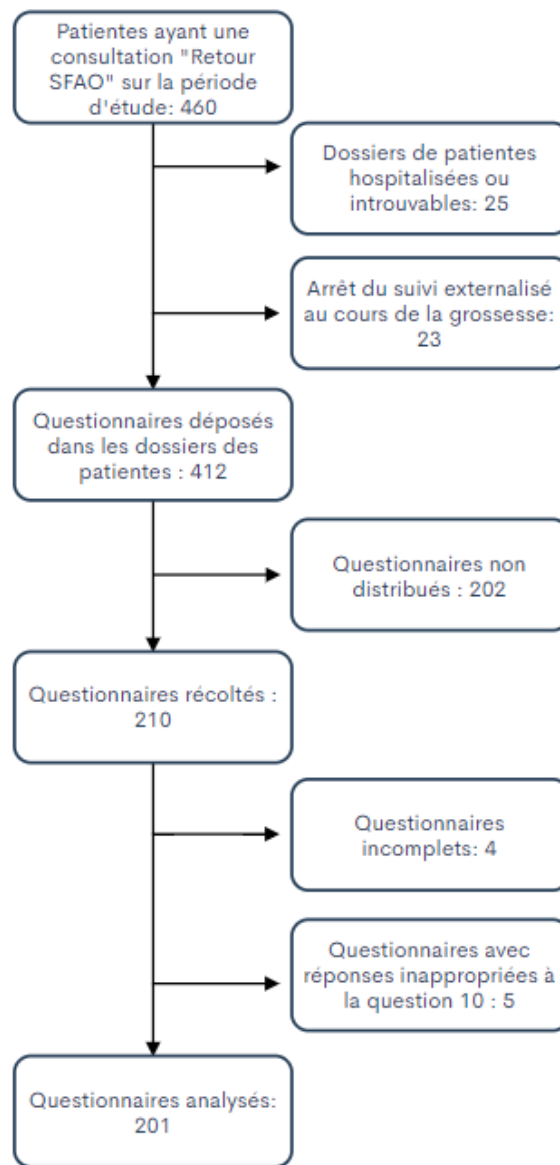


Figure 4 : Flow Chart

5. Le questionnaire : description des variables retenues

Le questionnaire était divisé en trois parties, correspondant aux trois hypothèses étudiées.

5.1. *La satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé*

Dans la première partie du questionnaire, nous avons décidé d'interroger les patientes sur leur satisfaction globale concernant le suivi externalisé. Pour cela, nous les avons questionnées sur chacune des composantes du suivi externalisé qui sont : l'organisation générale du SE, la consultation SFAO, le suivi en ville avec le professionnel de santé choisi, et la consultation « retour SFAO » à 36SA. Les patientes devaient attribuer, pour chaque composante, une note de 0 à 10, 0 correspondant à « Pas du tout satisfait » et 10 à « Tout à fait satisfait ».

5.2. Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé

Dans la deuxième partie du questionnaire, les patientes étaient interrogées sur les raisons qui leur ont fait accepter un suivi externalisé. Nous nous sommes basées sur ce que les patientes m'avaient dit en consultation SFAO et sur ce que les sages-femmes et le médecin responsable du pôle physiologique nous ont rapporté, lorsqu'ils demandaient aux patientes ce qu'elles avaient pensé du suivi externalisé. Ainsi, les différents facteurs qui motivaient les patientes dans le choix d'un SE que nous avons recueillis étaient : « Recommandation d'un professionnel de santé », « Recommandation d'une connaissance », « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO », « je n'aime pas l'hôpital », « Proximité avec le domicile ». La mention « autres » était à compléter dans le cas où nous aurions omis d'autres causes.

Dans la question 5, nous avons interrogé les patientes sur « la connaissance du suivi externalisé avant de rentrer en contact avec la maternité de Port-Royal », un autre facteur qui pourrait conduire les patientes à choisir ce suivi. Nous l'avons également fait apparaître dans notre histogramme regroupant les causes qui entraînent le choix d'un suivi externalisé dans la partie « résultats ».

5.3. Les caractéristiques du suivi externalisé des patientes

Dans la troisième partie du questionnaire, nous souhaitons évaluer l'influence de certaines caractéristiques du suivi sur la satisfaction globale des patientes concernant le SE. Ainsi, nous avons interrogé les patientes sur plusieurs aspects de leur suivi que nous avons regroupés ici en 6 grandes catégories :

- Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et par la sage-femme lors de la consultation SFAO
- Le ressenti de la patiente sur le fait de poursuivre le suivi de sa grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO
- L'organisation du cabinet en ville
- Les informations délivrées par le praticien en ville sur le séjour à la maternité
- Les caractéristiques du professionnel de santé en ville et son lien avec la maternité
- Les activités proposées par le praticien, si celui-ci est une sage-femme

5.4. Les renseignements généraux

Ont été décrits l'âge, la catégorie sociale, la parité, le nombre de grossesses déjà suivies à Port-Royal, l'expérience ou non d'un suivi de grossesse en ville antérieur.

6. Stratégie d'analyse

Nous avons réalisé le travail d'analyse en deux parties : une partie descriptive et une partie analytique. Dans la partie descriptive, nous avons présenté les résultats des variables catégorielles sous forme d'effectifs et de pourcentages. Concernant les résultats des variables continues, nous les avons indiqués sous forme de moyennes avec leurs écarts types.

Concernant l'évaluation de la satisfaction globale du suivi externalisé, nous avons décidé d'être exigeantes et ainsi de définir une patiente satisfaite du SE par le fait qu'elle ait attribué une note $\geq 8/10$ à chacune des composantes du suivi externalisé qui étaient : l'organisation générale du SE, la consultation SFAO, le suivi en ville avec le professionnel de santé choisi, et la consultation « retour SFAO » à 36SA.

Dans un second temps, nous avons souhaité analyser et comparer la satisfaction des patientes pour chacune des composantes du SE. Pour cela, nous avons considéré qu'une patiente satisfaite d'une composante du SE lui avait attribué un score $\geq 8/10$.

Les motivations des patientes dans leur choix d'un suivi externalisé correspondaient aux items des questions 5 et 9 du questionnaire (Annexe 3). Concernant les réponses ouvertes de l'item « autres », nous avons regroupé les différentes réponses sous forme de mots clés. Si le mot clé apparaissait plus de 10 fois dans les questionnaires, il était considéré comme important et pouvait apparaître à côté des autres items lors de l'analyse des résultats.

Concernant les caractéristiques du suivi susceptibles d'avoir une influence sur la satisfaction globale des patientes concernant le SE, nous les avons décrites sous forme de variables catégorielles dans des tableaux, en précisant lorsque c'était approprié le type de professionnel choisi par la patiente : une sage-femme ou un médecin.

Dans la partie analytique, nous avons étudié l'impact des caractéristiques suivantes sur la satisfaction globale des patientes :

- Les facteurs qui les ont motivées à choisir un suivi externalisé
- Les informations qui leur ont été délivrées lors de l'inscription à la maternité et par la sage-femme lors de la consultation SFAO
- Leur ressenti sur le fait de poursuivre le suivi de leur grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO
- L'organisation du cabinet en ville

- Les informations qui leur ont été délivrées par le praticien en ville sur le séjour à la maternité
- Les caractéristiques du professionnel de santé en ville et son lien avec la maternité
- Les activités proposées par le praticien, si celui-ci est une sage-femme

Lors des analyses comparatives, nous avons utilisé le Test du Chi 2 pour les variables catégorielles lorsque les conditions d'application étaient respectées et le test de Fisher pour les échantillons ayant des effectifs théoriques inférieurs à 3.

Nous avons réalisé les analyses comparatives à l'aide du site internet BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>). Le test réalisé était significatif si la *p value* était inférieure ou égale à 0,05, ce qui correspond à un risque de première espèce de 5%.

7. La réglementation

Afin de mener à bien cette étude interrogeant des patientes dans les règles éthiques, notre travail a été soumis à plusieurs évaluations.

Dans un premier temps, à la suite du rendu du synopsis court en février 2019 et du synopsis long en juin 2019, le jury de l'école de sage-femme de Baudelocque a validé notre projet en nous confirmant qu'il était conforme aux recommandations éthiques actuelles.

Dans un second temps, avec les nouvelles réglementations concernant la recherche entrées en vigueur au cours de l'été 2019, l'école nous a informés des nouvelles pièces à fournir pour être en conformité avec la nouvelle législation. Monsieur P. Tourenne, référent de la protection des données des hôpitaux de Necker, Cochin, Hôtel-Dieu et Broca a validé notre étude en MR004 (Annexe 4). Nous avons joint à notre questionnaire une note d'informations plus approfondie (Annexe 5) à destination des patientes, qu'elles devaient lire entièrement avant de répondre au questionnaire. Enfin, nous avons obtenu la validation du comité d'éthique du CEROG (Annexe 6).

Deuxième partie

Résultats

1. Description générale de la population d'étude

A la fin de notre étude, nous avons sélectionné 201 questionnaires à analyser, complétés par les patientes à bas risque de Port-Royal, ayant eu un suivi externalisé au cours de leur grossesse jusqu'à 36SA. Parmi ces patientes, 134 étaient suivies par une sage-femme (soit 67%), 3 par un médecin généraliste (soit 1%) et 64 par un gynécologue-obstétricien (soit 32%).

2. Résultats descriptifs

2.1. *Caractéristiques de la population d'étude*

Le *Tableau 1* représente les caractéristiques socio-démographiques de notre population d'étude en fonction du type de professionnel que la patiente a choisi pour réaliser son suivi de grossesse : une sage-femme ou un médecin. Nous avons décidé de regrouper toutes les patientes suivies par un médecin, au vu du faible nombre de patientes suivies par un médecin généraliste. 67 patientes étaient donc suivies par un médecin, contre 134 par une sage-femme.

Concernant les patientes suivies par une sage-femme, 64,2% d'entre elles étaient âgées de plus de 30 ans. Nous pouvons constater que près de la moitié de ces patientes (48,5%) était des cadres et que la grande majorité d'entre elles était des futures primipares (72,4%). Parmi les patientes multipares, 37,8% n'avaient pas été suivies en ville pour leur précédente grossesse, mais c'était en grande majorité (85,7%), parce qu'un tel suivi ne leur avait pas été proposé. Concernant celles qui avaient déjà été suivies à Port-Royal pour une précédente grossesse (32,4% des multipares), 41,7% avaient déjà été suivies en ville à ce moment-là.

Dans notre population, 73,1% des patientes suivies par un médecin avaient plus de 30 ans. Plus de la moitié d'entre elles étaient des cadres (53,7%) et des futures primipares (73,1%). Chez les multipares, le nombre de patientes ayant déjà été suivi en ville pour une précédente grossesse est bien plus faible que chez les patientes suivies par une sage-femme (38,9% contre 62,2%). Lorsqu'elles n'avaient pas été suivies en ville, cela s'expliquait principalement par le fait qu'on ne leur avait pas proposé (81,2%). Enfin, concernant les patientes qui avaient déjà été suivies à Port-Royal lors d'une précédente grossesse, 100% d'entre elles ont répondu qu'elles n'avaient pas été suivies en ville à ce moment-là, ce qui est significativement différent par rapport aux patientes suivies par une sage-femme ($p = 0,04$).

De manière générale, concernant les patientes qui avaient déjà été suivies pour une de leurs grossesses à Port-Royal, la majorité d'entre elles n'avait pas été suivies en ville lors d'une précédente grossesse (73,7%).

Les populations des deux groupes étaient comparables au risque alpha 0,05, mise à part pour la variable « ATCD de grossesse suivie en ville chez les patientes ayant déjà accouché à Port-Royal ».

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patientes en fonction du professionnel de santé choisi : une sage-femme ou un médecin

	Suivi de grossesse réalisé par une sage-femme		Suivi de grossesse réalisé par un médecin (GO ou MG)	
	Total	n (%)	Total	n (%)
Age	32,4 ± 3,5		32,6 ± 3,3	
≤ 30 ans	48 (35,8)		18 (26,9)	
Entre 31 et 35 ans	54 (40,3)		35 (52,2)	
≥ 36 ans	32 (23,9)		14 (20,9)	
Catégorie sociale				
Etudiante	2 (1,5)		1 (1,5)	
Cadre	65 (48,5)		36 (53,7)	
Ouvrier / Agricole	2 (1,5)		1 (1,5)	
Artisan / Commerçant	5 (3,7)		6 (9,0)	
Fonctionnaire ou employé du privé	42 (31,3)		13 (19,4)	
Personnel médical	16 (12,0)		9 (13,4)	
Chômage / Sans emploi	2 (1,5)		1 (1,5)	
Future primiparité				
Oui	97 (72,4)		49 (73,1)	
Non	37 (27,6)		18 (26,9)	
ATCD de suivi de grossesse en ville				
Oui	23 (62,2)		7 (38,9)	
Non	14 (37,8)		11 (61,1)	
Motif de suivi à la maternité pour une précédente grossesse				
Suivi en ville n'avait pas été proposé	12 (85,7)		9 (81,8)	
Suivi en ville non souhaité par la patiente	2 (14,3)		2 (18,2)	
ATCD de grossesse suivie à Port-Royal				
Oui	12 (32,4)		7 (38,9)	
Non	25 (67,6)		11 (61,1)	
ATCD de grossesse suivie en ville chez les patientes ayant déjà accouché à Port-Royal				
Oui	5 (41,7)		0 (0,0)	
Non	7 (58,3)		7 (100)	

2.2. La satisfaction globale des patientes concernant le suivi externalisé

Le *Tableau 2* représente le taux de satisfaction globale des patientes concernant le SE et plus précisément, le taux de satisfaction de ses différentes composantes.

Nous avons défini une patiente satisfaite globalement du suivi externalisé par le fait qu'elle ait donné un score de satisfaction $\geq 8/10$ aux quatre composantes du suivi externalisé qui sont : « l'organisation globale du SE », « la consultation SFAO », « le suivi de grossesse en ville », « la consultation de retour SFAO ». Nous remarquons que les patientes sont très majoritairement satisfaites du SE, à hauteur de 75,1%.

Concernant le taux de satisfaction des patientes pour chacune des composantes du SE, nous avons considéré que la patiente était satisfaite lorsqu'elle leur attribuait une note $\geq 8/10$. Nous avons ainsi remarqué que les patientes étaient très majoritairement satisfaites de chacune des composantes : 88,6% étaient satisfaites de l'organisation, 90,5% de la consultation SFAO, 90,0% du suivi en ville et 93,5% de la consultation « retour SFAO ».

Tableau 2 : Satisfaction du suivi externalisé

Total		Patientes de l'étude n (%)
Satisfaction globale du suivi externalisé		
Score $\geq 8/10$ pour les 4 composantes du SE		151 (75,1)
Score $< 8/10$ pour au moins 1 des 4 composantes du SE		50 (24,9)
Satisfaction de l'organisation du suivi externalisé		
Score $\geq 8/10$		178 (88,6)
Score $< 8/10$		23 (11,4)
Satisfaction de la consultation SFAO		
Score $\geq 8/10$		182 (90,5)
Score $< 8/10$		19 (9,5)
Satisfaction du suivi en ville		
Score $\geq 8/10$		181 (90,0)
Score $< 8/10$		20 (10,0)
Satisfaction de la consultation "retour SFAO"		
Score $\geq 8/10$		188 (93,5)
Score $< 8/10$		13 (6,5)

2.3. Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé

La *Figure 5* représente les motivations des patientes dans le choix du SE, sous forme de pourcentage, en fonction du professionnel de santé choisi pour les suivre en ville. Les variables recueillies n'étaient pas exclusives et correspondaient aux items de la question 9 du questionnaire,

interrogeant sur les motivations des patientes concernant le suivi externalisé. Nous avons également ajouté à ces variables la « Connaissance antérieure du SE », correspondant à la question 5 du questionnaire. Enfin, parmi les réponses que les patientes ont mentionnées dans la partie « autre » de la question 8, nous avons repéré deux variables qui ont été citées plus de 10 fois et qui nous paraissaient donc être importantes : « Méconnaissance de la possibilité de refuser » et « Connaissance antérieure d'un professionnel de santé en ville ».

Nous avons remarqué que pour les deux populations, le motif principal de choix du suivi externalisé était la « Proximité avec le domicile ». Cela correspondait à 61% des patientes suivies par une sage-femme et 60% des patientes suivies par un médecin.

Dans le cas où les patientes étaient suivies par une sage-femme, nous avons remarqué que le deuxième motif le plus important était la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO », à hauteur de 37%. Ce motif a été coché par 18% des patientes suivies par un médecin ($p = 0,01$).

Dans le cas où les patientes étaient suivies par un médecin, le deuxième motif le plus important était la « connaissance antérieure d'un professionnel de santé en ville », à hauteur de 24%, contre 1% pour les patientes suivies par les sages-femmes libérales ($p < 0,001$). Les 3^{ème} et 4^{ème} motifs des patientes suivies par un médecin étaient la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » et la « Méconnaissance de la possibilité de refuser », à hauteur de 18% chacun.

