

Impact d'un séjour hospitalier post-partum écourté sur les issues maternelles et néonatales au CHC MontLégia : étude de cohorte prospective

Auteur : Klippert, Elodie

Promoteur(s) : 9922

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27437>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

IMPACT D'UN SEJOUR HOSPITALIER POST-PARTUM
ECOURTE SUR LES ISSUES MATERNELLES ET
NEONATALES AU CHC MONTLEGIA : ETUDE DE
COHORTE PROSPECTIVE

Mémoire présenté par **Elodie KLIPPERT**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Année académique 2025 - 2026

IMPACT D'UN SEJOUR HOSPITALIER POST-PARTUM

ECOURTE SUR LES ISSUES MATERNELLES ET

NEONATALES AU CHC MONTLEGIA : ETUDE DE

COHORTE PROSPECTIVE

Mémoire présenté par **Elodie KLIPPERT**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique
Promoteur : Amir-Samy AOUACHRIA
Année académique 2025 - 2026

Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom KLIPPERT Elodie

Matricule étudiant : s2400104

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 01/06/2026

Signature



Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie mon promoteur, le Dr Aouachria, pour ses conseils, son aide et son accompagnement tout au long de ce travail.

Ensuite, je remercie Madame Deschamps pour son aide quant aux analyses statistiques à réaliser dans ce mémoire.

Ma reconnaissance va également aux personnes-ressources que j'ai sollicitées pour l'obtention des données, et surtout envers ma cheffe de service, qui m'a aidé quand j'en avais besoin.

Merci à toutes les patientes de la maternité qui ont participé à mon étude, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

Enfin, j'aimerais exprimer ma reconnaissance envers ma famille et mes amis, qui m'ont montré un soutien infailible tout au long de ce mémoire, particulièrement dans les moments de doutes et de difficultés.

Table des matières

Préambule	1
Introduction.....	2
1. <i>État des lieux du temps de séjour post-partum.....</i>	<i>2</i>
2. <i>La réduction de séjour et les issues maternelles et néonatales.....</i>	<i>3</i>
3. <i>Les PROM's, PREM's et indicateurs cliniques en obstétrique.....</i>	<i>5</i>
4. <i>Intérêt de la recherche</i>	<i>6</i>
5. <i>Objectifs du travail.....</i>	<i>8</i>
Matériels et méthodes.....	9
1. <i>Type d'étude</i>	<i>9</i>
2. <i>Caractéristiques de la population étudiée, méthode d'échantillonnage, méthode de recrutement.....</i>	<i>9</i>
3. <i>Paramètres étudiés</i>	<i>9</i>
4. <i>Outils de collecte des données</i>	<i>10</i>
5. <i>Organisation et planification de la collecte des données.....</i>	<i>11</i>
6. <i>Traitement des données et méthodes d'analyse.....</i>	<i>12</i>
7. <i>Démarches légales et contractuelles.....</i>	<i>14</i>
8. <i>Contrôle de qualité.....</i>	<i>14</i>
Résultats.....	15
1. <i>Partie 1 – Base de données « PROM's et données cliniques »</i>	<i>15</i>
1.1. <i>Présentation de la population</i>	<i>15</i>
1.2. <i>Modèles univariés et multivariés</i>	<i>19</i>
2. <i>Partie 2 – Base de données « Enquête de satisfaction »</i>	<i>21</i>
2.1. <i>Présentation de la population</i>	<i>21</i>
2.2. <i>Modèles univariés et multivariés</i>	<i>26</i>
Discussion.....	28
1. <i>Principaux résultats.....</i>	<i>28</i>
1.1. <i>Les réadmissions néonatales.....</i>	<i>28</i>

1.2.	La santé mentale	29
1.3.	Patiente partenaire de sa prise en charge.....	29
2.	<i>Interprétation globale et valeur en santé</i>	30
3.	<i>Forces et limites</i>	30
4.	<i>Perspectives et implication pour la pratique</i>	32
Conclusion		33
Références bibliographiques		34
Annexes.....		39

Liste des abréviations

PROM's = Patient-Reported Outcomes Measures

PREM's = Patient-Reported Experience Measures

OCDE = Organisation de coopération et de développement économique

OMS = Organisation mondiale de la santé

HAS = Haute Autorité de Santé

ICHOM = International Consortium for Health Outcomes Measures

PP = post-partum

SA = semaines d'aménorrhée

PBQ = Postpartum Bonding Questionnaire

GMH = global mental health

GPH = global physical health

Résumé

Introduction : La réduction de la durée d'hospitalisation post-partum constitue une évolution des pratiques visant notamment à favoriser un retour plus précoce au domicile. Cependant, ses conséquences sur la santé maternelle et néonatale ainsi que sur l'expérience des patientes restent discutées. Cette étude avait pour objectif de comparer les issues maternelles et néonatales, ainsi que l'expérience des patientes selon la durée du séjour, dans une perspective de valeur en santé.

Matériel et méthodes : Une étude de cohorte prospective monocentrique a été menée au CHC MontLégia. Les femmes répondant aux critères d'inclusion ont été réparties en deux groupes selon la durée du séjour : séjour écourté ou séjour standard. Les données cliniques maternelles et néonatales ont été recueillies, ainsi que les PROM's et PREM's. Des analyses univariées et multivariées ont étudié les associations entre le temps de séjour écourté et les différentes variables.

Résultats : Les principaux résultats montrent une augmentation des réadmissions néonatales lors d'un séjour écourté, avec une association persistante après ajustement. La santé mentale globale était significativement meilleure dans le groupe séjour écourté après ajustement. Une association a été initialement observée avec le lien mère-enfant, mais celle-ci n'a pas été retrouvée en analyse multivariée. Aucune différence significative n'a été observée pour les autres variables. Les analyses consacrées à la satisfaction des patientes n'ont pas montré d'association avec le temps de séjour écourté, avec un seuil de significativité de 5 %.

Discussion : Dans la population étudiée, le séjour post-partum écourté semble compatible avec des résultats maternels globalement favorables et une expérience de soins positive. Cependant, l'augmentation des réadmissions néonatales constitue un point de vigilance, à interpréter avec prudence au vu du faible nombre d'événements. Des études sur des effectifs plus importants, intégrant notamment d'autres facteurs de confusion, seraient nécessaires pour confirmer ces résultats et mieux évaluer les conditions d'un séjour écourté sûr.

Séjour post-partum écourté ; Satisfaction patient (PREM's) ; Résultats rapportés par le patient (PROM's) ; Santé maternelle ; Santé néonatale

Abstract

Introduction: Reducing the length of postpartum hospital stay represents an evolution in clinical practice, aimed in particular at facilitating earlier discharge home. However, its consequences for maternal and neonatal health, as well as for patients' experiences, remain debated. This study aimed to compare maternal and neonatal outcomes and patients' experiences according to the length of hospital stay at CHC MontLégia, from a value-based healthcare perspective.

Methods: We conducted a prospective monocentric cohort study at CHC MontLégia. We divided women meeting the inclusion criteria into two groups based on length of stay: shortened stay or standard stay. Maternal and neonatal clinical data were collected, along with PROMs and PREMs. Univariate and multivariate analyses were performed to assess the associations between shortened hospital stay and the different variables.

Results: The main findings showed increased neonatal readmissions after a shortened hospital stay, with the association remaining after adjustment. Overall mental health was significantly better in the shortened-stay group after adjustment. An association was initially observed with mother-infant bonding, but this was no longer found in the multivariate analysis. No significant differences were observed for the other variables. Analyses of patient satisfaction showed no association with shortened hospital stay, using a 5 % significance threshold.

Discussion: In the study population, a shortened postpartum hospital stay appears to be compatible with generally favorable maternal outcomes and a positive care experience. However, the increase in neonatal readmissions is concerning and should be interpreted cautiously given the small number of events. Larger-sample studies, including other potential confounders, are needed to confirm these findings and better assess the conditions required for a safe shortened postpartum hospital stay.

Keywords: Early postpartum discharge ; Patient satisfaction (PREMs) ; Patient-reported outcomes (PROMs) ; Maternal health ; Neonatal health

Préambule

En tant que sage-femme, j'ai été amenée au cours de ma pratique professionnelle à observer l'importance du séjour en maternité dans l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés après la naissance. Cette période permet notamment aux professionnels de santé d'assurer une surveillance clinique, de répondre aux besoins des parents, de les accompagner dans les premiers soins au nouveau-né et de les préparer au retour à domicile. La réduction de la durée de séjour soulève dès lors des questions concernant la sécurité, la qualité des soins et l'expérience vécue par les patientes.

Tous les jours, je vois des patientes sortir de la maternité avec des temps de séjour différents, et c'est là que mon intérêt pour cette thématique est né. J'ai voulu m'intéresser au vécu des patientes et à leur perception de leur propre santé, au-delà des indicateurs cliniques. C'est pourquoi j'ai intégré les résultats de santé rapportés par les patients (PROM's) et leur expérience des soins (PREM's) dans mon travail. Cela permet une approche multidimensionnelle et plus complète.

Ce travail représente ainsi une continuité entre ma formation de sage-femme et ma spécialisation en santé publique. Il vise à apporter des éléments permettant de mieux comprendre les conséquences d'un séjour post-partum écourté au CHC MontLégia et à contribuer à une réflexion sur les conditions permettant de concilier sécurité des soins, santé globale des patientes et des nouveau-nés, expérience vécue et utilisation pertinente des ressources de santé.

Introduction

1. État des lieux du temps de séjour post-partum

Le séjour à la maternité est une étape essentielle pour les jeunes parents, où ils vivent de nouvelles expériences. Les professionnels de la santé ont un rôle d'information, d'éducation et répondent aux besoins de la triade parentale. C'est un suivi qui se poursuit au domicile, pour surveiller la santé maternelle et néonatale, la mise en place de l'allaitement maternel, mais aussi le bien-être psychosocial de la mère (1).

