

THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES DE GESTION À FINALITÉ SPÉCIALISÉE

Comment effectuer avec succès l'implémentation d'un questionnaire de type PROMs dans la maternité d'un centre hospitalier ?

STARCK, Gaëlle

Award date:
2023

Awarding institution:
Universite de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



« Comment effectuer avec succès l'implémentation d'un questionnaire de type PROMs dans la maternité d'un centre hospitalier ? »

Gaëlle STARCK

Directeur : Prof. B. MEUNIER

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du titre de
Master 120 en sciences de gestion, à finalité spécialisée
en Business Analysis & Integration

ANNEE ACADEMIQUE 2022-2023

Remerciements

La réalisation de mon mémoire a été possible grâce à l'aide précieuse de plusieurs personnes. Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes ces personnes qui m'ont accompagné et aidé dans ce travail. Le soutien, les encouragements et les précieux conseils m'ont permis de rédiger ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers mon promoteur de mémoire, Monsieur Baudouin Meunier. Sa patience, son expertise, sa pédagogie ainsi que ses encouragements ont illuminé chaque étape de ce travail. Chacun de ses conseils s'est avéré réfléchi et d'une grande constructivité, et c'est avec une sincère reconnaissance que je les ai accueillis.

La collaboration avec le service qualité et le service maternité au sein du CHU UCL Namur a été une ressource inestimable pour l'avancement de ce travail. Leur expertise pointue en gestion de la qualité et en matière de santé a agi comme un phare, me guidant dans la bonne direction.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements à toutes les patientes du CHU UCL Namur qui ont généreusement consacré leur temps à répondre au questionnaire. Leur participation active a été l'élément clé qui a permis la réalisation de mes analyses. Leur contribution précieuse a apporté une dimension significative à mon travail.

En somme, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu m'aider de près ou de loin, qui ont contribué à la réalisation de ce travail de fin de master. Chaque aide m'a permis d'avancer un peu plus, un tout grand merci.

Résumé

L'essence même de ce travail consiste à répondre de manière éclairée à la question fondamentale qui l'anime : « Comment effectuer avec succès l'implémentation d'un questionnaire de type PROMs dans la maternité d'un centre hospitalier ? ». Les PROMs (mesures des résultats rapportés par les patients) représentent un instrument de collecte singulier, destiné à évaluer la perception qu'ont les patients de leur état de santé et de leur qualité de vie suite à une intervention médicale, en se basant sur leurs propres témoignages. Notre démarche s'oriente ainsi vers l'application de ce concept spécifique à l'univers de la maternité. En conséquence, en collaboration avec le CHU UCL Namur, nous élaborons un questionnaire que nous soumettons aux patientes à deux moments distincts de leur parcours à la maternité. À partir des données ainsi obtenues, nous avons conduit une variété d'analyses, nourrissant ainsi notre quête d'informations, de manière à montrer l'utilité de la démarche proposée.

Abstract

The essence of this work is to provide an informed response to the fundamental question that drives it: "How can a PROMs-type questionnaire be successfully implemented in a hospital maternity unit? PROMs (patient-reported outcome measures) are a unique data collection tool designed to assess patients' perceptions of their state of health and quality of life following a medical intervention, based on their own testimonies. Our approach is to apply this specific concept to the world of maternity. Consequently, in collaboration with the CHU UCL Namur, we are devising a questionnaire that we will administer to patients at two separate points during their stay in the maternity unit. Using the data thus obtained, we conducted a variety of analyses, fuelling our quest for information and demonstrating the usefulness of the proposed approach.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	3
Abstract	3
Introduction	5
Revue de la littérature	7
1. Contexte de la maternité	7
1.1. Réduction du nombre de sites.....	7
1.2. Situation financière.....	8
1.3. Impact covid-19.....	9
2. Mesures de la performance :.....	10
2.1. L'importance de mesurer la performance dans le milieu de la santé.....	10
2.2. Modèles de mesure de la performance du système de santé.....	11
3. Les PROMs	13
3.1. Les PROs et les PROMs.....	13
3.2. Les types de PROMs.....	14
3.3. Les origines des PROMs.....	15
3.4. Les enjeux.....	16
4. Initiatives connues	17
5. Application des PROMs à la maternité	19
6. Limites et obstacles à l'utilisation routinière	20
Le CHU UCL Namur	23
1. Présentation de l'hôpital	23
2. Présentation de la maternité	23
Méthodologie	24
1. Choix de la méthodologie	24
2. Elaboration des questionnaires de type PROMs	24
2.1. Structuration en deux questionnaires.....	24
2.2. Contenu des questionnaires.....	26
Résultats de la collecte de données	30
1. Collecte de données	30
1.1. Questionnaire n°1 :.....	30
1.2. Questionnaire n°2.....	31
1.3. Grille d'évaluation du questionnaire n°1.....	33
1.4. Grille d'évaluation du questionnaire n°2.....	33
2. Analyse des données	33
Discussion/recommandations	37
1. La grille d'évaluation	37
2. Les échelles	38
3. Questionnaire	38
4. Analyses	38
5. Benchmarking	40
Conclusion	41
Bibliographie	43
Annexes	50

Introduction

« La qualité perçue par les patients est une dimension importante de l'évaluation de la performance hospitalière. » (Minvielle, Fourcade et Ferrua, 2019). Ces trois experts, étroitement liés au domaine de la santé, soulignent l'importance capitale de la voix des patients dans la mesure de la performance hospitalière.

En effet, les patients sont les témoins directs de leur parcours de soins et de leur expérience au sein de l'établissement hospitalier. Leurs retours, leurs opinions et leurs évaluations fournissent des informations inestimables pour comprendre la qualité des services de santé offerts. Cette approche centrée sur le patient offre une perspective unique, complémentaire aux évaluations cliniques traditionnelles, et permet d'identifier des aspects cruciaux de la prise en charge qui nécessitent une amélioration.

C'est pour répondre à ces exigences fondamentales que l'outil PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) a été développé et connaît une adoption croissante dans de nombreux établissements de santé à travers le monde. Les PROMs sont devenus une ressource inestimable pour évaluer la perspective des patients sur leur propre état de santé et pour évaluer la performance du système. En effet, les PROMs peuvent être appliqués à divers services hospitaliers, mais notre étude se concentrera spécifiquement sur leur utilisation dans le domaine de la maternité. Ce contexte particulier revêt une importance primordiale, car il concerne directement le bien-être des femmes enceintes et des nouvelles mères, ainsi que la santé et la sécurité des bébés. L'intégration des PROMs dans le service de la maternité doit permettre de saisir les préoccupations et les besoins spécifiques de ces patientes, en recueillant leurs évaluations personnelles. La problématique de ce mémoire est donc la suivante : « Comment effectuer avec succès l'implémentation d'un questionnaire de type PROMs dans la maternité d'un centre hospitalier ? »

Pour mener à bien ce travail, le mémoire débute par une partie théorique basée sur une revue de nombreux articles scientifiques. Cette approche vise à situer le contexte de la maternité en tenant compte de ses nombreuses complexités et perturbations. Ensuite, l'étude se concentre sur l'évaluation de la performance en milieu hospitalier, en mettant en évidence son importance pour garantir des soins de qualité aux patientes.

Par la suite, le mémoire plonge dans l'essence même du sujet en abordant la définition des PROMs, leur typologie, leur origine et les multiples enjeux qu'ils englobent. Cette section théorique donne l'occasion de mettre en exergue les diverses initiatives connues à travers le monde, d'illustrer comment les PROMs sont appliqués avec succès dans le contexte de la maternité et de montrer les limites et obstacles à l'utilisation de cet outil.

Après cela, une explication détaillée de la méthodologie scientifique est présentée, ainsi que la conception de deux questionnaires de type PROMs spécifiquement adaptés à la maternité du CHU UCL Namur. Les contenus de ces questionnaires ainsi que leur méthode de notation seront exposés en profondeur. Une fois ces éléments établis, l'analyse des résultats obtenus et l'élaboration de certaines hypothèses qui en résultent sont conduites, en vue de montrer la pertinence de l'outil proposé.

Revue de la littérature

Cette revue de littérature vise à atteindre plusieurs objectifs essentiels. D'une part, elle offre au lecteur une occasion de se familiariser avec l'environnement hospitalier et plus spécifiquement avec le service de la maternité. D'autre part, elle permet de constituer une base de connaissances sur les questionnaires PROMs (Patient Reported Outcomes Measures), indispensable pour comprendre en profondeur leur utilisation et leur interprétation.

En examinant les travaux de recherche et les publications antérieures dans le domaine des PROMs, nous nous enrichissons de perspectives variées et d'analyses approfondies concernant leur application dans la pratique médicale. Cette approche nous permettra de mieux appréhender les avantages et les limites des PROMs, ainsi que les meilleures méthodes pour les intégrer de manière efficace et significative dans l'évaluation de la santé et de la qualité de vie des patientes en maternité.

En fin de compte, cette revue de littérature s'avère être un pilier essentiel de notre mémoire, car elle nous permettra d'aborder notre sujet avec une connaissance approfondie du contexte hospitalier et des enjeux liés à l'utilisation des PROMs. De cette manière, nous serons en mesure de présenter des analyses pertinentes et d'éclairer les décisions futures visant à améliorer la prise en charge des patientes en maternité.

1. Contexte de la maternité

Le service de la maternité dans les hôpitaux est un domaine de la santé qui évolue et subit des changements en permanence. Les défis et opportunités sont dès lors nombreux pour les professionnels et pour la qualité de la prise en charge des futures mamans et de leurs nouveau-nés.

1.1. Réduction du nombre de sites

Un premier changement en cours dans les maternités belges est la tendance à réduire le nombre de sites pour atteindre une plus grande spécialisation et concentration des soins. Des dispositions vont probablement être prises pour fermer les maternités de petite taille qui seraient moins efficaces et transférer leurs activités dans les maternités plus grandes. En effet, une maternité peu fréquentée va peser sur la rentabilité de l'hôpital, car les coûts fixes sont en général élevés. Il serait donc plus judicieux de fermer les petites maternités et de transférer leurs activités vers de grandes maternités ou de fusionner les petites. Dans les deux cas, cela permettrait des économies d'échelle. Grâce à l'augmentation de l'activité, le coût moyen va diminuer.

Une étude concernant la réduction du nombre de maternités a été réalisée par Lefèvre et al. (2019) du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) suite à la demande de la ministre fédérale de la Santé publique pour les maternités en Belgique. Elle se concentre sur le lien entre le

nombre d'accouchements qu'un hôpital réalise sur un an et les coûts que cela engendre. Il y a deux objectifs principaux à cette étude. Premièrement l'augmentation de l'efficacité et deuxièmement la réalisation d'économies d'échelle. L'efficacité pour un hôpital consiste à maximiser la valeur des soins fournis en optimisant l'utilisation des ressources disponibles (temps, équipement, personnel, etc.). Tandis que les économies d'échelle se réfèrent à la réduction des coûts unitaires grâce à une augmentation de la production ou de la taille de l'hôpital, cela peut notamment se traduire par une augmentation de l'occupation des lits. Ces deux objectifs sont donc liés.

Pour savoir quelles maternités pouvaient possiblement fermer, les chercheurs se servent de trois indicateurs : le nombre d'accouchements par an, l'accessibilité et le nombre de lits. Concernant le nombre d'accouchements, ils établissent un seuil minimal de 557 accouchements par an appelé échelle minimale d'efficacité afin de réduire le coût par accouchement pour être comparable aux maternités les plus performantes. Tandis que le seuil minimum légal actuel est de 400 accouchements par an, ils proposent d'augmenter ce seuil pour se rapprocher de 557. Cependant, pour les grossesses et accouchements à faible risque, la littérature scientifique n'a pas encore fourni de preuves concluantes établissant une corrélation entre la qualité des soins et la taille de la maternité (Lefèvre et al., 2019). Ensuite, ils abordent l'accessibilité de la maternité. Pour ce faire, avec la participation de l'Institut Géographique National (IGN), ils établissent qu'il est indispensable que les femmes enceintes aient accès à une maternité dans un délai raisonnable de 30 minutes lorsque le trafic est fluide, et un délai de 15 minutes évalué comme étant 30 minutes pour les zones où le trafic est intense. Et finalement, le dernier indicateur qui est le nombre de lits est plus difficile à calculer à partir du nombre d'accouchements. L'affluence des femmes enceintes varie pendant l'année, mais aussi pendant la journée. Par exemple, les chercheurs ont constaté une hausse des admissions les jours de la semaine après minuit.

Pour que le financement soit correct, les hôpitaux devraient avoir un taux d'occupation de 70%. D'après les données, en 2016, le taux moyen était seulement à 50% ce qui rend la rentabilité mauvaise. Sur la base de ces critères, l'étude conclut qu'il serait envisageable de fermer 17 maternités en Belgique (cfr annexe 1). Pour donner suite à ces décisions possibles, les maternités belges ont donc de gros enjeux en termes d'attractivité pour espérer continuer leurs activités, car l'efficacité est un point important dans cette étude. La qualité des soins ne sera pas mise de côté car le nombre d'infirmiers sera toujours suffisant peu importe le seuil minimal et l'accessibilité sera toujours assurée.

1.2. Situation financière

L'état financier des hôpitaux n'est pas dans une bonne posture depuis quelques années. Belfius réalise annuellement des études nommées MAHA (Model for Automatic Hospital Analyses) concernant les résultats financiers du secteur hospitalier (Belfius, 2022). Les comptes des hôpitaux ont déjà subi des difficultés lors du covid-19 il y a deux ans et présentent toujours des séquelles comme par exemple

l'activité hospitalière. Pendant la période du coronavirus, les soins non urgents ont été reportés pour libérer des lits et des ressources en faveur des patients atteints du COVID-19. À ce jour, les hôpitaux n'ont pas encore retrouvé leur niveau d'activité d'avant la pandémie (cfr annexe 2). En 2022, les hôpitaux font face à des défis économiques dus au contexte macroéconomique, marqué par un taux d'inflation plus élevé que les années précédentes, des coûts élevés en énergie et matériaux de construction, un taux d'intérêt élevé ainsi que l'augmentation des coûts salariaux en raison de l'indexation des salaires. Ces facteurs combinés exercent une pression financière significative sur les établissements de santé, rendant la gestion des ressources et des budgets encore plus cruciale pour assurer une prestation de soins de qualité.

La situation financière de certains hôpitaux est si précaire qu'ils fonctionnent même à perte. Pour tenter de contrer en partie ceci, les hôpitaux peuvent diminuer la durée de séjour des femmes enceintes lorsqu'elles ont accouché (Vandeleene et Avalosse, 2021). La durée moyenne de séjour a diminué entre 2010 et 2019, on passe de 4,4 jours à 2,8 jours, tous types d'accouchement confondus. Nous pouvons voir sur le tableau en annexe 3, que peu importe le type d'accouchement (voie basse ou césarienne), la proportion de femme augmente pour les séjours à courte durée (1 à 2 jours) et diminue pour les séjours à longue durée (6 jours et plus) entre 2010 et 2019.

Le financement des séjours hospitaliers en maternité s'effectue en effet sur la base des durées d'hospitalisation moyennes au niveau national. En fait, un budget national est calculé pour l'ensemble du pays et sera distribué aux hôpitaux pour couvrir les frais tels que le personnel et les produits médicaux suivant leur activité. Une moyenne au niveau national est calculée grâce à la durée de séjour de tous les hôpitaux qui est divisée par les admissions de chaque hôpital. Si un hôpital a une durée moyenne de séjour inférieure à la moyenne nationale, il y verra un avantage parce qu'il sera financé pour plus de jours d'hospitalisation que ceux réellement prestés. A l'inverse, si la durée moyenne de séjour de l'hôpital est supérieure à la moyenne nationale, l'hôpital est désavantagé, car il recevra moins de financement par rapport à ce qu'il a presté.

Les hôpitaux ont intérêt à essayer de minimiser le temps de séjour pour obtenir un avantage financier, mais il ne faudrait pas pour autant que cela affecte la qualité des soins. Il serait utile de connaître le ressenti des patientes quant à cette diminution et l'impact que cela a sur elles et les nouveau-nés. C'est un sujet délicat qui reçoit beaucoup de critiques de la part du public, mais aussi du personnel, car le suivi de la maman et du nouveau-né est primordial les premiers jours après l'accouchement.

1.3. Impact covid-19

Un autre point important pour situer le contexte de la maternité est la crise du coronavirus (Organisation mondiale de la santé, 2022). Même si la pandémie est passée, le virus est toujours là et peut toujours contaminer les femmes enceintes ou même les nouveau-nés. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les femmes enceintes qui sont touchées par le virus ont plus de risques de

rencontrer des complications et de devoir passer par le service néonatalogie de l'hôpital. En effet, elles ont plus de risques de donner la vie à leur enfant de façon prématurée. En général, les conséquences ne sont pas graves, les taux de mortinatalité et les taux de mortalité néonatale sont faibles. Toutefois, l'expérience de la patiente ne sera pas favorable. Le personnel soignant et infirmier doit être prêt à réagir et s'adapter à ces difficultés.

Le service de la maternité fait face à de nombreuses perturbations, ce qui souligne l'importance d'une évaluation régulière de ses soins afin de maintenir ou d'améliorer son niveau de performance. Dans cette optique, l'utilisation des PROMs s'avère pertinente pour évaluer ces soins, et nous détaillerons cet outil dans la partie suivante.

2. Mesures de la performance :

2.1. L'importance de mesurer la performance dans le milieu de la santé

La mesure de la performance permet d'évaluer si les objectifs fixés sont atteints, si les ressources sont utilisées de manière optimale et si les résultats de santé des patients sont améliorés (Mesterton, 2019). Cela favorise une culture de l'amélioration continue et de l'adaptation des pratiques de soins. De plus, en surveillant régulièrement la performance, les décideurs peuvent prendre des mesures préventives pour éviter une détérioration de la qualité des soins ou une diminution de la rentabilité.

Le concept du « True North », inspiré du Lean Management qui vise à des améliorations continues de la qualité et à l'évitement de gaspillage, offre un modèle général efficace pour orienter les activités dans le monde non marchand, y compris au sein d'un centre hospitalier (cfr annexe 4). Ce concept se présente sous la forme d'un triangle comprenant quatre parties prenantes essentielles (Barnas, 2011). Au centre du triangle se trouve la satisfaction du client, représentant l'objectif central et primordial. Autour de celui-ci se situent les piliers fondamentaux : la sécurité et la qualité, l'engagement du personnel et l'aspect financier. En plaçant la satisfaction du patient au cœur du modèle, le "True North" garantit que toutes les parties prenantes partagent une vision commune et collaborent pour atteindre cet objectif. La sécurité et la qualité des soins représentent un pilier central, veillant à la mise en place de pratiques sûres et efficaces pour le bien-être des patients. L'engagement du personnel s'avère tout aussi crucial, car des professionnels motivés et impliqués contribuent à la qualité des soins et à une expérience positive pour les patients. Enfin, l'aspect financier est un élément extérieur du triangle, soulignant l'importance de la gestion financière pour garantir la viabilité à long terme de l'établissement et sa capacité à offrir des soins de qualité. En adoptant le modèle du "True North", un centre hospitalier peut s'appuyer sur des objectifs clairs et mesurables, élaborer des stratégies d'amélioration et mettre en place un système de suivi des performances pour évaluer régulièrement les

progrès accomplis. L'alignement de toutes les parties prenantes autour de cette vision commune favorise la cohésion, stimule l'innovation et renforce la culture de l'amélioration continue.

La transparence de la performance du système de santé est également un enjeu majeur. Les résultats mesurés permettent aux patients, aux prestataires de soins et aux décideurs de comprendre comment le système fonctionne, de prendre des décisions éclairées et de mettre en œuvre des actions correctives lorsque cela est nécessaire.

Enfin, la comparaison internationale de la performance des systèmes de santé offre des perspectives précieuses pour identifier les meilleures pratiques, s'inspirer des expériences d'autres pays et favoriser l'apprentissage mutuel. Cela peut stimuler l'innovation, l'efficacité et l'amélioration continue des soins de santé à l'échelle mondiale.

En somme, la mesure de la performance du système de santé est essentielle pour améliorer la qualité des soins, prendre des décisions éclairées, garantir la rentabilité et la transparence, ainsi que favoriser la comparaison et l'apprentissage au niveau international. Elle contribue à fournir des soins de santé de qualité et équitables pour tous les patients, tout en assurant une gestion efficace des ressources disponibles.

2.2. Modèles de mesure de la performance du système de santé

La mesure de la performance des soins de santé revêt une importance croissante, non seulement pour assurer l'efficacité au sein des hôpitaux, mais aussi pour maintenir une position favorable face à la concurrence hospitalière. En 2008, la Charte de Tallinn (Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe, 2008), adoptée par les 53 pays de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a été créée dans le but d'engager ces pays à promouvoir la performance à travers des mesures, des engagements et des indicateurs objectifs. L'objectif ultime de cette initiative est d'améliorer la santé de la population dans ces pays participants, ce qui contribue également au développement du bien-être humain, social et à la prospérité de la société. La Belgique est l'un des pays faisant partie de ces 53 pays depuis la création de la Charte en 2008.

La Charte de Tallinn inclut une évaluation de la performance du système de santé, également connue sous le nom de Health System Performance Assessment (HSPA) dans le contexte international (Gerkens et al., 2023). Ce modèle repose sur un tableau d'indicateurs mesurables qui permet de déterminer périodiquement le niveau de performance du système de santé. En Belgique, le rapport HSPA s'est fixé trois objectifs stratégiques. Le premier objectif est d'informer, d'identifier les éventuelles difficultés et de contribuer à la prise de décisions éclairées pour maintenir ou améliorer le système de santé. Le deuxième est de garantir la transparence par rapport aux engagements de la Charte de Tallinn. Enfin, le troisième objectif vise à assurer une surveillance à long terme du niveau de performance du système de santé. En Belgique, plusieurs rapports ont déjà été publiés, avec à chaque

fois une augmentation du nombre d'indicateurs pour obtenir toujours plus de précisions. Le premier rapport en 2009 comprenait 54 indicateurs, tandis que le rapport de 2019 en comptait 121. Chaque pays participant dispose d'un HSPA spécifique en fonction de son cadre conceptuel. Celui de la Belgique repose sur trois niveaux interdépendants : l'état de santé, le système de santé et la promotion de la santé ainsi que les déterminants non-médicaux de la santé (cfr annexe 5). Le rapport s'est concentré sur trois dimensions de performance : la soutenabilité, l'accessibilité et la qualité. Tandis que 3 dimensions agissent de manière transversale, l'équité, la résilience et l'efficience. Une fois que le cadre conceptuel est établi, le rapport HSPA doit définir les indicateurs pertinents en lien avec ce cadre. Les sources d'information sont multiples, permettant ainsi de rassembler 121 indicateurs couvrant différents aspects du cadre conceptuel (cfr annexe 6).

Un autre modèle, connu sous le nom de « pay for performance » (Mathes et al., 2019), encourage les hôpitaux à atteindre des objectifs prédéfinis afin d'améliorer la qualité du système de soins de santé. Il repose sur une récompense financière accordée aux hôpitaux qui parviennent à atteindre les objectifs fixés sur des indicateurs prédéfinis. Les prestataires de soins de santé sont incités à améliorer la qualité et l'efficacité des soins en échange d'une rémunération. Au cours des années 2018 et 2019, ce modèle a pris en compte des indicateurs spécifiques à chaque hôpital, en fonction de leur taille, ainsi que des indicateurs liés à certaines pathologies. Plus récemment, en 2019, le modèle a également cherché à intégrer l'expérience des patients, car ces derniers sont les principaux intéressés par la qualité du système de soins de santé, étant donné qu'ils en sont les bénéficiaires directs. Il est donc important de prendre en compte leur ressenti. À ses débuts, ce système se concentrait sur le respect de normes de qualité spécifiques, en atteignant des objectifs prédéterminés, tels que la réduction des taux de mortalité ou de réadmission. Aujourd'hui, ce modèle a évolué pour englober des objectifs plus larges, tels que la qualité, l'efficacité et la rentabilité des soins de santé. Ainsi, tous les hôpitaux ont un intérêt à chercher continuellement à s'améliorer en mesurant leur performance. Ce modèle présente un avantage financier, mais il offre également des avantages pour les patients, qui peuvent ainsi recevoir des soins de meilleure qualité.