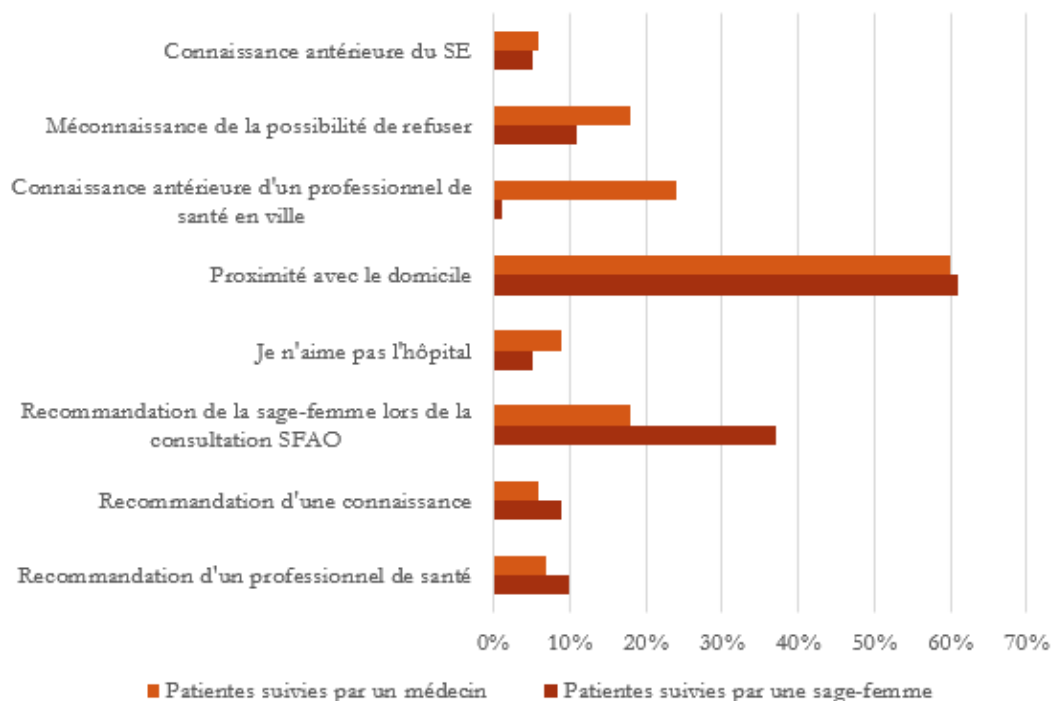


Figure 5 : Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé, lorsqu'elles sont suivies par une sage-femme ou par un médecin

La Figure 6 représente les motivations des patientes dans le choix du suivi externalisé sur l'ensemble de notre population. Nous avons observé deux critères cochés de manière plus importante par la population : la « Proximité avec le domicile » (64%) et la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » (33%).



Figure 6 : Les motivations des patientes concernant le choix du suivi externalisé

Nous avons interrogé les patientes sur les points positifs et les points négatifs du suivi externalisé dans la question 23 de notre questionnaire (Annexe 3). Les réponses pouvaient correspondre également à des motivations des patientes concernant leur choix d'un suivi externalisé. Il s'agissait d'une question ouverte, non obligatoire, ce qui rendait la généralisation des résultats difficile. C'est pourquoi, nous avons décidé de ne pas réaliser l'analyse de cette question et d'uniquement en présenter les résultats en Annexe 7 et 8. Nous avons regroupé les idées des patientes sous forme de mots-clés et les avons présentés sous forme de nuages de mots. Plus ils ont été cités de manière importante par les patientes, plus les mots-clés sont représentés par une police de caractère élevée.

2.4. Les caractéristiques du suivi externalisé des patientes

Nous avons répertorié les caractéristiques du suivi externalisé des patientes en 6 catégories :

- Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et par la sage-femme lors de la consultation SFAO
- Le ressenti de la patiente sur le fait de poursuivre le suivi de sa grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO.
- L'organisation du cabinet en ville

- Les informations délivrées par le praticien en ville sur le séjour à la maternité.
- Les caractéristiques du professionnel de santé en ville et son lien avec la maternité.
- Les activités proposées par le praticien, si celui-ci est une sage-femme.

Ces caractéristiques ont été décrites en fonction du type de professionnel choisi, quand cela était approprié.

2.4.1. Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et par la sage-femme lors de la consultation SFAO

Le *Tableau 3* représente les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et lors de la consultation SFAO par la sage-femme. Nous avons réalisé un score. Si plus de 6 informations sur les 7 ont été délivrées, les patientes ont été très bien informées. C'était le cas, 78,6% des patientes étaient très bien informées.

Les 7 informations importantes liées au suivi externalisé étaient très majoritairement délivrées. Les patientes avaient compris dans 82,6% des cas lors de l'inscription qu'elles pouvaient être suivies en ville au cours de leur grossesse. L'information sur « le motif de la possibilité d'être suivi en externe » était donnée dans 84,6% des cas par les sages-femmes lors de la consultation SFAO, celle sur le fait d'« emporter le dossier à chaque consultation de grossesse » était donnée dans 97% des cas, celle sur le fait d'« emporter le dossier à chaque consultation d'urgence » était donnée dans 89% des cas, le calendrier était donné dans 90% des cas et les explications concernant le retour à la maternité étaient données dans 95% des cas. Comparée aux autres informations, la liste des praticiens à proximité de chez la patiente était donnée moins souvent, dans 74,1% des cas. Cependant, chez les 39 patientes qui n'avaient pas reçu cette information, 18 connaissaient déjà un professionnel de santé en ville et ne nécessitaient donc pas qu'on leur délivre une liste de praticiens. Ainsi, nous avons pu considérer que seulement 21 patientes sur les 201 n'avaient pas eu cette information qui pouvait leur être utile, ce qui correspondait à 8,9% des patientes.

Tableau 3 : Les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription à la maternité et lors de la consultation SFAO

		Patientes de l'étude
		Total n (%)
Score de l'information des patientes sur le SE		
	Score $\geq$ 6/7	158 (78,6)
	Score < 6/7	43 (21,4)
Compréhension de la possibilité d'être suivi en ville à l'issue de l'inscription à la maternité		
	Oui	166 (82,6)
	Non	35 (17,4)
Motif de la possibilité d'être suivie en externe		
	Oui	170 (84,6)
	Non	13 (6,5)
	Ne se souvient pas	18 (8,9)
Emporter le dossier à chaque consultation de grossesse		
	Oui	195 (97,0)
	Non	1 (0,5)
	Ne se souvient pas	5 (2,5)
Emporter le dossier à chaque consultation d'urgence		
	Oui	179 (89,0)
	Non	9 (4,5)
	Ne se souvient pas	13 (6,5)
Calendrier des examens à faire pendant la grossesse donné		
	Oui	181 (90,0)
	Non	11 (5,5)
	Ne se souvient pas	9 (4,5)
Adresses des SF, des GO et des MG à proximité du domicile données		
	Oui	149 (74,1)
	Non	39 (19,4)
	Ne se souvient pas	13 (6,5)
Explications sur le retour à la maternité		
	Oui	191 (95,0)
	Non	5 (2,5)
	Ne se souvient pas	5 (2,5)

2.4.2. Le ressenti de la patiente sur le fait de poursuivre le suivi de sa grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO

Le *Tableau 4* présente le ressenti de la patiente à l'issue de la consultation SFAO, l'organisation du cabinet du praticien en ville, l'information qu'il délivre sur le séjour à la maternité, ses caractéristiques et son lien avec la maternité en fonction du professionnel de santé que la patiente a choisi.

Nous avons considéré que les patientes ayant répondu par un score $\geq 8/10$ à la question 8 du questionnaire (Annexe 3) étaient satisfaites de poursuivre le suivi de leur grossesse en ville, à l'issue de la consultation SFAO. Ainsi, nous avons pu constater que les patientes étaient très majoritairement satisfaites de poursuivre leur suivi de grossesse en ville à la fin de la consultation SFAO (81,3% pour les patientes suivies par une sage-femme et 89,5% pour celles suivies par un médecin). Il n'y avait pas de différence significative concernant le ressenti des patientes entre celles qui étaient suivies par un médecin et celles qui étaient suivies par une sage-femme.

Concernant les patientes non satisfaites de poursuivre le suivi de leur grossesse en ville à l'issue de la consultation SFAO, nous avons analysé les réponses à la mention « expliquez ». Dans 12 des 32 réponses, les patientes ont dit que c'était parce qu'elles « préféraient l'hôpital ». Les autres réponses ont été citées par moins de 3 patientes sur les 32 donc nous ne l'avons pas retranscrit dans les résultats.

2.4.3. L'organisation du cabinet en ville et les informations délivrées par le praticien sur le séjour à la maternité

Concernant l'organisation du cabinet en ville, nous avons pu constater dans le *Tableau 4* des différences significatives pour chacune des variables catégorielles testées, entre les patientes suivies par une sage-femme et celles suivies par un médecin.

Concernant la durée de la consultation, nous avons pu remarquer une différence significative entre les patientes suivies par un médecin et celles suivies par une sage-femme ($p=0,02$). En effet, 44,8% des patientes suivies par une sage-femme avaient bénéficié de consultations de plus de 30 minutes, contre 26,9% chez patientes suivies par un médecin ($p=0,03$).

Entre les patientes suivies par un médecin et celles suivies par une sage-femme, il y avait une différence significative au niveau de la distance entre leur domicile et le cabinet ($p<0,001$). Plus précisément, 67,9% des patientes suivies par une sage-femme habitaient à moins de 15 minutes du cabinet contre 40,3% des patientes suivies par un médecin ($p<0,001$).

Nous avons pu remarquer une différence significative concernant la facilité de prise de rendez-vous ($p<0,01$). En effet, 72,4% des patientes suivies par une sage-femme ont eu un temps d'attente de moins de 2 semaines pour prendre un rendez-vous, contre 50,7% des patientes suivies par un médecin ($p<0,01$).

Les médecins pratiquaient majoritairement des dépassements d'honoraires (74,6%), contrairement aux sages-femmes (18,7%) avec un $p<0,001$.

Concernant les informations délivrées sur le séjour à la maternité par la sage-femme ou le médecin, nous avons pu mettre en évidence des différences significatives pour chacune des variables testées.

Ainsi, concernant l'information sur l'accouchement à Port-Royal, nous avons pu observer une différence en fonction du type de praticien ($p < 0,01$). Plus précisément, 59,7% des patientes suivies par une sage-femme ont reçu l'information, contre 37,3% des patientes suivies par un médecin ($p < 0,01$).

Les patientes suivies par une sage-femme ont significativement eu plus d'informations sur la « salle nature », les sorties précoces et la durée du séjour à la maternité par rapport aux patientes suivies par un médecin, avec un $p < 0,001$ pour chacune de ces variables.

Enfin, les patientes ont réalisé un projet de naissance dans 35,1% des cas lorsqu'elles étaient suivies par une sage-femme, contre 14,9% lorsqu'elles étaient suivies par un médecin ($p < 0,01$).

2.4.4. Les caractéristiques du professionnel de santé en ville et son lien avec la maternité

Nous avons considéré qu'un praticien qui prenait le temps de répondre aux questions de ses patientes s'était vu attribuer une note $\geq 8/10$ à la question 20. Ainsi, du point de vue des patientes, nous avons pu constater que les sages-femmes répondaient davantage aux questions comparées aux médecins ($p < 0,05$).

De manière générale, les patientes considéraient majoritairement que le praticien était joignable facilement, que ses conseils étaient en accord avec ceux de l'hôpital et qu'il pouvait joindre l'hôpital sans problème. Concernant ces trois variables, les patientes répondent davantage « oui » lorsqu'elles sont suivies par une sage-femme, mais pas de manière significative.

Tableau 4: L'organisation du cabinet, l'information délivrée sur le séjour à la maternité, les caractéristiques du professionnel, son lien avec la maternité et le ressenti de la patiente à l'issue de la consultation SFAO

		Suivi de grossesse réalisé par une sage-femme	Suivi de grossesse réalisé par un médecin (GO ou MG)	p
Total		n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)
Organisation au cabinet	Durée de la consultation			
	< 15 minutes	6 (4,5)	8 (11,9)	p = 0,02**
	15 à 30 minutes	68 (50,7)	41 (61,2)	
	> 30 minutes	60 (44,8)	18 (26,9)	
	Distance entre le domicile et le cabinet			
	< 15 minutes	91 (67,9)	27 (40,3)	p < 0,001**
	15 à 30 minutes	37 (27,6)	31 (46,3)	
	> 30 minutes	6 (4,5)	9 (13,4)	
	Facilité de prise de rendez-vous			
	< 2 semaines d'attente	97 (72,4)	34 (50,7)	p < 0,01**
	2 à 4 semaines d'attente	34 (25,4)	29 (43,3)	
	> 1 mois d'attente	3 (2,2)	4 (6,0)	
Informations sur le séjour à la maternité	Dépassements d'honoraires			
	Oui	25 (18,7)	50 (74,6)	p < 0,001*
	Non	109 (81,3)	17 (25,4)	
	Accouchement à Port-Royal			
	Oui	80 (59,7)	25 (37,3)	p < 0,01**
	Non	50 (37,3)	41 (61,2)	
	Ne sait pas	4 (3,0)	1 (1,5)	
	La salle nature à Port-Royal			
	Oui	52 (38,8)	7 (10,4)	p < 0,001**
	Non	75 (56,0)	58 (86,6)	
	Ne sait pas	7 (5,2)	2 (3,0)	
	Les sorties précoces			
	Oui	43 (32,1)	8 (11,9)	p < 0,001**
	Non	69 (51,5)	59 (88,1)	
	Ne sait pas	22 (16,4)	0 (0)	
	La durée du séjour à la maternité			
	Oui	96 (71,6)	22 (32,8)	p < 0,001**
	Non	34 (25,4)	40 (59,7)	
	Ne sait pas	4 (3,0)	5 (7,5)	
Caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	Elaboration d'un projet de naissance			
	Oui	47 (35,1)	10 (14,9)	p < 0,01**
	Non	87 (64,9)	57 (85,1)	
	Prend le temps de répondre à vos questions			
	Oui : ≥ 8/10	122 (91,0)	53 (79,1)	p < 0,05*
	Non : < 8/10	12 (9,0)	14 (20,9)	
	Il est joignable facilement			
	Oui	125 (93,3)	57 (85,1)	p = 0,07*
	Non	9 (6,7)	10 (14,9)	
	Adéquation entre les conseils du praticien en ville et ceux de la maternité			
	Oui	127 (94,8)	59 (88,1)	p = 0,09*
	Non	7 (5,2)	8 (11,9)	
	Ressenti que le praticien pouvait joindre l'hôpital sans problème			
	Oui	108 (80,6)	52 (77,6)	p = 0,71*
	Non	26 (19,4)	15 (22,4)	
	Satisfaction de poursuivre le suivi de grossesse en ville			
	Oui : ≥ 8/10	109 (81,3)	60 (89,5)	p = 0,16*
	Non : < 8/10	25 (18,7)	7 (10,5)	

2.4.5. Les activités proposées par le praticien en ville si celui-ci est une sage-femme

Le *Tableau 5* représente les activités proposées par les sages-femmes.

Elles pratiquent plusieurs activités en libéral, qu'elles peuvent proposer à une même patiente au cours de son suivi de grossesse et après l'accouchement. Cela entraîne une prise en charge de la patiente par le moins de professionnel possible, en accord avec les recommandations de la HAS. Nous avons interrogé les patientes suivies par une sage-femme sur les activités que celle-ci propose, en ciblant les 5 activités principales qui sont : la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), les visites à domicile (VAD), la rééducation du périnée et le suivi gynécologique de prévention. Nous avons pu remarquer que la majorité des sages-femmes suivant les patientes de notre étude pratiquaient au moins 4 des 5 activités (56,7%).

La PNP, les VAD et la rééducation du périnée étaient très majoritairement proposées par les sages-femmes, respectivement à hauteur de 95,5%, 79,1% et 83,6%. L'EPP (60,4%) et les consultations gynécologiques de prévention (41,8%) étaient moins proposés d'après les patientes, mais nous avons pu remarquer que la plupart du temps, les patientes ne savaient pas répondre à la question et cochaient « ne sait pas ». Le taux de « ne sait pas » pour l'EPP était de 34,3% et pour les consultations gynécologiques de 51,5%. Cependant, nous avons tout de même pu voir que lorsque nous ne prenions pas en considération les « ne sait pas », les sages-femmes pratiquaient significativement plus la PNP que le suivi gynécologique, avec un $p=0,02^{**}$.

Tableau 5 : Les activités proposées par le praticien lorsque celui-ci est une sage-femme

		Suivi de grossesse réalisé par une sage-femme
		Total n(%)
Nombre d'activité pratiquées		
Pratique au moins 4 activités sur 5		76 (56,7)
Pratique moins de 4 activités sur 5		58 (43,2)
Les activités proposées	Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)	
	Oui	128 (95,5)
	Non	5 (3,7)
	Ne sait pas	1 (0,7)
	L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)	
	Oui	81 (60,4)
	Non	7 (5,2)
	Ne sait pas	46 (34,3)
	Les visites à domicile au retour de la maternité (VAD)	
	Oui	106 (79,1)
	Non	17 (12,7)
	Ne sait pas	11 (8,2)
	La rééducation du périnée	
	Oui	112 (83,6)
	Non	3 (2,2)
	Ne sait pas	19 (14,2)
	Les consultations gynécologiques de prévention	
	Oui	56 (41,8)
	Non	9 (6,7)
	Ne sait pas	69 (51,5)

3. Résultats des analyses statistiques

3.1. Les caractéristiques socio-démographiques des patientes et leur satisfaction globale du SE

Le Tableau 6 représente l'impact des caractéristiques socio-démographiques sur la satisfaction globale du SE.

Nous rappelons que les patientes satisfaites du SE correspondaient aux patientes ayant répondu un score de satisfaction ≥ 8 pour les 4 composantes du suivi externalisé qui étaient l'organisation générale, la consultation SFAO, le suivi en ville et la consultation « retour SFAO ».

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, il n'y avait pas de différence significative entre les patientes satisfaites et les patientes non satisfaites.