Depuis plusieurs décennies, la durée du séjour à la maternité est à la baisse. Cette tendance de raccourcir le séjour a débuté aux Etats-Unis depuis 1940. Depuis, que ce soit en Belgique ou ailleurs dans le monde, les temps de séjour ont considérablement diminué. Par exemple, la Suède est passée de 6 jours en 1970 à 2,3 jours en 2010 (2). En 2023, la durée moyenne de séjour (DMS) pour les accouchements uniques et spontanés de l'OCDE était la plus longue en Hongrie avec 4,1 jours. C'est au Mexique que la DMS était la plus courte avec 1,4 jour. La Belgique se place en position intermédiaire avec une moyenne de 2,8 jours (3). Les séjours courts ont notamment augmenté durant la pandémie de COVID-19, tant pour les accouchements par voie basse que pour les césariennes (4). Même après une césarienne, la sortie précoce est possible sans compromettre le sentiment de sécurité et la récupération physique (5).

Le raccourcissement du séjour présente des avantages comme des inconvénients, que ce soit pour l'hôpital, les patientes ou le personnel soignant. En effet, du côté de l'hôpital, un séjour plus court permet une diminution des coûts et une meilleure gestion des lits (2,6). L'OCDE l'explique aussi : plus la durée de séjour diminue, plus les coûts diminuent. En effet, les consultations à domicile vont certes augmenter, mais elles sont moins coûteuses que l'hospitalisation, permettant la diminution des coûts (3). Pour les familles concernées, les avantages sont la diminution de l'exposition des nouveau-nés aux infections nosocomiales, un meilleur sommeil pour la mère dans son propre environnement. Être dans son cocon, c'est permettre à toute la famille de créer des liens, une meilleure implication du père et la présence des frères et sœurs (2). Tout cela pourrait améliorer la satisfaction des patientes (6).

Néanmoins, il est possible que le diagnostic et la prise en charge des éventuelles complications soient retardés (7). Un séjour de plus en plus court accroît également la surcharge de travail des sages-femmes hospitalières et libérales. En hospitalier, les soins sont regroupés en peu de temps et à domicile, la surveillance doit être accrue (8).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins 24 h d'hospitalisation après la naissance. Le retour à domicile doit être évalué selon différents critères : le bien-être physique de la dyade mère-enfant, les compétences et la confiance de la mère et du co-parent et l'environnement familial. Il est recommandé que la dyade soit vue dans les 24 h après la sortie de la maternité ainsi que minimum 3 visites supplémentaires durant les 6 premières semaines de vie (9). La Société canadienne de pédiatrie ne conseille pas de durée de séjour standardisée, mais plutôt individualisée. Cela consiste en une durée de séjour basée sur la santé maternelle, la stabilité de l'enfant, la capacité de la mère à s'occuper de son bébé, ou encore l'accès à des soins après la sortie de l'hôpital (10). La HAS ne donne pas non plus de durée de séjour optimale, mais parle de plusieurs critères qui pourront permettre une rentrée à domicile. Elle définit un retour précoce comme une sortie au cours des 72^{es} heures en cas d'accouchement voie basse et au cours des 96^{es} heures après une césarienne. Celle-ci est possible avec l'accord du couple et 9 autres critères : l'absence de situation de vulnérabilité, un soutien familial adéquat, l'absence de pathologie chronique mal équilibrée, de complications ou pathologies nécessitant un traitement et/ou une observation continue, d'hémorragie sévère du post-partum immédiat, d'infection, de signes thromboemboliques, la douleur doit être contrôlée et les interactions mère-enfant doivent être bonnes (11).

2. La réduction de séjour et les issues maternelles et néonatales

La réduction du séjour à la maternité suscite des interrogations, notamment sur son impact potentiel sur la santé des mères et des nouveau-nés. Plusieurs études se sont penchées sur la question, mais les résultats sont hétérogènes.

Du côté maternel, plusieurs facteurs ont été étudiés et les recherches ont pris en compte des femmes en bonne santé ayant accouché à terme. Concernant les complications post-partum, il n'y aurait pas de différence significative entre les séjours standards ou raccourcis, bien qu'une étude note une légère augmentation des lochies, de la fièvre, de l'engorgement et du retard d'involution utérine dans le groupe « séjour court » (2). Pour les réadmissions

maternelles, la majorité des études ne montrent pas de différence significative (2,4,12,13). Cependant, une étude indique un taux plus bas en cas de sortie précoce (7). De même, aucune différence n'est observée sur les taux de consultations non planifiées (4,14,15). Les données parlant de la santé mentale sont contrastées : en cas de séjour inférieur à 24 h, les femmes auraient un meilleur bien-être émotionnel (2), tandis que les autres recherches ne montrent pas de différence significative (14), également quand le temps de séjour est inférieur à 24 h (15). Une autre étude montre que les femmes sortant dans les 48 h sont plus susceptibles d'être déprimées dans les 5 à 6 mois (12). Un retour précoce pourrait augmenter les émotions négatives liées à l'allaitement (2). Certaines femmes expliquent s'être senties perdues vis-à-vis de l'allaitement à cause d'un manque de soutien et d'informations contradictoires (8). En revanche, un taux d'allaitement plus élevé à 3 semaines a été observé pour les séjours inférieurs à 72 h, comparés à ceux de plus de 5 jours (15). Enfin, la satisfaction maternelle est également un enjeu important. Lors d'un séjour écourté, les femmes auraient une meilleure satisfaction concernant les informations données à domicile, le respect de la vie privée et la préparation à la sortie (9,16). Cette satisfaction est renforcée en cas de suivi postnatal à domicile (15).

Du côté néonatal, aucune différence significative n'est rapportée pour les consultations non planifiées (14), ainsi que pour les taux de mortalité et de morbidité (2,15), sauf une étude qui montre une association entre la sortie endéans les 24 h et le taux de mortalité (12). Les réadmissions néonatales ont été étudiées et les résultats sont plus variables. En effet, 3 revues de la littérature montrent qu'il n'y a pas de différence significative (2,12,15). Inversement, 2 études observationnelles et 2 revues systématiques montrent un taux de réadmission plus élevé (14,16–18). L'une d'elles précise que cette différence serait due à la période de sortie et à un faible niveau d'éducation maternelle (16). Une dernière étude compare un temps de séjour de 6 h à Stockholm, contre 72 h à Marseille. Elle montre une différence significative entre les taux de réadmissions, en tenant compte des réhospitalisations à domicile (19).

Il est important de souligner que les temps de séjour ne sont pas toujours définis, pouvant expliquer les différences de résultats. En effet, il y a par exemple 2 revues de la littérature qui ne précisent pas les durées de séjour (2,12). Pour d'autres, un temps de séjour dit écourté peut être de 6 h (19), ou 24 h (13). De même pour le séjour standard qui n'est pas toujours défini. Il est donc important de prendre en compte ces facteurs, qui vont influencer les

résultats. De plus, le niveau de preuve est en grande partie faible voire très faible (2), avec quelques niveaux de preuves modérés (14), ce qui invite à la prudence dans l'interprétation des données. Il est notamment recommandé d'approfondir les recherches (2,14,15), tout en mettant un cadre clair sur ce qu'est un séjour écourté, standard, et de comparer ces deux groupes avec les mêmes variables.

3. Les PROM's, PREM's et indicateurs cliniques en obstétrique

Afin de mesurer les résultats des soins rapportés par les patients, il existe ce qui s'appelle en anglais les « Patient-Reported Outcomes Measures » (PROM's). Ce sont des questionnaires auto-administrés aux patients, qui peuvent être applicables dans toutes les situations cliniques, ou spécifiques à différentes pathologies (20). Ils mesurent notamment la qualité de vie, les soins individuels ou encore des facteurs externes et environnementaux. (21).

Ensuite, il existe également les « Patient-Reported Experience Measures » (PREM's), qui permettent de mesurer l'expérience vécue par le patient lors de sa prise en charge. Ces questionnaires sont également auto-administrés par les patients, et ils peuvent mesurer plusieurs dimensions : les informations reçues, l'attention portée à la douleur, les délais d'attente, les interactions avec les professionnels. Il est important de préciser que les PREM's n'évaluent pas directement la satisfaction du patient, mais bien son expérience (20).

Les options de réponses des PROM's et PREM's sont multiples : « jamais, parfois, souvent, toujours », « pas du tout d'accord, pas d'accord, neutre, d'accord, tout à fait d'accord », ou encore « excellent, bon, juste, mauvais » (21). Leur utilisation permet de s'intéresser à l'expérience vécue du patient, mais ils permettent également de stimuler la décision partagée, et de centrer les soins davantage sur le patient. Pourtant, en Belgique, leur utilisation est encore très hétérogène (22). L'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) propose un set de PROM's dans le cadre de la grossesse et de la naissance. Ceux-ci sont en anglais (23). Il existe à l'heure actuelle peu de PREM's et PROM's axés sur la maternité et validés en français. Par exemple, les PROM's existants se concentrent sur la santé mentale post-partum, ou encore le lien mère-enfant. Les questionnaires parlant plus globalement de la récupération plusieurs semaines après l'accouchement ne sont pas traduits et validés en français. Il existe par exemple le STORK, un PROM validé en 2025 en anglais (24). En France, la HAS est actuellement en train de développer un PREM en maternité (25). Une

expérimentation de 6 mois a été réalisée depuis octobre 2025. A partir d'octobre 2026, une première campagne nationale auprès de toutes les maternités de France aura lieu (25).

Alors que les PREM's et PROM's sont rapportés par les patients, il y a également les indicateurs cliniques qui, eux, sont objectifs et rapportés dans le dossier médical des patients. Il s'agit notamment des réadmissions à l'hôpital, des consultations aux urgences, ou encore des complications survenues après la naissance et l'accouchement.