Comme le démontrent ces deux modèles, il est indéniable que mesurer la performance d'un système de santé est d'une importance capitale. Que ce soit pour évaluer son efficacité, améliorer sa qualité, faciliter la prise de décision, garantir sa rentabilité, assurer la transparence ou encore permettre la comparaison internationale, ces objectifs sont tous essentiels. Chacun des modèles proposés poursuit des buts distincts visant à promouvoir une qualité de soins équitable pour tous les patients. De plus, ils offrent la possibilité de réagir rapidement en cas de dégradation de la performance et permettent de surveiller l'efficacité en fonction des résultats obtenus.

3. Les PROMs

3.1. Les PROs et les PROMs

Les PROs (Patient Reported Outcomes) et les PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) jouent un rôle essentiel dans l'évaluation de la santé et de la qualité de vie des patients (Weldrig et Smith, 2013). Les PROMs, abréviation de l'anglais « patient reported outcomes measures » (mesures des résultats rapportés par le patient), désignent les outils utilisés pour mesurer les PROs. Ces outils de collecte permettent d'évaluer la perception qu'un patient a de son état de santé et de sa qualité de vie après une prise en charge médicale, en se basant sur ses propres déclarations. Les PROMs prennent généralement la forme de questionnaires remplis par les patients. Ils ont pour but de recueillir les réponses des patients, sans jugement ni interprétation externe, et de fournir des informations complémentaires qui ne sont pas obtenues par des mesures traditionnelles.

Il est important de faire la distinction entre les PROMs et les PREMs (Kingsley et Patel, 2018). Bien que les deux concepts aient émergé à peu près au même moment, ils se réfèrent à des aspects différents. Les PREMs (Patient Reported Experiences Measures) sont des mesures qui permettent d'évaluer l'expérience vécue par les patients lors de leur prise en charge médicale dans le cadre des soins de santé. Contrairement aux PROMs qui évaluent les résultats de santé perçus par les patients, les PREMs laissent la possibilité aux patients de fournir des informations sur leur expérience, perceptions et interactions perçus pendant une prise en charge médicale ou avec le système de soins de santé. La communication, la relation avec les professionnels, l'accès aux soins sont par exemple mesurés par les PREMs. Tout comme les PROMs, les données PREMs sont collectées grâce à un questionnaire.

Les questionnaires PROMs sont généralement élaborés en suivant une méthodologie spécifique, comprenant des instructions pour l'administration, la collecte des données, le système de notation et l'interprétation des résultats. Depuis les années 2000, les PROMs ont connu un développement croissant et se sont diversifiés rapidement. Le système de santé accorde de plus en plus d'importance au patient dans le but d'améliorer sa qualité de vie. Les questionnaires PROMs abordent une large gamme de sujets, tels que la qualité de vie, la santé, la mobilité, et bien d'autres.

Les questionnaires PROMs peuvent être administrés à des étapes clés variées du parcours médical d'un patient. Il s'avère souvent avantageux d'obtenir des données à au moins deux moments distincts, permettant ainsi une comparaison et la détection de possibles évolutions. Par exemple, dans le contexte d'une grossesse, il serait essentiel de solliciter les réponses d'une patiente avant et après l'accouchement, en vue d'évaluer et de confronter son état de santé à ces deux instants spécifiques. Les PROMs autorisent en outre des comparaisons entre différents patients, élargissant ainsi la perspective et contribuant à une meilleure appréhension des variations observées.

Il existe deux méthodes courantes pour administrer les questionnaires PROMs. La première consiste à envoyer le questionnaire au patient sous forme papier ou électronique, ce qui est appelé auto-administration. Dans ce cas, le patient remplit lui-même le questionnaire. La deuxième méthode implique des entretiens entre le professionnel de santé et le patient. Les questions sont posées par le professionnel de santé lors d'une consultation et il recueille les réponses directement fournies par le patient.

3.2. Les types de PROMs

On peut distinguer deux types de PROMs, qui varient en fonction de leurs objectifs et de leur domaine d'application (Calmus, Thong et May Michelangeli, 2021). Il s'agit des PROMs génériques et des PROMs spécifiques.

Les PROMs génériques sont des questionnaires plus généraux visant à évaluer la qualité de vie d'un patient sans se concentrer sur une maladie ou un état de santé spécifique. Ils sont souvent conçus pour évaluer des concepts fondamentaux tels que la qualité de vie globale, le fonctionnement physique, mental ou social, indépendamment d'une maladie spécifique. Les questions peuvent porter sur la douleur, la fatigue, les capacités physiques, les interactions sociales, etc. Ces questionnaires permettent de mesurer l'impact d'une maladie ou d'un traitement sur la qualité de vie. Ils facilitent également les comparaisons entre les résultats d'un même individu à différents moments, entre différents groupes de personnes atteintes ou non d'une maladie, ainsi qu'entre différentes maladies. L'EQ-5D est l'un des premiers questionnaires à avoir été développé et constitue un exemple de PROM générique. Il couvre des dimensions de santé générales telles que la mobilité, les soins personnels, les activités quotidiennes, la douleur ou l'inconfort, ainsi que l'anxiété ou la dépression. Chacune de ces dimensions comporte cinq niveaux de sévérité (cfr annexe 7).

Cependant, les PROMs spécifiques sont liés à une maladie, à une prise en charge médicale particulière ou à une partie spécifique du corps. Ils sont utilisés pour obtenir des informations précises sur les résultats d'une maladie ou d'un groupe de maladies spécifiques (par exemple, le cancer), d'une intervention médicale donnée (par exemple, l'accouchement) ou d'une région anatomique particulière (par exemple, le genou). Les questions posées dans ces PROMs sont donc plus ciblées et spécifiques. L'élaboration des items et des questions est minutieusement étudiée lors de la création du questionnaire afin d'assurer leur pertinence. Par exemple, un questionnaire spécifique aux problèmes d'incontinence urinaire a été développé, connu sous le nom de ICIQ-UI-SF-French. Il a été conçu pour mesurer les conséquences et l'impact de l'incontinence urinaire chez les femmes. Ce questionnaire se compose de 4 questions portant sur la fréquence des fuites urinaires, la quantité des pertes, les troubles occasionnés par les fuites et le moment des fuites (cfr annexe 8).

Au final, les PROMs génériques et spécifiques se complètent mutuellement dans l'évaluation de la santé et de la qualité de vie des patients. La combinaison de ces deux types de PROMs présente

souvent des avantages. Elle permet d'obtenir une image plus complète de la santé et de la qualité de vie des patients. Les PROMs génériques fournissent une vision globale et comparative, tandis que les PROMs spécifiques permettent de se concentrer sur les aspects spécifiques d'une maladie ou d'une prise en charge médicale. Cette complémentarité permet une évaluation plus approfondie et précise des effets des maladies et des traitements sur la vie des patients, ce qui est essentiel pour une prise en charge de qualité et une amélioration des soins de santé.

3.3. Les origines des PROMs

L'origine des PROMs remonte à une période relativement récente dans le domaine de la santé (Akrich, Paterson et Rabeharisoa, 2020). Leur développement a débuté lorsque les chercheurs et les professionnels de la santé ont commencé à se rendre compte des lacunes dans la compréhension de l'impact de la maladie et des traitements sur la qualité de vie des patients. Ils ont réalisé l'importance de recueillir les informations directement auprès des patients pour améliorer la qualité des soins. Les premières utilisations des PROMs ont été faites en Angleterre, aux Etats-Unis et en Suède dans les années 1970, où elles ont été principalement employées dans la recherche clinique en oncologie. Par la suite, l'utilisation des PROMs s'est étendue à d'autres pays tels que l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Pays de Galles, le Danemark et la Norvège dans les années 1990. Les pays d'Europe de l'Ouest tel que l'Allemagne et la Belgique ont ensuite emboîté le pas dans les années 2000, tandis que la France a également commencé à développer les PROMs à partir de 2010 (cfr annexe 9).

Les chercheurs s'efforçaient de comprendre comment les traitements influencent la qualité de vie des patients. Au fil du temps, l'utilisation des PROMs s'est étendue à de nombreux autres domaines, tels que la médecine générale, la chirurgie, la santé mentale et les services de maternité. Aujourd'hui, les PROMs sont largement utilisés comme outil d'évaluation et de suivi dans de nombreux domaines de la médecine, permettant d'obtenir une meilleure compréhension de l'expérience des patients et d'orienter les décisions cliniques et les améliorations des soins de santé. Les PROMs ont encore beaucoup de possibilités d'amélioration et d'expansion à travers le monde.

Une des initiatives majeures et plutôt récentes concernant les PROMs a été lancée en 2012 par l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). L'objectif de cette initiative est de développer des PROMs pour une vaste gamme de pathologies (ICHOM, sd.). Le travail est réalisé en étroite collaboration avec des groupes d'experts et des patients. À ce jour, une dizaine de domaines ont déjà été abordés, chacun comportant plusieurs sous-divisions. Par exemple, le domaine de l'ophtalmologie englobe des PROMs sur la cataracte et sur la dégénérescence maculaire. L'objectif de ces efforts est de standardiser et d'harmoniser l'évaluation des résultats rapportés par les patients dans différents domaines de la santé, afin de faciliter la comparaison et l'amélioration des soins à l'échelle mondiale. Grâce à la participation active des experts et des patients, ces initiatives contribuent à une

meilleure prise en compte de la perspective des patients dans l'évaluation des résultats de santé, ce qui permet d'améliorer les soins pour chaque pathologie spécifique.

3.4. Les enjeux

Les PROMs présentent plusieurs enjeux importants à différents niveaux. Ils vont varier selon le niveau de décision : national, institutionnel et individuel (Desomer et al., 2018).

Concernant le niveau national, les PROMs sont utiles pour deux choses. Premièrement, il y a l'évaluation des politiques de santé et l'évolution de l'état de santé de la population. Cela veut dire que les PROMs sont utilisés pour mesurer l'efficacité des politiques de santé, des programmes de préventions, de promotion de la santé et de gestion des maladies. Ils permettent d'obtenir une vision globale de l'impact des interventions de santé sur la qualité de vie des patients et d'orienter les décisions politiques vers des approches plus axées sur les patients. Deuxièmement, les PROMs vont permettre de réaliser des comparaisons internationales. D'après Desomer et al (2018), les PROMs vont faciliter le croisement de différents résultats médicaux dans le but de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses ou d'interpréter de possibles corrélations. A ce niveau, les comparaisons se font entre différents pays et entre différents systèmes de santé. Cela permet d'identifier les meilleures pratiques, d'échanger des connaissances et de stimuler l'amélioration continue des soins de santé à l'échelle mondiale.

Au sujet du niveau institutionnel, les enjeux des PROMs touchent dans un premier temps à l'amélioration de la qualité des soins. Les PROMs aident les établissements de santé à évaluer la qualité des soins qu'ils fournissent en recueillant les expériences et les résultats rapportés par les patients. Ces informations permettent d'identifier les domaines nécessitant une amélioration, de mettre en œuvre des interventions ciblées selon les intérêts et de mesurer les progrès au fil du temps. D'autre part les PROMs participent à la prise de décision éclairée. Les résultats rapportés par les patients peuvent aider les cliniciens, les responsables de la santé et tout le personnel soignant confondu à comprendre les préférences et les besoins des patients, à adapter les soins en conséquence et à promouvoir la prise de décision partagée.

Quant au niveau individuel, les PROMs ont plusieurs enjeux. Ils vont participer à la personnalisation des soins. Les résultats rapportés par les patients vont apporter une précision supplémentaire dans le diagnostic, ce qui peut aider le patient à guérir plus rapidement. L'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient sera mieux appréhendé par les cliniciens et ils pourront adapter les plans de traitement en conséquence. Un autre enjeu est l'autonomie et la responsabilisation des patients. Les PROMs permettent aux patients de jouer un rôle actif dans leur propre prise en charge en exprimant leurs préoccupations, en évaluant les résultats de santé qui leur importent et en participant à la prise de décision. Ce type de questionnaire va pousser les patients à alerter d'un éventuel problème de santé comme par exemple une dépression, des problèmes sexuels ou des problèmes de fonctionnement physique tel que de l'incontinence urinaire qui peut être considérée comme tabou ou

gênant. Cela favorise l'autonomie et la responsabilisation des patients dans la gestion de leur santé. Les PROMs peuvent également servir de support lors des réunions pluridisciplinaires et permettront de mieux connaître le patient et ses problèmes.

4. Initiatives connues

L'utilisation des PROMs n'est pas encore largement répandue, mais son adoption progresse dans divers domaines de la santé. Examinons quelques exemples d'utilisation des PROMs pour différentes pathologies, prises en charge médicales et pays (Minvielle, Fourcade et Ferrua, 2019).

Au Royaume-Uni, le système de santé publique, le National Health Service (NHS), a lancé un programme national dédié aux PROMs en 2009. Initialement, le programme comprenait quatre interventions chirurgicales : la pose de prothèse de la hanche, la pose de prothèse du genou, le traitement des varices veineuses et la réparation de l'hernie inguinale. Cependant, en 2016, le NHS England a apporté des modifications à son programme en retirant les varices veineuses et l'hernie inguinale des PROMs nationales. Cette décision a été motivée par une diminution de la fréquence de traitement des varices veineuses, ce qui limitait l'utilité des PROMs dans ce contexte spécifique. De plus, pour l'hernie inguinale, il n'existait pas de PROMs spécifiques adaptées à cette intervention chirurgicale. Le programme PROMs au Royaume-Uni a été mis en place avec des objectifs clairs. Tout d'abord, il vise à comprendre et à utiliser les données PROMs au niveau national pour surveiller les performances du système de santé. Grâce à ces mesures rapportées par les patients, il est possible d'évaluer l'efficacité des interventions médicales et chirurgicales, ainsi que la qualité des soins dans différents domaines de la santé. En plus de la surveillance des performances, le programme PROMs a pour objectif de comprendre l'origine des éventuelles variations observées dans les résultats des PROMs. En identifiant ces variations, il devient possible de les analyser plus en profondeur et de prendre rapidement des mesures correctives pour améliorer la qualité des soins et réduire les disparités dans les résultats des patients. Il est donc facile de comparer les performances entre les différents établissements du pays, ce qui permet de visualiser leur progression individuelle ainsi que leur positionnement par rapport à la moyenne nationale (cfr annexe 10).

Au Canada, un programme spécifique de PROMs a été mis en place et validé pour évaluer le traitement du cancer (Tran et al., 2018). Le programme Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) est utilisé pour évaluer quatre symptômes chez les patients atteints de cancer : la douleur, la fatigue, l'anxiété et la dépression. Ce programme a été mis en œuvre dans huit provinces sur les dix que compte le Canada. Pendant la période d'octobre 2016 à mars 2017, une impressionnante proportion de 88% des patients atteints de cancer et résidant dans l'une des huit provinces participantes ont répondu au questionnaire PROMs de l'ESAS-r. Cette forte participation témoigne de l'engagement des patients à fournir des informations précieuses sur leurs symptômes et leur expérience, ce qui permet

aux professionnels de la santé de mieux évaluer et gérer leurs besoins. Le Partenariat canadien contre le cancer s'engage à collaborer avec les provinces et les institutions qui n'ont pas encore intégré le programme ESAS-r, dans le but de les aider à le mettre en place au sein de leur organisation. Cette initiative vise à obtenir une utilisation plus répandue de l'outil à l'échelle nationale, ce qui permettrait d'obtenir des comparaisons et des évaluations plus complètes à travers le pays. D'autant plus que l'outil est validé, court et facile à utiliser pour les patients mais aussi pour les cliniciens.

En Suède, en 1995, un registre spécifique dédié à la pathologie de la rhumatologie a été mis en place (Nelson et al., 2015). Étant donné que près de 85% de la population suédoise souffre de problèmes de rhumatologie, cette initiative s'est avérée essentielle pour mieux comprendre et suivre l'évolution de cette maladie chez les patients. Le registre est accessible en ligne, permettant ainsi à chaque patient de saisir régulièrement ses informations concernant sa maladie. Ce système présente de nombreux avantages. Tout d'abord, il fournit une vue globale de l'état de santé de chaque patient, ce qui facilite le travail des cliniciens en leur donnant des informations précieuses pour orienter le traitement et prendre des décisions éclairées. De plus, cette plateforme encourage la responsabilisation du patient, car il peut être activement impliqué dans le suivi de sa maladie. En ayant accès aux données sur l'évolution de sa pathologie, le patient est mieux informé, ce qui peut l'aider à mieux gérer sa maladie au quotidien. Ainsi, ce registre contribue à améliorer la qualité des soins et l'autonomie des patients souffrant de problèmes de rhumatologie en Suède. Dans la région de Gävle, l'utilisation systématique des PROMs pour la rhumatologie a eu un impact positif sur les résultats des patients à l'avenir. Grâce à cette approche, les patients de cette région ont pu bénéficier de meilleurs résultats et d'une amélioration globale de leur prise en charge médicale.

Aux États-Unis, un programme équivalent à celui instauré en Suède se nomme HowsYourHealth. Selon Nelson et al. (2015), cet outil est conçu pour collecter les PROMs concernant les maladies chroniques. Les patients saisissent directement leurs informations en répondant généralement à des questions à choix multiples. Ces questions couvrent divers aspects tels que la fonction physique, le diagnostic, les symptômes, les habitudes de santé et l'expérience des soins de santé. Grâce à ce programme, chaque patient peut obtenir un résumé de son état de santé, lui permettant ainsi de suivre l'évolution de sa maladie et de prendre en main sa gestion de manière autonome. Toutes les informations recueillies grâce à HowsYourHealth peuvent être partagées avec les médecins et l'ensemble du personnel de santé. Cela leur permet d'accéder aux données concernant l'état de santé de leurs patients de manière transparente et complète. Grâce à ces informations, le personnel médical peut mieux comprendre les besoins et les préoccupations de chaque patient, ce qui facilite une prise en charge personnalisée et adaptée à chaque cas. Ce partage d'informations renforce également la collaboration entre les patients et les professionnels de la santé, contribuant ainsi à une meilleure qualité des soins et à une amélioration globale de la santé des patients. HowsYourHealth est actuellement utilisé par de nombreux cabinets médicaux et chercheurs, et son déploiement continue de se développer afin

d'améliorer la prise en charge des patients et de favoriser une meilleure compréhension des résultats de santé perçus par les patients eux-mêmes.

En Belgique, l'utilisation des PROMs n'a pas encore été largement adoptée à l'échelle nationale ou locale (Calmus, Thuong et Michelangeli, 2021). Actuellement, les PREMs sont plus développés que les PROMs, ce qui signifie que les évaluations portant sur l'expérience vécue par les patients sont plus courantes que les évaluations de leurs résultats de santé perçus. Une des initiatives existantes est le Health Information Survey (HIS), qui permet la collecte de données sur l'état de santé des patients. Cependant, cette enquête n'est pas spécifiquement orientée vers les PROMs et n'est pas réalisée de manière régulière. L'utilisation des PROMs reste donc souvent spécifique à certains établissements de santé ou projets de recherche, plutôt que généralisée à l'ensemble du pays. Pour développer davantage l'utilisation des PROMs en Belgique, il est essentiel de promouvoir leur utilisation à tous les niveaux de soins de santé. Cela permettrait d'obtenir des données plus complètes et comparables aux résultats de santé des patients.

5. Application des PROMs à la maternité

Comme nous l'avons déjà mentionné, les PROMs sont applicables à de nombreux domaines de la santé. Explorons maintenant pourquoi les PROMs sont également pertinents dans le contexte de la maternité (Beecher et al., 2021).

La maternité est une période cruciale dans la vie d'une femme, mais elle peut aussi être source de préoccupations et de difficultés. La santé et le bien-être d'une femme enceinte ou qui vient d'accoucher sont étroitement liés à sa grossesse, à l'accouchement et aux soins prénatals et postnatals qui lui sont prodigués. Les PROMs offrent une approche unique pour évaluer les résultats de santé et de qualité de vie spécifiques à la maternité, en donnant la parole aux femmes elles-mêmes. Certains sujets sensibles ou tabous comme la dépression post-natale ou la sexualité seront abordés dans les questionnaires PROMs et cela permettra de ne rien laisser de côté.

Les questionnaires PROMs peuvent être élaborés sous forme de version papier ou de version électronique. Cependant, en raison de la facilité et de la praticité de la version électronique, de plus en plus de questionnaires sont désormais proposés selon cette méthode d'administration. Dans le contexte de la maternité, il convient de noter que les femmes qui fréquentent ces services sont souvent connectées et à l'aise avec les technologies numériques. Par conséquent, les questionnaires en ligne ne posent généralement pas de problème pour elles. De nos jours, la plupart des femmes enceintes ou récemment accouchées ont accès à des dispositifs électroniques tels que des smartphones, des tablettes ou des ordinateurs, ce qui facilite l'accès et la participation aux questionnaires en ligne.

Le service de la maternité est un service qui entraîne beaucoup d'hospitalisations principalement causées par les soins à la naissance d'après Mesterson (2019). La grossesse et l'accouchement

nécessitent souvent des soins médicaux spécialisés et une surveillance étroite pour garantir la santé et le bien-être de la mère et du bébé. Cependant, il existe souvent des variations injustifiées dans les soins prodigués aux femmes enceintes ou aux nouvelles mères (Nijagal et al., 2018). L'utilisation de mesures standardisées et normalisées des résultats des PROMs devrait s'avérer utile pour comprendre l'origine de ces variations et les réduire au maximum. En collectant et en évaluant les résultats rapportés par les patientes, il est possible d'identifier les domaines où les soins peuvent être améliorés et d'apprendre des établissements qui obtiennent de meilleurs résultats.

Comme nous l'avons déjà souligné dans une section précédente sur le contexte de la maternité, de nombreux hôpitaux font face à des défis financiers. Dans ce contexte, il est essentiel de mesurer régulièrement la qualité des soins administrés en recueillant les retours des patientes. Cette approche permet au service de la maternité d'ajuster en permanence son niveau de soins, évitant ainsi tout gaspillage de ressources. L'utilisation régulière des PROMs permet de détecter rapidement les problèmes potentiels et les lacunes dans les soins, offrant ainsi la possibilité d'intervenir rapidement pour y remédier. Cela peut conduire à des ajustements appropriés dans la planification des ressources, l'allocation des effectifs et l'amélioration des protocoles de soins, contribuant ainsi à une utilisation plus efficiente des ressources financières limitées.

De plus, la littérature fournit de nombreuses informations sur des échelles qui sont en lien avec la période de grossesse ou de post-partum. Ces échelles concernent plusieurs thèmes, il y a la vie quotidienne, l'incontinence urinaire et anale, l'attachement prénatal et post-natal, le bien être psychique, la sexualité et l'allaitement. Nous expliciterons toutes ces échelles ainsi que leur mode de fonctionnement au moment de leur utilisation.

6. Limites et obstacles à l'utilisation routinière

L'utilisation quotidienne des PROMs présente un ensemble de défis et d'obstacles à différents niveaux. Comme l'ont souligné Nguyen et al. (2020), ces obstacles peuvent varier selon les parties prenantes impliquées, tels que les patients, le personnel médical et les services médicaux. Les recherches menées par Nguyen et son équipe dans le domaine de la lutte contre le cancer ont permis de rassembler et de synthétiser les divers obstacles relevés dans différentes études (Hughes et al., 2004; Basch et al., 2005; Kanatas et al., 2009; Snyder et al., 2010; Daveson et al., 2012; Snyder et al., 2013; Judson et al., 2013; Hubbard., 2014; Schepers et al., 2016; Trautmann et al., 2016; Duman-Lubberding et al., 2017; Baeksted et al., 2017; Girgis et al., 2017; Wang et al., 2018), offrant ainsi une vision globale des complexités liées à l'intégration des PROMs dans la pratique quotidienne des soins.