Tableau 6 : Impact des caractéristiques socio-démographiques des patientes sur leur satisfaction globale du SE

		Patientes satisfaites Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Patientes insatisfaites Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	
Total		n (%) m $\pm$ sd	n (%) m $\pm$ sd	p Chi2 (*) Fisher (**)
Age		32 $\pm$ 3,6	31 $\pm$ 2,9	
	≤ 30 ans	48 (31,8)	18 (36,0)	p = 0,10*
	Entre 31 et 35 ans	63 (41,7)	26 (52,0)	
	≥ 36 ans	40 (26,5)	6 (12,0)	
Catégorie sociale				
	Etudiante	2 (1,3)	1 (2,0)	p = 0,74**
	Cadre	73 (48,4)	28 (56,0)	
	Ouvrière / Agricole	3 (2,0)	0 (0,0)	
	Artisan / Commerçante	10 (6,6)	1 (2,0)	
	Fonctionnaire ou employée du privé	40 (26,5)	15 (30,0)	
	Personnel soignant	20 (13,2)	5 (10,0)	
	Chômage / Sans emploi	3 (2,0)	0 (0,0)	
Future primiparité				
	Oui	107 (70,9)	39 (78,0)	p = 0,32*
	Non	44 (29,1)	11 (22,0)	
ATCD de suivi de grossesse en ville				
	Oui	22 (50,0)	8 (72,7)	p = 0,18*
	Non	22 (50,0)	3 (27,3)	
Motif de suivi à la maternité pour précédente grossesse				
	Suivi en ville n'avait pas été proposé	18 (81,8)	3 (100,0)	p = 1**
	Suivi en ville non souhaité par la patiente	4 (18,2)	0 (0,0)	
ATCD de grossesse suivie à Port-Royal				
	Oui	16 (36,3)	3 (27,3)	p = 0,73**
	Non	28 (63,7)	8 (72,7)	
ATCD de grossesse suivie en ville chez les patientes ayant déjà accouché à Port-Royal				
	Oui	3 (18,7)	2 (66,7)	p = 0,15**
	Non	13 (81,3)	1 (33,3)	

3.2. Les motivations initiales concernant le choix du SE et la satisfaction globale des patientes

La Figure 7 représente le lien entre les motivations initiales des patientes concernant le choix du SE et leur satisfaction globale.

Les patientes satisfaites du SE avaient les mêmes motivations initiales que la population générale de notre étude concernant le choix du SE. En effet, 2 motifs principaux avaient été décrits : « Proximité avec le domicile » dans 64% des cas et « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » dans 35% des cas.

Les patientes non satisfaites du SE avaient coché principalement 3 motifs : « Proximité avec le domicile » dans 64% des cas, « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » dans 26% des cas et « Méconnaissance de la possibilité de refuser » dans 24% des cas. Nous avons pu observer que le motif « Méconnaissance de la possibilité de refuser » a été coché par 24% des patientes non satisfaites, contre 11% des patientes satisfaites ($p = 0,02^*$).

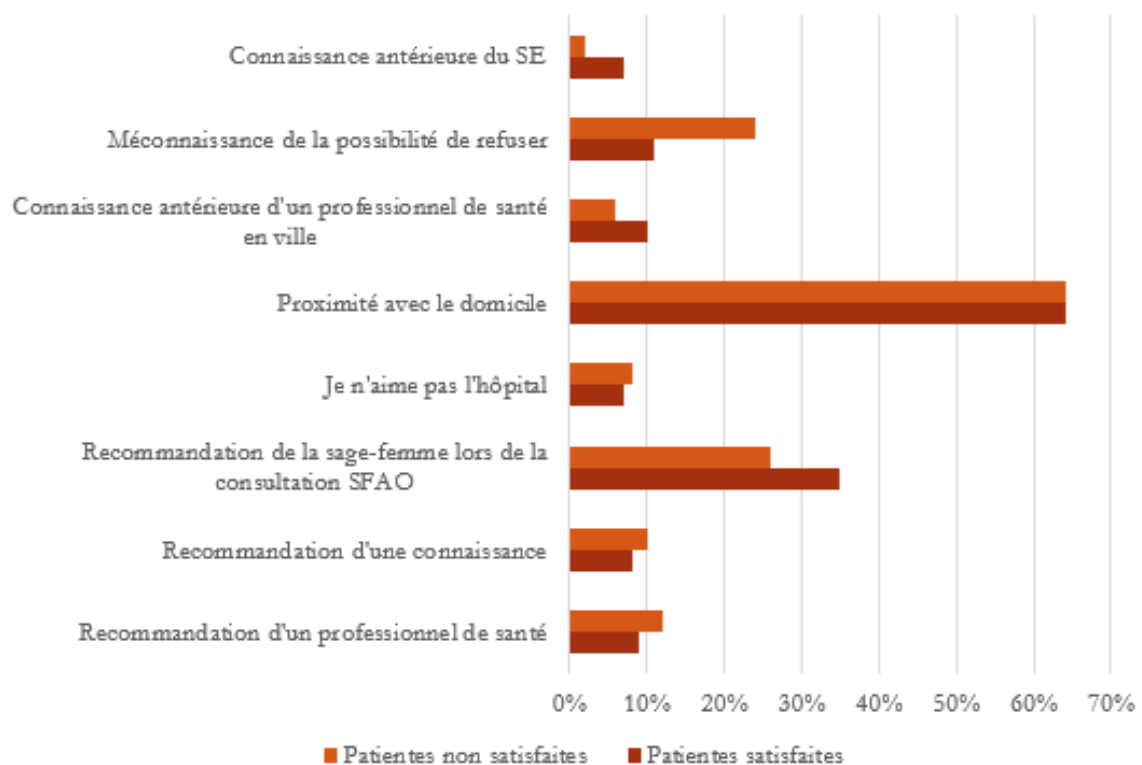


Figure 7 : Lien entre les motivations initiales concernant le choix du SE et la satisfaction globale des patientes

3.3. *Lien entre les caractéristiques du suivi externalisé des patientes et leur satisfaction globale*

3.3.1. *Lien entre la satisfaction globale des patientes et les informations qu'elles ont reçues sur le SE*

Le *Tableau 7* représente les informations que les patientes ont reçues au préalable sur le SE en fonction de leur satisfaction globale du SE.

Nous avons pu remarquer qu'il n'y avait pas de différence significative entre les patientes très bien informées (score $\geq 6/7$) et les patientes moins informées (score $< 6/7$) concernant le taux de satisfaction.

En détaillant les items du score de l'information des patientes, nous avons pu constater plusieurs éléments. Lorsque les patientes étaient informées sur le fait d'emporter leur dossier à chaque consultation de grossesse, sur le retour à la maternité à 36SA, et lorsqu'il leur avait été donné un calendrier de grossesse, elles étaient plus satisfaites, mais de manière non significative. Lorsque la sage-femme avait expliqué à la patiente pourquoi elle pouvait être suivie en externe, celle-ci était plus satisfaite et cela de manière significative par rapport à celles qui n'avaient pas eu l'information ($p < 0,01^{**}$). Enfin, les patientes à qui il avait été dit d'emporter le dossier à chaque consultation d'urgence étaient significativement plus satisfaites que les autres ($p < 0,01^{**}$).

Tableau 7 : Impact de l'information préalable des patientes sur leur satisfaction globale du SE

	Patientes satisfaites	Patientes non satisfaites	
	Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	
	n (%)	n (%)	P Chi2 (*) Fisher (**)
Score de l'information des patientes sur le SE			
Score $\geq 6/7$	123 (81,5)	36 (72,0)	p = 0,15*
Score $< 6/7$	28 (18,5)	14 (28,0)	
Compréhension de la possibilité d'être suivie en ville à l'issue de l'inscription à la maternité			
Oui	122 (80,8)	44 (88,0)	p = 0,24*
Non	29 (19,2)	6 (12,0)	
Motif de la possibilité d'être suivie en externe			
Oui	134 (88,8)	36 (72,0)	p < 0,01**
Non	5 (3,3)	8 (16,0)	
Ne se souvient pas	12 (7,9)	6 (12,0)	
Emporter le dossier à chaque consultation de grossesse			
Oui	148 (98,0)	47 (94,0)	p = 0,22***
Non	0 (0,0)	1 (2,0)	
Ne se souvient pas	3 (2,0)	2 (4,0)	
Emporter le dossier à chaque consultation d'urgence			
Oui	141 (93,4)	38 (76,0)	p < 0,01**
Non	5 (3,3)	4 (8,0)	
Ne se souvient pas	5 (3,3)	8 (16,0)	
Calendrier des examens à faire pendant la grossesse donné			
Oui	140 (92,7)	41 (82,0)	p = 0,07***
Non	6 (4,0)	5 (10,0)	
Ne se souvient pas	5 (3,3)	4 (8,0)	
Adresses des SF, des GO et des MG à proximité du domicile données			
Oui	110 (72,8)	39 (78,0)	p = 0,19**
Non	33 (21,9)	6 (12,0)	
Ne se souvient pas	8 (5,3)	5 (10,0)	
Explications sur le retour à la maternité			
Oui	144 (95,4)	47 (94,0)	p = 0,08**
Non	2 (1,3)	3 (6,0)	
Ne se souvient pas	5 (3,3)	0 (0,0)	

3.3.2. Lien entre la satisfaction globale des patientes et leur ressenti à l'issue de la consultation SFAO

Le *Tableau 8* représente le niveau de satisfaction des patientes à l'issue de la consultation SFAO concernant la poursuite de leur suivi de grossesse en ville, en fonction de leur satisfaction globale du SE à 36SA.

Nous avons pu observer que les patientes qui n'étaient pas satisfaites de poursuivre leur grossesse en ville à l'issue de la consultation SFAO n'étaient pas satisfaites du suivi externalisé au final ($p < 0,001$). Le suivi en ville ne les avait pas fait changer d'avis sur ce type de suivi.

Tableau 8 : Lien entre la satisfaction initiale à l'issue de la consultation SFAO et la satisfaction globale du SE

	Patientes satisfaites	Patientes non satisfaites	
	Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	
Total	n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)
Satisfaction de poursuivre le suivi de grossesse en ville à l'issue de la consultation SFAO			
Oui : $\geq 8/10$	138 (91,4)	31 (62,0)	p < 0,001*
Non : $< 8/10$	13 (8,6)	19 (38,0)	

3.3.3. Impact de l'organisation du cabinet en ville et des informations délivrées par le praticien concernant le séjour à Port-Royal sur la satisfaction globale des patientes

Le Tableau 9 représente l'impact de l'organisation au cabinet, de l'information reçue sur le séjour à la maternité, des caractéristiques du professionnel et de son lien avec la maternité, sur la satisfaction globale du SE. Nous avons également voulu décrire ces caractéristiques, en précisant si les patientes étaient suivies par un médecin ou une sage-femme.

3.3.3.1. Patientes suivies par une sage-femme : lien entre leur satisfaction globale, les caractéristiques du cabinet et les informations données sur le séjour à Port-Royal

Concernant les variables en rapport avec l'organisation au cabinet, nous avons pu constater qu'il n'y avait pas de différence significative entre les patientes satisfaites et les patientes non satisfaites. Nous avons pu en conclure qu'il n'y avait pas de lien entre la satisfaction globale et les caractéristiques de l'organisation au cabinet.

Pour ce qui était des variables en rapport avec les informations sur le séjour à la maternité que la sage-femme a délivrées, nous avons pu observer plusieurs choses. Les patientes étaient davantage satisfaites lorsqu'elles avaient eu l'information sur le déroulement de l'accouchement à Port-Royal ($p = 0,02^*$) et sur la durée du séjour à la maternité ($p = 0,04^*$). En revanche, pour les autres variables concernant les informations sur Port-Royal, il n'y avait pas de différence

significative entre les patientes satisfaites et insatisfaites. Ainsi, nous avons pu conclure que le fait d'avoir l'information sur l'accouchement à Port-Royal et sur la durée du séjour à la maternité influençait la satisfaction des patientes.

3.3.3.2. Patientes suivies par un médecin : lien entre leur satisfaction globale, les caractéristiques du cabinet et les informations données sur le séjour à Port-Royal

Concernant l'organisation au cabinet, nous avons pu voir que les patientes habitant à moins de 15 minutes du lieu de consultation étaient significativement plus satisfaites ($p = 0,04^{**}$). Les autres variables en lien avec l'organisation du cabinet n'avaient pas montré de lien avec la satisfaction des patientes.

Il n'y avait pas de différence significative entre les patientes satisfaites et les patientes insatisfaites concernant les variables en rapport avec les informations données par le médecin sur le séjour à Port-Royal.

Les variables ayant un impact sur la satisfaction des patientes n'étaient donc pas les mêmes lorsque les patientes étaient suivies par une sage-femme ou par un médecin.

3.3.3.3. Lien entre la satisfaction globale de notre population générale, les caractéristiques du cabinet et les informations données sur le séjour à Port-Royal

Nous avons pu décrire qu'il n'y avait pas de différence significative entre les patientes satisfaites et les patientes insatisfaites concernant les variables en lien avec l'organisation au cabinet.

En revanche, nous avons pu constater que le fait de donner l'information sur l'accouchement à Port-Royal et le fait d'élaborer un projet de naissance influençait la satisfaction des patientes. En effet, les patientes étaient plus satisfaites lorsqu'elles avaient l'information sur l'accouchement ($p=0,008^*$) et lorsqu'elles réalisaient un projet de naissance ($p=0,02^*$). Les autres informations que le praticien délivrait sur le séjour à la maternité n'avaient pas d'influence sur la satisfaction des patientes.

3.3.4. Lien entre la satisfaction globale des patientes, les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité

3.3.4.1. Patientes suivies par une sage-femme : Lien entre leur satisfaction globale, les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité

Lorsque la patiente ressentait que sa sage-femme pouvait joindre l'hôpital sans problème, nous pouvions observer que celle-ci était significativement plus satisfaite ($p = 0,02^{**}$). En revanche, les autres caractéristiques de la sage-femme et l'adéquation entre ses conseils et ceux de la maternité n'influençaient pas la satisfaction des patientes.

3.3.4.2. Patientes suivies par un médecin : Lien entre leur satisfaction globale, les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité

Les patientes qui trouvaient que leur médecin prenait le temps de répondre à leurs questions étaient plus satisfaites que les autres de manière significative ($p < 0,01^{**}$). De plus, les patientes qui ressentait que leur médecin pouvait joindre l'hôpital sans problème étaient plus satisfaites ($p = 0,02^{**}$). Les autres variables ne montraient pas de différence significative entre les patientes satisfaites du SE et celles qui ne l'étaient pas.

3.3.4.3. Lien entre la satisfaction globale des patientes de notre population, les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité

Les patientes de notre étude étaient plus satisfaites lorsque leur praticien prenait le temps de répondre à leurs questions ($p < 0,01^{*}$) et lorsqu'elles ressentait qu'il pouvait appeler l'hôpital sans problème ($p < 0,001^{*}$). Les autres variables n'avaient pas d'influence sur la satisfaction des patientes de notre étude.

Tableau 9 : Impact de l'organisation au cabinet, de l'information reçue sur le séjour à la maternité et des caractéristiques du professionnel sur la satisfaction globale du SE

		Suivi de grossesse réalisé par une sage-femme n = 134			Suivi de grossesse réalisé par un médecin n=67					
		Patientes satisfaites n=101 Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Patientes non satisfaites n=33 Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	p	Patientes satisfaites n=50 Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Patientes non satisfaites n=17 Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	p	Patientes satisfaites n=151 Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Patientes non satisfaites n=50 Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	p
	Total	n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)	n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)	n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)
Organisation au cabinet	Durée de la consultation									
	< 15 minutes	4 (4,0)	2 (6,1)		4 (8,0)	4 (23,6)		8 (5,3)	6 (12,0)	
	15 à 30 minutes	51 (50,5)	17 (51,5)	0,78*	31 (62,0)	10 (58,8)	0,21**	82 (54,3)	27 (54,0)	0,23*
	> 30 minutes	46 (45,5)	14 (42,4)		15 (30,0)	3 (17,6)		61 (40,4)	17 (34,0)	
	Distance entre le domicile et le cabinet									
	< 15 minutes	67 (66,3)	24 (72,7)		24 (48,0)	3 (17,6)		91 (60,2)	27 (54,0)	
	15 à 30 minutes	30 (29,7)	7 (21,2)	0,58*	18 (36,0)	13 (76,5)	0,02**	48 (31,8)	20 (40,0)	0,56**
	> 30 minutes	4 (4,0)	2 (6,1)		8 (16,0)	1 (5,9)		12 (8,0)	3 (6,0)	
	Facilité de prise de rendez-vous									
	< 2 semaines d'attente	70 (69,3)	27 (81,9)		24 (48,0)	10 (58,8)		94 (62,2)	37 (74,0)	
Informations sur le séjour à la maternité	2 à 4 semaines d'attente	28 (27,7)	6 (18,1)	0,41*	23 (46,0)	6 (35,3)	0,81**	51 (33,8)	12 (24,0)	0,50**
	> 1 mois d'attente	3 (3,0)	0 (0,0)		3 (6,0)	1 (5,9)		6 (4,0)	1 (2,0)	
	Dépassements d'honoraires									
	Oui	21 (20,8)	4 (12,1)	0,31*	36 (72,0)	14 (82,4)		57 (37,7)	18 (36,0)	
	Non	80 (79,2)	29 (87,9)	*	14 (28,0)	3 (17,6)	0,52**	94 (62,3)	32 (64,0)	0,82*
	Accouchement à Port-Royal									
	Oui	66 (65,3)	14 (42,4)	0,03*	21 (42,0)	4 (23,5)		87 (57,6)	18 (36,0)	
	Non	33 (32,7)	17 (51,5)	*	28 (56,0)	13 (76,5)	0,43**	61 (40,4)	30 (60,0)	0,02**
	Ne sait pas	2 (2,0)	2 (6,1)		1 (2,0)	0 (0,0)		3 (2,0)	2 (4,0)	
	La salle nature à Port-Royal									
Caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	Oui	40 (39,6)	12 (36,4)	0,79*	6 (12,0)	1 (5,9)		46 (30,5)	13 (26,0)	
	Non	55 (54,5)	20 (60,6)	*	43 (86,0)	15 (88,2)	0,52**	98 (64,9)	35 (70,0)	0,87**
	Ne sait pas	6 (5,9)	1 (3,0)		1 (2,0)	1 (5,9)		7 (4,6)	2 (4,0)	
	Les sorties précoces									
	Oui	37 (36,7)	6 (18,2)		7 (14,0)	1 (5,9)		44 (29,1)	7 (14,0)	
	Non	48 (47,5)	21 (63,6)	0,13*	43 (86,0)	16 (94,1)	0,67**	91 (60,3)	37 (74,0)	0,09**
	Ne sait pas	16 (15,8)	6 (18,2)	*	0 (0,0)	0 (0,0)		16 (10,6)	6 (12,0)	
	La durée du séjour à la maternité									
	Oui	77 (76,2)	19 (57,6)		18 (36,0)	4 (23,5)		95 (62,9)	23 (46,0)	
	Non	20 (19,8)	14 (42,4)	0,03*	29 (58,0)	11 (64,7)	0,51**	49 (32,5)	25 (50,0)	0,08**
Caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	Ne sait pas	4 (4,0)	0 (0,0)	*	3 (6,0)	2 (11,8)		7 (4,6)	2 (4,0)	
	Elaboration d'un projet de naissance									
	Oui	40 (39,6)	7 (21,2)	0,06*	9 (18,0)	1 (5,9)		49 (32,4)	8 (16,0)	
	Non	61 (60,4)	26 (78,8)	*	41 (82,0)	16 (94,1)	0,43**	102 (67,6)	42 (84,0)	0,02**
	Prend le temps de répondre à vos questions									
	Oui : ≥ 8/10	94 (93,1)	28 (84,9)		44 (88,0)	9 (52,9)		138 (91,4)	37 (74,0)	
	Non : < 8/10	7 (6,9)	5 (15,1)	0,17**	6 (12,0)	8 (47,1)	< 0,01**	13 (8,6)	13 (26,0)	<0,01*
	Il est joignable facilement									
	Oui	93 (92,1)	32 (97,0)		43 (86,0)	14 (82,3)		136 (90,1)	46 (92,0)	
	Non	8 (7,9)	1 (3,0)	0,45**	7 (14,0)	3 (17,7)	0,71**	15 (9,9)	4 (8,0)	0,78**
Caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité	Adéquation entre les conseils du praticien en ville et ceux de la maternité									
	Oui	97 (96,0)	30 (90,9)		46 (92,0)	13 (76,5)		143 (94,7)	43 (86,0)	
	Non	4 (4,0)	3 (9,1)	0,36**	4 (8,0)	4 (23,5)	0,18**	8 (5,3)	7 (14,0)	0,06**
	Ressenti que le praticien pouvait joindre l'hôpital sans problème									
	Oui	86 (85,1)	22 (66,7)		43 (86,0)	9 (52,9)		129 (85,4)	31 (62,0)	
	Non	15 (14,9)	11 (33,3)	0,02**	7 (14,0)	8 (47,1)	0,02**	22 (14,6)	19 (38,0)	<0,001*

3.3.5. Lien entre les activités proposées par le praticien en ville si celui-ci est une sage-femme et la satisfaction globale des patientes

Le *Tableau 10* représente l'impact des activités proposées lorsque le praticien est une sage-femme, sur la satisfaction globale du SE.