4. Intérêt de la recherche

Bien que des recherches aient été menées sur le sujet, les résultats observés dans la littérature sont globalement hétérogènes. Ceci pourrait s'expliquer par différents facteurs. En premier lieu, la non-définition claire des concepts du séjour écourté et du séjour standard, compliquant la comparaison des études, la généralisation et l'interprétation des résultats. En deuxième lieu, les contextes de soins sont diversifiés : l'accompagnement post-partum varie d'un pays à l'autre, des ressources disponibles et des pratiques culturelles, ainsi que d'un établissement à un autre, au sein d'un même pays. C'est pour ces raisons que la problématique mérite d'être réinterrogée, en adoptant une approche permettant une mesure rigoureuse des effets de cette réduction de séjour.

En 1966, le chercheur Avedis Donabedian a établi un cadre d'évaluation de la qualité des soins de santé. Son modèle est composé d'une triade « Structure-Processus-Résultats ». La structure correspond aux ressources nécessaires pour fournir les soins. Cela comprend notamment les ressources matérielles (ex : équipements), humaines (ex : professionnels de la santé) et intellectuelles (ex : connaissances). Ensuite, le processus, quant à lui, désigne les composantes des soins fournis, à savoir la prise en charge, l'éducation, ou encore la durée de séjour. Enfin, les résultats sont les effets des soins de santé sur les patients. Ces résultats concernent la satisfaction, l'expérience vécue, les résultats rapportés par les patients ou encore les résultats cliniques (26). Selon Donabédian, « une bonne structure augmente la probabilité d'un bon processus, et un bon processus augmente la probabilité d'un bon résultat » (27). Ce modèle est donc particulièrement intéressant dans ce travail. En effet, la réduction de séjour en post-partum se positionne comme une modification du processus. Le processus

influençant le résultat, il convient de se demander si ce changement peut influencer les résultats de santé des patientes (Figure 1).

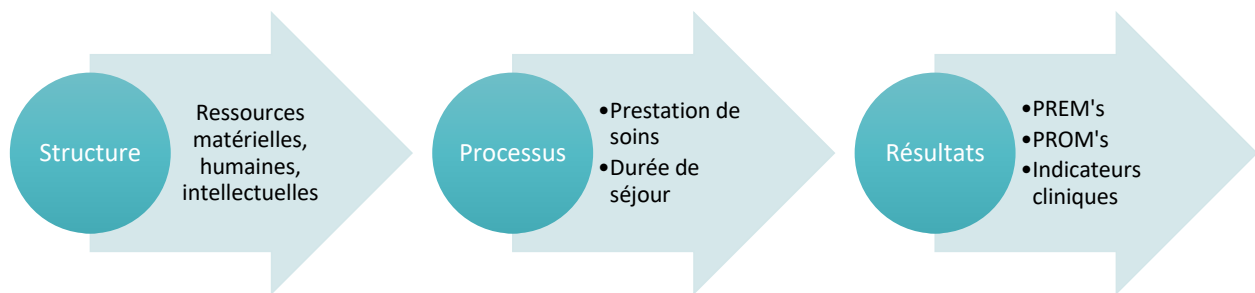


Figure 1. *Modèle de Donabedian adapté à la maternité*

De plus, il est intéressant de se pencher sur la valeur en santé, une théorie conceptualisée par Michaël Porter. La valeur en santé, ce sont les résultats de santé pour le patient, divisés par les coûts totaux. La valeur en santé vise donc à améliorer les résultats des soins de santé pour les patients, par rapport aux coûts (28). En maternité, les résultats de santé et l'expérience vécue par les patientes sont essentiels. C'est pourquoi la mesure de la valeur se base sur ces notions (29). Comme discuté précédemment, la réduction de séjour entraînerait une diminution des coûts. De ce fait, il faut s'interroger sur la valeur en santé, afin de savoir si elle est maintenue, diminuée ou augmentée grâce à cette politique de santé.

Pour cela, ce travail se concentre sur l'évaluation des impacts de santé de manière globale chez la mère et le nouveau-né. En effet, l'évaluation de la valeur en santé se base sur 3 indicateurs : les résultats cliniques, la qualité de vie (PROM's) et l'expérience patient (PREM's) (30). Ce sont ces 3 dimensions qui seront étudiées, afin de réaliser une évaluation globale, permettant de mieux comprendre les impacts potentiels de la réduction de séjour. Grâce à cette évaluation multidimensionnelle, la perspective de la valeur en santé pourra être évaluée de manière hypothétique. En effet, le dernier pilier de la valeur en santé est le coût global, qui ne sera pas étudié ici.

Pour terminer, l'approche choisie est également en lien avec un mémoire réalisé en 2020, dans le cadre du Master en Sciences de la Santé publique, parlant des réadmissions néonatales dans un hôpital liégeois (31). En effet, l'une des perspectives de ce mémoire était de mesurer les PREM's et PROM's, pour davantage collecter l'avis de la mère concernant sa prise en

charge. Cette perspective va être explorée dans ce travail, combinée aux impacts cliniques maternels et néonataux.

5. Objectifs du travail

L'objectif principal est de comparer les impacts de manière globale chez la mère et le nouveau-né lors d'un séjour raccourci et d'un séjour standard.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Mesurer l'association entre le séjour raccourci et les complications post-partum (PP), les réadmissions et les consultations non planifiées (= urgences) maternelles.
- Mesurer l'association entre le séjour raccourci et les complications, les réadmissions et les consultations non planifiées chez le nouveau-né.
- Mesurer l'association entre l'expérience vécue par les patientes et la réduction de séjour PP.
- Mesurer l'association entre l'établissement du lien mère-enfant et la réduction de séjour PP.
- Mesurer l'association entre les résultats de santé rapportés par les patientes et la réduction de séjour PP.
- Déterminer de manière hypothétique si la valeur en santé est stable, a augmenté ou diminué depuis la réduction du séjour au CHC MontLégia.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective comparant deux groupes : le séjour écourté et le séjour standard. L'étude est monocentrique et se déroule dans le service de maternité au CHC MontLégia.

2. Caractéristiques de la population étudiée, méthode d'échantillonnage, méthode de recrutement

La population étudiée sont des femmes ayant accouché au CHC MontLégia pendant la durée de l'étude et ayant séjourné à la maternité avec leur bébé. Afin de pouvoir participer à l'étude, les participantes devront répondre à tous les critères suivants : accouchement à terme (≥ 37 SA) et poids ≥ 2600 g, grossesse unique, âge de minimum 18 ans. Concernant le temps de séjour, les patientes incluses dans le groupe séjour écourté devront avoir été hospitalisées maximum 2 jours (48 h) en cas de voie basse et 3 jours (72 h) en cas de césarienne. Dans le groupe du séjour standard, elles devront être restées 3 jours (72 h) en cas de voie basse et 4 jours (96 h) en cas de césarienne.

Dans le cas où la patiente ne répond pas à ces critères, ou si son temps de séjour a été modifié pour une quelconque raison médicale, elle sera exclue de l'étude.

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste, sur base volontaire. Les critères d'inclusion et d'exclusion seront vérifiés lors d'un pré-screening via les dossiers médicaux, avec l'accord de la patiente.

3. Paramètres étudiés

Les différents paramètres étudiés sont :

Données socio-démographiques			
L'âge	Le temps de séjour	La parité	Le mode d'accouchement
Le mode de travail	L'âge gestationnel	Le poids de naissance du nouveau-né	

PROM's			
Le T-score GMH du questionnaire PROMIS-10	Le T-score GPH du questionnaire PROMIS-10	Le score total du questionnaire PBQ	Le score du questionnaire PBQ avec un seuil fixé à 14
Données cliniques			
Réadmissions maternelles et néonatales	Types de complications maternelles	Types de complications néonatales	Consultations aux urgences maternelles et néonatales
Enquête de satisfaction			
<i>PREM's</i>			
Délai péridurale	Présence du gynécologue	Respect du projet de naissance	Choix sur la position d'accouchement
Ressenti patiente partenaire de sa prise en charge	Ressenti sur le départ de l'hôpital	Identification du personnel	Identitovigilance maternelle + bébé
<i>Satisfaction</i>			
Respect de l'intimité	Attention portée à la douleur	Accompagnement de l'allaitement	
Disponibilité du personnel soignant	Informations reçues	Qualité des soins	

4. Outils de collecte des données

Premièrement, les Patients Reported Experience Measures seront étudiés grâce à l'enquête de satisfaction en vigueur au CHC MontLégia (Annexe 1). Dans cette enquête, plusieurs questions sont considérées comme étant des PREM's, à savoir le délai pour avoir la péridurale, la présence du gynécologue, le respect du projet de naissance, le choix quant à la position d'accouchement, le ressenti d'être réelle partenaire de sa prise en charge, le ressenti quant au départ de l'hôpital, et l'identitovigilance. Ensuite, il y a des questions relatives à la

satisfaction des patientes lors de leur séjour à la maternité. Ces questions seront étudiées également, mais ne sont pas considérées comme des PREM's.

Deuxièmement, les Patients Reported Outcomes Measures seront étudiés grâce à deux questionnaires validés en français : le PROMIS-10, un questionnaire de santé globale (Annexe 2), et le Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), un questionnaire évaluant le lien mère-enfant (Annexe 3). Pour chacun des questionnaires, il existe une interprétation spécifique. Tout d'abord, les réponses au questionnaire PROMIS-10 permettent d'obtenir deux T-score¹ : un « global mental health » et un « global physical health ». Un score de 50 équivaut à la moyenne générale. Un score supérieur à 50 équivaut à une meilleure santé physique ou mentale. A l'inverse, un score inférieur à 50 équivaut à une santé physique ou mentale moins bonne (32). Ensuite, pour le questionnaire PBQ, chaque réponse aux questions vaut un certain nombre de points. La somme de tous les points est ensuite effectuée. Quant à l'interprétation, il peut y en avoir deux différentes. Premièrement, on peut considérer que plus le score est élevé, plus il existe un dysfonctionnement du lien mère-enfant. Deuxièmement, on peut considérer un score supérieur ou égal à 14 comme seuil de dysfonctionnement du lien mère-enfant (33). Ces deux questionnaires ont été choisis sur base du set « Pregnancy and Childbirth » de l'ICHOM, afin que ceux-ci soient bien compatibles pour les mères en post-partum (23).