Du point de vue des patients, plusieurs obstacles peuvent potentiellement contribuer à une diminution du nombre de répondants et, par conséquent, à une diminution de la qualité de l'interprétation des PROMs. La cause la plus fréquemment identifiée dans les études est le temps que

les patients doivent consacrer à remplir un questionnaire PROMs. En effet, les patients malades ou les femmes en attente d'un enfant ont généralement de nombreux rendez-vous médicaux et peuvent manquer d'énergie pour répondre à un questionnaire. Un deuxième obstacle pour les patients est la difficulté de répondre au questionnaire en raison d'un dysfonctionnement ou de l'oubli des symptômes qu'ils ont pu ressentir par exemple. Un autre obstacle est lié à l'utilisation électronique du questionnaire, où certains patients peuvent rencontrer des difficultés pour s'identifier ou trouver le questionnaire en ligne. En outre, certains patients peuvent estimer que le questionnaire PROMs n'est pas adapté à leurs besoins et ne comprennent pas la valeur que de telles évaluations peuvent apporter à leur prise en charge médicale. De plus, deux obstacles moins fréquents dans les études sont également identifiés : certains patients peuvent craindre que la relation avec le personnel de santé soit affectée par leurs réponses, tandis que d'autres peuvent s'inquiéter de la confidentialité de leurs informations personnelles. Pour surmonter ces obstacles, des mesures peuvent être prises, telles que la simplification et la réduction du temps de réponse des questionnaires, une sensibilisation accrue des patients à l'importance des PROMs dans l'amélioration de leur prise en charge, et des garanties concernant la confidentialité et l'utilisation responsable des données collectées.

Du point de vue des cliniciens, l'obstacle le plus fréquemment rencontré concerne également le temps. Pour eux, le défi réside dans le temps nécessaire pour interpréter les données PROMs et discuter de ces informations avec les patients lors des rendez-vous médicaux, même si l'utilisation des PROMs peut avoir des effets positifs. Cependant, il est important de noter que ce point de vue est discutable, car d'autres études ont montré que l'utilisation des PROMs pouvait effectivement faire gagner du temps, étant donné que de nombreuses questions sont déjà posées dans le questionnaire PROMs, évitant ainsi des répétitions lors de la consultation médicale. Un deuxième obstacle concerne le manque de formation du personnel de santé en ce qui concerne l'utilisation et l'interprétation des données PROMs. Une formation adéquate est essentielle pour que les cliniciens comprennent pleinement l'utilité et le potentiel des PROMs dans la pratique médicale. Le troisième obstacle est lié à la pertinence que certains cliniciens trouvent à certains questionnaires PROMs. Il est crucial de choisir des questionnaires qui répondent aux besoins spécifiques de chaque patient et du domaine de la santé concerné, afin de garantir que les données collectées soient réellement utiles pour la prise de décision médicale. Enfin, le dernier obstacle, bien que moins fréquent pour les cliniciens, est la difficulté liée à l'utilisation électronique du questionnaire, similaire à ce que les patients peuvent rencontrer. Des problèmes techniques ou une interface peu intuitive peuvent entraver l'efficacité et la facilité d'utilisation des questionnaires PROMs par le personnel de santé. Pour surmonter ces obstacles, une meilleure gestion du temps lors des consultations médicales, ainsi qu'une formation adéquate sur l'utilisation et l'interprétation des PROMs, peuvent être mises en place. De plus, l'implication des cliniciens dans le choix des questionnaires PROMs pertinents pour leur domaine de pratique peut améliorer leur adhésion à l'utilisation de ces évaluations. Enfin, des solutions technologiques conviviales et bien conçues peuvent faciliter

l'utilisation électronique des questionnaires PROMs, tant pour les patients que pour le personnel de santé, optimisant ainsi leur intégration dans la pratique médicale quotidienne.

Le service médical peut également faire face à certains obstacles dans l'utilisation quotidienne des PROMs. Le plus courant est le fait que les services sont déjà fortement sollicités, rendant difficile l'intégration des questionnaires PROMs dans un flux d'activité déjà intense. Cette surcharge de travail peut décourager l'utilisation régulière des PROMs, malgré leur importance pour évaluer la qualité des soins. Un second obstacle est lié au manque d'opportunités pour le service d'interagir avec les données des questionnaires PROMs. Il est essentiel que les résultats des évaluations PROMs puissent être utilisés pour améliorer la prise de décision clinique et pour orienter les actions d'amélioration de la qualité. Cependant, si les données restent sous-utilisées ou peu exploitées, cela peut réduire la motivation du service à continuer à les collecter. Le troisième obstacle est associé aux contraintes technologiques. Certains établissements de santé peuvent ne pas disposer de toute l'infrastructure nécessaire pour optimiser la collecte et l'utilisation des données PROMs. Cela peut inclure des problèmes liés à la connectivité, à la compatibilité avec les systèmes existants ou à des lacunes dans les compétences technologiques du personnel. Enfin, le dernier obstacle concerne les ressources disponibles pour la collecte des données PROMs. La collecte et l'analyse de ces données nécessitent du temps et des ressources humaines, financières et technologiques. Si ces ressources sont insuffisantes, cela peut entraver le déploiement efficace des questionnaires PROMs et limiter leur impact sur l'amélioration des soins. Pour surmonter ces obstacles, des solutions adaptées peuvent être envisagées. Cela peut inclure l'optimisation des processus de travail pour intégrer efficacement les questionnaires PROMs dans les consultations médicales, ainsi que la formation du personnel sur l'utilisation et l'interprétation des données PROMs. L'investissement dans l'infrastructure technologique nécessaire peut également être utile pour faciliter la collecte et l'analyse des données. De plus, une planification judicieuse des ressources humaines et financières peut garantir une collecte de données PROMs pertinente et durable.

Le CHU UCL Namur

1. Présentation de l'hôpital

Le Centre Hospitalier Universitaire CHU UCL Namur, situé en Belgique est un établissement public et autonome faisant partie du réseau de l'Université catholique de Louvain (UCL). Il joue un rôle clé dans la formation des futurs professionnels de la santé.

Le CHU offre ses services sur trois sites, Sainte-Elisabeth, Dinant et Godinne. Cette alliance permet d'avoir un centre hospitalier moderne et complet. La gamme des services médicaux proposés par l'hôpital est relativement large. On peut retrouver de la médecine générale, de la chirurgie, de la gynécologie-obstétrique, de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la médecine nucléaire, de la radiologie, de l'oncologie, de la cardiologie, de la neurologie et d'autres spécialités médicales. Il dispose également de nombreux équipements technologiques tels que des services d'imagerie et de radiologie ou de laboratoires. Le CHU UCL Namur s'engage à proposer des soins de qualité, centrés sur le patient.

Le CHU UCL Namur, en tant qu'institution universitaire, joue un rôle dynamique dans la recherche médicale et la formation des étudiants en médecine, en soins infirmiers et dans d'autres domaines de la santé. Il s'implique activement dans des projets de recherche clinique, contribuant ainsi à faire progresser les connaissances et à améliorer la qualité des soins de santé.

L'établissement hospitalier est également impliqué dans des initiatives visant à promouvoir la santé, prévenir les maladies et sensibiliser à l'importance d'un mode de vie sain. Son objectif est de fournir des soins complets et globaux, prenant en compte les dimensions physiques, émotionnelles et psychosociales de la santé de chaque patient.

2. Présentation de la maternité

Le service de la maternité du CHU UCL est présent sur deux sites différents : l'hôpital Sainte-Elisabeth à Namur et l'hôpital de Dinant. Les deux sites proposent des soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés grâce à une équipe de professionnels de la santé comprenant des gynécologues-obstétriciens, des sage-femmes, des infirmiers, des pédiatres et du personnel de soutien.

L'objectif du personnel soignant est de favoriser l'autonomie des patientes tout en offrant un suivi de qualité avant et après l'accouchement. Les deux maternités proposent une gamme complète de soins prénataux, d'examen de suivi, d'échographies, de tests de dépistage et aussi de soins intensifs.

Bien que les deux maternités offrent les mêmes services, la maternité de Saint-Elisabeth enregistre plus d'accouchements que celle de Dinant. En effet, en 2022, la maternité de Sainte-Elisabeth a accueilli 1.558 accouchements contre 647 à la maternité de Dinant.

Méthodologie

1. Choix de la méthodologie

Nous avons vu précédemment que l'utilisation des PROMs n'est pas encore fortement développée dans la Belgique (Calmus, Thuong et Michelangeli, 2021). Sur la base des quelques éléments relevés dans la littérature, nous avons créé et implémenté un questionnaire de type PROMs pour la maternité de l'hôpital Sainte-Elisabeth du CHU UCL Namur. Nous nous basons, pour ce faire, sur des échelles que nous détaillerons dans la partie sur le contenu des questionnaires.

Etant donné le temps et les ressources disponibles pour ce mémoire, nous ne pouvons pas récolter un grand nombre de réponses. Nous devons donc nous contenter à ce stade d'une étude qualitative, pouvant servir de test pour une application ultérieure à plus grande échelle. Nous tenterons d'en dégager quelques hypothèses à vérifier ensuite dans cette phase quantitative.

2. Elaboration des questionnaires de type PROMs

2.1. Structuration en deux questionnaires

Au sein de l'hôpital CHU UCL Namur, nous avons créé deux questionnaires de type PROMs à distribuer à deux moments différents pour évaluer la prise en charge médicale liée à l'accouchement. Pour garantir sa fiabilité et sa validité, nous avons élaboré ces questionnaires en nous appuyant principalement sur plusieurs échelles scientifiquement validées (voir les sources dans la partie ci-dessous). Ils comprennent ainsi différentes questions visant à évaluer l'état de santé de la patiente. Les questionnaires sont organisés en plusieurs domaines distincts, permettant une analyse complète et approfondie des différents aspects de la santé liés à cette étape importante de la vie. Ces questionnaires sont des PROMs de type spécifique étant donné qu'ils sont directement liés à une prise en charge médicale qui est l'accouchement.

Les deux questionnaires PROMs sont à ce stade en phase de test afin de valider leur pertinence et leur efficacité. Cette étape cruciale consiste à soumettre le questionnaire à un petit échantillon de participantes représentatif de la population cible. Nous proposons aux participantes de remplir une grille d'évaluation qui vise à identifier d'éventuels problèmes de compréhension des questions, des ambiguïtés ou des biais potentiels (cfr annexe 11). Les réponses et les commentaires des participantes seront ensuite analysés de manière approfondie pour apporter les ajustements nécessaires et améliorer la clarté du questionnaire. Cette approche devrait nous permettre de garantir que le questionnaire PROMs sera fiable, valide et adapté à notre étude sur l'implémentation des PROMs. Une fois le test achevé, le service sera prêt à le déployer à grande échelle pour recueillir des données statistiquement significatives.

Ces questionnaires sont élaborés en collaboration avec le service qualité du CHU UCL Namur, ainsi qu'en étroite consultation avec un gynécologue et une sage-femme de la maternité de l'hôpital Sainte-Elisabeth. Cette approche permet de bénéficier de l'expertise et des connaissances spécialisées de professionnels qualifiés dans le domaine, garantissant ainsi la qualité et la pertinence des questionnaires. Nous pouvons retrouver les deux questionnaires en annexe 12 et 13.

Il revêt une importance capitale de déterminer le moment optimal pour la distribution des questionnaires afin d'assurer un taux de réponse élevé, élément indispensable pour une interprétation de qualité des résultats. Comme mentionné précédemment, il est recommandé de créer deux questionnaires à distribuer à deux moments différents, afin de comparer l'état de santé du patient à différents moments de son parcours. Cette approche temporelle permet d'obtenir des informations précieuses sur l'évolution de la santé du patient et d'identifier d'éventuels changements ou améliorations au fil du temps. Cependant, les deux questionnaires ne sont évidemment pas identiques à 100%. Par exemple, dans le domaine de la maternité, certaines questions sur l'expérience de l'allaitement de l'enfant n'auront évidemment pas d'intérêt lors du premier questionnaire, distribué avant l'accouchement. Il est tout de même important d'avoir un maximum de questions communes pour pouvoir effectuer des comparaisons.

Pour optimiser la collecte des données, au CHU UCL Namur, nous avons choisi de distribuer le premier questionnaire lors du rendez-vous de l'échographie morphologique, généralement prévu entre la 21^{ème} et la 23^{ème} semaine de grossesse. Ce moment a été sélectionné en raison de son importance dans le suivi de la grossesse et de son caractère obligatoire pour toutes les femmes enceintes se rendant à l'hôpital. En ciblant ce rendez-vous, nous espérons atteindre un grand nombre de participantes, compte tenu de la forte fréquentation de cet examen. Cette approche vise à obtenir des données représentatives et à recueillir les expériences des femmes à un stade avancé de leur grossesse. Pour le deuxième questionnaire, notre objectif est d'obtenir des informations sur l'état de santé des femmes après l'accouchement, une fois qu'elles ont repris une vie quotidienne plus ou moins normale. Nous distribuons donc ce questionnaire environ 3 à 4 mois après l'accouchement. Bien qu'il n'y ait pas de rendez-vous obligatoire à cette étape, nous mettons en place un e-mail informatif et persuasif (cfr annexe 14) dans l'espoir d'atteindre un maximum de personnes et ainsi compléter nos données postnatales de manière significative.

Nous avons développé un dépliant informatif que nous offrons aux patientes qui acceptent de participer à notre enquête (cfr annexe 15). L'objectif principal de ce dépliant est de sensibiliser les patientes aux PROMs et de les encourager à remplir notre questionnaire. Il fournit également des informations essentielles concernant le processus de distribution et les deux moments où le questionnaire sera distribué. En outre, le dépliant détaille les mesures de sécurité mises en place pour protéger les données recueillies et explique comment l'hôpital utilisera ces informations dans le respect

de la confidentialité. En fournissant ces informations de manière claire et concise, nous visons à établir une relation de confiance avec nos patientes et à garantir la qualité et la pertinence des données collectées pour améliorer continuellement nos services de santé.

2.2. Contenu des questionnaires

Les deux questionnaires sont organisés en 7 domaines distincts, englobant à la fois des questions spécialement conçues pour ces enquêtes et des échelles de mesure. Tout d'abord, une introduction est suivie d'une série de questions portant sur la vie quotidienne. Ensuite, les questionnaires abordent l'incontinence et l'attachement prénatal pour le premier questionnaire, ainsi que l'attachement post-natal pour le deuxième questionnaire. Le sixième domaine est consacré au bien-être psychique, tandis que les deux derniers s'intéressent à la sexualité et à l'allaitement.

Nous nous sommes inspirés du travail de l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), dont nous avons déjà expliqué les initiatives en matière de PROMs. Ils ont déjà développé des ressources concernant la grossesse et l'accouchement, en identifiant plusieurs thèmes importants à aborder dans les PROMs liés à la maternité. Ces thèmes comprennent : la confiance dans le rôle de maman, l'attachement mère-enfant, la douleur et le dysfonctionnement pelvien, la confiance maternelle et la réussite de l'allaitement maternel, la dépression post-partum, et la qualité de vie liée à la santé. En nous appuyant sur la majorité de ces thématiques, nous avons recherché des échelles de mesure appropriées et nous avons créé des questions adaptées pour notre étude. Nous avons ainsi veillé à couvrir les aspects essentiels de l'expérience maternelle et à recueillir des données significatives pour évaluer les résultats de manière globale et précise.

Questions introductives

Les questions introductives sont toutes créées spécialement pour les deux questionnaires et vont être légèrement différentes entre le questionnaire 1 et 2. Dans le questionnaire post-partum, nous retrouverons des questions supplémentaires qui concernent l'accouchement comme par exemple, le type d'accouchement. Ces questions seront utiles pour segmenter les analyses et faciliter l'interprétation de certains résultats de l'enquête.

Vie quotidienne

Les questions relatives à la vie quotidienne sont formulées en se basant sur certains éléments de l'échelle PROMIS-10, disponible sur l'ICHOM, ainsi que sur d'autres questions spécifiques demandées par le service hospitalier, telles que les problèmes de sommeil et les pertes de sang. Une analyse statistique classique sera ensuite réalisée pour interpréter les résultats.

Incontinence

Nous avons inclus deux échelles différentes pour obtenir des informations complètes concernant l'incontinence. La première échelle, l'ICIQ-SF, se concentre principalement sur l'incontinence urinaire, tandis que la seconde, l'échelle de Wexner, est spécifiquement axée sur l'incontinence anale. Les deux questionnaires contiennent exactement les mêmes questions pour évaluer ce domaine.

L'échelle ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form) est un outil de mesure de l'incontinence urinaire chez les femmes (ICIQ-UI SF | ICIQ, s. d.). Cette échelle est spécifiquement conçue pour évaluer la fréquence, la gravité et l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des femmes concernées. Le score de l'échelle est déterminé en additionnant simplement les valeurs des réponses fournies par la patiente, et il peut varier de 0 à 21 en fonction de la sévérité de l'incontinence (cfr annexe 16). En utilisant l'échelle ICIQ-SF, les professionnels de la santé peuvent obtenir une évaluation objective de l'incontinence urinaire et ainsi mieux comprendre l'impact qu'elle a sur la vie quotidienne des femmes.

L'échelle de Wexner (Jorge & Wexner, 2022) est un outil utilisé pour évaluer la sévérité de l'incontinence anale chez les individus et son impact sur leur vie. Cette échelle est constituée de 5 questions qui évaluent différents symptômes d'incontinence anale tels que les accidents de selles solides, les accidents de selles liquides, les gaz, le port d'une protection et le retentissement sur la vie quotidienne. Les réponses sont notées sur une échelle de 0 à 4 en fonction de la fréquence des symptômes (0 = jamais, 4 = toujours). Ainsi, une personne ayant une continence anale parfaite aura un score de 0/20, tandis qu'une personne ayant la pire incontinence anale possible aura un score de 20/20 (cfr annexe 17).

Attachement prénatal

L'échelle d'attachement pré-natal PAI (Prenatal Attachment Inventory) est spécifiquement utilisée dans notre premier questionnaire. Cet outil nous permet de mesurer le lien émotionnel qui se développe entre la maman et son fœtus pendant la grossesse (Jürgens et al., 2010). Bien que l'échelle PAI soit constituée de 21 questions, nous avons choisi, pour limiter la taille du questionnaire, seulement 5 questions qui paraissent les plus pertinentes pour notre étude en accord avec les intervenants du service. Ces questions se concentrent sur des aspects essentiels tels que l'imagination du bébé, la sensation du bébé dans le ventre, le bien-être du bébé perçu par la mère, ainsi que l'amour que la mère porte déjà à son bébé en devenir. Chacune de ces questions est évaluée à l'aide d'une échelle de 1 à 4, en fonction de la fréquence des sentiments ressentis (1 = presque jamais, 4 = toujours), le score peut donc aller de 4 à 16 (cfr annexe 18). Les réponses fournies par la mère à ces questions permettent d'évaluer son niveau d'attachement prénatal et d'identifier les aspects émotionnels qui pourraient influencer son bien-être ainsi que la relation avec son futur enfant.

Attachement post-natal

La partie de l'attachement post-natal se concentre sur une seule question qui est inspirée de l'échelle MBIS (Mother-To-Infant Bonding Scale) (Bienfait et al., 2017). Cet outil permet d'évaluer le lien émotionnel entre le nouveau-né et sa mère. Il contient plusieurs éléments en lien avec la proximité émotionnelle, l'interaction avec le nouveau-né, l'attention portée au nouveau-né, etc. Le mode de fonctionnement de cette échelle consiste à évaluer quelques sentiments que la maman peut avoir envers son enfant comme par exemple de la joie ou de l'agressivité. Nous avons décidé de simplifier le choix de réponse en accord avec l'équipe d'intervenants. La patiente devra simplement indiquer si elle ressent ou non certains sentiments envers son enfant. Les réponses fournies par la mère nous donnent un aperçu global de ses sentiments envers son nouveau-né, ce qui nous permet de comprendre l'état de l'attachement et de soutenir adéquatement la relation mère-enfant au cours de cette période importante de la vie.

Bien être psychique

Le bien-être psychique est une dimension essentielle abordée à la fois dans le premier et le second questionnaire. Il est crucial d'évaluer la comparaison du bien-être de la patiente avant et après l'accouchement, car cette période peut être une étape difficile pour de nombreuses femmes. Pour ce faire, nous utilisons l'échelle EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), spécialement conçue pour les femmes ayant récemment accouché, afin de détecter d'éventuels symptômes de dépression postnatale (Cox et al., 1987). L'échelle est composée de dix questions qui abordent divers sujets tels que l'anxiété, la fatigue, les troubles du sommeil, etc. Les réponses prennent une valeur de 0 à 3 selon leur gravité avec 0 lorsque la gravité est nulle et 3 lorsque la gravité est élevée (cfr annexe 19).

Lorsque nous additionnons ces scores, si le résultat est entre 0 et 9, cela veut dire que la patiente présente de légers symptômes de stress qui n'auront probablement pas un grand impact sur sa vie quotidienne. Si le score est compris entre 10 et 12, cela veut dire que la patiente présente des symptômes de stress plus importants qui pourraient avoir une incidence plus significative sur sa vie quotidienne, il faut dans ce cas rester vigilant. Enfin, si le score est de 13 ou plus, cela suggère que la patiente est susceptible de se trouver dans un état de dépression et qu'une prise en charge plus approfondie, telle que la consultation d'un psychologue, est recommandée.

En appliquant cette échelle aux deux questionnaires, nous pourrions obtenir une comparaison de l'état de dépression, nous permettant de déterminer si cet état est survenu après l'accouchement ou s'il était déjà présent avant la naissance du bébé. Cette analyse comparative nous donne des informations cruciales pour mieux comprendre l'impact de la maternité sur le bien-être psychique des femmes concernées et ainsi adapter les interventions de manière appropriée.

Sexualité

Les questions sur la sexualité sont très similaires dans les deux questionnaires, avec seulement une légère différence entre eux. Pour cette partie, nous avons sélectionné des questions provenant de deux échelles différentes : l'échelle sur la sexualité (Sexual Health | EORTC - Quality of life, s. d.) et l'échelle sur l'endomètre (Endometrial | EORTC - Quality of life, s. d.). Notre objectif est évidemment de choisir en collaboration avec l'équipe du CHU UCL Namur les questions les plus pertinentes pour notre questionnaire PROMs. Dans les deux questionnaires, nous souhaitons évaluer l'importance de l'activité sexuelle dans la vie de la patiente et si elle a repris une activité sexuelle depuis l'annonce de la grossesse ou depuis l'accouchement. Nous nous intéressons également aux éventuelles douleurs liées à l'activité sexuelle et au plaisir qu'elle peut éprouver.

Comme nous n'avons pas inclus les échelles dans leur intégralité, nous ne sommes pas en mesure de calculer les scores spécifiques à ces échelles. Cependant, nous réaliserons une analyse statistique classique pour examiner les réponses et les tendances associées à la sexualité des patientes. En regroupant les données des deux questionnaires, nous pourrions obtenir une vue d'ensemble des attitudes et des expériences liées à la sexualité des femmes dans le contexte de la grossesse et de l'accouchement.

L'allaitement

La dernière partie de ce questionnaire est dédiée à l'allaitement. Les questions seront évidemment différentes pour les deux questionnaires.

Dans le premier questionnaire, nous nous concentrerons uniquement sur l'intention d'allaiter et le degré de confiance vis-à-vis de la réussite de l'allaitement. Nous procéderons donc à une analyse statistique classique pour ces questions.

En ce qui concerne le second questionnaire, nous aurons davantage de questions sur l'allaitement. La plupart de ces questions proviennent de l'échelle BSES (Breastfeeding Self-Efficacy Scale) qui vise à mesurer l'efficacité que la mère peut ressentir vis-à-vis de l'allaitement de son bébé (Dennis, 2003). Nous reconnaissons que la réussite de l'allaitement dépend en grande partie du niveau de confiance de la maman. L'échelle BSES comporte 33 questions, chacune accompagnée de 5 choix de réponse correspondant à un degré de confiance. Les réponses sont évaluées sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = pas du tout confiante, 5 = très confiante) (cfr annexe 20). Parmi les 33 questions de l'échelle BSES, nous avons choisi de sélectionner quatre questions qui nous paraissent les plus pertinentes pour notre questionnaire PROMs. Ces questions nous permettront d'évaluer la perception de la mère concernant son niveau de confiance dans l'allaitement. En utilisant ces questions sélectionnées, nous pourrions mieux comprendre le lien entre la confiance maternelle vis-à-vis de l'allaitement et la réussite de cette pratique.