Lorsque la sage-femme pratiquait plus de 4 activités sur les 5, il n'y avait pas de différence significative entre les patientes satisfaites ou insatisfaites. Nous avons pu en conclure qu'il n'y avait pas de lien entre la satisfaction globale des patientes concernant le SE et le nombre d'activités proposées par la sage-femme.

Nous nous étions demandées si le fait d'inclure les réponses « ne sait pas » dans la catégorie « pratique moins de 4 activités sur 5 » n'influait pas le fait qu'il n'y avait pas de lien entre le nombre d'activités pratiquées et la satisfaction. Nous avons réalisé le même score en n'incluant pas les « ne sait pas » et cela revenait au même. Il n'y avait donc pas de lien entre le nombre d'activités réalisées et la satisfaction des patientes.

En revanche, lorsque nous prenions les activités une par une et comparions la satisfaction des patientes lorsque la sage-femme pratiquait ou non telle ou telle activité, nous pouvions remarquer différents niveaux de satisfaction. Par exemple, les patientes étaient plus satisfaites si la sage-femme pratiquait l'EPP ($p=0,01^{**}$) ou les consultations gynécologiques de prévention ($p = 0,02^{**}$). En revanche, il n'y avait pas de lien entre la satisfaction et la pratique ou non des autres activités.

Tableau 10 : Impact des activités proposées lorsque le praticien est une sage-femme, sur la satisfaction globale du SE

		Patientes satisfaites n=101 Score ≥ 8 pour les 4 composantes du SE	Patientes non satisfaites n=33 Score < 8 pour au moins 1 des 4 composantes du SE	p
Total		n (%)	n (%)	Chi2 (*) Fisher (**)
Nombre d'activité pratiquées				
Pratique au moins 4 activités sur 5		62 (61,4)	23 (69,7)	0,38*
Pratique moins de 4 activités sur 5		39 (38,6)	10 (30,3)	
Les activités proposées	Préparation à la Naissance et à la Parentalité			
	Oui	98 (97,0)	30 (90,9)	0,22**
	Non	2 (2,0)	3 (9,1)	
	Ne sait pas	1 (1,0)	0 (0,0)	
	L'Entretien Prénatal Précoce			
	Oui	68 (67,3)	13 (39,4)	0,01**
	Non	4 (4,0)	3 (9,1)	
	Ne sait pas	29 (28,7)	17 (51,5)	
	Les visites à domicile au retour de la maternité			
	Oui	79 (78,2)	27 (81,8)	0,81**
	Non	14 (13,9)	3 (9,1)	
	Ne sait pas	8 (7,9)	3 (9,1)	
	La rééducation du périnée			
	Oui	88 (87,1)	24 (72,7)	0,10**
	Non	2 (2,0)	1 (3,0)	
	Ne sait pas	11 (10,9)	8 (24,3)	
Les consultations gynécologiques de prévention				
Oui	48 (47,5)	8 (24,3)	0,02**	
Non	8 (7,9)	1 (3,0)		
Ne sait pas	45 (44,6)	24 (72,7)		

Troisième partie

Discussion

1. Résultats principaux

D'après nos analyses, 75,1% des patientes de notre étude sont globalement satisfaites du suivi externalisé. Lorsque nous analysons la satisfaction des patientes concernant les différentes composantes du suivi séparément, nous pouvons remarquer que les patientes en sont également très satisfaites, avec 88,6% de satisfaction concernant l'organisation du suivi, 90,5% concernant la consultation SFAO, 90% concernant le suivi en ville et 93,5% concernant la consultation « retour SFAO ».

Notre première hypothèse est donc validée, les patientes sont globalement satisfaites du suivi externalisé à leur retour à 36SA.

Les différentes motivations des patientes dans leur choix du suivi externalisé que nous avons identifiées au préalable ont toutes été cochées au moins une fois. Deux d'entre elles se sont distinguées par rapport aux autres : la « Proximité avec le domicile » avec 64% des patientes l'ayant sélectionnée et la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » avec 33% des réponses. Plus précisément, chez les patientes suivies par un médecin, la « Connaissance antérieure d'un professionnel de santé en ville » a été mentionnée par 24% d'entre elles, correspondant au 2^{ème} motif le plus important dans cette population.

Notre deuxième hypothèse est donc validée, plusieurs facteurs motivent les patientes à choisir un suivi prénatal externalisé à Port-Royal.

Plusieurs caractéristiques du suivi des patientes avaient une influence sur leur satisfaction globale du SE.

Le fait d'être très bien informé au préalable sur le suivi externalisé (score $\geq 6/7$) n'avait pas d'impact sur la satisfaction des patientes, par rapport à celles qui l'étaient moins (score < 6). En revanche, plus précisément, le fait d'informer les patientes sur le fait « d'emporter le dossier de grossesse aux consultations d'urgence » et le fait d'expliquer aux patientes « le motif de la possibilité d'être suivi en externe » les rend significativement plus satisfaites ($p < 0,001^{**}$).

Nous avons constaté que le ressenti des patientes sur le fait de poursuivre leur grossesse en ville à l'issue de la consultation SFAO avait une influence sur leur satisfaction globale à l'issue du

SE à 36SA. En effet, plus elles étaient déjà satisfaites (score ≥ 8) à ce moment-là et plus elles allaient être satisfaites du SE à la fin de celui-ci ($p < 0,001^*$).

Concernant l'organisation au cabinet, nous n'avons pas constaté d'impact sur la satisfaction globale des femmes de notre étude.

Lorsque le praticien en ville informe ses patientes sur l'accouchement à Port-Royal et qu'il élabore avec elles un projet de naissance, elles sont significativement plus satisfaites ($p = 0,02^{**}$).

Nous avons constaté que plus notre population considérait que le praticien prenait le temps de répondre à ses questions ($p < 0,01^*$) et qu'il pouvait joindre l'hôpital sans problème ($p < 0,001^*$), plus elle était globalement satisfaite, de manière significative.

Enfin, lorsque les patientes étaient suivies par une sage-femme et que celle-ci pratiquait l'EPP ($p = 0,01^{**}$) et la consultation gynécologique de prévention ($p = 0,02^{**}$), elles étaient significativement plus satisfaites que les autres.

Notre hypothèse 3 est donc validée, plusieurs caractéristiques influencent la satisfaction globale des patientes concernant le SE, de manière significative.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. *Les forces de l'étude*

Notre étude présente des forces que nous décrivons ici.

Il s'agit de la première enquête à traiter du sujet du suivi prénatal externalisé. Ce type de suivi est très récent et est encore peu réalisé en France. Plusieurs maternités parisiennes commencent à le réaliser comme par exemple celles de Necker (type 3) ou de Saint-Joseph (type 2B). Dans le contexte où les maternités publiques de grande taille suivent en priorité les grossesses pathologiques dans leurs services, ce type de suivi tend à se développer de plus en plus. Lors de cette étude, il s'agissait de traiter particulièrement de ce type de suivi en France, cependant, nous n'avons pas trouvé de littérature étrangère parlant de ce sujet pour enrichir notre enquête.

Le nombre de réponses à notre questionnaire était plutôt élevé par rapport à la population cible. En effet, sur 5 mois, j'ai déposé 460 questionnaires dans les dossiers, destinés à 460 patientes qui avaient une consultation « retour SFAO » au cours de cette période. Sur ces questionnaires, nous en avons récupérés 210, ce qui correspond à 45,6% de la population d'étude au cours de cette période. Au total, 201 questionnaires ont été analysés, correspondant à 43,7% de la population, ce qui est une bonne proportion.

Le choix de distribuer les questionnaires à 36SA et non à un autre moment nous a permis de limiter des biais de mémorisation des patientes. En effet, la dernière consultation qu'elles avaient effectuée en ville remontait à seulement 1 mois lorsqu'elles répondaient au questionnaire, ce qui a permis d'éviter certains oublis.

Nous avons pu limiter le nombre de questionnaires incomplets, grâce au temps que les patientes avaient entre la consultation et le prélèvement sanguin et également grâce aux infirmières qui contrôlaient que le questionnaire était bien rempli avant de le glisser dans la bannette.

En réalisant le questionnaire, nous avons fait attention à limiter les biais de classement en écrivant des questions les moins orientées possibles. De plus, nous avons pris le soin d'interroger les patientes sur la satisfaction globale en premier et non à la fin du questionnaire. Cela nous a permis d'éviter que les questions relatives aux caractéristiques du suivi, qui auraient été posées avant, puissent influencer les patientes dans l'attribution du score de satisfaction.

2.2. Les limites et les biais de l'étude

Notre étude comporte cependant certains biais.

Certaines questions posées peuvent entraîner un biais de mémorisation. Par exemple, nous avons décidé d'interroger notre population sur la consultation SFAO, qui fait partie intégrante du suivi externalisé. Celle-ci a lieu à 13-18 SA alors que les patientes répondent au questionnaire à 36SA, soit 5 mois après, ce qui peut entraîner des oublis lorsqu'elles répondent aux questions en lien avec cette consultation. Cependant, le fait de faire remplir les questionnaires à 36SA nous paraît être tout de même le meilleur moment, car le SE venait juste de se terminer et ainsi, nous pouvions interroger les patientes sur la totalité du suivi.

Bien que le nombre de questionnaires récoltés soit important, la moitié de ceux qui ont été déposés initialement dans les dossiers n'avaient pas été distribués. Seulement cinq sages-femmes réalisent le suivi de grossesse à la maternité et donc des consultations « retour SFAO ». Il pouvait paraître donc exigeant de leur imposer à elles cinq seulement de distribuer 460 questionnaires sur 5 mois ; 210 étant déjà un nombre conséquent. De plus, certaines patientes à qui le questionnaire a été donné à l'issue de la consultation ont dû oublier de le remplir en salle d'attente ou de le donner aux infirmières au moment de la prise de sang. Après réflexion, nous aurions pu difficilement faire mieux au niveau du nombre de questionnaires car j'ai pu rencontrer les sages-femmes ou les infirmières régulièrement pour éventuellement régler un souci dans l'organisation et elles étaient toutes très investies dans cette étude.

Un biais de compréhension est forcément présent dans cette étude. Par exemple, les quatre premières questions comportaient des différences subtiles que nous avons mis en gras pour minimiser l'incompréhension des patientes. Cependant, si certaines d'entre elles n'étaient pas réellement concentrées à ce moment-là, elles ont pu confondre les différentes composantes du SE sur lesquelles nous les interrogeons.

Un biais de sélection est forcément présent également. En effet, les patientes souhaitant répondre à l'étude étaient peut-être plus enthousiastes et plus satisfaites du suivi externalisé que les autres. Cela a donc pu influencer les réponses, avec des patientes plus satisfaites dans notre échantillon d'étude.

Concernant la construction du questionnaire (Annexe 3), plusieurs modifications auraient pu être apportées avant la diffusion. Dans l'analyse des résultats nous nous sommes rendues compte qu'il aurait été plus pertinent de placer les questions 6, 7 et 8 dans la troisième partie. En effet, les informations reçues lors de l'inscription à la maternité et lors de la consultation SFAO, ainsi que le ressenti de la patiente à l'issue de la consultation SFAO constituent également des caractéristiques du suivi externalisé qui étaient susceptibles d'impacter la satisfaction des patientes. C'est pourquoi nous nous sommes permises de les analyser comme tel, ce qui n'a donc pas impacté nos résultats.

De plus, nous nous sommes rendues compte que la question 11 sur les motifs du choix du professionnel en ville ressemblait fortement avec la question 9 traitant des motifs du choix du suivi externalisé, c'est pourquoi nous avons décidé de ne pas l'analyser. La question 22 sur le fait que la sage-femme réaliserait ou non une VAD après l'accouchement n'a pas été analysée non plus car la question 17 permettait déjà de répondre à cette question. Dans la question 18 sur les informations délivrées sur le séjour à Port-Royal par le praticien de ville, nous avons décidé de ne pas analyser les données concernant l'allaitement maternel et l'anesthésie péridurale car il ne s'agissait pas d'information sur le séjour à Port-Royal spécifiquement. Enfin, la question 28, interrogeant les patientes sur les éventuelles améliorations à apporter au suivi externalisé n'a été répondue qu'une dizaine de fois et les réponses étaient différentes à chaque fois. Nous avons donc décidé de ne pas l'analyser non plus. Ces différentes questions qui n'ont pas été suivies d'une analyse des résultats n'étaient pas indispensables dans notre étude et n'ont donc pas impacté les réponses à nos hypothèses.

3. Discussion

3.1. *La population d'étude*

Tout d'abord, les patientes de notre étude avaient une moyenne d'âge de 32,5 ans alors que dans l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016, elle était de 30,3 ans (13). La moyenne d'âge de celles qui étaient suivies par des sages-femmes libérales était de 32,4 ans, ce qui correspond à 2 ans de plus que celle des patientes de deux études réalisées en 2012 et 2016 (34) (4). De plus, une grande majorité de notre population (84,6%) était âgée d'au moins 30 ans, contre 55,1% des patientes de l'ENP de 2016(13).

Par ailleurs, nous avons remarqué que notre population avait un niveau socio-économique plutôt élevé, avec 50,2% de cadres, contre 13,3% dans l'ENP de 2016(13). Les ouvrières/agricoles représentent 1,5% de notre population et les artisans/commerçantes 2,5%, contre 5,1% et 3,1% dans l'ENP de 2016. Les fonctionnaires ou employés du privé de notre étude représentent 39,8% de notre population et ceux de l'ENP en représentent 78,5%. L'ENP ne précise pas la proportion des patientes au chômage avant la grossesse, dans leur population.

Nous pouvons expliquer ces différences socio-démographiques par plusieurs choses. Premièrement, la population accouchant en Ile-de-France est plus âgée que la population nationale. En effet, la proportion des femmes ayant plus de 35 ans est la plus élevée de France, d'après l'ENP de 2016. (13) De plus, la population accouchant à Port-Royal est plus âgée que la moyenne nationale, en effet, 37% des patientes avaient plus de 35 ans en 2018, ce qui explique que la moyenne d'âge de l'échantillon soit plus élevée elle aussi, que la moyenne nationale. Troisièmement, la moyenne d'âge dans l'enquête pilote de 2016 de Madame Onquiart était aussi de 32 ans, en cohérence avec celle de notre échantillon. Enfin, en 2019, la moyenne d'âge des patientes externalisées à Port-Royal était de 33 ans, ce qui est en cohérence avec les données de notre échantillon.

Par ailleurs, concernant les catégories socioprofessionnelles, nous pouvons expliquer les discordances entre les chiffres de notre étude et ceux de l'ENP par plusieurs points. Premièrement, le fait d'avoir « un niveau socio-économique correct » fait partie intégrante des critères d'inclusion des patientes dans le suivi externalisé lors de l'inscription à la maternité, ce qui explique la plus grande proportion de cadres dans notre étude. De plus, dans deux enquêtes réalisées en 2012 et 2016 s'intéressant aux patientes suivies par des sages-femmes libérales, il était décrit que la proportion de cadres était respectivement de 29% et de 30% et était pour chacune des études, bien supérieure à la moyenne des femmes cadres dans la région d'étude(34) (4). Nous pouvons en conclure que les patientes suivies en libéral de manière générale ont une tendance à

être de niveau socio-économique plus élevé, ce qui explique le taux élevé de cadres dans notre étude, contrairement aux autres professions.