Troisièmement, les données cliniques seront étudiées grâce à la consultation des dossiers informatisés des patientes participant à l'étude.

5. Organisation et planification de la collecte des données

La collecte des données a été réalisée de deux manières différentes. Tout d'abord, l'enquête de satisfaction a été récoltée de manière anonyme auprès de toutes les patientes ayant accouché au CHC MontLégia. Ensuite, afin d'évaluer les PROM's et les données cliniques, la collecte s'est déroulée comme suit : un document de pré-screening a été intégré aux carnets d'allaitement remis à toutes les mamans à la maternité (Annexe 4). Celui-ci permet aux patientes volontaires de s'inscrire à l'étude. Ensuite, une vérification des critères d'inclusion a eu lieu en visualisant les dossiers médicaux avec accord des participantes. Si elles entraient

¹ Le T-score est obtenu grâce à une table de conversion, basée sur la somme des différentes questions.

dans les critères, un questionnaire en ligne leur a été envoyé à 6 semaines post-partum. Leur dossier a de nouveau été consulté à 6 semaines post-partum afin de récolter les données cliniques.

La collecte des données s'est déroulée du 3 mars 2026 au 27 juillet, après la validation des comités d'éthique compétents.

6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Toutes les données récoltées ont été retranscrites dans deux bases de données. La première, nommée « PROM's et données cliniques », est la base de données regroupant les données anonymisées des participantes qui ont accepté de participer à l'étude. Cette base de données contient leurs réponses aux questionnaires, ainsi que les variables cliniques récoltées dans les dossiers médicaux. Chaque participante s'est vu attribuer un numéro d'identification. Un document séparé permet de relier chaque participante à son numéro d'identification. La deuxième, nommée « Enquête de satisfaction », contient toutes les données anonymes qui proviennent des enquêtes de satisfaction complétées par les mamans à la maternité. Un codebook a été réalisé pour chaque base de données (Annexe 5).

Une fois la collecte de données terminée et les bases de données finalisées, les analyses statistiques ont débuté. Pour cela, le logiciel R a été utilisé, en particulier Rcmdr. D'abord, des statistiques descriptives ont été réalisées pour toutes les variables afin de présenter la population étudiée. Pour les variables quantitatives, la normalité a été investiguée en comparant la moyenne et la médiane, en inspectant l'histogramme et le QQ plot, et en réalisant le test de Shapiro-Wilk. Les variables considérées comme normales ont été résumées numériquement par leur moyenne et leur écart-type. Les autres ont été résumées par leur médiane et leurs intervalles interquartiles. Quant aux variables qualitatives, elles ont été résumées numériquement par leur fréquence absolue (n) et relative (%). Toutes les variables ont été résumées selon le type de séjour : standard ou écourté. Afin de comparer les deux populations, un test de χ^2 a été réalisé pour les variables qualitatives, et des tests de Student, Welsch ou Mann-Whitney selon la normalité et l'homogénéité des variances pour les variables quantitatives.

Afin d'évaluer la cohérence interne des items portant sur une même dimension, le coefficient alpha de Cronbach a été calculé. En effet, dans l'enquête de satisfaction, les informations reçues se composent de 6 items différents. Dans le cas où le coefficient est $> 0,7$, la cohérence interne est considérée comme acceptable (34). Ainsi, les items auront été regroupés. Les six items ayant la même échelle de Likert, ils auront été regroupés en un score moyen.

Ensuite, afin de mesurer l'association entre les deux groupes et les différentes variables dépendantes², des modèles de régression ont été réalisés. Dans un premier temps, des modèles de régression univariés ont été réalisés afin d'évaluer l'association entre le séjour écourté et les différentes variables dépendantes. Des modèles multivariés ont ensuite été construits lorsque l'analyse univariée était statistiquement significative, en intégrant cette fois-ci les variables de confusion. Dans cette étude, l'âge, la parité, le mode d'accouchement, le mode de travail, l'âge gestationnel et le poids à la naissance sont considérés comme des variables de confusion potentielles. Elles ont été identifiées sur base de plusieurs études présentes dans la littérature, qui les ont considérées comme des variables de confusion potentielles (35–37).

Les modèles de régression ont été choisis en fonction de la nature des variables indépendantes :

- Variable qualitative binaire → régression logistique binaire
- Variable qualitative à plus de 2 catégories → régression logistique multinomiale
- Variable qualitative ordinale → régression logistique ordinale
- Variable quantitative → régression multiple. Les conditions d'application ont également été vérifiées : la normalité des résidus, l'homoscédasticité et l'absence de multicolinéarité.

L'intervalle de confiance considéré est de 95 %, avec un seuil de significativité de 5 %. Dans un but exploratoire, le seuil de significativité a été revu à 10 % dans le cas où aucune variable n'est significative avec un seuil de 5 %.

² Les variables PREM's « présence gynécologue », « délai péridurale », « respect projet de naissance » et « choix position accouchement » n'étant pas du tout influencées par le temps de séjour, celles-ci seront comparées par un test de Chi² mais aucune association par régression ne sera recherchée.

7. Démarches légales et contractuelles

Avant le démarrage de la collecte des données, un dossier a été soumis au comité d'éthique du CHU de Liège (Annexe 6) et du CHC MontLégia (Annexe 7). Ce mémoire entrant dans la loi de 2004 relative aux expérimentations humaines, le dossier a été étudié par les deux comités. Une fois les avis favorables reçus des comités d'éthique, le document de pré-screening a été introduit à la maternité du CHC MontLégia.

8. Contrôle de qualité

Les deux bases de données ont été encodées dans deux fichiers Excel séparés. Concernant la base de données « PROM's et données cliniques », les données socio-démographiques ont été encodées sur base des dossiers médicaux des patientes. Elles ont été encodées une première fois, puis vérifiées une seconde fois. La même chose a été réalisée pour les données cliniques. Pour le questionnaire PBQ, chaque réponse a été encodée dans un fichier séparé. Grâce aux formules Excel, la somme des réponses a été réalisée et reportée dans la base de données finale. Pour le questionnaire PROMIS-10, chaque réponse a été encodée dans un fichier séparé. Les sommes des questions relatives au global mental health et global physical health ont été encodées dans ce même fichier. Ensuite, chaque somme a été convertie en un T-score, conformément au guide (38). Chaque réponse encodée a été vérifiée une seconde fois. Les deux T-score ont ensuite été ajoutés dans les bases de données finales. Concernant la base de données « Enquête de satisfaction », celle-ci était déjà mise sous format Excel par l'hôpital. Les variables non utilisées ont été supprimées. Un contrôle de cohérence des données a été réalisé. Il consistait à vérifier l'absence de doublons et la recherche de valeurs impossibles ou aberrantes. Dans la base de données « PROM's et données cliniques », il n'y avait aucune donnée manquante. Dans la base de données « Enquête de satisfaction », certaines variables explicatives en contenaient. L'attention portée à la douleur et l'identitovigilance maternelle et néonatale comportaient 1 donnée manquante. L'identification du personnel contenait 3 données manquantes. Au vu du faible nombre de données manquantes, les modèles ont été construits avec les données complètes.

Résultats

1. Partie 1 – Base de données « PROM's et données cliniques »

1.1. Présentation de la population

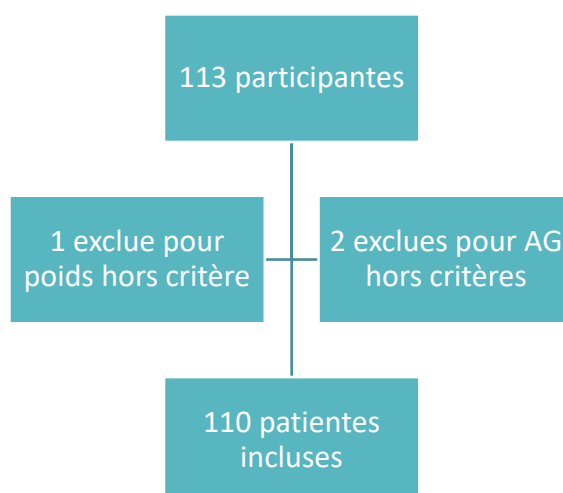


Figure 2. Flow chart « PROM's et données cliniques »

Initialement, 113 patientes se sont inscrites pour participer à l'étude. Après vérification des critères d'inclusion, 3 personnes ont été exclues pour un poids de naissance et un âge gestationnel en dehors des critères (Figure 2). Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire en ligne. La base de données contient 110 participantes, dont 69 (62,7 %) appartiennent au groupe « séjour standard » et 41 (37,3 %) au groupe « séjour écourté ».

On observe dans le tableau 1 que les deux groupes présentent des caractéristiques obstétricales relativement similaires. En effet, les femmes ont accouché majoritairement par voie basse (59,1 % ; $p = 0,27$) et de manière spontanée (45,5 % ; $p = 0,17$). Cependant, la différence de parité au sein des groupes était statistiquement significative ($p < 0,001$). Les femmes ayant eu un séjour standard sont en grande partie des primipares (88,4 %), alors que le groupe ayant eu un séjour écourté est composé en majorité de multipares (95,1 %). En ce qui concerne l'âge ($32,21 \pm 4,64$ ans), l'âge gestationnel ($39,24 \pm 1,10$ SA) et le poids du nouveau-né à la naissance (3275 (3120-3585) grammes), il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes.