Résultats de la collecte de données

1. Collecte de données

1.1. Questionnaire n°1 :

Nous nous intéressons dans un premier temps, à la collecte de données du premier questionnaire ainsi qu'aux premiers résultats (cfr annexe 21). Nous avons recueilli 16 réponses provenant de femmes enceintes, avec une moyenne d'âge de 30 ans et un enfant en moyenne. Cette récolte se passait en tête à tête et nous a permis d'avoir un taux de réponse de 100%. La majorité des répondantes (75%) déclare avoir une bonne santé physique, voire une très bonne santé (cfr annexe 22), et est capable d'exécuter des activités physiques quotidiennes, comme la marche. Cependant, près de 40% des patientes (soit 6 sur 16) rapportent des difficultés fréquentes pour dormir.

Concernant les douleurs au périnée et abdominales, elles sont en moyenne évaluées à 3 sur une échelle de 1 à 10, avec un minimum de 1 et un maximum de 8. Quant à la fatigue, plus de la moitié des répondantes (10 sur 16) signalent une fatigue modérée (cfr annexe 23), ce qui n'est pas surprenant étant donné que 40% d'entre elles éprouvent des difficultés à dormir.

En ce qui concerne l'incontinence urinaire et anale, celle-ci ne semble pas être très présente chez les 16 patientes, car elles obtiennent un score moyen de 3,375 sur 21 pour l'incontinence urinaire et 3,375 sur 20 pour l'incontinence anale. De plus, 9 patientes sur 16 déclarent ne pas avoir de perte urinaire du tout (cfr annexe 24). La patiente la plus affectée par l'incontinence urinaire a un score de 15 sur 21. Quant à l'incontinence anale, les scores varient davantage, avec un minimum de 0 sur 20 et un maximum de 8 sur 20. On a pu remarquer que les gaz sont les symptômes les plus fréquemment rapportés par les répondantes. Cependant, pour 81% des patientes (soit 13 sur 16), l'impact des incontinenances anales sur leur vie quotidienne est inexistant, et pour 3 patientes, il est rare ou léger.

L'attachement prénatal est important pour toutes les répondantes car la moyenne est de 14 sur 16. En revanche, le bien-être psychique varie considérablement selon les patientes. Le score minimum parmi les patientes est de 0 sur 30 indiquant que la patiente ne ressent aucun stress ou symptôme de dépression tandis que le score maximum parmi les patientes est de 19 sur 30, ce qui signifie que cette patiente est susceptible de se trouver dans un état de dépression. Toutefois, le score moyen des répondantes est de 8 sur 30, ce qui signifie qu'elles ressentent globalement un niveau léger de stress.

La vie sexuelle active est considérée comme assez, voire très importante pour 68% des patientes (11 sur 16) (cfr annexe 25). Cependant, seulement 37% des répondantes (6 sur 16) déclarent avoir repris une activité sexuelle avec une fréquence considérable (assez, beaucoup). Parmi les 16 répondantes, 68% (11 sur 16) n'ont pas du tout communiqué avec des professionnels de la santé concernant leur vie sexuelle. En ce qui concerne les patientes ayant repris une activité sexuelle, 66% d'entre elles signalent

que les sécheresses vaginales n'ont pas du tout gêné leurs relations sexuelles. De plus, parmi les patientes ayant repris une activité sexuelle, 73% n'ont pas ressenti de changement en termes de sensation de vagin plus étroit ou plus court. Concernant les douleurs, les résultats sont plus mitigés. Parmi les patientes ayant repris une activité sexuelle, 46% (soit 7 sur 15) ne ressentent pas du tout de douleur, tandis que 46% (7 sur 15) ressentent un peu voire beaucoup de douleurs. Cependant, parmi les patientes ayant repris une activité sexuelle, une majorité de 80% indiquent avoir éprouvé assez, voire beaucoup de plaisir durant les rapports sexuels.

Le questionnaire nous rapporte que 87% (14/16) des patientes prévoient d'allaiter leur enfant. Parmi celles-ci, le score moyen concernant la confiance dans l'allaitement est de 3,7 sur une échelle de 1 à 5 avec comme réponse maximale un score de 5/5 et comme réponse minimale un score de 2/5. En d'autres mots, 53% des femmes qui allaitent se sentent confiantes, voire très confiantes pour leur futur allaitement (cfr annexe 26).

1.2. Questionnaire n°2

La collecte de données du questionnaire n°2 englobe un groupe plus restreint de répondantes, soit 10 femmes ayant accouché il y a 3 mois (cfr annexe 27). Ces femmes ont en moyenne 31 ans et possèdent un ou deux enfants. Le taux de réponse au deuxième questionnaire est significativement plus bas que celui du premier, s'établissant à seulement 33%. Cette disparité s'explique par le mode de collecte des données par mail, qui s'avère moins performant que les entretiens en face-à-face. Parmi les répondantes, 90% (9 sur 10) ont accouché par voie basse, tandis qu'une autre répondante a eu une césarienne. Pour les femmes ayant accouché par voie basse, 2 répondantes sur 9 n'ont pas eu recours à la péridurale. La patiente ayant subi une césarienne n'a pas non plus eu de péridurale. Toutes les répondantes ont donné naissance après 37 semaines de grossesse, indiquant qu'aucun bébé n'est né prématurément. Concernant les habitudes de sommeil, 90% des répondantes (9 sur 10) déclarent dormir avec leur enfant dans leur chambre. De plus, seulement 20% des patientes (2 sur 10) ont repris le travail à ce stade.

Parmi les patientes interrogées, 80% (8 sur 10) déclarent jouir d'une bonne voire une très bonne santé physique et se sentent aptes à exercer des activités physiques quotidiennes (cfr annexe 28). Quant au sommeil, la moitié d'entre elles (5 sur 10) n'éprouve jamais ou rarement de difficulté pour dormir.

En ce qui concerne les douleurs au périnée et abdominales, elles semblent être relativement faibles, avec un score moyen de 1,5 sur 10 pour les douleurs au périnée et 2 sur 10 pour les douleurs abdominales. Ces scores suggèrent une tendance vers une faible intensité de douleur chez les répondantes.

Concernant l'incontinence urinaire et anale, les scores moyens ne sont pas très élevés. Pour l'incontinence urinaire, le score moyen est de 3,8 sur 21, tandis que pour l'incontinence anale, le score

moyen est de 3,7 sur 20. Une observation importante est que les scores varient considérablement entre les patientes. Certaines ont un score de 0, indiquant l'absence totale de symptômes, tandis que d'autres présentent un score beaucoup plus élevé, comme une patiente qui obtient un score de 10. Ces différences marquées dans les scores d'incontinence urinaire et anale mettent en évidence la variabilité de la présence et de la gravité de ces symptômes chez les répondantes. Concernant l'incontinence anale, il est intéressant de noter que les gaz sont les symptômes les plus fréquents signalés par les patientes. Heureusement, pour la grande majorité des patientes, le retentissement de ces symptômes sur la vie quotidienne est faible. Cela suggère que malgré la présence d'incontinence urinaire et anale, ces symptômes n'affectent pas considérablement leur quotidien.

Suite aux résultats du questionnaire, il semble que l'attachement post-natal ne pose pas de problème majeur, car les 7 adjectifs proposés ont été décrits de manière favorable par presque toutes les patientes. En revanche, en ce qui concerne le bien-être psychique, les résultats sont moins positifs que pour le premier questionnaire. Le score moyen des 10 répondantes est de 8,3 sur 30. Il est important de noter que 30% des répondantes (3 sur 10), ont obtenu un score de 10 ou plus. Ces scores indiquent la présence de symptômes de stress ou d'anxiété élevés pour ces patientes. Par conséquent, il est essentiel de rester vigilant concernant leur bien-être psychique.

La sexualité apparaît comme un aspect relativement important pour toutes nos répondantes. Cependant, la reprise de l'activité sexuelle après l'accouchement n'est pas évidente pour toutes. Il y a 40% des répondantes (4 sur 10) qui n'ont pas du tout repris d'activité sexuelle depuis l'accouchement (cfr annexe 29). Les raisons invoquées incluent le cododo (dormir dans la même chambre que l'enfant), les douleurs, la fatigue et l'allaitement. Ensuite, 50% des répondantes (5 sur 10) ont repris un peu d'activité sexuelle, tandis que 10% des répondantes (1 sur 10) ont repris une activité sexuelle de manière assez fréquente. Parmi les femmes ayant repris une activité sexuelle, il semble que toutes aient été gênées par des douleurs durant le rapport sexuel. En revanche, la sécheresse vaginale et la sensation d'avoir un vagin plus court ou étroit n'ont du tout été ressenties par la moitié d'entre elles. Malgré ces défis, il est intéressant de noter que toutes les femmes ayant repris une activité sexuelle ont pris du plaisir. Cette constatation suggère que malgré les éventuels inconforts physiques, elles ont réussi à vivre des expériences sexuelles positives et satisfaisantes.

Le questionnaire révèle des chiffres encourageants quant à l'allaitement maternel, avec 90% des femmes indiquant qu'elles allaitent leur enfant. La seule femme qui n'a pas choisi l'allaitement a mentionné que cela était dû à des raisons organisationnelles, ce qui souligne que l'allaitement reste une pratique largement adoptée. De manière prometteuse, plus de la moitié des répondantes se montrent suffisamment confiantes, voire davantage, pour allaiter sans utiliser de lait maternisé en complément. De plus, elles se sentent à l'aise pour allaiter en présence de leur famille, satisfaites de leur expérience d'allaitement et capables de reconnaître quand leur bébé a terminé d'allaiter.

1.3. Grille d'évaluation du questionnaire n°1

Nous avons souhaité évaluer le temps moyen que les participants ont pris pour répondre au questionnaire. D'après les résultats obtenus à l'aide de la grille d'évaluation, il ressort que le temps moyen de réponse était de 7 minutes, avec un temps maximum de 15 minutes et un temps minimum de 4 minutes.

Parmi les 16 répondantes, 43% d'entre elles (7/16) n'ont formulé aucun commentaire, ce qui indique que le questionnaire leur a paru clair et complet, sans manquer de thématique ou de modalité de réponse, etc. Cependant, les autres répondantes (9 sur 16) ont laissé au moins un commentaire, qui nécessitera une attention particulière de notre part et que nous examinerons plus en détail ultérieurement.

Il est à noter que la totalité des répondantes, soit 100%, ont trouvé l'enquête intéressante dans son ensemble et estiment qu'elle suscitera de l'intérêt auprès des autres patientes. Ces résultats positifs confirment l'utilité et la pertinence de notre enquête sur ce sujet.

1.4. Grille d'évaluation du questionnaire n°2

Nous allons analyser le questionnaire n°2 qui est légèrement différent du questionnaire n°1 au travers de la grille d'évaluation. Le temps moyen pris par les femmes ayant accouché il y a 3 mois pour remplir le questionnaire est de 10 minutes. Cependant, étant donné que le questionnaire est en ligne, nous ne pouvons pas déterminer si les femmes étaient occupées à faire plusieurs choses en même temps, si elles ont fait des pauses, ou si d'autres facteurs ont influencé le temps de réponse. Il est possible que ces facteurs aient contribué à un temps de réponse plus long par rapport au questionnaire n°1.

Parmi les 10 répondantes, la moitié (5 sur 10) n'a pas formulé de commentaire et a déclaré que tout était clair, compris et complet. Les autres répondantes ont laissé au minimum un commentaire que nous analyserons plus tard.

Nous avons également pu remarquer que 90% des répondantes (9 sur 10) trouvent l'enquête intéressante et pensent qu'elle suscitera de l'intérêt chez les autres patientes. Ce résultat n'est malheureusement pas de 100% mais semble montrer tout de même l'utilité du questionnaire.

2. Analyse des données

Nous procédons dans cette partie à l'analyse des données recueillies. Il est important de noter que notre échantillon se compose uniquement de 16 répondants pour le premier questionnaire et de 10 répondantes pour le second questionnaire, ce qui limite la généralisation des résultats. Néanmoins, en tant que test, cette étude nous permet de formuler des hypothèses pour des recherches ultérieures et de mieux comprendre les tendances potentielles.

Selon la littérature scientifique (Lampinen et al., 2009), il est suggéré que les femmes ayant un âge maternel avancé (>35 ans) pourraient être plus sujettes à l'anxiété et aux inquiétudes. Dans notre premier échantillon de femmes enceintes de 21/23 semaines, nous identifions quatre patientes qui ont un âge maternel avancé (35, 36, 39 et 42 ans). En analysant la question concernant le bien-être psychique "Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif", nous constatons que les quatre femmes de 35 ans ou plus obtiennent un score moyen de 2,25/3, tandis que les autres femmes obtiennent un score moyen de 1,25/3. Dans le second échantillon, il y a deux femmes qui ont un âge avancé. Celles-ci ont un score moyen de 1,5 sur 3 à la question portant sur l'inquiétude tandis que les autres femmes ont un score moyen de 1,4 sur 3. Sur la base de nos résultats, malgré la faible différence, nous pourrions corroborer les conclusions de la littérature scientifique selon laquelle les femmes ayant un âge maternel avancé sont potentiellement plus enclines à ressentir de l'anxiété ou des inquiétudes.

Il existerait un lien entre l'allaitement et la dépression post-partum. Pope et Masmanian (2016) expliquent que, dans les premiers résultats analysés, cette relation n'allait que dans un sens, mais qu'elle s'est ensuite révélée être bidirectionnelle. En effet, au début, les études montraient seulement que la dépression post-partum pouvait entraîner un échec de l'allaitement ou du moins un arrêt prématuré. Puis, plus tard, le lien est devenu bidirectionnel en disant que si la maman n'allait pas, elle risque de ressentir de la dépression post-partum. Notre échantillon ne nous permet pas d'aller dans le sens de cette théorie car la seule femme de l'échantillon qui n'allait pas présente le plus petit score de dépression post-partum (2 sur 30).

Selon une étude menée par Tichelman et al. (2019), il a été constaté que la force de la relation entre la mère et l'enfant commence dès la période de la grossesse. En d'autres termes, une patiente qui développe un fort attachement prénatal a plus de chances de ressentir un lien postnatal solide avec son enfant. Nous souhaitons donc analyser les résultats concernant l'attachement prénatal et postnatal dans notre étude. Cependant, jusqu'à présent, nous n'avons pas pu effectuer cette analyse car aucune patiente n'a rempli les deux questionnaires requis.

La sexualité pendant la grossesse reste un sujet tabou, d'ailleurs il y a peu de littérature à ce sujet. Mais elle peut tout de même nous apprendre que les couples qui attendent un enfant ne savent pas vraiment s'il est possible d'avoir une relation sexuelle pendant la grossesse et s'il existe des risques pour le bébé (Jones et al., 2011). Nous allons voir comment se passe l'activité sexuelle pour les patientes du premier échantillon. Il y a 68% (11/16) des répondantes qui trouvent qu'avoir une activité sexuelle est assez, voire fort important. Parmi celles-ci, seulement 54% (6/11) ont repris une activité sexuelle de manière assez, voire fort importante. Cela peut être dû à des douleurs. Par exemple, une des répondantes porte beaucoup d'importance à l'activité sexuelle mais n'a repris une activité sexuelle depuis l'annonce de sa grossesse qu'à une faible importance. Mais son questionnaire nous apprend qu'elle est beaucoup gênée par les sécheresses vaginales, qu'elle a la sensation d'avoir un vagin plus court et qu'elle a fort

mal pendant les rapports. Cependant, nous avons également remarqué qu'une patiente attache une grande importance à maintenir une activité sexuelle active, bien qu'elle n'ait que peu repris ses relations sexuelles depuis l'annonce de sa grossesse. Il est possible qu'elle ne soit pas consciente que les relations sexuelles soient généralement sans danger pendant la grossesse, d'autant plus qu'elle ne souffre ni de sécheresses vaginales ni de douleurs.

Jones et al. (2011) affirme que 90% des femmes ayant accouché il y a trois ou quatre mois retrouvent leur activité sexuelle, bien que les douleurs puissent gêner pendant un ou deux mois. Sur notre deuxième échantillon de 10 répondantes, il y en a 60% (6/10) qui ont repris une activité sexuelle. Ce chiffre est nettement inférieur à celui de la littérature. Il pourrait être utile de réitérer cette analyse avec un plus grand échantillon afin de confirmer ou démentir ce que nous dit la littérature. La reprise des activités sexuelles peut également être influencée par le type d'accouchement. En effet, une femme ayant accouché par césarienne va potentiellement avoir des rapports sexuels moins douloureux par rapport à une femme ayant accouché par voie basse (Jones et al., 2011). Nos résultats ne nous permettent pas de nous positionner par rapport à la littérature. D'une part parce qu'il n'y a qu'une seule répondante parmi les 9 qui a accouché par césarienne, et d'autre part parce que cette dernière n'a pas repris d'activités sexuelles pour des raisons de fatigue et d'allaitement.

Cattani et al. (2021) ont mené une étude examinant le lien entre l'épisiotomie qui désigne l'élargissement du périnée pendant la seconde phase de travail de l'accouchement et la dyspareunie, qui désigne les douleurs pendant et après les activités sexuelles. Les résultats de cette étude ont révélé que trois mois après l'accouchement, les femmes ayant subi une épisiotomie présentaient une fréquence plus élevée de douleurs lors des rapports sexuels. Sur notre échantillon de 10 femmes, 3 d'entre elles avaient subi une épisiotomie. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de tirer une conclusion définitive de cette tendance, car seule 1 femme sur les 3 a repris une activité sexuelle et a signalé ressentir peu de douleur. Néanmoins, une analyse plus approfondie sera réalisée lorsque le questionnaire ne sera plus en test, car la qualité de l'épisiotomie pourrait également être un facteur déterminant dans le ressenti de la dyspareunie.

Les études sur l'incontinence anale ont fourni des résultats variables. Il est établi qu'il existe un lien entre l'incontinence anale et l'accouchement (MacArthur et al., 2001), mais cette relation peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que le type d'accouchement, la présence d'une épisiotomie, l'utilisation d'instruments, etc. Cependant, une étude menée par Pretlove et al. (2008) sur un grand échantillon de femmes (12 237) a confirmé que celles qui accouchent par voie basse présentent un risque plus élevé de développer des problèmes d'incontinence anale, incluant des fuites de selles solides, liquides et de gaz. Selon les résultats préliminaires de notre étude, la patiente ayant accouché par césarienne a obtenu un score de 1 sur 20 en ce qui concerne l'incontinence anale, tandis que les autres patientes ont obtenu un score moyen de 4 sur 20. Cependant, ces conclusions nécessitent des analyses

plus approfondies avec un échantillon plus important pour obtenir des résultats significatifs. Une autre analyse intéressante à réaliser, lorsque cela sera possible en dehors de la phase de test, consisterait à comparer individuellement les scores de chaque femme ayant répondu aux deux questionnaires. Cela nous permettrait de mieux comprendre les facteurs spécifiques associés à l'incontinence anale après l'accouchement.

Discussion/recommandations

1. La grille d'évaluation

La grille d'évaluation que nous avons utilisée pour les deux questionnaires a été d'une grande utilité pour recueillir des informations essentielles en vue d'améliorer la compréhension globale. Nous avons tenu compte des commentaires précieux émis par les répondantes, qui ont formulé plusieurs recommandations constructives.

Dans le premier questionnaire, nous avons identifié un élément qui revient fréquemment, à savoir une question concernant l'incontinence anale, et plus précisément sur le retentissement sur la vie quotidienne. Cette remarque a été signalée par 3 répondantes sur les 9 qui ont mis des commentaires. Elles trouvent que le terme est peu clair, nécessitant ainsi une clarification en utilisant plutôt "impact sur la vie privée", par exemple.

De plus, nous avons reçu une suggestion importante d'une répondante concernant l'allaitement. Afin de répondre aux besoins des femmes qui ne sont pas encore certaines de leur choix, nous devons prévoir d'ajouter une option de réponse "peut-être" pour cette question.

Une autre observation pertinente concerne les échelles utilisées pour évaluer les douleurs abdominales et au périnée. Nous avons effectivement omis de spécifier que l'échelle va de "pas de douleur" à "pire douleur imaginable", ce qui peut induire en erreur les répondantes. Nous allons donc apporter cette précision cruciale en indiquant que 1 correspond à "pas de douleur" et 10 à "pire douleur imaginable", afin d'éviter toute confusion.

Enfin, lors du pré-test, une des participantes a éprouvé des difficultés avec la langue française. Afin d'assurer un environnement propice pour toutes les répondantes, nous allons prévoir de traduire le questionnaire dans une ou deux autres langues, ce qui facilitera leur compréhension lors du remplissage du formulaire.

La grille d'évaluation du second questionnaire nous a permis de découvrir trois points importants. Premièrement, selon l'une des répondantes, il serait intéressant de nuancer la question sur l'allaitement de l'enfant en ajoutant le choix de réponse « sevrage » ou « mixte ». Elle donne un exemple lié à sa propre expérience : « J'ai allaité complètement mais j'ai commencé le sevrage d'où l'utilisation du lait en poudre ». En d'autres termes, certaines femmes pourraient avoir une expérience d'allaitement mixte ou être en train de sevrer leur bébé, ce qui peut influencer leur utilisation de lait en poudre et mérite d'être pris en compte.

Deuxièmement, une autre répondante suggère qu'il serait bénéfique de laisser la possibilité d'insérer une remarque après chaque fin de section. Elle donne un exemple concret : « Par exemple,

j'aurais voulu expliquer que mes réponses sur mon état mental étaient influencées par le deuil que je vis actuellement et donc pas nécessairement en lien avec l'enfant ». En permettant aux femmes de fournir des remarques supplémentaires, nous pourrions mieux comprendre les circonstances spécifiques qui pourraient avoir une incidence sur leurs réponses.

Et, enfin, une autre répondante fait remarquer que, pour elle, le questionnaire est trop axé sur l'accouchement par voie basse et néglige certains désagréments liés à la césarienne. Effectivement, il est important de reconnaître que l'accouchement par césarienne peut entraîner des complications spécifiques, telles que des hémorragies ou des infections. Par conséquent, il serait essentiel de prendre en compte ces aspects pour obtenir une vision plus globale de l'expérience postnatale des femmes ayant accouché par césarienne.

2. Les échelles

L'échelle concernant l'attachement post-natal avait été simplifiée avec l'accord du service, comme nous l'avons expliqué précédemment. Cependant, lors des analyses, nous nous sommes rendu compte qu'il serait plus utile d'avoir plusieurs choix de réponses plutôt que simplement "oui" ou "non". L'échelle MIBS (Mother-To-Infant Bonding Scale) présente 7 adjectifs/sentiments que la maman peut ressentir envers son enfant et permet à la répondante d'évaluer chacun des adjectifs/sentiments selon 4 choix de réponse : "vraiment beaucoup", "beaucoup", "un peu", "pas du tout". En effet, cela évitera le choix catégorique du "oui" ou "non", étant donné que les humeurs peuvent fortement changer d'un jour à l'autre. Cela permettra d'obtenir davantage de précision sur la question de l'attachement post-natal.

3. Questionnaire

Il revêt une importance capitale de maintenir la progression du projet PROMs au sein de la maternité du CHU UCL Namur. Grâce à l'application des tests auprès d'un échantillon limité et à l'utilisation de la grille d'évaluation, des ajustements pourront être apportés aux questionnaires, visant ainsi à maximiser leur exhaustivité et leur clarté. Il conviendra également de persévérer dans les démarches en vue d'obtenir une participation substantielle, permettant ainsi la validation ou non des hypothèses préalablement formulées. Parallèlement, des analyses complémentaires pourront être entreprises, notamment en scrutant les réponses individuelles au sein des deux questionnaires soumis à une même personne.