Le nombre de femmes primipares dans notre enquête est très élevé, à hauteur de 72%. Cela est plus élevé que les chiffres de l'ENP de 2016, où le pourcentage de patientes primipares était de 42%. Nous savons que plus la parité augmente et plus le risque d'avoir un antécédent obstétrical sévère augmente. En effet, dans l'ENP de 2016, 14,8% des multipares ont eu au moins un antécédent obstétrical sévère, et cela contre-indique un suivi externalisé à Port-Royal. Ainsi, cela peut en partie expliquer le faible nombre de multipares dans notre étude par rapport à la population générale des femmes enceintes. De plus, de manière générale à la maternité de Port-Royal, les futures primipares sont beaucoup plus nombreuses qu'en France, à hauteur de 53,3%, contre 42,2% au niveau national.(35)

Sur la totalité des patientes multipares de notre échantillon, 54,5% d'entre elles ont déjà été suivies en ville pour une précédente grossesse. Nous n'avons pas trouvé de données concernant le nombre d'antécédents de suivis de grossesse en libéral au niveau national et dans le logiciel DIAMM de Port-Royal. Concernant les patientes suivies par une sage-femme libérale dans notre échantillon, 62,2% d'entre elles ont déjà été suivies en ville pour une précédente grossesse. Dans une étude de faible puissance réalisée en 2016, chacune des multipares suivies en libéral au cours de la grossesse avait déjà été suivies par un praticien en ville au cours d'une précédente grossesse (4). La proportion n'est pas aussi importante dans notre étude, mais elle y est tout de même forte.

Chez les patientes multipares, la majorité d'entre elles n'avaient jamais été suivies à Port-Royal lors d'une précédente grossesse. Concernant les patientes ayant un antécédent de suivi de grossesse à Port-Royal, 41,7% des patientes suivies par une sage-femme avaient déjà été suivies en ville, contre 0% des patientes qui sont suivies par un gynécologue. La base de données DIAMM n'avait pas de chiffre de référence auquel comparer ces résultats et nous n'avons pas trouvé d'explication à ces données.

Dans notre enquête, 134 patientes sont suivies par une sage-femme, correspondant à 66,7% de l'échantillon et 67 par un médecin, correspondant à 33,3% de l'échantillon. Dans l'ENP de 2016, sur les 7534 patientes suivies en libéral, 13,1% d'entre elles étaient suivies par une sage-femme et 86,9% étaient suivies par un médecin, pour les 6 premiers mois de leur grossesse. (13) Nous pouvons expliquer cette forte différence par le fait que la liste des praticiens faisant partie du réseau, délivrée par la sage-femme lors de la consultation SFAO, est majoritairement composée de sages-femmes (186 sages-femmes contre 103 médecins en 2019). De plus, nous avons relevé dans notre question 12 que la majorité des patientes qui ne connaissait pas de professionnels auparavant, plus précisément 66,4% d'entre elles, avaient choisi un des professionnels figurant sur

la liste. Au vu de la proportion de sages-femmes dans le réseau, la patiente a donc plus de chance de trouver une sage-femme à proximité de son domicile pour effectuer son suivi, plutôt qu'un médecin. De plus, les activités pratiquées par les sages-femmes sont inscrites sur la liste et il se peut que les patientes préfèrent un suivi semi-global avec une sage-femme qui peut pratiquer à la fois le suivi de grossesse, la PNP, les VAD par exemple, plutôt qu'un suivi réalisé par un médecin qui ne peut assurer les cours de PNP par exemple. Par ailleurs, il est tout à fait possible de garder le praticien en ville qui suit la patiente habituellement, ce qui explique qu'un tiers des patientes soient suivies par un gynécologue en ville. En effet, nous savons qu'à l'heure actuelle, les patientes sont majoritairement suivies par un médecin pour leur suivi gynécologique de prévention. (36)

Sur l'année 2019, les patientes externalisées étaient suivies par une sage-femme libérale dans 59,1% des cas, par un gynécologue-obstétricien libéral dans 22,6% des cas et dans 18,3% des cas, le praticien n'était pas précisé. Ces données sont en cohérence avec les résultats que nous avons obtenus. Enfin, dans l'étude de Madame Onquiert, 88% des patientes avaient choisi une sage-femme libérale pour effectuer le suivi en ville et seulement 12% d'entre elles avaient choisi un médecin. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'en 2016, la proportion de médecins inscrits dans le réseau était plus faible qu'actuellement. De plus, l'étude de 2016 regroupait une population plus faible, ce qui a pu entraîner un biais de sélection des patientes.

3.2. *La satisfaction globale des patientes*

Dans notre étude, 75,1% des patientes étaient globalement satisfaites du SE. Dans l'enquête pilote de 2016, Madame Onquiert avait évalué la satisfaction de sa population à l'aide d'une échelle qualitative, classant les patientes en quatre catégories : « très satisfaites », « satisfaites », « peu satisfaites », « pas du tout satisfaites ». Notre échelle numérique peut également être divisée en 4 parties et nous pouvons ainsi faire correspondre les « très satisfaites » de l'enquête de 2016 avec les patientes satisfaites de notre étude, correspondants à un score ≥ 8 pour les quatre composantes du SE. Dans l'étude de Madame Onquiert, 54% des patientes étaient « très satisfaites », contre 75,1% dans notre échantillon. Nous pouvons expliquer cette différence par plusieurs points.

Dans un premier temps, plusieurs éléments ont été mis en place pour améliorer la prise en charge des patientes tout au long du suivi. En effet, depuis 2016, les patientes sont mieux informées lors de leur inscription à la maternité sur le suivi externalisé. Si dès ce moment-là, elles n'adhèrent pas à être suivies en ville, elles sont immédiatement dirigées vers une consultation à la maternité, sans passer par la consultation SFAO. Auparavant, certaines patientes étaient moins bien informées et étaient dirigées par erreur au rendez-vous SFAO alors qu'elles ne souhaitent

pas être suivies en ville. De plus, le site internet a été mis à jour et est désormais plus complet sur ce type de prise en charge. Ces changements effectués depuis 2016 ont sans doute permis d'augmenter la satisfaction des patientes.

Dans un second temps, nous savons que les sages-femmes de la maternité demandent systématiquement à la fin du SE s'il y a eu un souci dans la prise en charge globale et si c'est le cas, le Docteur Anne Théau peut contacter les patientes si besoin. A l'inverse, si les praticiens en ville font face à un problème, elles peuvent en informer la maternité grâce à une adresse mail qui a été créée. Elle est consultée presque quotidiennement par les sages-femmes des consultations de Port-Royal. Ces dispositifs ont ainsi pu augmenter au fur et à mesure la satisfaction des patientes.

Troisièmement, l'étude de 2016 a été réalisée juste après la création de ce suivi avec un réseau comportant des acteurs qui n'avaient peut-être pas encore l'habitude de cette pratique. Actuellement, le réseau fonctionne très bien, ce qui peut expliquer cette satisfaction plus importante. Enfin, la différence d'échelle d'évaluation de la satisfaction entre les 2 études (quantitative dans notre étude et qualitative dans l'étude de 2016) peut expliquer également ces différences.

Concernant la satisfaction des différentes composantes du SE, l'enquête de 2016 a interrogé la satisfaction des patientes concernant le suivi en ville avec le professionnel de santé. Nous pouvons faire correspondre une nouvelles fois les patientes satisfaites de notre étude (score ≥ 8 pour la composante), avec les patientes « très satisfaites » de l'enquête pilote. Ainsi, les patientes « très satisfaites » représentaient 58% en 2016, contre 90% dans notre population. Une nouvelle fois, la différence d'échelle de mesure utilisée dans les deux enquêtes peut expliquer cette différence de satisfaction, ainsi que les différentes améliorations apportées au suivi externalisé depuis 2016. Dans l'étude de la DREES, il n'est précisé que les patientes « Plutôt pas ou pas du tout satisfaites » du suivi en ville, à hauteur de 1,1%. Cela ne nous permet pas de connaître le taux des patientes « très satisfaites », mais cela nous oriente sur le fait qu'elles doivent être majoritairement satisfaites en général. Dans cette même enquête et dans un sondage Ipsos, les patientes étaient « très satisfaites » de leur suivi de grossesse en général à hauteur respectivement de 95 et 96%, ce qui est en concordance avec les résultats de notre étude.(33) (37)

Concernant la consultation SFAO, Madame Onquiert a décomposé l'étude de la satisfaction des patientes en trois variables : « satisfaction de la durée de la consultation », « satisfaction de l'écoute de la sage-femme » et « satisfaction des réponses obtenues aux questions ». Les patientes « très satisfaites » de ces variables correspondent respectivement à 67%, 76% et 73% de la population à chaque fois. Dans notre enquête, 90,5% des patientes étaient « très satisfaites » de la consultation SFAO en général, avec un score ≥ 8 . Nous pouvons ainsi observer

que dans notre étude, les patientes sont plus satisfaites que dans celle de Madame Onquiart. Cela peut s'expliquer une nouvelle fois par les améliorations qui ont été apportées depuis 2016 au SE et par la différence d'échelle de satisfaction utilisées entre nos deux études. Le fait que cette consultation est spécifique à ce type de suivi et qu'il n'y ait pas encore d'étude nationale réalisées sur ce sujet, ne nous permet pas de conclure sur la satisfaction de la consultation SFAO, même si elle a tendance, d'après nos résultats, à être très bonne.

Concernant nos deux autres variables « satisfaction de l'organisation du SE » et « satisfaction de la consultation retour SFAO », nous n'avons pas de référence auxquelles comparer nos résultats.

3.3. Les motivations des patientes dans leur choix du SE

Les deux facteurs qui motivent principalement les patientes de notre étude à choisir un suivi externalisé sont la « Proximité avec le domicile » avec 64% de réponses et la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO » avec 33% de réponses. Nous n'avons pas trouvé de motif de choix d'un suivi en ville par rapport à un suivi à l'hôpital dans d'autres études de forte ampleur. Dans une enquête de faible puissance s'intéressant aux patientes suivies par des sages-femmes libérales durant leur grossesse, il est cité que le motif principal de consultation du praticien pour la première fois est le fait qu'une tierce personne le lui a conseillé (34). Dans notre étude, un des motifs principaux est également qu'une personne a conseillé le suivi externalisé. En effet, 17% des patientes ont choisi de cocher la « Recommandation d'une connaissance », 20% la « Recommandation d'un professionnel de santé » et 64% la « Recommandation de la sage-femme lors de la consultation SFAO ». Nous pouvons en conclure que le choix d'un type de suivi de grossesse est souvent influencé par une tierce personne qui en a parlé à la patiente. Les résultats de notre enquête sont également en concordance avec une autre étude de faible puissance réalisée en 2013 concernant le choix d'un professionnel de santé. En effet, les principaux motifs étaient la proximité du domicile (66,7%), les conseils de l'entourage (33,3%), le professionnel déjà connu (20,0%) et internet (26,7%) (38)

3.4. Les caractéristiques du suivi externalisé qui influencent la satisfaction globale des patientes

3.4.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Nous pouvons constater dans notre étude que l'âge, les catégories socio-professionnelles et la future primiparité n'avaient pas d'influence significatives sur la satisfaction des patientes. Dans

l'enquête de la DRESS, il n'a pas été retrouvé non plus de différences significatives concernant la satisfaction pour ces mêmes variables. En revanche, une tendance a été observée chez les plus jeunes, les moins diplômées, les futures primipares et les inactives à être plus critiques de leur suivi de grossesse (33).

Concernant l'âge, notre étude ne montre pas cette tendance, il y a plus de patientes insatisfaites dans la tranche d'âge des 31-35ans (52%) que dans les autres tranches d'âges (36% des ≤ 30 ans et 12% des ≥ 36 ans), ce qui ne correspond pas à celle des plus jeunes. Les tranches d'âge que nous avons déterminées sont très restreintes, ce qui peut expliquer cette discordance.

Les patientes les plus aisées sont les plus insatisfaites de notre étude. En effet, 27,7% des cadres et 27,2% des fonctionnaires et employées du privé sont insatisfaites, alors que seulement 9% des artisans/commerçantes, 0% des ouvrières/agricoles et 0% des chômeuses le sont. Il y a donc une discordance par rapport à l'enquête de la DRESS. Nous pouvons expliquer cela par la très grande proportion de cadres dans notre étude, comparée à celle présente dans l'étude de la DRESS et inversement, par la très faible proportion des chômeuses ou des ouvrières/agricoles dans notre étude comparée à celle de la DRESS. Les résultats ne sont donc pas vraiment comparables.

Enfin, la proportion de primipares insatisfaites (78%) est plus importante que le nombre de multipares insatisfaites (22%), chez les patientes insatisfaites de notre étude. Les résultats de notre étude sont donc en accord avec les résultats de la DRESS.

La DRESS a également montré dans son étude que les patientes qui avait une situation financière difficile et notamment celles qui n'avaient pas la sécurité sociale étaient moins satisfaites de leur suivi de grossesse par rapport aux autres (33). Nous n'avons pas traité ce sujet dans notre travail car les femmes n'ayant pas un « niveau socio-économique correct », ne sont pas incluses dans le suivi externalisé. De plus, les patientes ayant eu une pathologie au cours de leur grossesse sont également moins satisfaites selon la DRESS (33). Or, lorsqu'une pathologie survient au cours de la grossesse, la patiente faisant partie du suivi externalisé en est exclue directement, c'est pourquoi nous n'avons pas traité non plus cette variable dans notre étude.

Dans notre enquête, il y avait autant de patientes satisfaites chez celles qui avait eu un suivi de grossesse en ville antérieur (50%) que chez celles qui n'en avaient pas eu (50%). En revanche, nous pouvons constater que chez les patientes non satisfaites, celles ayant déjà eu un suivi de grossesse en ville (72,7%) étaient plus insatisfaites que les autres (27,3%). Ceci signifie que leur suivi de grossesse antérieur en ville leur a semblé de meilleure qualité que celui réalisé au cours de cette grossesse. Nous n'avons pas trouvé d'explication à cette donnée, mis à part que l'échantillon de multipares insatisfaites était très faible (11 patientes), ce qui peut remettre en cause les résultats trouvés.

Les patientes ayant déjà été suivies à Port-Royal sont proportionnellement plus satisfaites du SE que les patientes n'ayant jamais été suivies dans cette maternité pour une précédente grossesse (84,4% contre 77,8%). Ce résultat pourrait s'expliquer par l'expérience acquise par les patientes au cours de leur précédente grossesse suivie à Port-Royal. Le fait de connaître déjà l'organisation et les locaux de la maternité semble permettre une meilleure satisfaction.

3.4.2. Informations reçues au préalable sur le SE

Concernant les patientes de notre étude, 78,6% sont globalement très bien informées sur le SE avec un score de l'information $\geq 6/7$. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les professionnels de santé sont dans l'obligation de délivrer « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. » d'après le code de santé publique(39). De plus, de manière générale, les patients sont bien informés de leur prise en charge comme le montre l'étude de satisfaction de la HAS sur les patients hospitalisés. En effet, ils se considèrent « bien informés » dans 70% des cas, ce qui est concordant avec notre étude.(40)

Plus précisément, l'information sur le SE lors de l'inscription administrative à la maternité est très majoritairement délivrée aux patientes de notre étude, à hauteur de 82,6%. Dans l'étude pilote de 2016, 96% des patientes l'avaient également eu, ce qui est en accord avec les résultats de notre enquête. De plus, nous savons que les informations sur le SE délivrées lors de l'inscription sont plus complètes depuis plusieurs années et très peu de patientes sont orientées par erreur à la consultation SFAO par rapport à 2015.

Concernant les autres informations délivrées sur lesquelles nous avons interrogé les patientes, l'étude de 2016 n'avait pas recueilli de données à ce sujet et il s'agit d'informations spécifiques au SE donc difficilement comparables avec d'autres études.

Concernant l'impact des informations délivrées sur la satisfaction des patientes, nous pouvons décrire plusieurs choses.

Dans notre enquête, il n'y avait pas de différence significative au niveau de la satisfaction entre les patientes très bien informées (score $\geq 6/7$) et les patientes moins informées (score <6) alors que dans l'enquête de satisfaction menée par la HAS sur les patients hospitalisés, il est considéré qu'un patient bien informé est plus satisfait (40). Les résultats que nous avons obtenus dans notre étude ne sont pas significatifs mais nous pouvons tout de même observer que chez les patientes satisfaites du SE, 81,5% d'entre elles sont très bien informées (score $\geq 6/7$), contre 18,5% qui sont moins informées (score <6). Ces résultats vont donc dans le sens de ceux recueillis par la HAS.

Plus précisément, les patientes étaient plus satisfaites de manière significative lorsque la sage-femme expliquait le « motif de la possibilité d'être suivie en externe » ($p<0,01^{**}$) et le fait qu'il fallait « emporter le dossier à chaque consultation d'urgence » ($p<0,01^{**}$). Concernant les autres informations, nous n'avons pas montré de différence significative mais il y avait tout de même une tendance chez les patientes à être plus satisfaites lorsque chacune des informations étaient délivrées, indépendamment les unes des autres. Cela est également en accord avec l'enquête de la HAS, qui nous montre que plus les patients sont informés, plus ils sont satisfaits. (40) Du plus, dans une enquête Ipsos, le fait d'être « bien informé sur le déroulement de la grossesse » est considéré comme « très important » par 87% des patientes interrogées.(37) Ceci va donc également dans le sens de nos résultats de recherche.

3.4.3. Ressenti de la patiente avant de poursuivre sa grossesse en ville

Nous avons pu constater dans notre étude que plus les patientes étaient satisfaites de poursuivre leur grossesse en ville lors de la consultation SFAO, plus elles allaient être satisfaites à la fin du SE de manière significative ($p<0,001$). De plus, chez les patientes non satisfaites à l'issue de la consultation SFAO (15,9% de la population générale), la plupart d'entre elles ne seront pas satisfaites non plus à la fin du SE (59,4% d'insatisfaites au final du SE). Nous pouvons en déduire que les patientes non satisfaites initialement n'ont pas changé d'avis après avoir vécu ce type de suivi. Cela nous permet de conclure que lorsqu'une patiente n'est pas complètement d'accord avec le fait de poursuivre le suivi de grossesse en ville, il ne faut pas hésiter à lui proposer le suivi à l'hôpital si elle préfère.