La majorité des nouveau-nés ne présentaient pas de complications dans les 28 jours de vie (80,9 % ; $p = 0,09$). Les quelques complications néonatales rapportées étaient un accident de la voie publique (AVP), des bronchiolites, une communication interventriculaire (CIV), une constipation, des régurgitations, des ictères et une sténose du pylore. Les réadmissions néonatales, par contre, montrent une différence statistiquement significative entre les groupes ($p = 0,004$). En effet, il y a plus de réadmissions néonatales lors d'un séjour écourté (22 %), comparé au séjour standard (4,3 %). Du côté maternel, la majorité des mamans n'ont eu aucune complication également (98,2 % ; $p = 0,55$). Seules deux mamans du groupe « séjour standard » ont eu une embolie pulmonaire ou une mastite. Ce sont ces deux mêmes mamans qui ont dû être réadmisées à l'hôpital dans les 6 semaines post-partum.

Les consultations maternelles et néonatales aux urgences ne montrent pas de différence statistiquement significative ($p = 0,27$ et $p = 0,08$). En effet, la majorité des mères et nouveau-nés n'ont pas dû se présenter aux urgences.

Le score du PBQ différait significativement entre les groupes. La médiane était de 11 (6–17) dans le groupe séjour standard contre 7 (4–13) dans le groupe séjour écourté ($p = 0,007$). De plus, l'analyse du score selon le seuil clinique mettait également en évidence une différence significative ($p = 0,01$). Un score considéré comme élevé était observé chez plus de femmes du groupe « séjour standard » (37,7 %) que chez les femmes du groupe « séjour écourté » (14,6 %).

Concernant le questionnaire PROMIS-10, le T-score de santé mentale globale (GMH) était significativement plus élevé dans le groupe séjour écourté ($49,50 \pm 3,90$) que dans le groupe séjour standard ($47,28 \pm 5,02$) ($p = 0,02$). À l'inverse, aucune différence statistiquement significative n'a été observée concernant le T-score de santé physique globale (GPH), dont la médiane était identique dans les deux groupes (50,8 ; $p = 0,79$).

Tableau 1. *Caractéristiques de la population avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « PROM's et données cliniques » (n = 110)*

	Total N = 110 (100 %)	Séjour standard N = 69 (62,73 %)	Séjour écourté N = 41 (37,27 %)	p-valeur
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>Chi²</i>
Mode d'accouchement				0,27
Voie basse	65 (59,1 %)	38 (55,1 %)	27 (65,9 %)	
Césarienne	45 (40,9 %)	31 (44,9 %)	14 (34,1 %)	
Mode de travail				0,17
Spontané	50 (45,5 %)	36 (52,2 %)	14 (34,1 %)	
Induction	33 (30,0 %)	19 (27,5 %)	14 (34,1 %)	
Césarienne programmée	27 (24,5 %)	14 (20,3 %)	13 (31,7 %)	
Parité				< 0,001
Primipare	63 (57,3 %)	61 (88,4 %)	2 (4,88 %)	
Multipare	47 (42,7 %)	8 (11,6 %)	39 (95,1 %)	
Types de complications néonatales				0,09
AVP	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Bronchiolite	4 (3,6 %)	3 (4,3 %)	1 (2,4 %)	
CIV	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Constipation	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Régurgitations	7 (6,4 %)	2 (2,9 %)	5 (12,2 %)	
Sténose du pylore	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Ictère	6 (5,5 %)	1 (1,4 %)	5 (12,2 %)	
Aucune	89 (80,9 %)	59 (85,5 %)	30 (73,2 %)	
Types de complications maternelles				0,55
Aucune	108 (98,2 %)	67 (97,1 %)	41 (100 %)	
Embolie pulmonaire	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Mastite	1 (0,9 %)	1 (1,4 %)	0 (0,0 %)	
Réadmission maternelle				0,27
Oui	2 (1,8 %)	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)	
Non	108 (98,2 %)	67 (97,1 %)	41 (100 %)	

Tableau 1 (suite). *Caractéristiques de la population avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « PROM's et données cliniques » (n = 110)*

	Total N = 110 (100 %)	Séjour standard N = 69 (62,73 %)	Séjour écourté N = 41 (37,27 %)	p-valeur
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>Chi²</i>
Réadmission néonatale				0,004
Oui	12 (10,9 %)	3 (4,3 %)	9 (22,0 %)	
Non	98 (89,1 %)	66 (95,7 %)	32 (78,0 %)	
Consultations aux urgences maternelles				0,27
Oui	2 (1,8 %)	2 (2,9 %)	0 (0,0 %)	
Non	108 (98,2 %)	67 (97,1 %)	41 (100 %)	
Consultations aux urgences néonatales				0,08
Oui	18 (16,4 %)	8 (11,6 %)	10 (24,4 %)	
Non	92 (83,6 %)	61 (88,4 %)	31 (75,6 %)	
Score PBQ				0,01
Normale	78 (70,9 %)	43 (62,3 %)	35 (85,4 %)	
Élevé	32 (29,1 %)	26 (37,7 %)	6 (14,6 %)	
	<i>Moyenne ± écart-type</i>	<i>Moyenne ± écart-type</i>	<i>Moyenne ± écart-type</i>	<i>p-valeur*</i>
Age	32,21 ± 4,64	31,75 ± 4,36	32,98 ± 5,03	0,18
Age gestationnel	39,24 ± 1,10	39,24 ± 1,03	39,22 ± 1,22	0,90
T-score GMH	48,11 ± 4,74	47,28 ± 5,02	49,50 ± 3,90	0,02
	<i>Médiane (P25-P75)</i>	<i>Médiane (P25-P75)</i>	<i>Médiane (P25-P75)</i>	<i>p-valeur*</i>
T-score GPH	50,8 (44,9-50,8)	50,8 (42,3-50,8)	50,8 (44,9-50,8)	0,79
Poids de naissance	3275 (3120- 3585)	3270 (3130- 3535)	3352,5 (3075- 3635)	0,97
Score PBQ	9 (4,5-16,75)	11 (6-17)	7 (4-13)	0,007

* p-valeur des tests de Student, Welsch ou Mann-Whitney selon la normalité et l'homogénéité des variances

1.2. Modèles univariés et multivariés

Tableau 2. Association entre les résultats de santé maternelle et néonatale et le temps de séjour écourté post-partum – Régression logistique multinomiale, binaire et régression multiple ($n = 110$)

			OR brut (IC95 %)	p-valeur	OR ajusté (IC95 %)*	p-valeur
Types de complications néonatales			-	0,07**	NA	NA
Types de complications maternelles			-	0,39**	NA	NA
Réadmission maternelle	Oui	Séparation complète		0,995	NA	NA
Réadmission néonatale	Oui		6,19 (1,72-29,33)	0,01	13,38 (1,85-156,84)	0,02
Consultations aux urgences maternelles	Oui	Séparation complète		0,995	NA	NA
Consultations aux urgences néonatales	Oui		2,46 (0,88-7,05)	0,08	NA	NA
Score PBQ	Élevé		0,28 (0,10-0,73)	0,01	1,08 (0,22-6,41)	0,93
			$\beta \pm SE$ brut	p-valeur	$\beta \pm SE$ ajusté*	p-valeur
Score PBQ			-5,99 $\pm$ 2,04	0,004	-3,54 $\pm$ 3,00	0,24
T-score GMH			2,22 $\pm$ 0,91	0,02	2,43 $\pm$ 1,21	0,04
T-score GPH			0,18 $\pm$ 1,05	0,86	NA	NA

*Ajustement avec les variables de confusion âge, parité, mode d'accouchement, mode de travail, âge gestationnel et poids de naissance

**p-valeur globale du modèle

Le tableau 2 présente les analyses univariées et multivariées des différentes variables dépendantes. Les odds-ratio des types de complications néonatales et maternelles n'ont pas

été retranscrits, car le modèle global de chaque variable n'est pas statistiquement significatif, et les odds-ratio et intervalles de confiance obtenus étaient aberrants, signe de séparation (quasi-)complète des données. Le même problème s'est posé pour les variables réadmissions maternelles et consultations aux urgences maternelles.

Les conditions d'application des régressions multiples ont été respectées sur l'ensemble des modèles : les résidus étaient homogènes autour de 0 (homoscédasticité) et suivaient une distribution normale. Lors des modèles multivariés, les facteurs d'inflation de la variance (VIF) étaient tous compris entre 1 et 2,1.

Lors des analyses univariées, quatre variables sont statistiquement significatives. En effet, un nouveau-né a 6 fois plus de risque d'être réhospitalisé en cas de séjour écourté ($p = 0,01$). Ensuite, les femmes ayant bénéficié d'un séjour écourté présentaient des odds 72 % plus faibles d'obtenir un score PBQ élevé, traduisant des difficultés dans la relation mère-enfant ($p = 0,01$), et lorsque l'on analyse le score en continu, elles ont un score inférieur d'environ 6 points que les femmes ayant eu un séjour standard ($p = 0,004$). Enfin, le séjour écourté augmente d'environ 2 points le T-score GMH, relatif à la santé mentale globale ($p = 0,02$). Cela explique que les femmes ayant un séjour écourté ont une meilleure santé mentale qu'en cas de séjour standard. Toutes les autres variables ne montrent pas de résultats statistiquement significatifs, avec des p -valeurs $> 0,05$, et des intervalles de confiance qui comprennent 1.

Les quatre variables significatives ont ensuite été analysées dans un modèle multivarié, comprenant les variables de confusion. Seules deux variables restent statistiquement significatives. Les réadmissions néonatales, où un séjour écourté augmente de 13 fois le risque ($p = 0,02$). Cependant, l'intervalle de confiance est très large (1,85-156,84). Le T-score GMH augmente de 2,43 points en cas de séjour écourté ($p = 0,04$), ce qui signifie que les femmes ayant un séjour écourté ont un meilleur score de santé mentale que les femmes ayant eu un séjour standard. Le score PBQ, quant à lui, n'est plus significatif, que ce soit en variable binaire ou continue.