4. Analyses

Les analyses que nous avons entreprises en nous basant sur nos deux questionnaires offriront à l'hôpital la possibilité d'agir directement et indirectement sur les pratiques du personnel soignant pour améliorer la qualité des soins prodigués dans l'établissement hospitalier.

Les analyses menées ainsi que la revue de littérature mettent en évidence l'influence potentielle de l'âge avancé de la mère sur son bien-être psychologique, avec un accent particulier sur l'anxiété et l'inquiétude. Dans ce contexte, il est important de noter que l'âge des mères n'est pas un facteur modifiable par l'hôpital. Cependant, cette situation souligne l'importance pour le personnel soignant d'accorder une attention spécifique à ces femmes. Ainsi, le personnel médical pourrait envisager des mesures pour mieux soutenir ces femmes, notamment en leur fournissant des informations claires sur leur situation et en proposant des services de soutien, voire des consultations avec des psychologues spécialisés.

En ce qui concerne la corrélation entre l'allaitement et la dépression post-partum, le personnel médical assume une plus grande responsabilité, non seulement pour prévenir cette forme de dépression, mais aussi pour favoriser le succès de l'allaitement. Dans cette perspective, le rôle du personnel médical est crucial pour offrir un accompagnement actif aux femmes, notamment en leur fournissant des indications pratiques sur les gestes à adopter pendant l'allaitement.

Nous avons identifié dans la littérature une corrélation entre l'attachement prénatal et l'attachement post-natal. Dans cette optique, les informations collectées à partir des PROMs peuvent être mises à profit dès le premier questionnaire pour cibler spécifiquement les femmes qui semblent présenter un faible niveau d'attachement prénatal. L'objectif serait de leur offrir un accompagnement continu tout au long de la grossesse et pendant les premiers stades de la période post-partum. Ce suivi attentif vise à minimiser le risque que des attachements post-nataux négatifs se développent.

Concernant la reprise de la sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement, le personnel médical de la maternité peut assumer un rôle essentiel en fournissant des informations pertinentes et en accompagnant les femmes dans cette transition. Toutefois, en ce qui concerne le lien entre la reprise de l'activité sexuelle et le type d'accouchement, le rôle du personnel médical prend une nuance différente. En effet, dans ce contexte, l'intervention du personnel médical est plus ciblée sur le moment de l'accouchement lui-même, avec un accent sur des aspects tels que la cicatrisation, la prévention d'infections et autres considérations médicales. Cette approche souligne la complexité des soins prodigués, où l'accompagnement émotionnel et l'orientation médicale se complètent pour répondre aux besoins variés des femmes à différentes étapes de leur parcours de maternité.

Quant à la relation entre l'épisiotomie et la dyspareunie, ainsi que le lien entre l'incontinence anale et le type d'accouchement, le rôle crucial de l'équipe médicale s'étend à la fois à la réalisation des interventions et à la prestation des soins. La qualité du travail accompli par l'équipe médicale aura une répercussion directe sur la prévalence de la dyspareunie et de l'incontinence anale chez la femme concernée.

5. Benchmarking

L'utilisation des PROMs n'est pas encore très répandue en Belgique, comme nous l'avons constaté précédemment dans la section sur les initiatives connues. En revanche, l'utilisation des PREMs est plus développée. Nous pouvons le voir au travers du projet ASPE (Attentes et Satisfaction des Patients et de leur Entourage) mené par l'entreprise BSM Management (Desomer et al., 2018). Cette société est experte dans le management de services et propose des études, conseils et formations pour le secteur marchand et non marchand.

Leur projet vise à réunir plusieurs hôpitaux désireux de participer, dans le but de réaliser un benchmarking concernant l'utilisation des PREMs. Cette approche implique de comparer spécifiquement les résultats de performance liés aux PREMs des hôpitaux participants. Cette évaluation permet à chaque hôpital de se positionner par rapport à une mesure de référence, que l'on appelle communément le benchmark. Un autre objectif du benchmark est de permettre aux hôpitaux de prendre conscience des établissements plus performants et de s'inspirer de leurs méthodes et principes. En analysant les résultats et en identifiant les bonnes pratiques, les hôpitaux peuvent améliorer leur qualité de service et leur satisfaction des patients.

Il serait extrêmement intéressant de mener un travail similaire avec l'utilisation des PROMs. Ceci aurait deux avantages majeurs : d'une part, cela contribuerait au développement et à la popularisation des PROMs, et d'autre part, cela permettrait d'utiliser le benchmark de manière appropriée. En réalisant une étude comparative pour les PROMs, nous pourrions mieux comprendre leur utilité et leur impact sur les soins de santé. Cela contribuerait à sensibiliser davantage les professionnels de la santé et les décideurs quant aux avantages des PROMs dans l'évaluation des résultats cliniques et la prise de décisions basées sur les patients.

En utilisant le benchmark de manière judicieuse, les résultats obtenus pour les PROMs pourraient être comparés à des normes établies des autres établissements de santé. Cette comparaison permettrait aux hôpitaux et aux praticiens de mieux évaluer leur efficacité, d'identifier les domaines d'amélioration et de s'inspirer des meilleures pratiques mises en œuvre par d'autres.

En somme, en étendant l'utilisation du benchmark aux PROMs, nous pourrions améliorer la qualité des soins, favoriser l'innovation dans le domaine de la santé et fournir aux patients des informations essentielles pour prendre des décisions éclairées sur leur propre santé.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire a permis d'explorer de manière approfondie la mise en œuvre d'un questionnaire de type PROMs au sein d'une maternité hospitalière. En répondant à la problématique centrale « Comment effectuer avec succès l'implémentation d'un questionnaire de type PROMs dans la maternité d'un centre hospitalier ? », ce travail a dévoilé les étapes clés, les défis et les opportunités inhérents à cette démarche cruciale.

Pour ce faire, il a été indispensable de réaliser une revue littérature qui a posé les bases en contextualisant la maternité au travers de ses enjeux complexes, englobant des facteurs tels que la réduction de sites, les implications financières et l'impact de la pandémie de Covid-19. En abordant la mesure de la performance en milieu hospitalier, nous avons souligné son rôle fondamental dans la prestation de soins de qualité, tout en explorant les modèles pertinents pour évaluer cette performance. Nous nous rendons compte à ce moment-là, que les modèles expliqués ne prennent pas en considération l'avis des patients.

La section consacrée aux PROMs a permis d'appréhender en profondeur leur typologie, leurs origines et les multiples défis qu'ils soulèvent. Pour rappel, les PROMs, c'est un outil de collecte qui permet d'évaluer la perception qu'un patient a de son état de santé et sa qualité de vie après une prise en charge médicale, en se basant sur ses propres déclarations. L'étude des initiatives existantes a illustré comment ces instruments sont appliqués avec succès dans des contextes similaires mais nous nous rendons compte qu'en Belgique, l'utilisation des PROMs n'est pas encore fort répandue. La revue littérature met également en lumière les obstacles à leur intégration routinière.

L'analyse de la méthodologie a exposé les choix éclairés qui ont présidé à la construction de questionnaires de type PROMs spécifiquement adaptés à la maternité du CHU UCL Namur. Les PROMs trouvent une application pertinente au contexte de la maternité, étant donné que la grossesse, l'accouchement et la période post-partum constituent des moments cruciaux dans la vie d'une femme. Les décisions prises durant ces étapes peuvent avoir des répercussions sensibles sur la santé et le bien-être de la femme. Ainsi, il s'avère primordial de donner la parole à ces femmes, afin de mieux appréhender leur ressenti et leur état de santé. Cette approche est d'autant plus pertinente qu'il existe des disparités non justifiées dans les prestations de soins au sein des maternités, comme l'a souligné Nijagal et al. en 2018. Dans ce contexte, la mise en place d'un questionnaire PROMs se révèle essentielle pour surveiller et évaluer en continu l'évolution de ces soins. En effet, ce dispositif offre la possibilité d'ajuster constamment le niveau de soins prodigués, en se basant sur les retours directs des femmes concernées.

Les résultats de l'analyse émanent de deux questionnaires conçus en étroite collaboration avec l'équipe du CHU UCL Namur. Ces questionnaires ont été administrés à deux groupes distincts : l'un constitué de femmes enceintes de 21 à 23 semaines de grossesse et l'autre composé de femmes ayant accouché il y a 3 à 4 mois. Cette étape préliminaire de test impliquait un échantillonnage restreint en vue d'une application future à plus grande échelle. Les résultats tirés de cette collecte de données ont permis d'esquisser une première vision des réponses recueillies, jetant ainsi les bases d'une analyse critique. Cette évaluation s'est appuyée sur des hypothèses puisées dans la littérature scientifique, contribuant ainsi à une compréhension approfondie des réponses obtenues.

L'analyse comporte incontestablement certaines limites, comme en témoigne l'utilisation de la grille d'évaluation que nous avons mise à disposition de toutes les participantes pour évaluer la compréhension, la clarté et l'exhaustivité du questionnaire. Cette démarche a révélé que des facteurs autres que la grossesse ou l'accouchement peuvent également exercer une influence sur l'état de santé. Par conséquent, il est impératif de faire preuve d'une grande vigilance lors de l'interprétation des résultats obtenus. Un autre élément limitatif de notre analyse concerne naturellement la taille de l'échantillon. Du fait que le questionnaire est encore en phase de test, nous avons restreint la taille de l'échantillon. Nos conclusions ne relèvent actuellement que d'hypothèses, toutefois, cet aspect ne constituera plus une contrainte dès lors que le questionnaire ne sera plus en phase de test.

Il est impératif de poursuivre le projet PROMs au sein du CHU UCL Namur mais également en dehors dans le but d'établir une utilisation standardisée des PROMs au sein de multiples établissements afin de permettre le benchmark. Cette initiative va permettre de propager l'utilisation des PROMs mais aussi de réaliser des comparaisons entre les résultats des différents établissements. Par le biais de cette approche comparative, les établissements auront la possibilité de se positionner en référence à des normes de mesure de performance, et ainsi d'améliorer leurs pratiques de soins en s'inspirant des établissements les plus performants.

Ce travail de recherche a réussi à mettre en place et à implémenter avec succès un questionnaire de type PROMs au sein de la maternité d'un centre hospitalier. La mise en œuvre fructueuse d'un tel questionnaire exige une approche méticuleuse, impliquant une compréhension approfondie des besoins spécifiques, une conception soignée des questionnaires et une considération minutieuse des défis opérationnels. Les recommandations découlant de cette étude sont précieuses non seulement pour guider les prochaines étapes du projet au sein du CHU UCL Namur, mais également pour orienter de potentiels projets futurs visant à intégrer les PROMs dans le domaine de la santé maternelle. En somme, cette investigation apporte une contribution à l'amélioration des soins prodigués et à l'enrichissement des pratiques médicales dans les maternités hospitalières. Elle incarne une approche scientifique réfléchie pour l'implémentation des questionnaires PROMs, renforçant ainsi le caractère innovant et essentiel de cette démarche dans l'amélioration continue des soins maternels.

Bibliographie

- Akrich, M., Paterson, F., & Rabeharisoa, V. (2020). Synthèse de la littérature sur les Patient-Reported Outcomes (2010-2019). HAL (Le Centre pour la Communication Scientifique Directe).
https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-02863288/file/i3WP_20-CSI-01_FR-Akrich-Paterson-Rabeharisoa.pdf
- Bæksted, C., Pappot, H., Nissen, A., Hjollund, N. H., Mitchell, S. A., Basch, E., Bidstrup, P. E., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2017). Feasibility and acceptability of electronic symptom surveillance with clinician feedback using the Patient-Reported Outcomes Version of Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE) in Danish prostate Cancer patients. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-017-0005-6>
- Barnas, K. (2011). ThEDACare's business performance system : Sustaining continuous daily improvement through hospital management in a lean environment. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 37(9), 387-AP8. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(11\)37049-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(11)37049-3)
- Basch, E., Artz, D., Dulko, D., Scher, K. S., Sabbatini, P., Hensley, M. L., Mitra, N., Speakman, J., McCabe, M. S., & Schrag, D. (2005). Patient Online Self-Reporting of Toxicity Symptoms during Chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3552-3561.
<https://doi.org/10.1200/jco.2005.04.275>
- Beecher, C., Greene, R. L., O'Dwyer, L. H., Ryan, E., White, M. D., Beattie, M., & Devane, D. (2021). Measuring Women's Experiences of Maternity Care : A Systematic review of Self-report survey instruments. *Women and Birth*, 34(3), 231-241.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.002>
- Belfius. (2022). Analyse MAHA 2022. <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2022>
- Bienfait, M., Haquet, A., Maury, M., Faillie, J., Combes, C., & Cambonie, G. (2017). Traduction française de l'autoquestionnaire MIBS (Mother to Infant Bonding Scale) et validation comme évaluation du lien mère-nouveau-né en maternité. *Devenir*, Vol. 29(4), 233-253.
<https://doi.org/10.3917/dev.174.0233>
- Black Hills. (2023). CHU UCL Namur. <https://www.chuucnamur.be/>

- Calmus, S., Thuong, C.-T., & May Michelangeli, L. (2021). Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Haute Autorité de santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf
- Cattani, L., De Maeyer, L., Verbakel, J. Y., Bosteels, J., & Deprest, J. (2021). Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum : A systematic review and meta-analysis. *National Library of medicine*, 129(7), 1017-1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>
- Cox, J., Holden, J. M. C., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Daveson, B. A., Simon, S., Benalia, H., Downing, J., Higginson, I. J., Harding, R., & Bausewein, C. (2011). Are we heading in the same direction ? European and African doctors' and nurses' views and experiences regarding outcome measurement in palliative care. *Palliative Medicine*, 26(3), 242-249. <https://doi.org/10.1177/0269216311409614>
- Dennis, C. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale : Psychometric Assessment of the Short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744. <https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
- Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. (2018). L'utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (PROM/PREM) à des fins cliniques et de gestion – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 303Bs. D/2018/10.273/38.
- Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. (2019) Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
- Duman-Lubberding, S., Van Uden-Kraan, C. F., Jansen, F., Witte, B. I., Eerenstein, S. E. J., Van Weert, S., De Bree, R., Leemans, C. R., & Leeuw, I. M. V. (2017). Durable usage of patient-reported outcome measures in clinical practice to monitor health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(12), 3775-3783. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3808-3>
- Endometrial | EORTC – Quality of life. (s. d.). EORTC – Quality of Life. <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-en24/>

- England, N. (s. d.). NHS England » Changes to the National Patient Reported Outcomes Measures Programme. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/insight/promsconsultation/>
- Evans, J., Smith, A. K., Sidey-Gibbons, C., Alonso, J. A., & Valderas, J. M. (2018). The National Institutes of Health Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) : A view from the UK. *Patient Related Outcome Measures, Volume 9*, 345-352. <https://doi.org/10.2147/prom.s141378>
- Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Lefèvre M, Levy M, Bouckaert N, Obyn C, Devos C, Scohy A, De Pauw R, Devleeschauwer B, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. (2023) Performance du système de santé belge : révision du cadre conceptuel et de la liste des indicateurs – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 370Bs. D/2023/10.273/18
- Girgis, A., Durcinoska, I., Levesque, J. V., Gerges, M., Sandell, T., Arnold, A., & Delaney, G. P. (2017). EHealth System for collecting and utilizing Patient Reported Outcome Measures for Personalized Treatment and Care (PROMPT-Care) among cancer patients : Mixed Methods Approach to evaluate feasibility and acceptability. *Journal of Medical Internet Research, 19*(10), e330. <https://doi.org/10.2196/jmir.8360>
- Hubbard, J. M., Grothey, A., McWilliams, R. R., Buckner, J. C., & Sloan, J. A. (2014). Physician perspective on incorporation of Oncology Patient Quality-of-Life, Fatigue, and Pain assessment into clinical practice. *Journal of Oncology Practice, 10*(4), 248-253. <https://doi.org/10.1200/jop.2013.001276>
- Hughes, R., Aspinall, F., Addington-Hall, J., Dunckley, M., Faull, C., & Higginson, I. J. (2004). It just didn't work : The realities of quality assessment in the English health care context. *International Journal of Nursing Studies, 41*(7), 705-712. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.02.005>
- ICIQ-UI SF | ICIQ. (s. d.). <https://iciq.net/iciq-ui-sf>
- Jones, C., Chan, C., & Farine, D. (2011). Sex in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal, 183*(7), 815-818. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091580>
- Jorge, J., & Wexner, S. (2022). Score de Wexner d'incontinence anale (aussi nommé Score de Jorge et Wexner). SNFCP. <https://www.snfcf.org/questionnaires-outils/constipation-incontinence-troubles-fonctionnels/score-de-wexner-dincontinence-anale-aussi-nomme-score-de-jorge-et-wexner/>

- Judson, T., Bennett, A. V., Rogak, L. J., Sit, L., Barz, A., Kris, M. G., Hudis, C. A., Scher, H. I., Sabbatini, P., Schrag, D., & Basch, E. (2013). Feasibility of Long-Term patient Self-Reporting of toxicities from home via the internet during routine chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 31(20), 2580-2585. <https://doi.org/10.1200/jco.2012.47.6804>
- Jürgens, M., Lévy-Rueff, M., Goffinet, F., Bernard, G., & Beauquier-Macotta, B. (2010). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. version française de la Prenatal Attachment Inventory (PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*, 36(3), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.06.006>
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137-144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal*, 3, 33-38. <https://doi.org/10.2174/1874434600903010033>
- Lefèvre M, Bouckaert N, Camberlin C, Devriese S, Pincé H, de Meester C, Fricheteau B, Van de Voorde C. (2019) Organisation des maternités en Belgique – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 323Bs. D/2019/10.273/66.
- MacArthur, C., Glazener, C., Wilson, P. D., Herbison, P., Gee, H., Lang, G., & Lancashire, R. J. (2001). Obstetric practice and faecal incontinence three months after delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(7), 678-683. [https://doi.org/10.1016/s0306-5456\(00\)00183-2](https://doi.org/10.1016/s0306-5456(00)00183-2)
- Marshall, S. N., Haywood, K. L., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice : a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 559-568. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x>
- Mathes, T., Pieper, D., Morche, J., Polus, S., Jaschinski, T., & Eikermann, M. (2019). Pay for performance for hospitals. *The Cochrane library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011156.pub2>
- Meijer, S. (2023b, juin 23). ICHOM - Value Based Healthcare, improving patient outcomes. ICHOM. <https://www.ichom.org/>
- Mesterton. (2019). Measuring health care performance : variations in care process, resource use and outcomes in childbirth care. Karolinska Institutet.

- Minvielle E, Fourcade A, Ferrua M. (2019) Des enquêtes de satisfaction aux patient-reported outcomes : histoire des indicateurs de qualité du point de vue du patient et perspectives. *Risques & Qualité*.
- Nelson, E. C., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J. T., & Lindblad, S. (2015). Patient reported outcome measures in practice. *BMJ*, g7818. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7818>
- Nguyen, H. V., Butow, P., Dhillon, H. M., & Sundaresan, P. (2020). A review of the barriers to using Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in routine cancer care. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 68(2), 186-195. <https://doi.org/10.1002/jmrs.421>
- Nijagal, M. A., Wissig, S. C., Stowell, C., Olson, E. S., Amer-Wählin, I., Bonsel, G. J., Brooks, A., Coleman, M. A., Karalasingam, S. D., Duffy, J., Flanagan, T., Gebhardt, S., Greene, M. E., Groenendaal, F., Jeganathan, J., Kowaliw, T., Lamain-De-Ruiter, M., Main, E. K., Owens, M. Y., . . . Franx, A. (2018). Standardized Outcome Measures for Pregnancy and Childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3732-3>
- Organisation mondiale de la santé. (2022, mars 17). Mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur les femmes enceintes et leur nourrisson. <https://www.who.int/fr/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>
- Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (2008). La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349656>
- Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and Postpartum Depression : an overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment*, 2016, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>
- Pretlove, S., Thompson, P., Tooze-Hobson, P., Radley, S., & Khan, K. S. (2008). Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum ? A comparative systematic review. *Bjog : An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 115(4), 421-434. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01553.x>
- Renard, F., Walckiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Évaluer le système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 83. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0083>

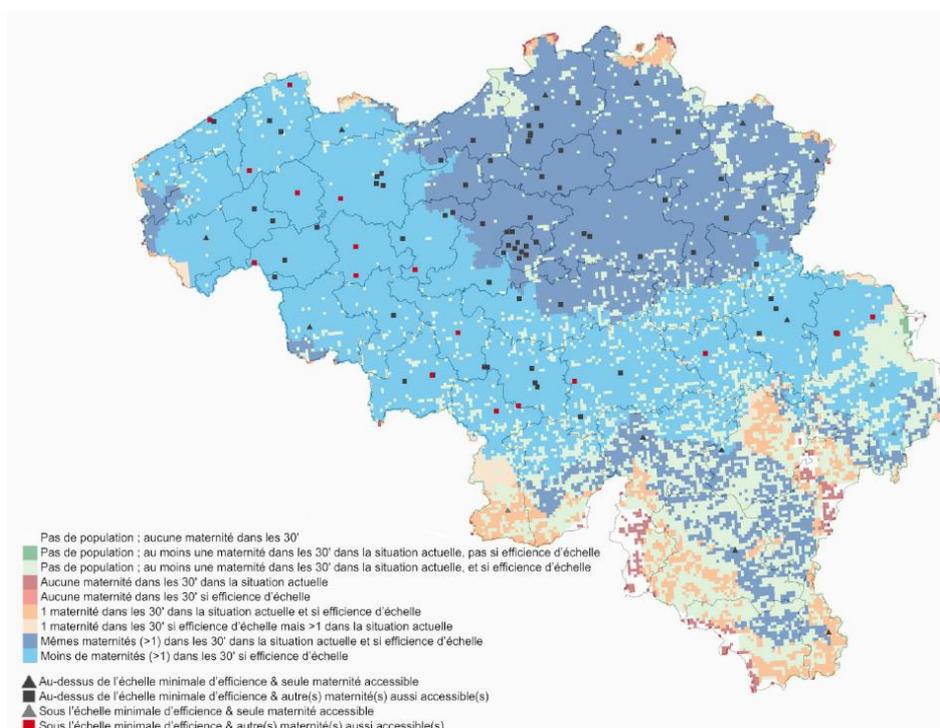
- Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., Pregazzi, R., Grimaldi, E., & Guaschino, S. (2004). The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 669-673. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000119223.04441.c9>
- Schepers, S. A., Haverman, L., Zadeh, S., Grootenhuis, M. A., & Wiener, L. (2016). Healthcare Professionals' Preferences and Perceived Barriers for Routine Assessment of Patient-Reported Outcomes in Pediatric Oncology Practice : Moving toward International Processes of change. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(12), 2181-2188. <https://doi.org/10.1002/pbc.26135>
- Sexual Health | EORTC – Quality of life. (s. d.). EORTC – Quality of Life. <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-shq22/>
- Snyder, C., Blackford, A. L., Wolff, A. C., Carducci, M. A., Herman, J. M., & Wu, A. W. (2013). Feasibility and Value of PatientViewPoint : a web system for patient-reported outcomes assessment in clinical practice. *Psycho-oncology*, 22(4), 895 901. <https://doi.org/10.1002/pon.3087>
- Snyder, C., Jensen, R. E., Geller, G., Carducci, M. A., & Wu, A. W. (2010). Relevant content for a patient-reported outcomes questionnaire for use in oncology clinical practice : Putting doctors and patients on the same page. *Quality of Life Research*, 19(7), 1045 1055. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9655-z>
- Statistics. (s. d.). Statistics » Patient Reported Outcome Measures (PROMs). <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/proms/>
- Thuong CT, Calmus S, Legris C, Morin S, May-Michelangeli L. (2021). La mesure de la qualité des soins perçue par les patients : un rôle clé dans la transformation vers des systèmes de santé centrés sur la personne. *Risques & Qualité*.
- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., Van Baar, A. L., Van Der Horst, H. E., De Jonge, A., Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H., & Peters, L. L. (2019). Correlates of Prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality : A Systematic review. *PLOS ONE*, 14(9), e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>
- Trautmann, F., Hentschel, L., Hornemann, B., Rentsch, A., Baumann, M., Ehninger, G., Schmitt, J., & Schuler, M. (2016). Electronic real-time assessment of patient-reported outcomes in routine care—first findings and experiences from the implementation in a comprehensive cancer center. *Supportive Care in Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3127-0>