Nous n'avons pas trouvé de données auxquelles nous référer pour comparer nos résultats, car ce type de suivi n'a pas encore été évalué et l'étude pilote de 2016 ne traite pas ce sujet.

3.4.4. L'organisation du cabinet du praticien en ville et les informations qu'il délivre sur le séjour à la maternité

En comparant les caractéristiques du cabinet et les informations délivrées sur le séjour à la maternité en fonction du praticien choisi, nous avons remarqué une différence significative pour chacune des variables. Ainsi, les sages-femmes effectuent des consultations plus longues que celles des médecins ($p=0,02^{**}$), la distance entre leur cabinet et le domicile de la patiente est plus courte ($p<0,001^{**}$), il est plus facile de prendre un rendez-vous dans leur cabinet ($p<0,01^{**}$), elles effectuent moins de dépassement d'honoraire ($p<0,001^{**}$) et elles délivrent plus d'informations sur le séjour à la maternité.

Il n'y a pas de durée minimum des consultations imposée par la loi, sauf pour la PNP (45 minutes minimum) et la rééducation du périnée (30 minutes) pour les sages-femmes (41) et nous n'avons pas trouvé d'étude à ce sujet, qui pourraient expliquer cette différence entre les médecins et les sages-femmes.

Nous pouvons justifier la plus faible distance entre le cabinet de la sage-femme et le domicile des patientes par le fait que les coordonnées des praticiens délivrées lors de la consultation SFAO correspondent à celles qui sont le plus proche du domicile de la patiente. Concernant les médecins, comme nous l'avons décrit précédemment, les patientes les connaissaient déjà avant leur grossesse dans une grande proportion de cas et ils ne sont donc pas forcément situés proche de chez elles. De plus, des mesures définissant des régions sur-dotées et sous-dotées associées à des mesures restrictives ou incitatives(42) (43) visent à répartir les sages-femmes de façon plus homogène sur le territoire, selon le lieu de l'installation. Ces mesures sont moins développées chez les médecins et sont moins coercitives, ce qui explique également ces différences de distance.

Nous savons qu'il y a de moins en moins de gynécologues en ville ces dernières années, ce qui peut expliquer le temps d'attente plus long chez eux que chez les sages-femmes, une profession qui se développe de plus en plus en libéral. (44) (45) Les sages-femmes ne doivent pas faire de dépassements d'honoraires, sauf exception (46), contrairement aux médecins qui peuvent en effectuer pour chaque acte qu'ils pratiquent « avec tact et mesure » (47), ce qui explique cette différence entre les deux professions dans notre étude. Nous n'avons pas trouvé d'explication quant au fait que les médecins informent moins les patientes que les sages-femmes sur le séjour à Port-Royal, cela peut être en lien tout de même avec le fait que la durée de leurs consultations est plus courte.

Concernant l'impact de l'organisation du cabinet et des informations délivrées sur Port-Royal concernant la satisfaction, plusieurs choses sont à analyser.

Dans notre population, nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les patientes satisfaites et non satisfaites, concernant l'organisation au cabinet en ville quel que soit le professionnel effectuant le suivi. Les différences observées précédemment sur l'organisation du cabinet entre les sages-femmes et les médecins n'ont donc pas montré d'impact sur la satisfaction globale des patientes. Il existe cependant une exception concernant la distance entre le domicile et le cabinet. En effet, lorsque les patientes sont suivies par un médecin avec un cabinet situé à moins de 15 minutes de chez elles, elles sont plus satisfaites ($p = 0,02^{**}$). Dans la population générale, nous avons pu observer certaines tendances. En effet, plus la distance entre le domicile et le cabinet est courte, plus le nombre de patientes satisfaites est élevé (60,2% des patientes satisfaites pour « <15 minutes »). Plus le temps d'attente pour la prise d'un rendez-vous est court, plus le

nombre de patientes satisfaites est important (62,2% des patientes satisfaites pour « <2 semaines d'attente »). Enfin, lorsque le praticien n'a pas de dépassement d'honoraire, le nombre de patientes satisfaites est plus important (62,3% des patientes satisfaites). Ces tendances sont confirmées par les chiffres de la DRESS. (33)

Concernant les informations délivrées sur l'accouchement à Port-Royal dans la population générale, nous avons pu constater que les patientes les ayant eues étaient plus satisfaites que les autres ($p=0,02^{**}$). De plus nous pouvons observer qu'il y a davantage de patientes satisfaites lorsqu'elles ont réalisé un projet de naissance que de patientes insatisfaites ($p=0,02^{**}$). Ceci est une nouvelle fois en accord avec l'enquête de la HAS et l'enquête Ipsos qui nous montrent que plus les patients sont informés, plus ils sont satisfaits. (40) (37) Le fait que les médecins informent moins que les sages-femmes sur le séjour à la maternité n'a pas d'influence sur la satisfaction de leurs patientes. Nous pouvons en conclure que le fait d'informer les patientes augmente significativement leur satisfaction mais que le fait de ne pas les informer ne les rend pas moins satisfaites.

3.4.5. Les caractéristiques du professionnel et son lien avec la maternité

Nous avons constaté que les praticiens en ville prennent le temps de répondre aux questions des patientes dans la grande majorité des cas (87,1%). Cette donnée peut être comparée à l'enquête sur les patients hospitalisés de la HAS où 87% des patients considèrent que les professionnels ont répondu à leurs questions, ce qui correspond au résultat de notre étude. (48)

Par ailleurs, les patientes de notre population retrouvent une adéquation entre les conseils du praticien en ville et ceux de la maternité dans 92,5% des cas et elles ressentent qu'il peut joindre l'hôpital sans problème dans 79,6% des cas. Cela traduit un bon lien entre la ville et l'hôpital dans le Réseau de Port-Royal, qui peut s'expliquer par l'entrée en vigueur de la loi HPST en 2009 qui a prévu « plusieurs types d'outils pour rendre opérationnelle la coordination ville-hôpital ». L'obligation de la « continuité des soins », explique également les résultats que nous avons obtenus. (49)

Dans notre étude, nous avons montré que le fait que le praticien prenne le temps de répondre aux questions et qu'il puisse joindre l'hôpital sans problème entraînait de manière significative une plus grande satisfaction des patientes ($p<0,01$ et $p<0,001$). Ceci est en accord avec les résultats de l'étude de la satisfaction des patients hospitalisés de la HAS et ceux d'une étude de faible ampleur réalisée en 2014. (48) (50)

3.4.6. Activités proposées par le praticien si celui-ci est une sage-femme

Nous avons décidé de ne pas inclure les réponses « Ne sait pas » dans nos analyses. Les sages-femmes qui assurent le suivi des patientes pratiquent majoritairement la PNP (96,2% des sages-femmes), l'EPP (92,0% des sages-femmes), les VAD (86,2% des sages-femmes), la rééducation du périnée (97,4% des sages-femmes) et la consultation de gynécologie (86,1% des sages-femmes). Dans l'étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONPDS), 89,4% des sages-femmes disent pratiquer « souvent » et « assez souvent » la PNP, 86,7% la rééducation du périnée, 71,8% le suivi de suites de couches à domicile, 55,4% les consultations prénatales, 78,9% l'EPP, 42,6% le suivi gynécologique de prévention. (36) La différence entre les données de notre étude et celles de l'ONDPS peut s'expliquer par le fait que nous n'avons pas inclus les patientes ayant répondu « ne sait pas », ce qui aurait pu changer les proportions obtenues. De plus, les chiffres de l'ONDPS ne regroupent que les sages-femmes ayant répondu qu'elles pratiquaient « souvent » et « assez souvent » et non les autres qui pratiquent « peu souvent » les activités citées.

Lorsque le professionnel de santé qui assure le suivi de la grossesse est une sage-femme, le fait de pratiquer au moins 4 activités sur les 5 proposées n'entraîne pas de différence significative au niveau de la satisfaction des patientes. En revanche, nous pouvons observer une tendance des patientes à être davantage satisfaites lorsque la sage-femme propose au moins 4 activités (61,4% des patientes satisfaites contre 38,6% des patientes insatisfaites). Plus précisément, le fait que le praticien propose l'EPP et la consultation gynécologique de prévention entraîne une plus grande satisfaction de manière significative. Nous n'avons pas trouvé d'étude de grande ampleur pouvant expliquer le lien entre le nombre d'activités proposées, la pratique de l'EPP, la pratique de la consultation de gynécologie et la satisfaction des patientes. En revanche, il semble logique que le fait de proposer plusieurs activités permet à la patiente d'être suivie par le moins de professionnel possible et permet donc de créer un lien davantage privilégié avec la patiente, ce qui entraînerait sa plus grande satisfaction.

4. Les perspectives

Nos résultats montrent une satisfaction globale importante des patientes concernant le suivi externalisé. Dans le but de le développer davantage, il pourrait être intéressant de prendre en compte les caractéristiques du suivi que nous avons identifiés qui ont une influence sur la satisfaction et de les améliorer. Par exemple, les patientes sont plus satisfaites lorsqu'il leur est

délivré des informations concernant l'accouchement à Port-Royal. Il pourrait être intéressant d'en parler aux professionnels du réseau en ville, pour qu'ils puissent renseigner plus précisément leurs patientes et ainsi, augmenter leur satisfaction.

Ce type de suivi, qui semble bien fonctionner et plaire aux patientes, pourrait être généralisé aux différentes maternités qui suivent en priorité les grossesses pathologiques. En effet, la consultation SFAO au premier trimestre permet de créer un dossier au nom de la patiente à l'hôpital et ainsi de créer un lien avec elle dès le départ. La création des réseaux qui découle de la création de ce suivi permet de renforcer le lien ville-hôpital, un des objectifs de la loi HPST. Enfin, cela permet aux professionnels en ville de se faire connaître des patientes.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude concernant le suivi externalisé donc un certain nombre de recherches peuvent être menées sur ce sujet.

Il pourrait être intéressant de réaliser une enquête spécifiquement sur la consultation SFAO, une nouvelle consultation effectuée par la sage-femme en début de grossesse, qui dure 45 minutes. Cette étude est d'ailleurs en cours de réalisation à Port-Royal par Madame Priscille Sauvegrain, sage-femme et chercheuse en sociologie.

Madame Onquiert a réalisé une enquête pilote sur la conformité des examens complémentaires réalisés en ville avec les recommandations de la HAS. Une étude de plus grande ampleur pourrait être réalisée afin de comparer les données avec l'enquête pilote, puis d'approfondir certains aspects.

L'un des objectifs du suivi externalisé est la prise en charge « semi-globale » réalisée par le praticien en ville au cours du suivi de grossesse mais aussi après l'accouchement. Il pourrait être intéressant d'évaluer cet objectif en recontactant les patientes quelques semaines après l'accouchement pour savoir si elles ont effectivement eu ce suivi « semi-global ».

Conclusion

La loi HPST de 2009 a rendu obligatoire la publication, par chaque établissement de santé, des indicateurs sur la qualité des soins, dont la satisfaction des patients fait partie.(48) Dans ce contexte, une enquête de satisfaction du suivi de grossesse a été réalisé par la DREES et montre que des patientes sont satisfaites de leur suivi de grossesse dans 95% des cas.(33)

A travers ce travail, nous avons voulu évaluer la satisfaction globale concernant le suivi externalisé, un suivi de grossesse créé il y a peu de temps dans les maternités. Nous avons également voulu identifier les caractéristiques du suivi influençant la satisfaction des patientes et leurs motivations quant au choix de ce type de suivi.

Notre étude a ainsi permis de montrer que les patientes étaient très satisfaites du suivi externalisé et que plusieurs caractéristiques de leur suivi influençaient leur satisfaction. En effet, le fait de les informer au préalable sur le suivi en ville et le séjour à Port-Royal, le fait que les patientes soient satisfaites de réaliser leur suivi de grossesse en ville dès la consultation SFAO et le fait que la sage-femme propose certaines activités en ville, entraînaient une plus grande satisfaction des patientes. Celles-ci avaient choisi ce type de suivi principalement parce que la sage-femme de la consultation SFAO le leur avait conseillé et parce que c'était plus pratique car il pouvait être réalisé à côté de chez elles.

Ces résultats nous ont permis de montrer que ce type de suivi plaisait aux femmes enceintes dans la majorité des cas. Le nombre de patientes externalisées à Port-Royal augmente de plus en plus : 1290 en 2019 contre 465 en 2015. Ces chiffres traduisent également l'enthousiasme des professionnels en ville et à l'hôpital quant au développement de ce type de suivi.

D'après notre étude, il paraît donc possible de dire que du point de vue des patientes, ce type de suivi pourrait être étendu à d'autres maternités, pour leur plus grande satisfaction.

Bibliographie

1. Mosiana Misima J. Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues à la première CPN au 1er trimestre de grossesse. Université Pédagogique Nationale; 2014.
2. Biakabuswa Matondo A. Evaluation normative de la consultation prénatale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo. Université de Lorraine; 2015.
3. Konate Habibatou. Evaluation de la qualité de la consultation prénatale au centre de santé et de promotion sociale du secteur 28 de Ouagadougou au Burkina Faso. Université de Bamako; 2008.
4. Duranteau Y. Les consultations de suivi de grossesse chez les sages-femmes libérales. Université de Nantes. 2016;33-8.
5. Malinas Y. Naissance Grossesse [Internet]. Encyclopædia Universalis. 2020 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/naissance-grossesse/>
6. Cahen F. Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970). Revue d'histoire de la protection sociale. 2014;N° 7(1):34-57.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment. 2016.
8. Service Public. Grossesse : examens médicaux [Internet]. 2019 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963>
9. L'Assurance Maladie. Grossesse : première consultation et suivi mensuel [Internet]. 2020 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
10. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gynécologie Obstétrique. Chapitre 24 : Grossesse normale. Elsevier Masson. 2015. (Les Référentiels de Collèges).
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme. 2007;6(4):5-7.
12. Delphine Dumont. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : étude descriptive au sein du RPAI. HAL Dumas. 2013;14.
13. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Surveillance prénatale et mesures de prévention. 2016;43-6.
14. Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Enquête périnatalité : « Regards de femmes sur leur maternité ». Journal du droit des jeunes. 2012;314(4):21.
15. Maternité Port-Royal. Grossesse à bas risque [Internet]. 2016 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.materniteportroyal.fr/patiente-nouveau-ne/pole-physiologique/grossesse-a-bas-risque.html>
16. Goffinet F. Protocoles cliniques de Port-Royal en obstétrique. Chapitre 51 : Filière à bas risque : parcours de soins et prise en charge. In Elsevier Masson; 2017. p. 265-70.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. [Internet]. 2006 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>

18. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. 2017.
19. Gouyon-Cornet B, Quantin C, Sagot P, Gouyon JB. Mise en place et évaluation des réseaux de soins périnatals : expériences françaises et étrangères. *Santé, Société et Solidarité*. 2004;3(1):129-36.
20. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
21. Branger B, Coz FL, Gillard P, Merot E, Winer N. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;43(5):361-70.
22. Haute Autorité de Santé (HAS). Principes d'évaluation des réseaux de santé. *Acta Endoscopica*. 1999;28(2):28-30.
23. Haute Autorité de Santé (HAS). Indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Rapport des résultats nationaux de la campagne 2019. 2019.
24. Maureen L. Evaluation de la prise en charge des patientes à la maternité dans le cadre du retour précoce à domicile. Une approche comparative soignant-soigné. 2018;99.
25. Carré S. Etude de la satisfaction du patient et de son entourage en établissements de santé. Colloque « Les usagers d'hier à aujourd'hui ». Université d'Artois. 2017.
26. Dictionnaire de français Larousse. Définition : satisfaction [Internet]. 2008 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
27. Haute Autorité de Santé (HAS). Droits des patients [Internet]. 2017 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2743496/fr/5-droits-des-patients#toc_1_1
28. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". 2014;42:27-33.
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48h en MCO (e-Satis +48h MCO) [Internet]. 2019 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2728770/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-48h-en-mco-e-satis-48h-mco
30. Daussy D. L'insatisfaction dans la relation médecin-malade : le point de vue du malade. Université de Montpellier : Faculté de médecine; 2018.
31. Ben Rejeb H. Phase amont de l'innovation : proposition d'une démarche d'analyse de besoins et d'évaluation de l'acceptabilité d'un produit. Nancy université - Institut National Polytechnique de Lorraine; 2008.
32. Bathelot B. Modèle de Kano [Internet]. 2015 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.definitions-marketing.com/definition/modele-de-kano/>
33. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008.
34. Bobenrieth B. Profil sociologique des femmes effectuant un suivi prénatal chez une sage-femme libérale. Université de Nantes. 2012;19-34.
35. Maternité Port-Royal. Chiffres clef [Internet]. 2019 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.materniteportroyal.fr/12-presentation/chiffres-clef.html>

36. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Ministère des affaires sociales et de la santé. Les sages-femmes une profession en mutation. 2016;128-9.
37. Ipsos. Le système français de maternités plébiscité par les femmes. 2005 [cité 17 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-systeme-francais-de-maternites-plebiscite-par-les-femmes>
38. Gentric A. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. HAL Dumas. 2013;20-7.
39. Article R4127-35. Code de la santé publique 2012.
40. Haute Autorité de Santé (HAS). Satisfactions des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques de France. 2016;24.
41. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF). Cotations en NGAP. 2018 [cité 18 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
42. L'Assurance Maladie. Les contrats incitatifs sage-femme [Internet]. 2020 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/textes-referance/convention/contrat-incitatif>
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction n°DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/DPROF/2019/236 du 12 novembre 2019 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs sages-femmes définis dans l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes signé le 29 mai 2018 et visant à améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur le territoire. 2020;
44. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. 2012;8.
45. Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes d'Île de France (UNPS). Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île de France. 2014;14. Disponible sur: <http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/01/URPS-rapport-synth%C3%A8se-v2b.pdf>
46. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF). Obligations d'affichage des tarifs et d'information modifiées dans les cabinets libéraux et les établissements de santé à partir du 1er juillet 2018 [Internet]. 2018 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/actualites-professionnelles/obligations-daffichage-des-tarifs-et-dinformation-modifiees-dans-les-cabinets-liberaux-et-les-etablissements-de-sante-a-partir-du-1er-juillet-201/>
47. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Informer sur les honoraires [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/informer-honoraires>
48. Haute Autorité de Santé (HAS). Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-Satis ». Patients hospitalisés plus de 48h dans un établissement de Médecine-chirurgie-obstétrique. Résultats annexes au rapport 2019. Campagne nationale 2019. 2019;24. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_esatis48h_2019.pdf
49. Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre. 2009;120.
50. Reix G, Le Breton J, Chastang J, Bernard E, Pautas E, Rondet C, et al. Caractéristiques socio-démographiques et médicales influençant les qualités attribuées au bon médecin : Perspectives pour la formation à la relation médecin-patient. Pédagogie Médicale. 2014;15(4):301-16.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire à destination des patientes lors de l'inscription à la maternité