2. Partie 2 – Base de données « Enquête de satisfaction »

2.1. Présentation de la population



Figure 3. Flow chart « Enquête de satisfaction »

Durant l'étude, 202 patientes ont complété l'enquête de satisfaction en vigueur au CHC MontLégia. Parmi elles, 8 patientes n'ont pas indiqué leur temps de séjour, ce qui ne permet pas d'analyser leurs réponses, c'est pourquoi elles ont été exclues de l'étude. Les analyses ont alors porté sur 194 participations (Figure 2).

Le tableau 3 permet de présenter la population ayant participé à l'étude. 137 femmes ont eu un séjour standard (70,62 %), contre 57 femmes pour le séjour écourté (29,38 %). Les deux groupes étudiés ont des caractéristiques similaires concernant la majorité des variables. D'abord, le mode d'accouchement ($p = 0,06$) est majoritairement par voie basse, ce qui représente 71,5 % des patientes ayant eu un séjour standard, et 84,2 % des patientes ayant eu un séjour écourté. Ensuite, le mode de travail ne différait pas non plus de manière significative ($p = 0,38$), le travail spontané étant majoritaire dans les deux groupes (60,6 % pour le séjour standard et 52,6 % pour le séjour écourté).

En revanche, une différence statistiquement significative était observée concernant l'âge des patientes ($p < 0,001$). En moyenne, les femmes ayant eu un séjour standard sont plus jeunes ($31,27 \pm 4,30$ ans) que les femmes du séjour écourté ($33,74 \pm 3,93$ ans). La parité différait également de manière significative entre les deux groupes ($p < 0,001$). En effet, les patientes qui ont eu un séjour standard étaient majoritairement primipares (75,9 %), alors que les patientes ayant eu un séjour écourté étaient principalement multipares (96,5 %).

Tableau 3. Caractéristiques de la population avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « Enquête de satisfaction » (n = 194)

	Total N = 194 (100 %)	Séjour standard N = 137 (70,62 %)	Séjour écourté N = 57 (29,38 %)	p-valeur
	<i>Moyenne ± écart- type</i>	<i>Moyenne ± écart- type</i>	<i>Moyenne ± écart- type</i>	<i>Test de Student</i>
Age	31,98 ± 4,28	31,27 ± 4,30	33,74 ± 3,93	< 0,001
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>Chi²</i>
Mode d'accouchement				0,06
Voie basse	146 (75,3 %)	98 (71,5 %)	48 (84,2 %)	
Césarienne	48 (24,7 %)	39 (28,5 %)	9 (15,8 %)	
Mode de travail				0,38
Spontané	113 (58,2 %)	83 (60,6 %)	30 (52,6 %)	
Induction	61 (31,4 %)	39 (28,5 %)	22 (38,6 %)	
Césarienne programmée	20 (10,3 %)	15 (10,9 %)	5 (8,8 %)	
Parité				< 0,001
Primipare	106 (54,6 %)	104 (75,9 %)	2 (3,5 %)	
Multipare	88 (45,4 %)	33 (24,1 %)	55 (96,5 %)	

Le tableau 4 permet de comparer les deux temps de séjour avec les différentes variables PREM's de l'enquête de satisfaction. Les deux groupes étudiés ne montrent pas de différence statistiquement significative ($p > 0,05$), ils sont homogènes. Tout d'abord, 147 patientes ont eu recours à la péridurale, et la majorité l'ont eue en moins d'1 h (85,03 %). Ensuite, le gynécologue était présent dans 82,8 % des cas. 53 femmes avaient un projet de naissance, et il a été respecté pour 48 d'entre elles (90,6 %). Parmi 173 patientes ayant répondu quant au choix de leur position d'accouchement, la majorité n'avaient pas de choix spécifique (82,1 %). Concernant les variables axées sur la sécurité des soins, le personnel s'est toujours présenté dans 84,3 % des cas. L'identitovigilance maternelle a toujours été réalisée dans 57,5 % des cas, contre 82,4 % pour l'identitovigilance chez le nouveau-né. Lors de leur prise en charge, les mamans se sentent tout à fait comme de réelles partenaires dans la majorité des cas (88,1 %). Enfin, la majorité des patientes jugent qu'elles sont sorties au bon moment de l'hôpital (84,5 %).

Tableau 4. Tables de contingence des variables PREM's avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « Enquête de satisfaction » (n = 194)

	Total	Séjour standard	Séjour écourté	p-valeur
	N (%)	N (%)	N (%)	Chi ²
Délai péridurale	147 (100 %)	105 (71,4 %)	42 (28,6 %)	0,73
Moins d'1 h	125 (85,03 %)	88 (83,8 %)	37 (88,1 %)	
Entre 1 et 2 h	19 (12,93 %)	15 (14,3 %)	4 (9,5 %)	
Plus de 2 h	3 (2,04 %)	2 (1,9 %)	1 (2,4 %)	
Présence gynécologue	192 (100 %)	136 (70,8 %)	56 (29,2 %)	0,07
Oui	159 (82,8 %)	117 (86,0 %)	42 (75,0 %)	
Non	33 (17,2 %)	19 (14,0 %)	14 (25,0 %)	
Respect projet de naissance	53 (100 %)	42 (79,2 %)	11 (20,8 %)	0,23
Oui	48 (90,6 %)	37 (88,1 %)	11 (100 %)	
Non	5 (9,4 %)	5 (11,9 %)	0 (0,0 %)	
Choix position d'accouchement	173 (100 %)	120 (69,4 %)	53 (30,6 %)	0,23
Pas de choix	142 (82,1 %)	96 (80 %)	46 (86,8 %)	
Oui	25 (14,5 %)	18 (15 %)	7 (13,2 %)	
Refus	6 (3,5 %)	6 (5 %)	0 (0,0 %)	
Identification du personnel	191 (100 %)	135 (70,7 %)	56 (29,3 %)	0,62
Jamais	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Parfois	3 (1,6 %)	3 (2,2 %)	0 (0,0 %)	
Souvent	25 (13,1 %)	16 (11,9 %)	9 (16,1 %)	
Toujours	161 (84,3 %)	114 (84,4 %)	47 (83,9 %)	
NC	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Identitovigilance maman	193 (100 %)	137 (71,0 %)	56 (29,0 %)	0,85
Jamais	8 (4,1 %)	6 (4,4 %)	2 (3,6 %)	
Parfois	20 (10,4 %)	15 (10,9 %)	5 (8,9 %)	
Souvent	52 (26,9 %)	35 (25,5 %)	17 (30,4 %)	
Toujours	111 (57,5 %)	79 (57,7 %)	32 (57,1 %)	
NC	2 (1,0 %)	2 (1,5 %)	0 (0,0 %)	

Tableau 4 (suite). Tables de contingence des variables PREM's avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « Enquête de satisfaction »

	Total	Séjour standard	Séjour écourté	p-valeur
	N (%)	N (%)	N (%)	Chi ²
Identitovigilance bébé	193 (100 %)	136 (70,5 %)	57 (29,5 %)	0,13
Jamais	1 (0,5 %)	0 (0,0 %)	1 (1,8 %)	
Parfois	13 (6,7 %)	11 (8,1 %)	2 (3,5 %)	
Souvent	19 (9,8 %)	10 (7,4 %)	9 (15,8 %)	
Toujours	159 (82,4 %)	114 (83,8 %)	45 (78,9 %)	
NC	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Patiente partenaire	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,13
Pas du tout	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Plutôt pas	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	4 (2,1 %)	4 (2,9 %)	0 (0,0 %)	
Plutôt oui	18 (9,3 %)	16 (11,7 %)	2 (3,5 %)	
Tout à fait	171 (88,1 %)	116 (84,7 %)	55 (96,5 %)	
Ressenti au départ de l'hôpital	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,27
Trop rapide	25 (12,9 %)	16 (11,7 %)	9 (15,8 %)	
Au bon moment	164 (84,5 %)	116 (84,7 %)	48 (84,2 %)	
Trop tardif	5 (2,6 %)	5 (3,6 %)	0 (0,0 %)	

Concernant les différents indicateurs de satisfaction, le tableau 5 montre qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les groupes ($p > 0,05$). Globalement, les patientes sont très satisfaites du respect de leur intimité, de la disponibilité du personnel, de l'attention portée à leur douleur, de l'accompagnement à l'allaitement et de la qualité des soins. Les six items relatifs aux informations reçues présentaient une bonne cohérence interne, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,84 (Annexe 8). Ils ont ainsi été regroupés en un score moyen de satisfaction concernant les informations reçues, où les patientes sont également très satisfaites. L'évaluation globale du séjour était également très favorable, avec 87% des patientes se déclarant très satisfaites. La quasi-totalité des patientes ont indiqué qu'elles recommanderaient le service de maternité (99,5%).