- Valderas, J. M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G. H., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T., Parada, A., & Alonso, J. A. (2008). The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice : a systematic review of the literature. *Quality of Life Research*, 17(2), 179-193. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9295-0>
- Vandeleene, G. & Avalosse, H. (2021). Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours. https://www.mc.be/media/21_0654_studiedienst_magazine_A4_FR_CM-info285_Soins%20de%20sant%C3%A9_tcm49-71605.pdf
- Wang, T. Q., Samuel, J., Brown, M. C., Vennettilli, A., Solomon, H., Eng, L., Liang, M., Gill, G., Merali, Z., Tian, C., Cheng, N., Campbell, M., Patel, D., Liu, A. X., Liu, G., & Howell, D. (2018). Routine surveillance of chemotherapy toxicities in cancer patients using the Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). *Oncology and therapy*, 6(2), 189-201. <https://doi.org/10.1007/s40487-018-0065-7>
- Weldring, T., & Smith, S. M. (2013). Article Commentary : Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6, HSI.S11093. <https://doi.org/10.4137/hsi.s11093>
- Živković, K., Živković, N., Župić, T., Hodžić, D., Mandić, V., & Orešković, S. (2016). Effect of delivery and episiotomy on the emergence of urinary incontinence in women : review of literature. *National Library of medicine*, 615-623. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.04.12>

Annexes

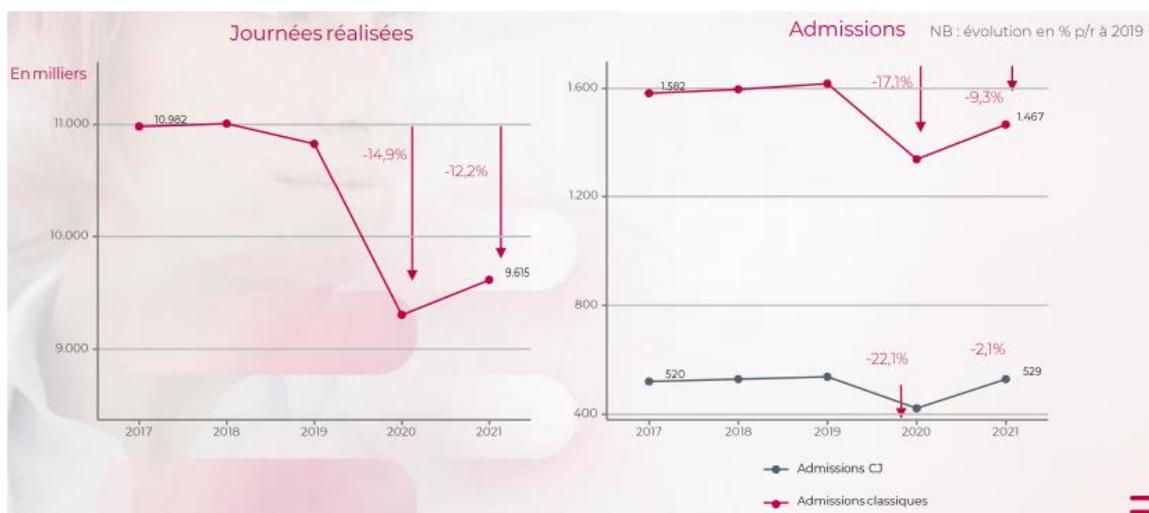
Annexe 1

Maternités accessibles en fonction de l'efficacité d'échelle



Annexe 2

Niveau d'hospitalisation entre 2017 et 2021



Annexe 3

Proportion des séjours en maternité selon la durée

		Séjours courts (1 à 2 jours)		Séjours longs (6 jours et plus)	
		2010	2019	2010	2019
Tous les types d'accouchement		6,2%	18,6%	14,8%	2,1%
Par voie basse		7,4%	23,0%	4,8%	0,8%
Par césarienne		1,4%	2,3%	55,3%	7,0%
Mamans non BIM	Tous les types d'accouchement	5,8%	17,1%	14,8%	1,9%
	Par voie basse	6,9%	21,0%	4,7%	0,7%
	Par césarienne	1,3%	2,0%	56,2%	6,8%
Mamans BIM	Tous les types d'accouchement	11,4%	29,6%	14,7%	3,2%
	Par voie basse	14,1%	37,7%	5,1%	1,6%
	Par césarienne	2,3%	3,9%	46,6%	8,1%

Annexe 4

Modèle « True North »



Annexe 5

Liste indicateurs HSPA

QE-1	Hospitalisations liées à l'asthme chez l'adulte (/100 000 hab.)
QE-2	Hospitalisations liées aux complications du diabète chez l'adulte (/100 000 hab.)
QE-3	Taux de survie relative à 5 ans après cancer du sein (%)
QE-4	Taux de survie relative à 5 ans après cancer colorectal (%)
QE-5	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour IAM (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
QE-6	Taux de mortalité à 30 jours après hospitalisation pour AVC ischémique (pop. +45 ans, sur la base des hospitalisations, %)
QE-7	Taux de mortalité à 30 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)
QE-7	Taux de mortalité à 90 jours après chirurgie pour cancer du côlon (c) ou du rectum (r)
QE-8	Mortalité évitable grâce au système de soins (taux/100 000 hab., ajusté sur l'âge)
QE-9	Mortalité évitable grâce aux politiques de santé (taux/100 000 hab., ajusté sur l'âge)
QA-1	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des diabétiques sous insuline)
QA-2	Proportion de diabétiques adultes bénéficiant d'un suivi adéquat (% des patients de +50 ans non insulino-dépendants)
QA-3	Recours aux antibiotiques (total des DDD/1 000 hab./jour)
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2e intention (% du total des DDD d'antibiotiques)
QA-6	Imagerie de la colonne (radiographie, CT scan, IRM par 100 000 habitants)
QA-7	Dépistage du cancer du sein en-dehors du groupe cible (% femmes âgées de 41 à 49 ans)
QS-1	Prévalence des infections contractées à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
QS-2	Incidence des infections à MRSA contractées à l'hôpital (/1000 séjours hospitaliers)
QS-7	Proportion de <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (MRSA) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)
QS-8	Proportion d' <i>Escherichia coli</i> présentant une sensibilité réduite aux céphalosporines de 3e ou 4e génération (3GC/4GC I/R <i>E. coli</i>) dans les hôpitaux aigus (% , médiane)
QS-3	Incidence des embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes postopératoires après pose d'une prothèse de hanche ou de genou (/100 000 sorties d'hôpital après prothèse de hanche ou du genou)
QS-4	Incidence des septicémies postopératoires après chirurgie abdominale (/100 000 sorties d'hôpital après chirurgie abdominale)
QS-5	Prévalence des escarres cat II-IV survenues à l'hôpital (% des patients hospitalisés)
QS-6	Polymédication chez les patients âgés (au moins 5 médicaments, avec plus de 80 DDD par an) (% pop. assurée de +65 ans)
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) avec un médecin généraliste)
QC-2	Indice UPC (<i>Usual Provider Continuité</i>) $\geq 0,75$
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% de patients de +65 ans)
QC-4	Proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants) avec convention/passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins (% de patients de +18 ans)
QC-5	Proportion de diabétiques adultes (uniquement sous médicaments hypoglycémiant hors insuline) avec convention/passeport/pré-trajet de soins ou trajet de soins (% de patients de +50 ans)
QC-6	Patients oncologiques discutés lors d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) (%)
QP-1	Le médecin passe suffisamment de temps avec le patient au cours de la consultation (% de répondants, contacts avec MG/MS)

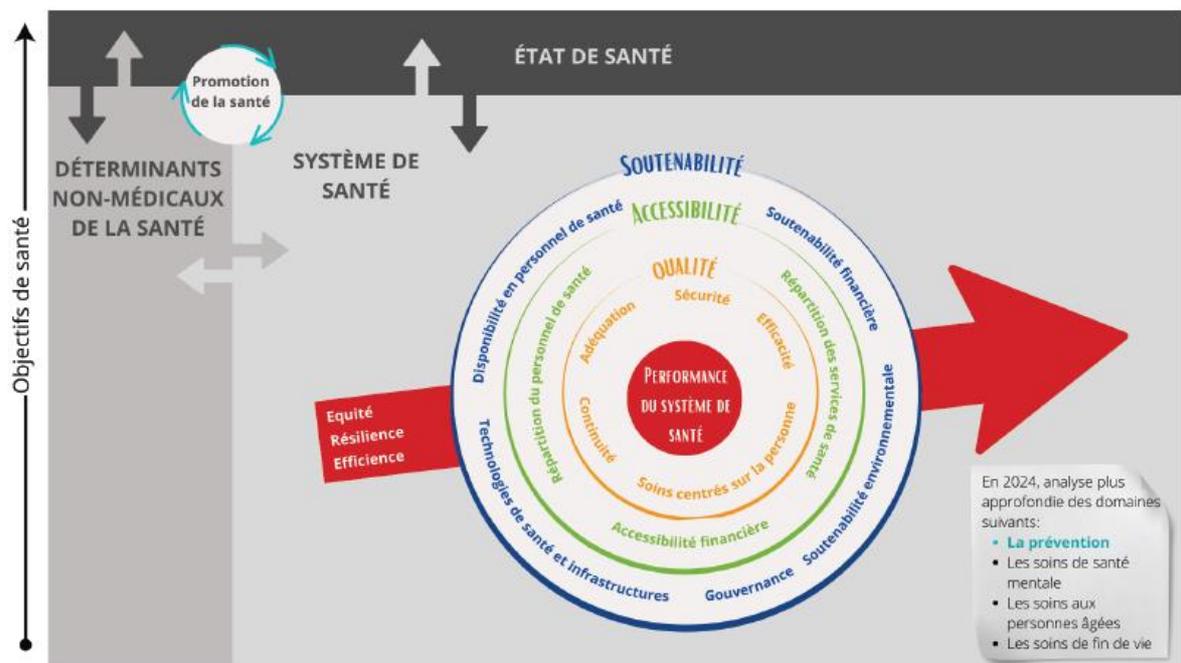
QP-2	Le médecin donne des explications faciles à comprendre (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-3	Le médecin donne l'occasion au patient de formuler des questions et inquiétudes (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-4	Le médecin implique les patients dans les décisions sur les soins et/ou traitements (% de répondants, contacts avec MG/MS)
QP-5	Patients atteints d'un cancer localisé de la prostate ne recevant aucun traitement aux alentours de la date du diagnostic (%)
QP-6	Patients atteints d'un cancer testiculaire localisé (séminome) recevant un traitement adjuvant après chirurgie (%)
QP-7	Proportion d'hôpitaux généraux mesurant des PREMs après un séjour en lit C ou D (%)
A-1	Couverture par l'assurance maladie obligatoire (% de la population)
A-2	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % des dépenses de santé courantes)
A-10	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins de santé (en % de la consommation finale des ménages)
A-3	Contribution personnelle des ménages dans les soins de santé, par habitant (in US \$ PPP)
A-11	Part de la contribution personnelle des ménages dans les soins dentaires (en % des dépenses courantes en soins dentaires)
A-4	Besoins en soins non satisfaits pour des raisons financières auto-déclarés (% des individus inclus dans l'enquête)
A-12	Accessibilité des tarifs de soins conventionnés : nombre de MG conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)
A-13	Accessibilité des tarifs de soins conventionnés : nombre de dentistes conventionnés (en ETP par 10 000 habitants)
A-14	Part des suppléments d'honoraires (en % des honoraires officiels) lors d'une hospitalisation (classique ou de jour)
A-5	Médecins en activité (/1000 habitants)
A-6	Infirmiers en activité (/1000 habitants)
A-7	Nombre de places vacantes pour personnel infirmier dans les hôpitaux
A-8	Nombre de patients par infirmier
A-9	Temps d'attente pour un rendez-vous avec un médecin spécialiste (% de la population qui doit attendre plus de 2 semaines)
E-1	Hospitalisations chirurgicales d'un jour (% du total des hospitalisations chirurgicales)
E-3	Recours aux médicaments bon marché (% du total des DDD ambulatoires)
E-4	Traitements biosimilaires (%)
S-1	Dépenses courantes de santé (% du PIB)
S-2	Dépenses courantes de santé par habitant (en US \$ PPA)
S-3	Dépenses courantes de santé (% financé par le secteur public)
S-4	Nouveaux diplômés en médecine (/100 000 habitants)
S-14	Médecins formés à l'étranger (% des médecins autorisés à exercer)
S-5	Nouveaux diplômés en médecine devenant MG (% des diplômés avec spécialisation médicale)
S-6	Âge des MG en activité (ETP, ans)
S-7	Médecins de +55 ans (% des médecins en activité)
S-15	MG de +55 ans (% des MG en activité)
S-8	Nouveaux diplômés en soins infirmiers (/100 000 habitants)
S-9	Infirmiers détenteurs d'un bachelier (% des nouveaux diplômés)
S-10	Infirmiers de +50 ans (% des infirmiers professionnellement actifs)
S-16	Infirmiers formés à l'étranger (% des infirmiers autorisés à exercer)
S-11	Nombre de jours-lits en hôpitaux aigus (nombre par habitant)

S-13	Pourcentage des MG utilisant le dossier médical global électronique (eDMG) via MyCareNet (%)
S-17	Dossier médical global électronique (% de tous les dossiers médicaux globaux)
EQ-1	Distribution des revenus dans la population (coefficient de GINI)
EQ-2	Part des recettes progressives dans le financement des soins (ratio recettes progressives/recettes totales, exprimé en %)
EQ-3	Part des recettes régressives dans le financement des soins ratio recettes régressives/recettes totales, exprimé en %)
P-1	Polio (% ,4e dose)
P-12	Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche chez les enfants (% , 4e dose)
P-2	Vaccination contre la rougeole chez les enfants (% , 1ère dose)
P-2	Vaccination contre la rougeole chez les adolescents (% ,2e dose)
P-3	Vaccination contre le pneumocoque chez les enfants (% , 3e dose)
P-4	Vaccination contre la grippe (% pop. âgée de +65 ans)a
P-5	Incidence de la rougeole (nouveaux cas/million hab.)
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la pop. âgée de +3 ans)
MH-1	Mortalité par suicide (/100 000 hab.)
MH-2	Psychiatres en activité (/1 000 hab.)
MH-3	Délais d'attente de plus d'un mois pour un 1er contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (% de la pop. ayant eu un contact avec un CSM ambulatoire)
MH-4	Taux d'hospitalisation sous contrainte dans un service de psychiatrie (/10 000 hab.)
MH-5	Passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique (% des admissions aux urgences des hôpitaux généraux)
MH-6	Prise d'antidépresseurs (total DDD/1000 hab./jour)
MH-7	Prise d'antidépresseurs (% pop. adulte, au moins une fois par an)
MH-8	Pourcentage de patients recevant un traitement antidépresseur bref (< 3 mois) (% de la pop. sous antidépresseurs)
MH-9	Prescription d'antidépresseurs à effet anticholinergique chez les patients de plus de 65 ans (%)
MH-10	Nombre de jours d'hospitalisations en psychiatrie (/1000 hab.)
MH-11	Proportion de réhospitalisations en psychiatrie dans les 30 jours suivant la sortie (dans le même hôpital, %)
ELD-1	Soins de longue durée en structure résidentielle (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-2	Soins de longue durée à domicile (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-3	Aidants informels (% de la pop. âgée de +15 ans)
ELD-4	Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions (par 1 000 hab. de +65 ans)
ELD-5	Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en structure résidentielle/de soins pour personnes âgées (% de résidents)
ELD-6	Nombre de géiatres en activité (par 10 000 habitants)
ELD-7	Incident de chute au cours du dernier mois passé en maison de repos pour personnes âgées (% de résidents)
ELD-8	Prévalence des escarres (de grade II-IV) en maison de repos pour personnes âgées (% de résidents)
ELD-9	Prévalence du portage du MRSA en structure résidentielle (% de résidents)
ELD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la pop. âgée de +65 ans)
ELD-11	Prescription d'antipsychotiques dans les structures résidentielles/de soins pour les personnes âgées (% de résidents âgés de +75 ans)
ELD-12	Prescription d'antipsychotiques en dehors des structures résidentielles/de soins pour les personnes âgées (% de la pop. âgée de +75 ans)

EOL-1	Patients ayant bénéficié de soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-2	Patients décédés dans la semaine suivant l'initiation des soins palliatifs (% des patients cancéreux terminaux ayant reçu des soins palliatifs et décédés dans l'année)
EOL-3	Chimiothérapie moins de 14 jours avant le décès (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
EOL-4	Décès au lieu de résidence habituel (domicile ou MRS/MRPA) (% des patients cancéreux terminaux décédés dans l'année)
MN-1	Taux de mortalité néonatale (par 1 000 naissances vivantes)
MN-2	Nombre de nouveau-nés ayant un score d'Apgar faible (< 7) à 5 minutes (par 1 000 naissances vivantes)
MN-3	Taux de césarienne (par 1 000 naissances vivantes)
MN-4	Taux d'induction (par 1 000 naissances vivantes et mort-nés)
MN-5	Taux d'épisiotomie (par 1 000 naissances vivantes par voie vaginale)
MN-6	Proportion d'accouchements par voie basse après césarienne (VBAC) (% de toutes les femmes ayant déjà accouché par césarienne)
MN-7	Naissances très prématurées dans un hôpital sans unité NIC (% de toutes les naissances entre 22 et 31 semaines de gestation)
MN-8	Tests répétés de dépistage de la toxoplasmose pendant la grossesse (% des femmes dépistées au moins deux fois)
MN-9	Durée moyenne du séjour pour un accouchement normal (jours)
MN-10	Nombre médian de consultations prénatales pour une grossesse à faible risque

Annexe 6

Cadre conceptuel belge de l'HSPA



Annexe 7

Questionnaire EQ-5D

Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied - J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied - J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied - J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied - Je suis incapable de me déplacer à pied
Autonomie de la personne	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) - J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) - J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) - J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) - Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)
Activités courantes	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes - J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes - J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes - J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes - Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes
Douleurs/inconfort	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai ni douleur ni inconfort - J'ai des douleurs ou inconfort léger(ères) - J'ai des douleurs ou inconfort modéré(es) - J'ai des douleurs ou inconfort sévère(s) - J'ai des douleurs ou inconfort extrêmes(s)
Douleurs/inconfort	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai ni douleur ni inconfort - J'ai des douleurs ou inconfort léger(ères) - J'ai des douleurs ou inconfort modéré(es) - J'ai des douleurs ou inconfort sévère(s) - J'ai des douleurs ou inconfort extrêmes(s)

Annexe 8

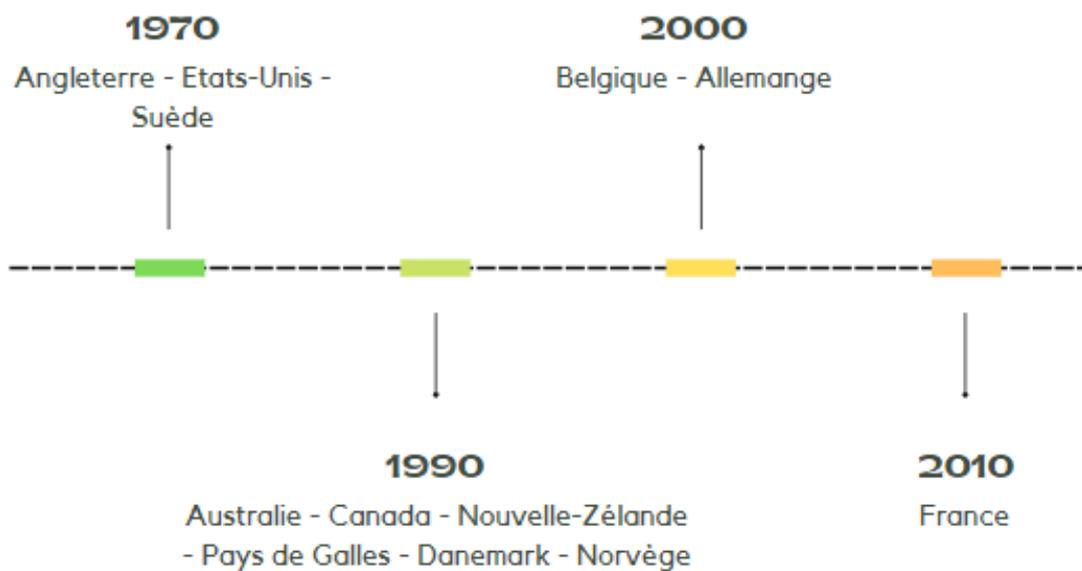
Questionnaire ICIQ-UI-SF-French

A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?	<p>0 = jamais 1 = environ une fois par semaine au maximum 2 = deux à trois fois par semaine 3 = environ une fois par jour 4 = plusieurs fois par jour 5 = tout le temps</p>
Nous aimerions connaître la quantité d'urine qui, selon vous, fuit. Quelle quantité d'urine fuit habituellement (que vous portiez des protections ou non) ?	<p>0 = aucune 2 = une petite quantité 4 = une quantité modérée</p>
Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup)	<p>0 = pas du tout 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7</p>

	8 = 8 9 = 9 10 = beaucoup
Quand l'urine fuit-elle ?	<ul style="list-style-type: none"> - Jamais - l'urine ne fuit pas - Fuite avant que vous puissiez atteindre les toilettes - Fuites lorsque vous toussiez ou éternuez - Fuite lorsque vous dormez - Fuite lorsque vous faites de l'exercice physique - Fuite lorsque vous avez fini d'uriner et que vous êtes habillée - Fuite sans raison évidente - Fuite tout le temps

Annexe 9

Apparition des PROMs selon l'année et le pays



Annexe 10

Comparaison des performances entre les différents établissements du pays

Code de l'organisation	Nom de l'organisation	Enregistrements modélisés	Gain de santé moyen ajusté	Moyenne pour l'Angleterre	Limite inférieure de contrôle à 95 %	Limite supérieure de contrôle à 95 %	Limite inférieure de contrôle de 99,8 %	Limite supérieure de contrôle de 99,8 %	Importance
KT315	Trust A	536	7380	5800	5053	6547	4622	6978	Upper 99.8%
MV436	Trust B	240	6230	5800	4684	6916	4040	7560	
FRR	Trust C	268	3070	5800	4744	6856	4134	7466	Lower 95%
FIH	Trust D	158	880	5800	4424	7176	3631	7969	Lower 99.8%

- i. Code de l'organisation - Un code de l'organisation est un code unique qui identifie une organisation agissant en tant que prestataire de soins de santé pour ces quatre cabinets, et qui peut être soit le NHS, soit un organisme indépendant. S'il s'agit d'un établissement indépendant, seuls les travaux financés par le NHS doivent être soumis au programme national PROMs.
- ii. Nom de l'organisation - Il s'agit du nom de l'organisation.
- iii. Enregistrements modélisés - Questionnaires qui ont été reliés avec succès aux enregistrements de l'activité des patients hospitalisés dans les statistiques sur les épisodes hospitaliers. Il s'agit d'un indicateur de la taille de l'établissement.
- iv. Gain de santé moyen ajusté - Il s'agit d'une moyenne au niveau de la confiance de la différence entre l'état de santé des patients ajusté en fonction du case-mix avant et après l'intervention chirurgicale. Il s'agit de la mesure des résultats de l'établissement.
- v. Moyenne pour l'Angleterre - Il s'agit de la moyenne ajustée au case-mix pour l'ensemble des prestataires en Angleterre.
- vi. Limite inférieure de contrôle à 95 % - Le prestataire en question est considéré comme une " alerte ", c'est-à-dire comme un sous-performant potentiel si le gain de santé moyen ajusté est inférieur à ce chiffre. Ces organismes sont en dessous de la moyenne nationale.
- vii. Limite supérieure de contrôle à 95 % - Si le gain de santé moyen ajusté est supérieur à ce chiffre, le prestataire en question est considéré comme une " alerte " positive, c'est-à-dire qu'il indique qu'il est potentiellement très performant. Ces organismes se situent au-dessus de la moyenne nationale.
- viii. Limite inférieure de contrôle de 99,8 % - Si le gain de santé moyen ajusté est inférieur à ce chiffre, le prestataire est considéré comme une " alarme ", c'est-à-dire un établissement dont les résultats pour les patients sont nettement moins bons que prévu. Ces établissements font partie de ceux qui fournissent les pires résultats.
- ix. Limite supérieure de contrôle de 99,8 % - Si le gain de santé moyen ajusté est supérieur à ce chiffre, le prestataire est considéré comme une " alarme " positive, c'est-à-dire un prestataire dont les résultats pour les patients sont nettement meilleurs que prévu. Ces établissements font partie de ceux qui obtiennent les meilleurs résultats.
- x. Importance - Cette rubrique indique si le prestataire se situe au-dessus ou au-dessous de l'une des limites de contrôle indiquées.