Questionnaire centre d'appel pour orientation en début de grossesse

Orientations : SFAO, SF Port Royal, médecin attaché ou permanent

Date de naissance : âge compris entre 18 et 45 ans

Sécurité sociale : oui ou non (non = ni CMU, ni AME)

Antécédents

- Avez-vous une maladie chronique ?
 - Si oui laquelle ? Hypertension artérielle, diabète (type 1 ou type 2), épilepsie, maladie cardiaque, maladie respiratoire, antécédents de phlébite, maladie du sang (problème de plaquettes, autres), lupus, maladie génétique, maladie psychiatrique
 - Prenez-vous un traitement au long cours ?
- Avez-vous déjà été opérée ? Autre que : appendicite, mydome, dents, chirurgie de grossesse
- Est-ce votre première grossesse ?
- Vos grossesses étaient-elles normales ? Autres problèmes que fausses couches, nausées (précoce = trois premiers mois)
 - Fausse couche tardive, accouchement prématuré < 35SA, retard de croissance intra-utérin, césarienne, transfusion
 - Où étiez-vous suivie pour ces grossesses ? Port Royal (par qui ?) ou ailleurs

En l'absence d'antécédents

- 1^{ère} consultation SFAO ... Externalisation
- Si demande de la patiente avec gynécologue de ville se fait à Port Royal ... Externalisation
- Où à Port Royal avec sage-femme ou médecin attaché
- Puis suivi
 - Port Royal avec sage-femme ou médecin attaché
 - ou externalisé avec sage-femme de ville ou gynécologue de ville

1^{ère} consultation 12SA avec échographie T1 (si non faite (ou prévue) avant en ville)

Vous recelez avec votre gynécologue une feuille d'information qui vous expliquera plus en détail les possibilités d'accouchement par césarienne ou non médicalisé

En présence d'antécédents (cf feuille jointe)

- Pathologie ou antécédents sévères : suivi par un médecin du service et orientation vers le secrétariat médical du jour (ou vers le secrétariat du médecin connu de la patiente)
- Si non suivi par un médecin attaché
- 1^{ère} consultation à 12SA avec échographie T1 si non faite (ou prévue) avant en ville

Remarques

Ne sont pas des facteurs de risque

- ATCD de diabète gestationnel
- ATCD de fausse couche du 1^{er} trimestre
- Âge < 45 ans

Les grossesses génériques peuvent être suivies à PR par des sage-femmes ou des médecins attachés

Facteurs de risque préconceptionnels

Facteurs de risque génétiques

- 18 > Age > 45
- Obésité : IMC > 35 Kg/m²
- Psycho-social
- Addictions : alcool, drogue

ATCD médicaux

- HTA préexistante
- Diabète préexistant (type 1, type 2)
- Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire
- Epilepsie
- Pathologie pulmonaire
 - Asthme avec réintéressement
 - Mucoviscidose
 - Cardiopathie et autres maladies cardiovasculaires (Marian, Ehler-Danlos...)
 - Maladie systémique : lupus, SLEP, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïdale
 - Pathologie hépato-digestive
 - Rachisme ou maladie de Crohn
 - Graffe hépatique
 - Thyroïde et autres pathologies endocriniennes
 - Hyperthyroïdie
 - Insuffisance surrénale
 - Asplénie avec splénectomie
 - Pathologie rénale chronique
 - Méningococcie
 - Cholestase
 - Pathologie rénale
 - Infection au VPH
 - Hépatite B chronique
 - Pathologie neurologique
 - Thrombopénie
 - Pathologie neurologique
 - Hémorragie cérébrale, anévrisme
 - Tumeur cérébrale
 - Myasthénie, Sclérose en plaques, ...
 - Cancer non génital

ATCD chirurgicaux

- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie de l'obésité
- Chirurgie urologique
- Chirurgie du bassin ou du rachis
- Autre

ATCD obstétricaux

- Lésion intra-épithéliale du col
- Fibrose non traitée
- Mutation OGE
- Cancer du sein traité
- Cancer de l'appareil génital traité
- Malformation de l'utérus ou du vagin
- Exposition au Distillat
- Chirurgie (AUS)
- Césarienne
- Fibrose opérée par laparotomie, coelioscopie ou hystéroscopie
- Ovariotomie opérée
- Chirurgie des seins
- Chirurgie du vagin
- Incision pour épiglossotomie opérée
- Autre : jactance

ATCD gynécologiques

- Epithélioma du col
- Dysplasie du col
- Polypose cervicale
- Tumeurs gynécologiques
- Traumatisme gynécologique
- Autres : p. g. g.

ATCD fœtaux

- Intolérance fœto-maternelle (érythrocytes, plaquettes)
- Hémorragie fœto-maternelle
- Fausse couche tardive au 4-5^{ème} mois
- Bleu du col
- Cérclage du col
- Accouchement prématuré < 32SA
- Pré-éclampsie, HELLP, éclampsie
- Cholestase gravidique
- Hématome rétro-placentaire (H-RP)
- Retard de croissance intra-utérin sévère
- Mort fœtale in utero ou décès de l'enfant
- Malformation congénitale
- Apoplexie périnatale
- Dystocie des épaules
- Traumatisme obstétrical : fracture, paralysie permanente du plexus brachial
- Hémorragie sévère lors de l'accouchement
- Césarienne
- Déchirure périnéale du 3-4^{ème} degré
- Complication anesthésique
- Complication sévère du post partum

Facteurs de risque durant la grossesse en cours

Facteurs de risque généraux

- Précarité
- Addictions : alcool, drogue
- Médicament potentiellement tératogène
- Intoxication : plomb, CO
- Irradiation
- Traumatisme abdominal

Facteurs de risque médicaux

- Vomissements gravidiques sévères
- Thrombose veineuse profonde
- Thrombopénie
- Maladie infectieuse : VIH, toxoplasmosis, rubéole, CMV, herpès génital, parvovirus B19, varicelle, hépatite virale aiguë, tuberculose, syphilis, listériose, paludisme, ...
- Autre maladie : préciser

Facteurs de risque chirurgicaux

- Chirurgie en cours de grossesse

Facteurs de risque gynécologiques

- Cancer du col
- Cancer du sein
- Fibrome utérin ou préexistant
- Kyste de l'ovaire

Facteurs de risque obstétricaux

- Grossesse découverte tardive ou non suivie
- Grossesse multiple
- Amniocentèse, biopsie de trophoblaste
- Réduction embryonnaire
- Malformation congénitale
- Métorragies persistantes

Ne sont pas des facteurs de risque

- ATCD de diabète gestationnel
- ATCD de FCS du 1^{er} trimestre
- Age < 45 ans

Les grossesses gemellaires peuvent être suivies à PR par des sages-femmes ou des médecins attachés

Le 24/01/2018

A Théau

Annexe 2 : Charte du réseau ville-hôpital de Port-Royal

CHARTe DU RESEAU VILLE-HOPITAL De la maternité PORT-ROYAL

Preamble

La charte est un texte qui définit les engagements de personnes intervenant à titre professionnel. Elle rappelle les principes éthiques sur la collaboration entre professionnels en vue d'un travail en réseau formalisé et d'une démarche de qualité.

La charte est un acte d'adhésion volontaire de professionnels libéraux ou institutionnels oeuvrant dans le champ de la périnatalité.

L'objet du réseau est l'amélioration de la qualité des soins en périnatalité pour les patientes à bas risque accouchant à la maternité de PR.

Pour ce faire, il met en place un réseau de soins reposant sur une collaboration ville-hôpital dont l'objectif est d'assurer la prise en charge précoce, cohérente, et individualisée pour les grossesses à bas risque.

1) Les adhérents à la charte

La charte se veut ouverte à tout acteur de santé, public ou privé dont la contribution permet de concourir aux buts généraux qu'elle s'est fixée. Il ne saurait être établi de liens hiérarchiques entre les différents acteurs. Peuvent adhérer à la charte périnatale :

Les personnes physiques, praticiens libéraux et salariés (indépendamment de leur structure d'appartenance pour ces derniers) :

- anesthésistes-réanimateurs et urgentistes
- échographistes, radiologues
- gynécologues-obstétriciens
- médecins généralistes
- pédiatres
- pédo-psychiatres et psychologues
- puéricultrices
- sages-femmes
- travailleurs sociaux
- les associations d'utilisateurs

Les professionnels de santé

L'adhésion à la charte est individuelle et sa signature par un professionnel de santé salarié ou d'exercice libéral en périnatalité vaut engagement du respect des termes de la charte. Cette adhésion est libre et révoquable.

Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.

2) Objectifs de la charte

Les professionnels adhérant à la présente charte se fixent comme objectifs de :

- 1) Mettre en cohérence l'ensemble des acteurs concernés autour de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche physiologiques
- 2) Favoriser l'information des couples sur le fonctionnement du réseau et l'organisation des soins périnataux, afin qu'ils puissent effectuer un choix éclairé concernant les modalités de suivi dans le pôle physiologique
- 3) Améliorer l'accès aux soins dès le premier trimestre de grossesse et la possibilité pour toutes les patientes d'avoir accès à l'entretien prénatal précoce, à la préparation à la naissance de leur choix (classique, yoga, sophrologique, Bonapace, haptonomie,...)
- 4) Offrir à tous les parents et enfants une prise en charge soucieuse de la sécurité, et dans le respect du choix de la famille : consultations, préparation à la naissance, suivi en post-partum
- 5) Améliorer la prise en charge des grossesses à bas risque en prenant en considération leurs besoins propres et leur choix d'accouchement naturel pour certaines (non désir de la péridurale, liberté de mouvements et du choix de la position d'accouchement,...)
- 6) Favoriser l'établissement optimal du lien mère-enfant et l'allaitement
- 7) Organiser l'évaluation des actions au sein du réseau

3) Engagement de tous les adhérents

Pour la mise en oeuvre de ces objectifs, les adhérents à la présente charte s'engagent, notamment, à oeuvrer à :

- un suivi obstétrical et néonatal de qualité par le repérage des facteurs de risques somatiques, psychologiques et sociaux que peuvent présenter les mères, les couples et leurs nouveau-nés, et ce dès le début de la grossesse,
- organiser des prises en charge semi-globales, par des sages-femmes libérales pour l'accompagnement de la naissance, dans le cadre uniquement de grossesses à bas risque : la même sage-femme peut assurer l'entretien prénatal, certaines consultations prénatales, la préparation à la naissance, les suites de couche avec le suivi à domicile, la visite post-natale et la rééducation du périnée. Dans un avenir plus lointain, il sera envisagé l'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales.
- apporter la meilleure information possible à l'usager quant au pôle physiologique ;
- respecter les choix des couples et des patientes prises en charge.

Les signataires de la charte s'engagent en outre à :

- respecter les modalités de fonctionnement du réseau définies dans la charte
- respecter le libre choix des patients concernant le professionnel effectuant le suivi de sa grossesse (en tenant compte du niveau de risque médical et psycho-social)
- respecter le circuit des patients défini par le réseau

- favoriser la continuité des soins en facilitant la collaboration professionnelle ville-hôpital
- homogénéiser les pratiques fondées sur des référentiels diagnostiques et thérapeutiques validés
- respecter un fonctionnement conforme aux textes réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques en matière de suivi de la grossesse, de dépistage de risque obstétrical et fœtal,
- mettre en œuvre un dossier obstétrico-pédiatrique minimum commun
- faciliter la circulation de l'information médicale au sein du réseau (en reportant les consultations obstétricales et examens complémentaires dans le dossier médical)
- accepter le principe d'un contrôle de qualité de leurs dossiers
- accepter et contribuer aux études d'évaluation, aux protocoles de recherche et aux actions de prévention
- accepter que leurs coordonnées professionnelles soient reportées sur la liste des professionnels du réseau
- accepter les contraintes logistiques de la maternité
- accepter les créneaux horaires proposés par la maternité

4) Engagement spécifique pour la maternité Port-Royal

La maternité Port-Royal s'engage à :

- **pour la préparation à la naissance**
 - a) mettre à disposition les coordonnées des sages-femmes libérales sur le site de la maternité (materniteportroyal.fr)
 - b) mettre à disposition le local de la préparation à la naissance pour des praticiens libéraux (sages-femmes...) après réalisation d'une convention entre le GH Cochin et les libéraux
- **pour le suivi de la grossesse**
 - favoriser la prise en charge en ville des grossesses normales entre 4 et 8 mois
 - favoriser la circulation de l'information par l'intermédiaire du dossier médical
 - organisation de réunions d'information sur l'homogénéisation des pratiques et de formation continue 2 à 3 fois par an
 - distribution des protocoles de la Maternité de Port Royal et des coordonnées nécessaires (tel, adresse mail) de chaque secteur
 - rendre accessibles les staffs du lundi midi à Port-Royal pour les libéraux
 - possibilité de venir présenter d'un dossier au staff du matin à 8h à Port-Royal
 - remettre à chaque patiente hospitalisée un compte-rendu d'hospitalisation
 - rendre accessible par téléphone 24h/24 un référent médical pour délivrer un conseil sur le suivi médical des patientes et si besoin permettre de gérer le transfert des patientes vers l'hôpital
 - accepter d'effectuer le suivi médical d'un patient à la demande du praticien de ville, suite au dépistage d'une pathologie, dans un délai acceptable
 - favoriser l'orientation des professionnels de ville et des patientes vers différentes consultations spécialisées disponibles au sein de l'établissement

(consultations de diabétologie, de néphrologie, de médecine interne, de diagnostic anténatal,...)

- pour l'accouchement

- mettre à disposition une « salle nature », pour les parturientes désirant accoucher sans médicalisation (sans péridurale)
- prendre en charge dans les salles de naissance de PR et par l'équipe de garde toute patiente pour qui l'accouchement en « salle nature » se compliquerait et qui nécessiterait une intervention médicale : analgésie péridurale, perfusion de syntocinon, forceps, césarienne...

- pour les suites de couche

La sortie précoce est possible grâce :

- a) à l'anticipation de cette sortie en anténatal (information donnée en consultation),
- b) à sa préparation en recherchant une sage-femme libérale pour le suivi de la mère et du nouveau-né, un praticien, médecin généraliste ou pédiatre, pour l'examen de l'enfant et si possible une travailleuse familiale à domicile,
- c) à un compte-rendu de l'accouchement (cf diamm) et à une feuille de résumé de séjour en suites de couche remis à la patiente pour la sage-femme libérale.

5) Procédure d'adhésion

Chaque professionnel pour adhérer au réseau doit signer la charte.

L'adhésion est confirmée par réponse écrite ou électronique. Elle est accompagnée des protocoles et de l'annuaire de la maternité Port-Royal.

Les sages-femmes doivent remplir une fiche d'information pour décrire leurs différentes activités (préparation à la naissance,...).

6) Démission et exclusion du réseau

Chaque adhérent peut demander à tout moment à ne plus faire partie du réseau en adressant une lettre de démission au coordinateur du réseau ville-hôpital.

En cas de non respect de la charte d'adhésion ou de la convention constitutive, le comité d'organisation peut prononcer la radiation d'un membre du réseau.

7) Accès au dossier du patient et modalités de partage de l'information

Le partage de l'information entre professionnels soumis au secret professionnel en fonction de règles de déontologie qui leur sont propres, est posé en principe. Il s'exerce dans le cadre d'un dossier médical partagé : dossier papier remis à la patiente qui en assure la circulation ou ultérieurement dossier informatisé.

8) Modification de la charte d'adhésion

La charte d'adhésion peut être modifiée en fonction de l'évolution du réseau.

9) Organisation du réseau

Conformément aux objectifs fixés par la charte, les adhérents s'engagent à se constituer en réseau ville-hôpital périnatal par la signature de la charte.

Les axes de travail et l'animation de ce réseau sont définis et assurés dans un premier temps par les membres adhérents au réseau, signataires d'une convention dont le fonctionnement et les missions sont décrits dans celle-ci.

Animation du réseau

L'animation du réseau ville-hôpital est assurée par le coordinateur, le Dr A. Théau.

Evaluation au sein du réseau

L'évaluation de chaque action sera définie au cas par cas, au fur et à mesure de la mise en place du pôle physiologique. Les membres du réseau s'engagent à fournir les données concernant la prise en charge des patientes. Les objectifs principaux sont la satisfaction des femmes et de leur conjoint, l'évaluation des complications en cours de grossesse ou dans le post-partum et notamment les réhospitalisations après sorties précoces. Des revues de morbidités-mortalités pour des cas survenus dans le réseau seront organisées.

10) Actions du réseau

- **Les sorties précoces** de la maternité de PR à J2 ou avant, avec suivi par une sage-femme libérale
- **La préparation à la naissance :**
 - *soit en ville pour étayer la préparation à la naissance et augmenter le nombre de patientes concernées,
 - *soit à la maternité de PR par les sages-femmes libérales elles-mêmes (avec reversement à l'hôpital d'un pourcentage)
- **Le suivi de la grossesse en ville par un gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme libérale pour les grossesses normales** après ouverture du dossier au 1^{er} trimestre à la maternité et reprise du suivi vers 36 SA
- **L'entretien prénatal précoce en ville au 4^e-5^e mois**
- **L'accompagnement semi-global** défini par la réalisation de la préparation à la naissance, de la consultation et du suivi post-natal par une même sage-femme.