Tableau 5. Tables de contingence des variables de satisfaction avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « Enquête de satisfaction »

	Total	Séjour standard	Séjour écourté	p-valeur
	N (%)	N (%)	N (%)	Chi ²
Intimité	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,63
Très insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	4 (2,1 %)	3 (2,2 %)	1 (1,8 %)	
Satisfaite	17 (8,8 %)	14 (10,2 %)	3 (5,3 %)	
Très satisfaite	172 (88,7 %)	119 (86,9 %)	53 (93,0 %)	
Disponibilité	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,21
Très insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	4 (2,1 %)	4 (2,9 %)	0 (0,0 %)	
Satisfaite	20 (10,3 %)	12 (8,8 %)	8 (14,0 %)	
Très satisfaite	170 (87,6 %)	121 (88,3 %)	49 (86,0 %)	
Douleur	193 (100 %)	136 (70,5 %)	57 (29,5 %)	0,52
Très insatisfaite	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	3 (1,5 %)	3 (2,2 %)	0 (0,0 %)	
Satisfaite	14 (7,3 %)	11 (8,1 %)	3 (5,3 %)	
Très satisfaite	175 (90,7 %)	121 (89 %)	54 (94,7 %)	
Informations reçues	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,25
Très insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	2 (1,0 %)	2 (1,5 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	10 (5,2 %)	7 (5,1 %)	3 (5,3 %)	
Satisfaite	73 (37,6 %)	56 (40,9 %)	17 (29,8 %)	
Très satisfaite	109 (56,2 %)	72 (52,6 %)	37 (64,9 %)	
Accompagnement allaitement	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,59
Très insatisfaite	2 (1,0 %)	2 (1,5 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	7 (3,6 %)	6 (4,4 %)	1 (1,8 %)	
Satisfaite	21 (10,8 %)	13 (9,5 %)	8 (14,0 %)	
Très satisfaite	163 (84,0 %)	115 (83,9 %)	48 (84,2 %)	

Tableau 5 (suite). Tables de contingence des variables de satisfaction avec comparaison des deux temps de séjour – Base de données « Enquête de satisfaction »

	Total	Séjour standard	Séjour écourté	p-valeur
	N (%)	N (%)	N (%)	Chi ²
Qualité des soins	194 (100 %)	137 (70,6 %)	57 (29,4 %)	0,43
Très insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Insatisfaite	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	
Neutre	1 (0,5 %)	1 (0,7 %)	0 (0,0 %)	
Satisfaite	17 (8,8 %)	14 (10,2 %)	3 (5,3 %)	
Très satisfaite	176 (90,7 %)	122 (89,1 %)	54 (94,7 %)	
Évaluation globale				0,49
Très insatisfaite	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Insatisfaite	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Neutre	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Satisfaite	24 (12,4%)	19 (13,9%)	5 (8,8%)	
Très satisfaite	169 (87,1%)	117 (85,4%)	52 (91,2%)	
Recommandation				0,52
Non	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Neutre	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Oui	193 (99,5%)	136 (99,3%)	57 (100%)	

2.2. Modèles univariés et multivariés

Des modèles univariés de régression logistique ordinale ont été réalisés afin d'étudier l'association entre le temps de séjour écourté et les différentes variables de satisfaction. Avec un seuil de significativité de 5 %, seule la variable « patiente partenaire » était statistiquement significative en analyse univariée. Dans le modèle multivarié comprenant les variables de confusion, celle-ci n'était plus statistiquement significative au seuil de 5 %, avec une p-valeur de 0,09 (voir Annexe 9).

Dans un but exploratoire, le seuil de significativité a été fixé à 10 %, comme présenté dans le tableau 6. Deux variables ont montré un résultat significatif en analyse univariée. En effet, les patientes ayant bénéficié d'un séjour écourté ont 1,76 fois plus de chances d'être dans une catégorie de satisfaction supérieure concernant les informations reçues, par rapport aux

femmes ayant eu un séjour standard ($p = 0,08$). Cependant, après ajustement avec les variables de confusion, cette association n'est plus statistiquement significative au seuil de 10 % ($p = 0,65$). Ensuite, les femmes ayant eu un séjour écourté présentent 5 fois plus de chances d'être dans une catégorie de satisfaction supérieure concernant le fait de se sentir réelle partenaire de leur prise en charge, comparé aux femmes ayant eu un séjour standard ($p = 0,03$). Après ajustement, les femmes ont cette fois 4,5 fois plus de chances d'être dans une catégorie de satisfaction supérieure ($p = 0,08$).

Concernant la recommandation du service, l'analyse par régression logistique binaire n'a pas permis d'estimer l'association avec le temps de séjour, en raison d'une séparation complète des données. En effet, aucune femme ne recommande pas le service lors d'un séjour écourté.

Tableau 6. Association entre le séjour post-partum écourté et les variables PREM's et de satisfaction – Régression logistique ordinale

	OR (IC90 %) brut	p-valeur	OR (IC90 %) ajusté*	p-valeur
Identification du personnel	1,01 (0,50-2,11)	0,91	NA	NA
Identitovigilance maternelle	1,06 (0,64-1,77)	0,99	NA	NA
Identitovigilance bébé	0,77 (0,41-1,51)	0,99	NA	NA
Patiente partenaire	5,03 (1,69-22,43)	0,03	4,55 (1,12-23,83)	0,09
Ressenti au départ de l'hôpital	0,59 (0,30-1,19)	0,21	NA	NA
Intimité	2 (0,83-5,70)	0,23	NA	NA
Disponibilité	0,84 (0,40-1,86)	0,71	NA	NA
Douleur	2,27 (0,85-7,66)	0,21	NA	NA
Informations reçues	1,76 (1,04-3,04)	0,08	1,23 (0,59-2,55)	0,64
Accompagnement allaitement	1,08 (0,54-2,26)	0,86	NA	NA
Qualité des soins	2,22 (0,83-7,50)	0,22	NA	NA
Évaluation globale	1,79 (0,79-4,58)	0,27	NA	NA
Recommandation	Séparation complète des données			

*Ajustement avec les variables de confusion âge, parité, mode d'accouchement et mode de travail

Discussion

1. Principaux résultats

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'un séjour hospitalier post-partum écourté sur les issues maternelles et néonatales ainsi que sur l'expérience vécue par les patientes au CHC MontLégia. L'intérêt de cette approche reposait notamment sur la volonté de ne pas limiter l'évaluation du séjour à des critères cliniques, mais d'intégrer également des résultats rapportés par les patientes et leur expérience des soins. Cette approche multidimensionnelle permet ainsi d'appréhender les conséquences potentielles d'une réduction de la durée d'hospitalisation sur plusieurs dimensions de la santé et de la qualité des soins.

1.1. Les réadmissions néonatales

L'un des principaux résultats de cette étude est l'association entre les réadmissions néonatales et le séjour post-partum écourté. En effet, les résultats montrent qu'avoir un séjour écourté augmente de 13 fois le risque que le nouveau-né soit réhospitalisé dans les 28 jours de vie. Néanmoins, ce résultat est à interpréter avec prudence. En effet, l'intervalle de confiance était très large (1,85-156,84), ce qui traduit une estimation imprécise. Cette étude ne comporte que 12 évènements de réadmission sur l'ensemble de l'échantillon, ce qui est assez faible. Cela pourrait expliquer pourquoi l'intervalle de confiance à 95 % est aussi large (39). Il faut donc interpréter ce résultat comme un signal, plutôt que comme une estimation précise du risque associé au séjour écourté.

Néanmoins, ce résultat suit les conclusions de plusieurs études ayant étudié les taux de réadmissions après un temps de séjour écourté (14, 16–18). Celui-ci pourrait être expliqué par plusieurs hypothèses. Tout d'abord, une réduction de la durée de séjour diminue la période durant laquelle le nouveau-né peut être surveillé par les professionnels de santé. Certaines difficultés peuvent en effet apparaître ou devenir plus visibles après la sortie de maternité. Par exemple, dans le cas de l'ictère néonatal, les taux de bilirubine augmentent généralement aux 3 et 4^{èmes} jours de vie. De ce fait, un nouveau-né qui sort avant 3 jours de vie pourrait être réhospitalisé pour un ictère néonatal (40).

1.2. La santé mentale

Un deuxième résultat important concerne la santé mentale globale des femmes. En analyse multivariée, le séjour écourté était associé à une augmentation de 2,43 points du T-score de santé mentale globale, après ajustement sur les principales variables de confusion. Pour rappel, plus le T-score est élevé, meilleure est la santé mentale (32). Ce résultat suppose donc que les patientes ayant eu un séjour écourté ont un meilleur bien-être psychologique que les patientes ayant eu un séjour standard.

Ce résultat peut s'expliquer par une hypothèse. Un retour plus rapide permet de retrouver son environnement habituel et sa famille. Certaines patientes se sentent plus en intimité et avec une plus grande autonomie dans l'organisation du quotidien, le domicile offrant un cadre rassurant aux patientes (9,15,16).

Néanmoins, cette interprétation doit rester prudente. En effet, cette étude n'a pas évalué le soutien familial, les conditions de vie au domicile ou encore le soutien postnatal, qui pourraient influencer le bien-être psychologique des patientes en période post-partum (9,41–44). Il faudrait alors intégrer ces données, qui peuvent être des variables de confusion potentielles, au modèle multivarié afin de déterminer si l'association est toujours statistiquement significative.

1.3. Patiente partenaire de sa prise en charge

Le dernier résultat statistiquement significatif dans cette étude était que les femmes ayant eu un séjour écourté ont 5 fois plus de chances d'appartenir à une catégorie de satisfaction supérieure concernant leur ressenti d'avoir été une réelle partenaire dans sa prise en charge. Ce résultat est également à interpréter avec prudence puisque lors du modèle multivarié, celui-ci était significatif avec un seuil exploratoire de 10 % ($p = 0,09$). De ce fait, un seuil classique à 5 % n'aurait pas mis cette variable en évidence avec ajustement des variables de confusion.

Cependant, ce résultat est intéressant parce qu'il pourrait suggérer que le séjour écourté s'accompagne d'un sentiment accru d'autonomie ou de participation à la prise en charge. La majorité des patientes de ce groupe étant multipares, leur expérience antérieure pourrait donc contribuer à expliquer ce sentiment (45).

2. Interprétation globale et valeur en santé

Pris dans leur ensemble, les résultats de cette étude ne permettent pas d'établir l'effet propre du séjour écourté. Sur le plan néonatal, le principal signal identifié est une augmentation des réadmissions. Sur le plan maternel, aucune différence défavorable n'est observée concernant les complications ou les résultats de santé rapportés par la patiente. Le séjour écourté serait même associé à une meilleure santé mentale globale après ajustement, bien que cette association soit faible (2 points de différence). Enfin, les résultats de l'enquête de satisfaction ne montrent pas de diminution ou d'augmentation de l'expérience vécue par les patientes.

Cette approche multidimensionnelle est pertinente dans une perspective de qualité et de valeur en santé. En effet, une réduction de la durée de séjour ne peut être considérée comme favorable uniquement parce qu'elle permet de diminuer le temps passé à l'hôpital. Il faut également l'évaluer en regard des conséquences potentielles pour la santé de la mère et du nouveau-né, ainsi que de leur expérience vécue. Dans cette étude, les résultats suggèrent donc que la réduction du séjour n'entraîne pas de dégradation généralisée des résultats maternels ou de l'expérience des soins, mais que la question de la sécurité néonatale reste importante, notamment au regard des réadmissions observées.