Annexe 11

Grille d'évaluation

Questionnaire :

1) Avez-vous eu des difficultés à répondre à certaines questions ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous nous préciser lesquelles ?

.....
.....
.....

2) Y a-t-il des termes/phrases qui vous sont parus trop compliqués ou mal formulés ?

Oui Non Si oui, pouvez-vous nous préciser lesquels ?

.....
.....
.....

3) Est-ce que la façon de répondre aux différentes questions est bien expliquée et/ou vous a semblé évidente ? Oui Non

Si non, pouvez-vous nous dire pour quelles questions cela a pu poser problème ?

.....
.....
.....

4) Concernant les thématiques abordées, y a-t-il une question ou une modalité de réponse qui vous paraît manquante dans le questionnaire actuel ? Oui Non

Si oui, pouvez-vous préciser laquelle/lesquelles ?

.....
.....
.....

5) L'enquête dans sa globalité vous a-t-elle parue intéressante ? Oui Non

Pensez-vous qu'elle suscitera l'intérêt des autres patients ? Oui Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....

Annexe 12

Questionnaire n°1



QUESTIONNAIRE PROMs - MATERNITE

Madame, Mademoiselle,

Afin de toujours améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes le plus honnêtement possible. Ce questionnaire sera repris dans votre dossier médicale et pourra être utilisé par le personnel de santé si nécessaire.

Les questions suivantes concernent votre grossesse actuelle.

Questions introductives :

Quel est votre NOM et prénom ? Nom : Prénom :

Quel âge avez-vous ?

Combien d'enfant(s) avez-vous eu avant cette grossesse ? 0 1 2 3 4 5 6
 Plus de 6

Vie quotidienne

- En général, comment évaluez-vous votre santé physique ?
 Excellent Très bon Bon Acceptable Faible
- A quelle fréquence êtes-vous capable d'exécuter vos activités physiques quotidiennes comme la marche, monter les escaliers ou porter les courses ?
 Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais
- Avez-vous des difficultés pour dormir ?
 Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais
- Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au périnée ?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au abdominales ?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Comment évaluez-vous votre niveau de fatigue journalier ?
 Pas de fatigue Fatigue légère Fatigue modérée Fatigue sévère
 Fatigue très sévère

Incontinence

- A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
 Jamais Environ 1x/semaine au maximum 2 à 3x/semaine
 Environ 1x/ jour Plusieurs x/jour Tout le temps
- Quelle quantité d'urine fuit quotidiennement (que vous portiez des protections ou non) ?
 Aucune Une petite quantité Une quantité modérée
 Une grande quantité

- Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ?

	Jamais	Rarement (<1/mois)	Parfois (<1/semaine et > 1/mois)	Souvent (<1/jour, >1/semaine)	Toujours (>1/jour)
Accident de selles solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de selles liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'une protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement sur la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attachement pré-natal

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me demande à quoi peut ressembler mon bébé maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve agréable de sentir mon bébé bouger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais attention aux choses qui pourraient exercer une influence sur le bien-être de mon bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens de l'amour pour mon bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bien-être psychique

- Je peux rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude Pas tout à fait autant
 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci Absolument pas
- Je me sens confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 Autant que d'habitude Plutôt moins que d'habitude
 Vraiment moins que d'habitude Pratiquement pas
- Je me reproche, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent
- Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif
 Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent

- Je me sens effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
 Oui, vraiment souvent Oui, parfois Non, pas très souvent
 Non, pas du tout
- J'ai tendance à me sentir dépassée par les événements
 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- Je me sens si malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil
 Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent
 Non Pas du tout
- Je me sens triste ou peu heureuse
 Oui, la plupart du temps Oui, très souvent Pas très souvent
 Non, pas du tout
- Je me sens si malheureuse que j'en ai pleuré
 Oui, la plupart du temps Oui, très souvent
 Seulement de temps en temps Non, jamais
- Il m'arrive de penser à me faire du mal
 Oui, très souvent Parfois Presque jamais Jamais

Sexualité

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
À quel point est-il important pour vous d'avoir une vie sexuelle active ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis l'annonce de votre grossesse, avez-vous eu une activité sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous communiqué avec les professionnels de santé concernant des éventuels problèmes sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court/ou plus étroit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu mal pendant les rapports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allaitement

- Prévoyez-vous d'allaiter votre bébé à la naissance ?
 Oui Non
- Comment vous sentez-vous par rapport à l'allaitement maternel ?
 Pas du tout confiante Pas très confiante Assez confiante Confiante
 Très confiante

Divers :

- Avez-vous des remarques ou questions ?
.....
.....
.....
.....
- Pouvez-vous indiquer votre adresse e-mail ? Nous en avons besoin pour vous faire parvenir le deuxième questionnaire :
.....

Nous vous remercions pour votre participation !
L'équipe Qualité

Annexe 13

Questionnaire n°2



QUESTIONNAIRE PROMs - MATERNITE

Madame, Mademoiselle,

Afin de toujours améliorer la qualité de nos services, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes le plus honnêtement possible. Ce questionnaire sera repris dans votre dossier médicale et pourra être utilisé par le personnel de santé si nécessaire.

Les questions suivantes concernent votre grossesse actuelle.

Questions introductives :

Quel est votre NOM et prénom ? Nom : Prénom :

Quel âge avez-vous ?

Combien d'enfant(s) avez-vous actuellement ? 1 2 3 4 5 6 Plus de 6

Quel type d'accouchement avez-vous eu ? Par voie basse Par césarienne

Avez-vous eu une péridurale ? Oui Non

Avez-vous accouché à plus de 37 semaines ? Oui Non

Avez-vous eu une épisiotomie lors du dernier accouchement ? Oui Non

Aujourd'hui, est-ce que votre bébé dort dans votre chambre ? Oui Non

Avez-vous repris le travail ? Oui Non

Vie quotidienne

- En général, comment évaluez-vous votre santé physique ?
 Excellent Très bon Bon Acceptable Faible
- A quelle fréquence êtes-vous capable d'exécuter vos activités physiques quotidiennes comme la marche, monter les escaliers ou porter les courses ?
 Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais
- Avez-vous des difficultés pour dormir ?
 Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais
- Avez-vous des pertes de sang ?
 Tout le temps Souvent Parfois Rarement Jamais
- Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au périnée ?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au abdominales ?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Comment évaluez-vous votre niveau de fatigue journalier ?
 Pas de fatigue Fatigue légère Fatigue modérée Fatigue sévère
 Fatigue très sévère

Incontinence

- A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
 Jamais Environ 1x/semaine au maximum 2 à 3x/semaine
 Environ 1x/ jour Plusieurs x/jour Tout le temps
- Quelle quantité d'urine fuit quotidiennement (que vous portiez des protections ou non) ?
 Aucune Une petite quantité Une quantité modérée
 Une grande quantité
- Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ?

	Jamais	Rarement (<1/mois)	Parfois (<1/semaine et > 1/mois)	Souvent (<1/jour, >1/semaine)	Toujours (>1/jour)
Accident de selles solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de selles liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'une protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement sur la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attachement post-natal

- Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels.

	Irritée	Neutre	Joyeuse	Dégoutée	Protectrice	Déçue	Agressive
Oui	<input type="checkbox"/>						
Non	<input type="checkbox"/>						

Bien-être psychique

- Je peux rire et prendre les choses du bon côté
 Aussi souvent que d'habitude Pas tout à fait autant
 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci Absolument pas
- Je me sens confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 Autant que d'habitude Plutôt moins que d'habitude
 Vraiment moins que d'habitude Pratiquement pas
- Je me reproche, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent

- Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif
 Non, pas du tout Presque jamais Oui, parfois Oui, très souvent
- Je me sens effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
 Oui, vraiment souvent Oui, parfois Non, pas très souvent
 Non, pas du tout
- J'ai tendance à me sentir dépassée par les évènements
 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- Je me sens si malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil
 Oui, la plupart du temps Oui, parfois Pas très souvent
 Non pas du tout
- Je me sens triste ou peu heureuse
 Oui, la plupart du temps Oui, très souvent Pas très souvent
 Non, pas du tout
- Je me sens si malheureuse que j'en ai pleuré
 Oui, la plupart du temps Oui, très souvent Seulement de temps en temps
 Non, jamais
- Il m'arrive de penser à me faire du mal
 Oui, très souvent Parfois Presque jamais Jamais

Sexualité

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
À quel point est-il important pour vous d'avoir une vie sexuelle active ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous repris une activité sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si « pas du tout », pour quelle(s) raison(s) ?
 Fatigue Cododo Incontinence Douleur Séparation Autre

Avez-vous communiqué avec les professionnels de santé concernant des éventuels problèmes sexuels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court/ou plus étroit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu mal pendant les rapports ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Allaitement

- Est-ce que vous allaitez votre enfant ?
 Oui Non
- Si non, pour quelle(s) raison(s) ?
 Choix Raisons médicales Fatigue Pas assez de productions de lait
 Organisationnelle
- Dans le cas où vous allaitez votre enfant, pourriez-vous répondre aux questions suivantes :

	Pas du tout confiante	Pas très confiante	Assez confiante	Confiante	Très confiante
Je peux toujours allaiter mon bébé sans utiliser de lait maternisé en complément	<input type="checkbox"/>				
Je peux toujours allaiter confortablement en présence des membres de ma famille	<input type="checkbox"/>				
Je peux toujours être satisfaite de mon expérience en matière d'allaitement	<input type="checkbox"/>				
Je sais toujours quand mon bébé a fini d'être allaité	<input type="checkbox"/>				

Divers :

- Avez-vous des remarques ou questions ?
.....
.....
.....
.....
- Pouvez-vous indiquer votre adresse e-mail ? Nous en avons besoin pour vous faire parvenir le deuxième questionnaire :
.....
.....

Nous vous remercions pour votre participation !
L'équipe Qualité

Annexe 14

Mail questionnaire n°2.

Objet : Contribuez à l'amélioration des soins post-accouchement : Participez à notre enquête PROMs !

Chère madame,

J'espère que vous allez bien, ainsi que votre petit trésor ! Nous savons à quel point les premiers mois après l'accouchement sont intenses et remplis de nouvelles découvertes. Aujourd'hui, je me permets de vous solliciter pour une cause essentielle qui pourrait bénéficier à de nombreuses futures mamans.

Votre expérience en tant que jeune maman est précieuse et unique, et nous souhaitons sincèrement entendre votre avis sur votre état de santé depuis l'accouchement. C'est pourquoi nous avons mis en place un questionnaire de type PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) spécialement conçu pour recueillir des informations importantes sur votre vécu et vos ressentis suite à cette étape significative de votre vie.

Nous comprenons parfaitement que le temps est précieux en cette période de votre vie, c'est pourquoi nous avons veillé à concevoir un questionnaire simple et rapide à compléter. Il ne vous prendra que quelques minutes, mais les informations que vous partagerez auront un impact énorme sur les futures mamans et les soins qui leur seront prodigués.

Votre contribution aidera les professionnels de la santé à mieux comprendre les besoins et les préoccupations des femmes pendant la période post-accouchement. Grâce à vos réponses, nous serons en mesure d'améliorer les pratiques médicales et les services offerts aux mamans, afin de garantir des soins de qualité et une expérience optimale pour toutes.

Comment participer ? C'est très simple ! Il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous pour accéder au questionnaire en ligne : [Lien questionnaire]

Nous vous assurons que toutes vos réponses resteront confidentielles. Les résultats seront utilisés uniquement à des fins de recherche et d'amélioration des soins.

Nous espérons sincèrement que vous accepterez de prendre quelques instants de votre temps pour nous aider dans cette noble démarche. Votre voix compte et peut faire une réelle différence pour les femmes qui vivront l'expérience de l'accouchement à l'avenir.

Nous vous remercions par avance pour votre précieuse contribution !

Bien cordialement

Annexe 15

Dépliant informatif

Comment sont sécurisées les données que je vais encoder dans ces questionnaires ?

Les questionnaires que vous complétez sont hébergés sur une plateforme privée sécurisée, les données seront cryptées et détruites dès que l'hôpital les aura réceptionnées.

Les informations que vous nous aurez communiquées seront transférées dans votre propre dossier médical de sorte que le médecin spécialiste qui vous suit puisse en avoir connaissance.

Parallèlement à cela, un travail d'étude statistique sera réalisé sur les données que vous nous aurez communiquées par des membres du personnel, soumis au secret professionnel par le contrat de travail qui les lie au CHU.

Dans un souci de sécurité, sachez qu'une fois que vous aurez validé votre questionnaire, il sera rendu illisible et vous ne pourrez plus modifier l'une ou l'autre réponse.

Nous ne vendons pas vos données personnelles.

Nous tenons à vous remercier vivement pour votre intérêt et votre collaboration qui bénéficiera à l'ensemble de nos patients.

INFOS

Service Maternité

Site de Sainte-Elisabeth

Place Louise Godin, 15 - 5000 Namur
> +32 (0) 81 42 48 48
> qualite.dipaq@chuclnamur.uclouvain.be
> www.chuclnamur.be

Pour tout autre renseignement concernant l'administration de ces questionnaires PROM'S, nous vous invitons à prendre contact avec l'équipe Qualité du CHU UCL Namur.

EN SAVOIR PLUS



chuclnamur.be

Service Maternité

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

Site de Sainte-Elisabeth



Chère Madame,

Nous vous félicitons pour votre grossesse et vous remercions d'avoir choisi le CHU UCL Namur. À cet égard, nous souhaitons collecter des informations clés sur votre état de santé avant et après votre accouchement. Ces informations s'avéreront nécessaires pour optimiser l'efficacité des interventions que nous effectuons, pour améliorer la prise en charge de nos patientes et finalement, leur santé.

Pour ce faire, nous vous proposons de compléter deux questionnaires qui seront à remplir à deux moments différents dans le but d'obtenir une comparaison. Vous serez invitée à compléter le premier questionnaire lors de votre rendez-vous de l'échographie morphologique à l'hôpital tandis que le deuxième vous sera envoyé par mail entre 3 et 4 mois après votre accouchement.

À quoi servent ces questionnaires et pourquoi suis-je invitée à les compléter ?

Il existe plusieurs questionnaires que l'on appelle dans notre jargon « PROMs » (Patient Reported Outcomes Measures). Ils ont été élaborés et validés scientifiquement par des organismes de santé publique et des centres de recherche. Cette pratique se fait d'ailleurs déjà couramment dans d'autres pays (et est même obligatoire dans certains d'entre eux).

Les objectifs des PROMs sont :

- Apporter des améliorations dans les soins en maternité
- Améliorer la communication soignant-patient
- Aborder tous les sujets même les plus délicats

Le premier questionnaire vous sera donné lors de votre rendez-vous pour l'échographie morphologique lors de votre passage à l'hôpital. Ce sont les secrétaires qui se chargeront de vous donner un dépliant reprenant un QR code ainsi que son lien pour accéder directement au questionnaire. Vous n'êtes pas obligé de le remplir quand vous êtes à l'hôpital mais nous vous demandons de le faire dans les 5 jours qui suivent le rendez-vous au maximum.

Vous recevrez le deuxième questionnaire par mail entre 3 et 4 mois après votre accouchement comme dit précédemment. C'est pourquoi il est important de laisser votre adresse mail dans le premier questionnaire.

Annexe 16

Score de l'échelle de l'incontinence urinaire (ICIQ-SF)

- A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
 0 Jamais 1 Environ 1x/semaine au maximum 2 2 à 3x/semaine
 3 Environ 1x/ jour 4 Plusieurs x/jour 5 Tout le temps
- Quelle quantité d'urine fuit quotidiennement (que vous portiez des protections ou non) ?
 0 Aucune 2 Une petite quantité 4 Une quantité modérée 6 Une grande quantité
- Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup) ?
 0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9 10 10

Annexe 17

Score de l'échelle de l'incontinence anale (Wexner)

- A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ?

	Jamais 0	Rarement (<1/mois) 1	Parfois (<1/semaine et > 1/mois) 2	Souvent (<1/jour, >1/semaine) 3	Toujours (>1/jour) 4
Accident de selles solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de selles liquides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port d'une protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement sur la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 18

Score de l'échelle de l'attachement prénatal (PAI)

	Presque jamais 1	Parfois 2	Souvent 3	Presque toujours 4
Je me demande à quoi peut ressembler mon bébé maintenant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve agréable de sentir mon bébé bouger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais attention aux choses qui pourraient exercer une influence sur le bien-être de mon bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ressens de l'amour pour mon bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 19

Score de l'échelle du bien être psychique (EPDS)

- Je peux rire et prendre les choses du bon côté
 0 Aussi souvent que d'habitude 1 Pas tout à fait autant
 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci 3 Absolument pas
- Je me sens confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 0 Autant que d'habitude 1 Plutôt moins que d'habitude
 2 Vraiment moins que d'habitude 3 Pratiquement pas
- Je me reproche, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
 0 Non, pas du tout 1 Presque jamais 2 Oui, parfois 3 Oui, très souvent
- Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif
 0 Non, pas du tout 1 Presque jamais 2 Oui, parfois 3 Oui, très souvent
- Je me sens effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
 3 Oui, vraiment souvent 2 Oui, parfois 1 Non, pas très souvent
 0 Non, pas du tout
- J'ai tendance à me sentir dépassée par les événements
 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- Je me sens si malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil
 3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, parfois 1 Pas très souvent
 0 Non pas du tout
- Je me sens triste ou peu heureuse
 3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, très souvent 1 Pas très souvent
 0 Non, pas du tout
- Je me sens si malheureuse que j'en ai pleuré
 3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, très souvent 1 Seulement de temps en temps
 0 Non, jamais

- Il m'arrive de penser à me faire du mal
 3 Oui, très souvent 2 Parfois 1 Presque jamais 0 Jamais

Annexe 20

Score de l'échelle de l'allaitement (BSES)

	Pas du tout confiante 1	Pas très confiante 2	Assez confiante 3	Confiante 4	Très confiante 5
Je peux toujours allaiter mon bébé sans utiliser de lait maternisé en complément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux toujours allaiter confortablement en présence des membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux toujours être satisfaite de mon expérience en matière d'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais toujours quand mon bébé a fini d'être allaité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 21

Résultats du questionnaire n°1

Quel âge avez-vous ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Âge moyen : 30,75 ans ▪ Âge maximum : 42 ans ▪ Âge minimum : 18 ans
Combien d'enfant(s) avez-vous eu avant cette grossesse ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 : 56,25% (9) ▪ 1 : 31,25% (5) ▪ 2 : 6,25% (1) ▪ 3 : 0% (0) ▪ 4 : 0% (0) ▪ 5 : 6,25% (1) ▪ 6 : 0% (0) ▪ Plus de 6 : 0% (0)
En général, comment évaluez-vous votre santé physique ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excellent : 12,5% (2) ▪ Très bon : 43,75% (7) ▪ Bon : 31,25% (5) ▪ Acceptable : 6,25% (1) ▪ Faible : 6,25% (1)

A quelle fréquence êtes-vous capable d'exécuter vos activités physiques quotidiennes comme la marche, monter les escaliers ou porter les courses ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout le temps : 62,5% (10) ▪ Souvent : 18,75% (3) ▪ Parfois : 18,75% (3) ▪ Rarement : 0% (0) ▪ Jamais : 0% (0)
Avez-vous des difficultés pour dormir ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout le temps : 0% (0) ▪ Souvent : 37,5% (6) ▪ Parfois : 37,5% (6) ▪ Rarement : 18,75% (3) ▪ Jamais : 6,25% (1)
Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au périnée ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur moyenne : 3,0625/10 ▪ Douleur maximale : 8/10 ▪ Douleur minimale : 1/10
Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au abdominales ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur moyenne : 3/10 ▪ Douleur maximale : 8/10 ▪ Douleur minimale : 1/10
Comment évaluez-vous votre niveau de fatigue journalier ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de fatigue : 0% (0) ▪ Fatigue légère : 18,75% (3) ▪ Fatigue modérée : 62,5% (10) ▪ Fatigue sévère : 12,5% (2) ▪ Fatigue très sévère : 6,25% (1)
A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 56,25% (9) ▪ Environ 1x/semaine au maximum : 18,75% (3) ▪ 2 à 3x/semaine : 12,5% (2) ▪ Environ 1x/ jour : 12,5% (2) ▪ Plusieurs x/jour : 0% (0) ▪ Tout le temps : 0% (0)
Quelle quantité d'urine fuit quotidiennement (que vous portiez des protections ou non) ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune : 62,5% (10) ▪ Une petite quantité : 25% (4) ▪ Une quantité modérée : 12,5% (2) ▪ Une grande quantité : 0% (0)

Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup) ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité moyenne : 1,5625/10 ▪ Quantité maximale : 8/10 ▪ Quantité minimale : 0/10
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Accident de selles solides)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 93,75% (15) ▪ Rarement : 6,25% (1) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 0% (0) ▪ Toujours : 0% (0)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Accident de selles liquides)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 93,75% (15) ▪ Rarement : 6,25% (1) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 0% (0) ▪ Toujours : 0% (0)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Gaz)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 18,75% (3) ▪ Rarement : 18,75% (3) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 43,75% (7) ▪ Toujours : 18,75% (3)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Port d'une protection)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 75% (12) ▪ Rarement : 6,25% (1) ▪ Parfois : 6,25% (1) ▪ Souvent : 0% (0) ▪ Toujours : 12,5% (2)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Retentissement sur la vie quotidienne)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 81,25% (13) ▪ Rarement : 6,25% (1) ▪ Parfois : 12,5% (2) ▪ Souvent : 0% (0) ▪ Toujours : 0% (0)
Je me demande à quoi peut ressembler mon bébé maintenant
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Parfois : 31,25% (5)