11) Responsabilité

Il est précisé que la constitution du réseau ne donne pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale en charge d'activités de soins. Chacun des membres du réseau demeure pleinement responsable des activités dont il a la charge et de celles de ses personnels. La responsabilité propre du réseau ne saurait donc être recherchée pour les activités de soins relevant des membres.

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction

Suivi externalisé: Enquête de satisfaction

Madame,

Je m'appelle Lucie Pivotti et je suis étudiante en 4^{ème} année d'études de sage-femme.

Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire, qui me permettra d'obtenir mon diplôme d'état. Ce mémoire porte sur le "suivi de grossesse externalisé", c'est-à-dire sur les femmes enceintes qui ont bénéficiées de leurs consultations dans un cabinet de ville par une sage-femme ou un médecin (contrairement aux femmes enceintes qui ont eu leurs consultations à la maternité de Port-Royal en raison de maladies ou autres...).

Cette étude a pour but d'améliorer le suivi de grossesse à Port-Royal.

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra 10 minutes.

Je vous remercie de l'attention portée et du temps que vous allez consacrer à y répondre.

I. La satisfaction globale concernant le suivi externalisé

1. Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction de l'organisation générale du suivi externalisé à Port-Royal ? (il regroupe la première consultation de grossesse à la maternité avec l'orientation vers un suivi en ville et le retour à la maternité à 8 mois de grossesse)

Pas du tout
satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait
satisfait

2. Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction globale de la consultation Sage-Femme d'Accueil et d'Orientation (S.F.A.O.) c'est-à-dire la première consultation à l'hôpital que vous avez effectuée en début de grossesse ?

Pas du tout
satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait
satisfait

3. Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction globale du suivi en ville réalisé par le professionnel de santé ?

Pas du tout
satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait
satisfait

4. Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction globale de la consultation de retour à la maternité que vous venez d'effectuer ?

Pas du tout
satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait
satisfait

II. L'organisation du suivi externalisé à Port-Royal

5. Avant de rentrer en contact avec la maternité de Port-Royal, connaissiez-vous le suivi de grossesse externalisé ?

- ☐ Oui
☐ Non

⇒ Si oui, vous êtes-vous inscrite dans cette maternité parce que vous vouliez avoir un suivi de grossesse externalisé ?

- ☐ Oui
☐ Non

6. A l'issu de l'inscription à la maternité, avez-vous compris que vous pouviez être suivies en ville ?

- ☐ Oui
☐ Non

7. Lors de la première consultation à l'hôpital, la sage-femme vous a :
(Cocher les réponses)

	Oui	Non	Ne me souviens pas
Expliqué pourquoi vous pouviez être suivie à l'extérieur de la maternité.	☐	☐	☐
Expliqué qu'il fallait emporter le dossier obstétrical à chaque consultation du suivi de grossesse.	☐	☐	☐
Expliqué qu'il fallait emporter le dossier obstétrical aux consultations d'urgence	☐	☐	☐
Donné et expliqué le calendrier des examens à faire pendant la grossesse.	☐	☐	☐
Donné les adresses des sages-femmes à proximité de chez vous avec leur différentes activités.	☐	☐	☐
Expliqué le retour à la maternité en fin de grossesse comprenant une consultation avec la sage-femme et une consultation avec l'anesthésiste.	☐	☐	☐

8. A l'issu de cette première consultation à l'hôpital avec la sage-femme, étiez-vous satisfaite de poursuivre votre suivi de grossesse en ville ?

Pas du tout
satisfait

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait
satisfait

Expliquez:

.....

9. Pourquoi avez-vous accepté le suivi externalisé ?

- ☐ Un professionnel de santé qui vous suit vous l'a conseillé.
☐ Une de vos connaissances vous l'a conseillé.
☐ La sage-femme de l'hôpital vous a expliqué les caractéristiques du suivi et cela vous a plu.
☐ Vous n'aimez pas l'hôpital.
☐ Vous avez trouvé cela pratique car vous pouviez trouver un professionnel à côté de chez vous ou de votre lieu de travail.
☐ Autre:

.....

III. Le suivi en ville avec le professionnel de santé

10. Vous avez été suivie par:

- ☐ Une sage-femme
- ☐ Un médecin généraliste
- ☐ Un gynécologue

11. Vous avez choisi ce professionnel de santé en ville pour:

- ☐ La proximité avec votre domicile
- ☐ La proximité avec votre lieu de travail
- ☐ Une personne de votre entourage vous l'a conseillé
- ☐ Les activités proposées par le professionnel vous intéressaient
- ☐ Vous le connaissiez déjà
- ☐ Autre:

.....

12. Si vous ne connaissiez pas de professionnel en ville, avez-vous choisi un des professionnels figurant sur la liste que la sage-femme vous a donnée lors de la première consultation à l'hôpital ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13. Le temps de consultation chez votre médecin ou sage-femme en ville est de :

- ☐ Moins de 15 minutes
- ☐ 15 à 30 minutes
- ☐ 30 à 45 minutes
- ☐ Plus de 45 minutes

14. L'accès à la consultation par rapport à votre domicile est de :

- ☐ Moins de 15 minutes
- ☐ 15 à 30 minutes
- ☐ Plus 30 minutes

15. Concernant la facilité de prise de rendez-vous:

- ☐ Moins de 2 semaines d'attente
- ☐ 2 à 4 semaines d'attente
- ☐ Plus d'1 mois d'attente

16. Le professionnel en ville a-t-il des dépassements d'honoraires ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17. Il pratique :

	Oui	Non	Ne sais pas
La préparation à la naissance	☐	☐	☐
L'entretien prénatal précoce	☐	☐	☐
Les visites à domicile au retour de la maternité	☐	☐	☐
La rééducation du périnée	☐	☐	☐
Les consultations de gynécologie de prévention	☐	☐	☐

18. Vous a-t-il donné des informations concernant :

	Oui	Non	Ne me souviens pas
L'accouchement à Port-Royal	☐	☐	☐
La salle nature de Port-Royal	☐	☐	☐
L'allaitement artificiel et maternel	☐	☐	☐
Les sorties précoces	☐	☐	☐
La durée du séjour à la maternité: 2 nuits après un accouchement normal et 4 nuits après une césarienne	☐	☐	☐
L'anesthésie péridurale	☐	☐	☐

19. Avec lui, avez-vous élaboré un projet de naissance ?

- ☐ Oui
☐ Non

20. Avez-vous eu l'impression qu'il a pris le temps de répondre à toutes vos questions:

Pas du tout d'accord

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tout à fait d'accord

21. Etait-il joignable facilement ?

- ☐ Oui
☐ Non

22. S'il s'agit d'une sage-femme, vous a-t-elle dit qu'elle passerait à la maison après l'accouchement ?

- ☐ Oui
☐ Non

23. Expliquez les points positifs et les points négatifs du suivi en ville:

Points positifs	Points négatifs

24. Avez-vous trouvé une adéquation entre les conseils du professionnel en ville et ceux de l'hôpital ?

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Si non, pourquoi ?

.....

25. En cas de doute sur votre prise en charge, avez-vous senti que le professionnel pouvait joindre l'hôpital sans problème ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

26. Pour votre prochaine grossesse, souhaitez-vous être suivie en ville comme durant cette grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Si non, pourquoi?.....

27. Si oui, souhaitez-vous être suivie par le même professionnel que durant cette grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

28. Comment pourrions-nous améliorer notre suivi externalisé ?.....

.....

IV. Renseignements généraux

29. Quel âge avez-vous ?

30. Quelle est votre catégorie sociale ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Etudiante | ☐ Fonctionnaire ou employé du privé |
| ☐ Cadre | ☐ Personnel soignant |
| ☐ Ouvrier/agricole | ☐ Chômage |
| ☐ Artisan/commerçant | ☐ Sans emploi |

31. Est-ce votre premier enfant ?

- ☐ Oui (le questionnaire est terminé)
- ☐ Non

32. Est-ce votre première grossesse suivie à Port-Royal ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

33. Au cours d'une précédente grossesse, avez-vous déjà été suivie en ville ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

34. Si vous étiez suivie à la maternité, c'est parce:

- ☐ qu'on ne vous avait pas proposé d'être suivie en ville
- ☐ que vous ne vouliez pas être suivi en ville

⇒ **Pourquoi ?**

Un grand merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon enquête, n'hésitez pas à me contacter à partir du 1er juillet 2020 par mail: lucie.pivotti@etu.parisdescartes.fr

Annexe 4 : Inscription au registre général des traitements de l'APHP en date du 25/07/2019 sous le numéro : 20190725200836.

Registre général des traitements AP-HP - CCH-2019-216 MASTER PIVOTTI

Page 1 of 2

 ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS BUREAU DE LA PROTECTION DES DONNÉES	Registre général des traitements de l'AP-HP
---	---

Entité déclarante

12 - HUPC

CCH-2019-216 MASTER PIVOTTI

Traitement n°

20190725200836

Finalités

Description succincte des finalités principales et secondaires:

Finalité principale : Enseignement master de sage-femme Finalité secondaire : Vécu et satisfaction des femmes avec suivi interne/externe pendant la grossesse Evaluation sur questionnaire monocentrique

Catégorie du traitement

Recherche

Licéité du traitement:

Le traitement est nécessaire pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relève de l'exercice de l'autorité publique du responsable du traitement

Formalité applicable

Inscription simple au registre

Sites/PIC concernés par le traitement

12 - HUPC

Responsables de traitement

Personne morale responsable du traitement

AP-HP

Coordonnées

HUPC 27 rue du Faubourg St. Jacques 75014 Paris

Responsable des opérations de traitement au sein de l'AP-HP

DE LA CALLE Aurélie

Direction ou service de rattachement

École de sages-femmes Île-de-France

Collaboration avec des sous-traitants ou des fournisseurs ?

Non

Traitement mis en oeuvre

Date de première mise en oeuvre du traitement

01/09/2019

Modification substantielle

Date de dernière modification substantielle

Durée de conservation

2 ans après cessation du mémoire

Catégories & destinataires de données

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données

<https://espace-collaboratif.aphp.fr/dsi/cil/Lists/Liste%20des%20traitements%20v2/Re...> 24/10/2019

Patients pris en charge à l'AP-HP	☒ Données d'identification (civilité, sexe, prénom, date de naissance, n° CM etc.) ☒ N° d'identification de l'AP-HP (NIR/PPR/INS/Code alphanumérique) ☒ Coordonnées (adresse, e-mail, n° de téléphone) ☒ Données de santé relatives à la prise en charge médico-administrative (ex : structure d'accueil, dates de séjours, rdv de consultation...) ☒ Données de santé relatives aux soins (ex : observations médicales, comptes rendus d'hospitalisation, courriers, résultats d'examen...) ☒ Autre (préciser)	☒ Utilisateurs de l'application (préciser) ☒ Encadrement AP-HP (préciser)
	Respect des Obligations	Lucie Lacroix PIVOTTI Directeur de mémoire - Aurélie DE LA CAULLE Université Paris Descartes pour le mémoire avec données anonymisées

Diagnostic conformité & sécurité des données

Diagnostic sécurité complété

Oui

PIA renseigné

Non

Transfert de données hors UE envisagé

Non

Information et consentement des personnes

Type d'information

Individuelle

Recueil du consentement

Non

Autres précisions

Pièces jointes

(ex : PIA, notice d'information, diagnostic conformité et sécurité, pièces du marché, annexes fonctionnelles et techniques, etc.)

Annexe 5 : Note d'information à destination des patientes

Suivi externalisé : Enquête de satisfaction

Madame,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche intitulé : « Suivi externalisé : enquête de satisfaction » coordonné par moi-même, Lucie PIVOTTI, étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de sages-femmes de Baudelocque à Paris et par Aurélie DE LA CALLE, sage-femme à Port-Royal.

Quel est l'objectif de la recherche ?

Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire, qui me permettra d'obtenir mon diplôme d'état. Ce mémoire porte sur le "suivi de grossesse externalisé", c'est-à-dire sur les femmes enceintes qui ont bénéficiées de leurs consultations dans un cabinet de ville par une sage-femme ou un médecin (contrairement aux femmes enceintes qui ont eu leurs consultations à la maternité de Port-Royal en raison de maladies ou autres...). Cette étude a pour but d'améliorer le suivi de grossesse à Port-Royal.

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- Evaluer le taux de satisfaction des patientes du suivi externalisé.
- Evaluer la satisfaction des patientes et les informations qui leur sont transmises lors de la consultation S.F.A.O.
- Etudier les caractéristiques liées à la satisfaction ou à l'insatisfaction concernant le suivi en ville des patientes à bas risque.

Quelle est la méthodologie ?

La sage-femme vous donne le questionnaire à remplir en salle d'attente entre la consultation et la prise de sang avec l'infirmière. Si vous souhaitez participer à l'étude, vous remplissez le questionnaire et pouvez le remettre à l'infirmière qui vous fera la prise de sang. Les questionnaires sont mis dans une bannette dans le poste de soin des infirmières et je viens les récupérer une fois par semaine.

Les questionnaires sont anonymes.

Cette recherche ne vise pas à modifier votre prise en charge. Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires à ceux indispensables au suivi de votre pathologie, ni de modifications du traitement prescrit par votre médecin.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette recherche ?

Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui vous seront fournis.

De plus, votre participation à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Déroulement et calendrier de la recherche :

Recueil des données : 31 juin au 30 novembre 2019

Fin de rédaction du mémoire : avril 2020

Soit une durée de recherche : 10 mois

Quels sont les bénéfices attendus ?

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche, si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques.

Néanmoins, grâce à votre réponse, vous participez à l'amélioration du suivi externalisé des femmes enceintes de la maternité de Port-Royal.

Aspects réglementaires et législatifs :

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG) sous le numéro CCH-2019-216.

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR003 relative aux traitements de données à caractères personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé.

Recueil des données, Confidentialité et Loi informatique et liberté

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, les données anonymes du questionnaire seront recueillies et stockées sous ma responsabilité, Lucie PIVOTTI, étudiante sage-femme. Seuls les responsables du projet de recherche auront accès à vos données qui seront conservées pendant 2 ans et détruites à la fin de ce délai.

Le recueil se fera par un personnel de santé tenu au secret professionnel et sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre traitement.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement automatisé et anonyme des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Vos données seront identifiées par un numéro.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant.

Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge de votre suivi.

Aucune donnée ne permettra votre identification dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez nous contacter :

Lucie PIVOTTI

lucie.pivotti@etu-parisdescartes.fr

Ecole de sages-femmes Baudelocque
75006 Paris

Aurélien DE LA CALLE, sage-femme

Maternité de Port Royal

Adresse : 273 boulevard de Port Royal 75013 Paris

Mail : aurelie.delacalle@aphp.fr

Soyez assuré(es) que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.

Annexe 6 : Réponse du comité d'éthique CEROG

CEROG

Comité d'Ethique de la
Recherche
en Obstétrique et
Gynécologie



2019

Institutional review board approval

Submission number
CEROG 2019-OBST-1204

Président :
Bernard JACQUETIN

Président sortant, qualifié
dans le domaine éthique
Gérard LEVY

Secrétaire OBST-DAN :
Florent FUCHS
f-fuchs@chu-montpellier.fr

Secrétaire GYN-AMP :
Thibault THUBERT
thibault.thubert@chu-nantes.fr

**SECTION GYNECOLOGIE -
ASSISTANCE MEDICALE A LA
PROCREATION :**

Jean Philippe AYEL
Sofiane BENDIFALLAH
Georges Fabrice BLUM
Perrine CAPMAS
Yohan DABI
Emile DARAI
Xavier DEFFIEUX
Hervé FERNANDEZ
Guillaume LEGENDRE
Florence LEPELIER
Vincent LETOUZEY
Paul MARZOUK
Anne Cécile PIZZO-FERRATO
Caroline TRICHOT
Vincent VILLEFRANQUE

**SECTION OBSTETRIQUE ET
MEDECINE FOETALE :**

Tiphaine BARJAT
Alexandra BENACHI
Guillaume BENOIST
Paul BERVEILLER
Léon BOUBLI
Pierre François CECCALDI
Pierre DELORME
Guillaume DUCARME
Charles GARABEDIAN
Camille LE RAY
Charline BERTHOLDT
Nicolas MOTTET
Olivier PARANT
Alexandre VIVANTI
Norbert WINER

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en Obstétrique et Gynécologie** » has examined the research entitled:

« Le suivi externalisé des patientes à bas risque : enquête de satisfaction ».

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

Bernard JACQUETIN
President

Florent FUCHS
Secretary

* Deffieux X, Vayssières C, Azria E, Porcher R, Parant O, Clavier J, Guibert J, Benachi A, Houfflin-Debarge V, Juvannin JM, Rosenberg F, André G, Anquer Y, Rouzier R, Benbassa A, Collinet P, Ayel JP, Jacquelin B, Morice P, Seubli L, Senat MY, Brunet L, Levy G. Institutional review board of the French college of obstetricians and gynecologists (CEROG). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 ; 39(2):401-8.

Annexe 7 : Points positifs du suivi externalisé du point de vue des patientes



Annexe 8 : Points négatifs du suivi externalisé du point de vue des patientes

A word cloud in red script font, tilted diagonally. The words represent negative aspects of externalized follow-up from the patients' perspective. The most prominent words are 'Pas de contact avec la maternité', 'Moins d'info sur', 'Débordée', 'Qu'une partie de la grossesse', 'Moins impliquée', 'Honoraires', 'Congés annuels', 'Dossier', 'Bien vu', and 'hôpital'.

Pas de contact avec la maternité
Moins d'info sur
Débordée
Qu'une partie de la grossesse
Moins impliquée
Honoraires
Congés annuels
Dossier
Bien vu
hôpital

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université de Paris sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.