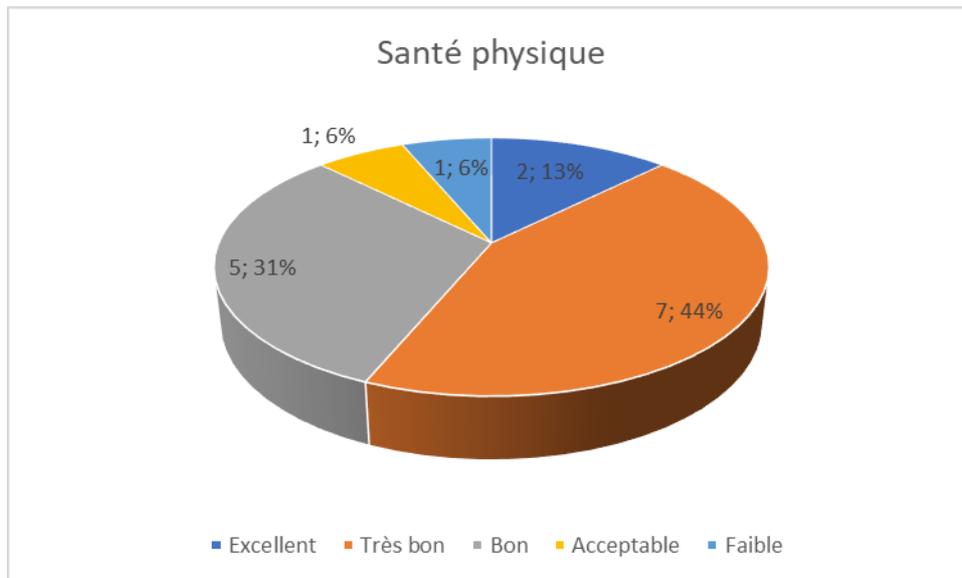
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Souvent : 43,75% (7) ▪ Presque toujours : 25% (4)
Je trouve agréable de sentir mon bébé bouger
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Parfois : 12,5% (2) ▪ Souvent : 25% (4) ▪ Presque toujours : 62,5% (10)
Je fais attention aux choses qui pourraient exercer une influence sur le bien-être de mon bébé
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 18,75% (3) ▪ Presque toujours : 81,25% (13)
Je ressens de l'amour pour mon bébé
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Parfois : 6,25% (1) ▪ Souvent : 12,5% (2) ▪ Presque toujours : 81,25% (13)
Je peux rire et prendre les choses du bon côté
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussi souvent que d'habitude : 62,5% (10) ▪ Pas tout à fait autant : 31,25% (5) ▪ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci : 6,25% (1) ▪ Absolument pas : 0% (0)
Je me sens confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autant que d'habitude : 75% (12) ▪ Plutôt moins que d'habitude : 25% (4) ▪ Vraiment moins que d'habitude : 0% (0) ▪ Pratiquement pas : 0% (0)
Je me reproche, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout : 25% (4) ▪ Presque jamais : 12,5% (2) ▪ Oui, parfois : 62,5% (10) ▪ Oui, très souvent : 0% (0)
Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout : 18,75% (3) ▪ Presque jamais : 18,75% (3) ▪ Oui, parfois : 56,25% (9) ▪ Oui, très souvent : 6,25% (1)
Je me sens effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, vraiment souvent : 6,25% (1) ▪ Oui, parfois : 37,5% (6)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas très souvent : 31,25% (5) ▪ Non, pas du tout : 25% (4)
J'ai tendance à me sentir dépassée par les événements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations : 0% (0) ▪ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude : 37,5% (6) ▪ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations : 37,5% (6) ▪ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude : 25% (4)
Je me sens si malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 6,25% (1) ▪ Oui, parfois : 12,5% (2) ▪ Pas très souvent : 12,5% (2) ▪ Non Pas du tout : 68,75% (11)
Je me sens triste ou peu heureuse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 0% (0) ▪ Oui, parfois : 0% (0) ▪ Pas très souvent : 43,75% (7) ▪ Non Pas du tout : 56,25% (9)
Je me sens si malheureuse que j'en ai pleuré
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 0% (0) ▪ Oui, très souvent : 6,25% (1) ▪ Seulement de temps en temps : 43,75% (7) ▪ Non, jamais : 50% (8)
Il m'arrive de penser à me faire du mal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, très souvent : 6,25% (1) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Jamais : 93,75% (15)
À quel point est-il important pour vous d'avoir une vie sexuelle active ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 6,25% (1) ▪ Un peu : 25% (4) ▪ Assez : 43,75% (7) ▪ Beaucoup : 25% (4)
Depuis l'annonce de votre grossesse, avez-vous eu une activité sexuelle ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 12,5% (2) ▪ Un peu : 50% (8) ▪ Assez : 31,25% (5) ▪ Beaucoup : 6,25% (1)
Avez-vous communiqué avec les professionnels de santé concernant des éventuels problèmes sexuels ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 68,75% (11)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un peu : 25% (4) ▪ Assez : 0% (0) ▪ Beaucoup : 6,25% (1)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 66,66% (10) ▪ Un peu : 6,66% (1) ▪ Assez : 13,33% (2) ▪ Beaucoup : 13,33% (2)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court/ou plus étroit ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 73,33% (11) ▪ Un peu : 6,66% (1) ▪ Assez : 13,33% (2) ▪ Beaucoup : 6,66% (1)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous eu mal pendant les rapports ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 46,66% (7) ▪ Un peu : 26,66% (4) ▪ Assez : 20% (3) ▪ Beaucoup : 6,66% (1)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 0% (0) ▪ Un peu : 20% (3) ▪ Assez : 46,66% (7) ▪ Beaucoup : 33,33% (5)
Prévoyez-vous d'allaiter votre bébé à la naissance ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 87,5% (14) ▪ Non : 12,5% (2)
Comment vous sentez-vous par rapport à l'allaitement maternel ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout confiante : 0% (0) ▪ Pas très confiante : 7,14% (1) ▪ Assez confiante : 35,72% (5) ▪ Confiante : 35,72% (5) ▪ Très confiante : 21,42% (3)

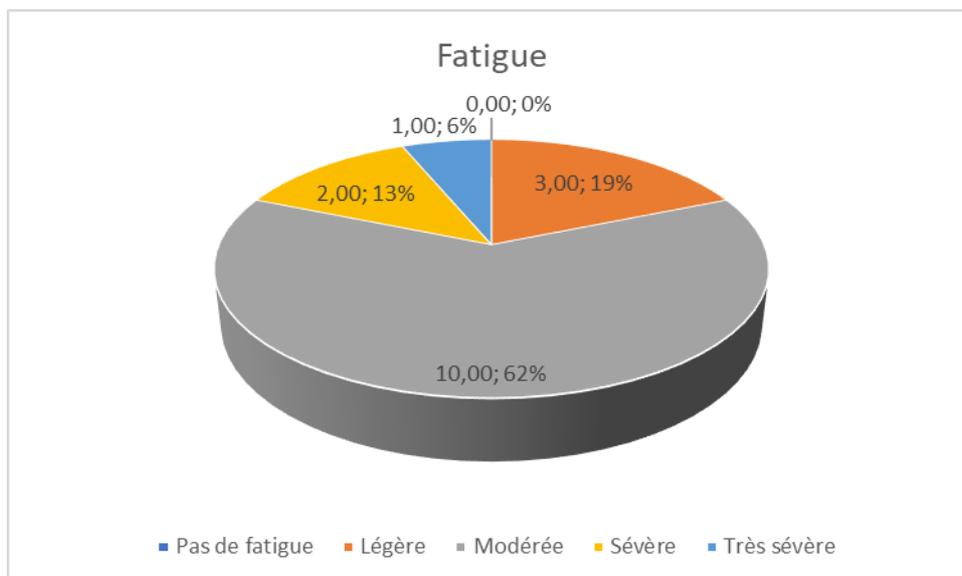
Annexe 22

Répartition des répondantes du questionnaire n°1 selon le niveau de santé physique



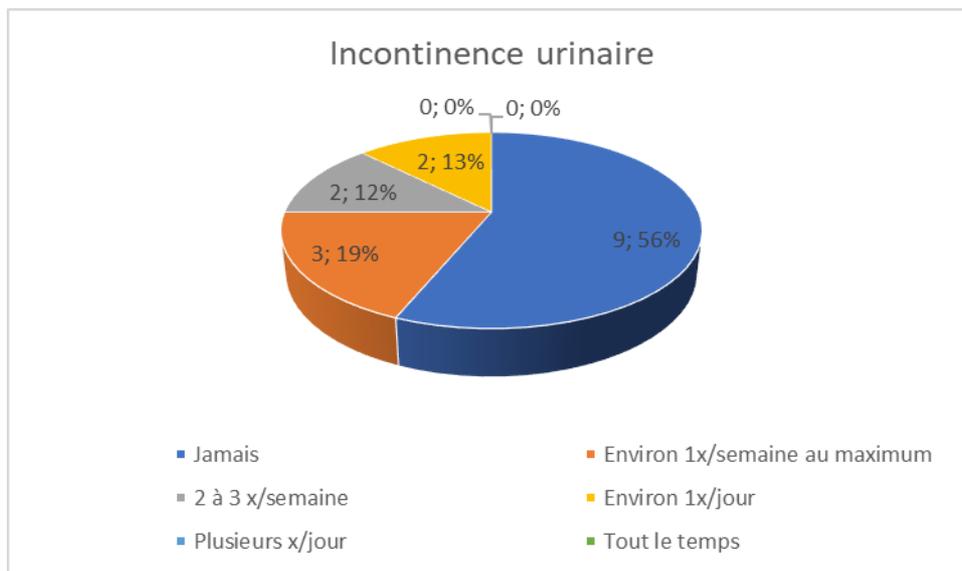
Annexe 23

Répartition des répondantes du questionnaire n°1 selon la fatigue



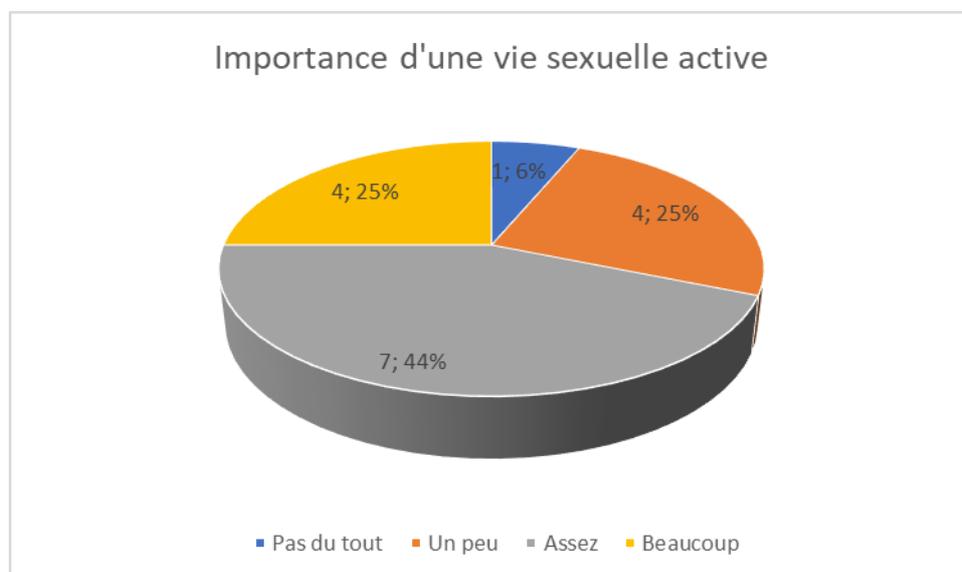
Annexe 24

Répartition des répondantes du questionnaire n°1 selon la fréquence de l'incontinence urinaire



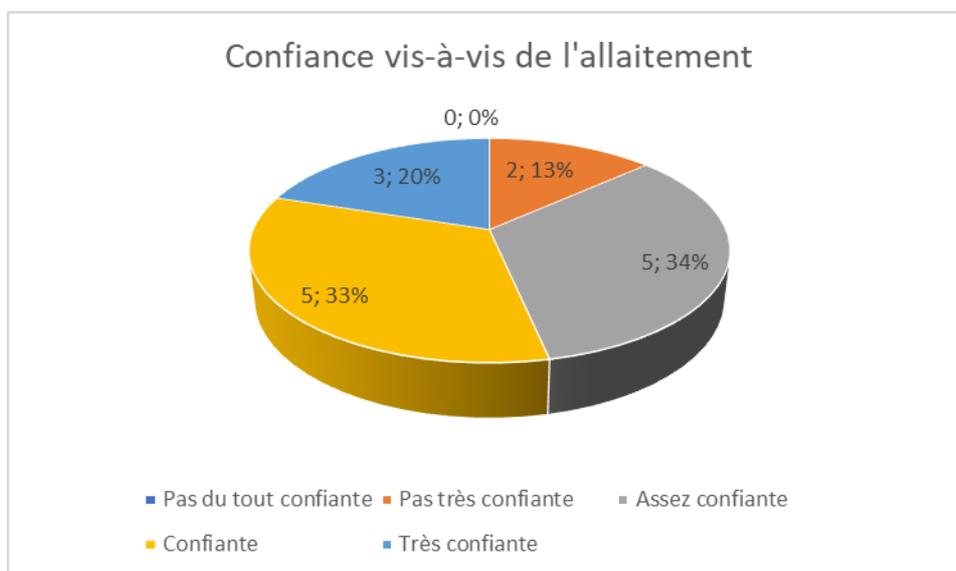
Annexe 25

Répartition des répondantes du questionnaire n°1 selon l'importance d'une vie sexuelle active



Annexe 26

Répartition des répondantes du questionnaire n°1 qui prévoient allaiter selon leur confiance vis-à-vis de l'allaitement



Annexe 27

Résultats du questionnaire n°2

Quel âge avez-vous ?
<ul style="list-style-type: none">▪ Âge moyen : 30,9 ans▪ Âge maximum : 37 ans▪ Âge minimum : 17 ans
Combien d'enfant(s) avez-vous eu avant cette grossesse ?
<ul style="list-style-type: none">▪ 1 : 50% (5)▪ 2 : 50% (5)▪ 3 : 0% (0)▪ 4 : 0% (0)▪ 5 : 0% (0)▪ 6 : 0% (0)▪ Plus de 6 : 0% (0)
Quel type d'accouchement avez-vous eu ?
<ul style="list-style-type: none">▪ Par voie basse : 90% (9)▪ Par césarienne : 10% (1)
Avez-vous eu une péridurale ?
<ul style="list-style-type: none">▪ Oui : 70% (7)▪ Non : 30% (3)
Avez-vous accouché à plus de 37 semaines ?
<ul style="list-style-type: none">▪ Oui : 100% (10)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non : 0% (0)
Avez-vous eu une épisiotomie lors du dernier accouchement ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 30% (3) ▪ Non : 70% (7)
Aujourd'hui, est-ce que votre bébé dort dans votre chambre ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 90% (9) ▪ Non : 10% (1)
Avez-vous repris le travail ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 20% (2) ▪ Non : 80% (8)
En général, comment évaluez-vous votre santé physique ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excellent : 0% (0) ▪ Très bon : 30% (3) ▪ Bon : 50% (5) ▪ Acceptable : 20% (2) ▪ Faible : 0% (0)
A quelle fréquence êtes-vous capable d'exécuter vos activités physiques quotidiennes comme la marche, monter les escaliers ou porter les courses ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout le temps : 60% (6) ▪ Souvent : 20% (2) ▪ Parfois : 10% (1) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Jamais : 0% (0)
Avez-vous des difficultés pour dormir ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout le temps : 10% (1) ▪ Souvent : 10% (1) ▪ Parfois : 30% (3) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Jamais : 40% (4)
Avez-vous des pertes de sang ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout le temps : 0% (0) ▪ Souvent : 10% (1) ▪ Parfois : 10% (1) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Jamais : 70% (7)
Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au périnée ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur moyenne : 1,57/10 ▪ Douleur maximale : 3/10 ▪ Douleur minimale : 1/10

Sur une échelle allant de « pas de douleur » à « pire douleur imaginable », comment évaluez-vous vos douleurs quotidiennes au abdominales ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur moyenne : 2/10 ▪ Douleur maximale : 5/10 ▪ Douleur minimale : 1/10
Comment évaluez-vous votre niveau de fatigue journalier ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de fatigue : 0% (0) ▪ Fatigue légère : 30% (3) ▪ Fatigue modérée : 40% (4) ▪ Fatigue sévère : 20% (2) ▪ Fatigue très sévère : 10% (1)
A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 30% (3) ▪ Environ 1x/semaine au maximum : 20% (2) ▪ 2 à 3x/semaine : 20% (2) ▪ Environ 1x/ jour : 30% (3) ▪ Plusieurs x/jour : 0% (0) ▪ Tout le temps : 0% (0)
Quelle quantité d'urine fuit quotidiennement (que vous portiez des protections ou non) ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune : 50% (5) ▪ Une petite quantité : 50% (5) ▪ Une quantité modérée : 0% (0) ▪ Une grande quantité : 0% (0)
Globalement, dans quelle mesure les fuites d'urine vous gênent-elles dans votre vie quotidienne ? Veuillez choisir un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (beaucoup) ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité moyenne : 1,625/10 ▪ Quantité maximale : 5/10 ▪ Quantité minimale : 0/10
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Accident de selles solides)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 90% (9) ▪ Rarement : 0% (0) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 10% (1) ▪ Toujours : 0% (0)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Accident de selles liquides)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 90% (9) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 0% (0)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toujours : 0% (0)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Gaz)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 40% (4) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Parfois : 20% (2) ▪ Souvent : 20% (2) ▪ Toujours : 10% (1)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Port d'une protection)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 60% (6) ▪ Rarement : 10% (1) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Souvent : 10% (1) ▪ Toujours : 20% (2)
A quelle fréquence êtes-vous confrontée aux situations décrites ci-dessous ? (Retentissement sur la vie quotidienne)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jamais : 60% (6) ▪ Rarement : 20% (2) ▪ Parfois : 20% (2) ▪ Souvent : 0% (0) ▪ Toujours : 0% (0)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Irritée)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 10% (1) ▪ Non : 90% (9)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Neutre)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 10% (1) ▪ Non : 90% (9)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Joyeuse)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 100% (10) ▪ Non : 0% (0)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Dégoutée)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 0% (0) ▪ Non : 100% (10)

Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Protectrice)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 100% (10) ▪ Non : 0% (0)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Déçue)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 0% (0) ▪ Non : 100% (10)
Cette question concerne vos sentiments envers votre bébé. Les adjectifs listés ci-dessous décrivent certains sentiments que les mères peuvent ressentir envers leur bébé. Cochez chaque mot décrivant vos sentiments actuels. (Agressive)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 0% (0) ▪ Non : 100% (10)
Je peux rire et prendre les choses du bon côté
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussi souvent que d'habitude : 60% (6) ▪ Pas tout à fait autant : 20% (2) ▪ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci : 20% (2) ▪ Absolument pas : 0% (0)
Je me sens confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autant que d'habitude : 70% (7) ▪ Plutôt moins que d'habitude : 30% (3) ▪ Vraiment moins que d'habitude : 0% (0) ▪ Pratiquement pas : 0% (0)
Je me reproche, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout : 20% (2) ▪ Presque jamais : 30% (3) ▪ Oui, parfois : 30% (3) ▪ Oui, très souvent : 10% (1)
Je me sens inquiète ou soucieuse sans motif
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout : 10% (1) ▪ Presque jamais : 40% (4) ▪ Oui, parfois : 40% (4) ▪ Oui, très souvent : 10% (1)
Je me sens effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, vraiment souvent : 10% (1) ▪ Oui, parfois : 10% (1) ▪ Non, pas très souvent : 30% (3) ▪ Non, pas du tout : 50% (5)

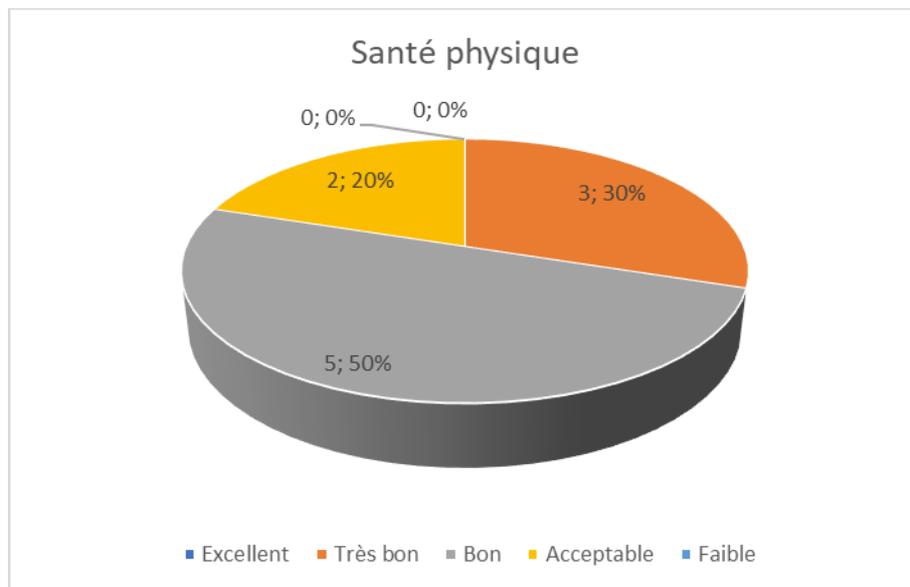
J'ai tendance à me sentir dépassée par les évènements
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations : 10% (1) ▪ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude : 30% (3) ▪ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations : 60% (6) ▪ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude : 0% (0)
Je me sens si malheureuse que j'ai des problèmes de sommeil
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 1% (1) ▪ Oui, parfois : 0% (0) ▪ Pas très souvent : 20% (2) ▪ Non Pas du tout : 70% (7)
Je me sens triste ou peu heureuse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 10% (1) ▪ Oui, parfois : 10% (1) ▪ Pas très souvent : 40% (4) ▪ Non Pas du tout : 40% (4)
Je me sens si malheureuse que j'en ai pleuré
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps : 10% (1) ▪ Oui, très souvent : 10% (1) ▪ Seulement de temps en temps : 50% (5) ▪ Non, jamais : 30% (3)
Il m'arrive de penser à me faire du mal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, très souvent : 0% (0) ▪ Parfois : 0% (0) ▪ Presque jamais : 0% (0) ▪ Jamais : 100% (10)
À quel point est-il important pour vous d'avoir une vie sexuelle active ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 10% (1) ▪ Un peu : 40% (4) ▪ Assez : 30% (3) ▪ Beaucoup : 20% (2)
Avez-vous repris une activité sexuelle ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 40% (4) ▪ Un peu : 50% (5) ▪ Assez : 10% (1) ▪ Beaucoup : 0% (0)
Avez-vous communiqué avec les professionnels de santé concernant des éventuels problèmes sexuels ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 80% (8) ▪ Un peu : 10% (1) ▪ Assez : 10% (1)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beaucoup : 0% (0)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 50% (3) ▪ Un peu : 16,66% (1) ▪ Assez : 33,33% (2) ▪ Beaucoup : 0% (0)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court/ou plus étroit ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 50% (3) ▪ Un peu : 16,66% (1) ▪ Assez : 0% (0) ▪ Beaucoup : 33,33% (2)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : Avez-vous eu mal pendant les rapports ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 0% (0) ▪ Un peu : 66,66% (4) ▪ Assez : 16,66% (1) ▪ Beaucoup : 16,66% (1)
Dans le cas où vous avez repris une activité sexuelle, pouvez-vous répondre aux questions suivantes : L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout : 0% (0) ▪ Un peu : 66,66% (4) ▪ Assez : 33,33% (2) ▪ Beaucoup : 0% (0)
Est-ce que vous allaitez votre enfant ?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui : 90% (9) ▪ Non : 10% (1)
Dans le cas où vous allaitez votre enfant, pourriez-vous répondre aux questions suivantes : Je peux toujours allaiter mon bébé sans utiliser de lait maternisé en complément
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout confiante : 0% (0) ▪ Pas très confiante : 33,33% (3) ▪ Assez confiante : 11,11% (1) ▪ Confiante : 0% (0) ▪ Très confiante : 55,55% (5)
Dans le cas où vous allaitez votre enfant, pourriez-vous répondre aux questions suivantes : Je peux toujours allaiter confortablement en présence des membres de ma famille
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout confiante : 11,11% (1) ▪ Pas très confiante : 22,22% (2) ▪ Assez confiante : 11,11% (1) ▪ Confiante : : 22,22% (2)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très confiante : 33,33% (3)
<p>Dans le cas où vous allaitez votre enfant, pourriez-vous répondre aux questions suivantes : Je peux toujours être satisfaite de mon expérience en matière d'allaitement</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout confiante : 0% (0) ▪ Pas très confiante : 22,22% (2) ▪ Assez confiante : 11,11% (1) ▪ Confiante : : 44,44% (4) ▪ Très confiante : 22,22% (2)
<p>Dans le cas où vous allaitez votre enfant, pourriez-vous répondre aux questions suivantes : Je sais toujours quand mon bébé a fini d'être allaité</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas du tout confiante : 0% (0) ▪ Pas très confiante : 22,22% (2) ▪ Assez confiante : 33,33% (3) ▪ Confiante : : 22,22% (2) ▪ Très confiante : 22,22% (2)

Annexe 28

Répartition des répondantes du questionnaire n°2 selon le niveau de santé physique



Annexe 29

Répartition des répondantes du questionnaire n°2 selon leur reprise d'activité sexuelle