Il convient toutefois de rester prudent concernant la notion de « valeur en santé ». La valeur en santé est généralement envisagée en mettant en relation les résultats obtenus avec les coûts associés. Or, cette étude ne mesure pas directement les coûts hospitaliers, les coûts liés aux réadmissions, ni les éventuelles économies réalisées grâce à la diminution de la durée du séjour. Les données recueillies permettent donc principalement d'évaluer une partie des résultats nécessaires à une réflexion sur la valeur en santé, sans permettre de mesurer directement celle-ci dans son ensemble. Du côté maternel, on peut émettre l'hypothèse que la valeur en santé reste stable. Néanmoins, du côté néonatal, celle-ci se dégraderait, au vu des réadmissions qui sont en hausse lors d'un temps de séjour écourté.

3. Forces et limites

Cette étude présente quelques forces. Tout d'abord, elle ne s'est pas limitée aux données cliniques classiques, mais a intégré les résultats rapportés par les patientes, ainsi que leur expérience vécue, permettant une approche multidimensionnelle, ce qui n'est pas le cas dans

les études publiées précédemment. De plus, l'utilisation des questionnaires PROMIS-10 et PBQ constitue également une force, puisqu'ils sont validés scientifiquement et traduits en français.

Cependant, plusieurs limites doivent également être prises en considération. Tout d'abord, la taille de l'échantillon reste faible (110 et 194 participantes), ce qui limite l'analyse des événements rares, comme les réadmissions maternelles et néonatales. Plusieurs modèles ont d'ailleurs été confrontés à une séparation (quasi-)complète des données, ce qui a empêché des estimations fiables. Ensuite, les groupes sont déséquilibrés. En effet, les deux bases de données comportent davantage de patientes ayant eu un séjour standard, qu'un séjour écourté, ce qui limite également les analyses. Enfin, l'enquête de satisfaction en vigueur au CHC MontLégia ne constitue pas un questionnaire PREM validé scientifiquement comme tel.

Plusieurs biais méthodologiques sont également présents dans cette étude. Premièrement, la participation à l'étude était volontaire. De ce fait, il existe un biais de sélection, puisque les femmes ayant accepté de participer peuvent différer de celles qui refusent. On ne peut pas considérer que les 110 et 194 patientes représentent parfaitement la population obstétricale au CHC MontLégia, puisque celui-ci compte plus de 3000 accouchements par an (46). Il faut alors rester prudent quant à la généralisation des résultats. Deuxièmement, un biais de désirabilité sociale peut être présent. En effet, si les participantes ont répondu en se conformant aux normes sociales, cela peut fausser la validité des données. Enfin, il existe un biais de confusion important dans cette étude. En effet, le groupe du séjour standard comporte une majorité de primipares, alors que celui du séjour écourté comporte une majorité de multipares. Bien que cette variable ait été ajoutée aux modèles multivariés, elle peut fausser les résultats. Afin d'explorer ce point, les régressions significatives pour les 2 bases de données ont été reproduites avec une population composée uniquement des multipares qui ont bénéficié d'un séjour standard et écourté. Ces résultats sont visibles dans l'annexe 10. On observe qu'ils sont très similaires, sauf pour le score PBQ dichotomisé, qui n'est plus significatif en univarié, et les réadmissions néonatales montrent une séparation quasi-complète des données au vu du faible nombre d'événements. A priori, la multiparité n'influencerait donc pas les résultats. Il conviendrait tout de même de réaliser une étude qui ne comporte que des primipares, ou que des multipares afin d'être certains que les potentiels résultats soient effectivement liés au temps de séjour et non à la parité. En effet, plusieurs

études montrent que les primipares sont plus stressées, ont davantage de symptômes dépressifs et d'anxiété. A contrario, les multipares ont des connaissances et compétences plus élevées grâce à leur expérience antérieure, ce qui leur donne une plus grande confiance dans leur rôle parental (45,47,48). Enfin, l'étude des PROM's ne tient pas compte du suivi à domicile par la sage-femme. Pourtant, le KCE recommande un suivi postnatal rapproché, avec une visite par la sage-femme dans les 24 h lorsque la sortie a lieu avant les 3 jours de vie. Ce suivi permet une sécurité et une continuité des soins, qui pourraient influencer les résultats de santé des patientes, principalement sur les réadmissions néonatales et les dépressions postnatales (49). De ce fait, il aurait été judicieux d'inclure cette variable de confusion dans ce travail.

4. Perspectives et implication pour la pratique

Les résultats concernant la santé mentale sont intéressants. L'association observée pourrait encourager une approche centrée sur les préférences des patientes, lorsque leur état clinique et celui du nouveau-né permettent une sortie précoce en toute sécurité.

De futures études devraient être menées sur des échantillons plus importants afin de confirmer les résultats observés. Cela pourrait être encore en monocentrique, afin d'avoir des résultats propres aux hôpitaux et à leur population, mais également en multicentrique, afin de permettre une généralisation des résultats à la population liégeoise, wallonne, ou belge. Dans ces études, il serait d'ailleurs intéressant d'intégrer des informations plus détaillées sur le suivi postnatal, le soutien familial ou encore les conditions de retour à domicile, afin d'ajuster de manière plus précise les analyses.

Enfin, une évaluation économique permettrait de déterminer concrètement si la diminution du temps de séjour s'accompagne d'une diminution, stabilisation ou augmentation de la valeur en santé.

Conclusion

La réduction de la durée d'hospitalisation post-partum vise à favoriser un retour plus précoce au domicile tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. Cette étude avait pour objectif d'évaluer son impact sur les issues maternelles et néonatales ainsi que sur l'expérience des patientes au CHC MontLégia, à travers des données cliniques, des PROM's et des PREM's.

Les résultats montrent que le séjour écourté n'est pas associé à une dégradation des résultats maternels. Aucune différence significative n'a été observée concernant les complications, les consultations aux urgences ou la santé physique maternelle. Une meilleure santé mentale globale était toutefois observée dans le groupe séjour écourté après ajustement. En revanche, les réadmissions néonatales étaient plus fréquentes dans ce groupe, résultat à interpréter avec prudence compte tenu du faible nombre d'événements et de l'imprécision de l'estimation. La satisfaction des patientes était élevée dans les deux groupes, sans différence significative. La parité reste un élément important qui pourrait influencer grandement les résultats, voire davantage que le temps de séjour en lui-même.

Ainsi, dans la population étudiée, le séjour post-partum écourté semble compatible avec des résultats maternels globalement favorables et une expérience de soins positive, mais la sécurité néonatale, notamment le risque de réadmission, reste un point de vigilance. Enfin, cette étude ne permet pas de conclure directement à une diminution ou stabilisation de la valeur en santé, celle-ci nécessitant également la prise en compte des coûts totaux.

Références bibliographiques

1. Tency I, Vercoutere A, Haenens F, Van De Velde G, Naulaers G, Neels H, et al. Guideline multidisciplinaire des soins postnatals dans la première ligne de soins (partie 2) [Internet]. EB practice net; 2024 [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://ebpnet.be/fr/ebsources/8660>
2. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 6 sept 2017;17(1):289. doi:10.1186/s12884-017-1465-7 PubMed PMID: 28877667; PubMed Central PMCID: PMC5588709.
3. OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development [Internet]. [cité 28 mars 2025]. Durée de séjour à l'hôpital. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/length-of-hospital-stay.html>
4. Handley SC, Gallagher K, Lindgren E, Lo JY, Burris HH, Dysart KC, et al. Postpartum Length of Stay and Hospital Readmission Before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 1 mars 2022;139(3):381-90. doi:10.1097/AOG.0000000000004687 PubMed PMID: 35115443.
5. Kruse AR, Lauszus FF, Forman A, Kesmodel US, Rugaard MB, Knudsen RK, et al. Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. A randomized clinical trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1 mai 2021;100(5):955-63. doi:10.1111/aogs.14041
6. Berkane N. Early post-partum discharges: benefits, disadvantages and implementation methodology. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. févr 2015;44(2):119-25. doi:10.1016/j.jgyn.2014.07.009 PubMed PMID: 25201020.
7. Walia A, Friedman AM, Sobhani NC, Wen T. Readmission Rates After Expedited Postpartum Discharge. *Obstet Gynecol*. 1 sept 2024;144(3):421-9. doi:10.1097/AOG.0000000000005680 PubMed PMID: 39053005.
8. Goodwin L, Taylor B, Kokab F, Kenyon S. Postnatal care in the context of decreasing length of stay in hospital after birth: The perspectives of community midwives. *Midwifery*. 1 mai 2018;60:36-40. doi:10.1016/j.midw.2018.02.006
9. World Health Organization. WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience [Internet]. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022 [cité 7 mai 2025]. 242 p. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
10. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatrics & Child Health*. 19 nov 2018;23(8):515-22. doi:10.1093/pch/pxy127
11. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Saint-

- Denis; mars 2014 [cité 30 avr 2025]. p. 151. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nés
12. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev esc enferm USP*. juin 2011;45:758-63. doi:<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300030>
 13. Teulón González M, Martínez Pillado M, Cuadrado Martín MM, Rivero Martín MJ, Cerezuela Requena JF. Effectiveness of an early discharge program after normal childbirth. *Rev Calid Asist*. 2017;32(1):17-20. doi:10.1016/j.cali.2016.07.005 PubMed PMID: 27743936.
 14. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 juin 2021;6(CD002958):1-85. doi:10.1002/14651858.CD002958.pub2 PubMed PMID: 34100558; PubMed Central PMCID: PMC8185906.
 15. National Guideline Alliance. Length of postpartum stay: Postnatal care: Evidence review A [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [cité 4 mai 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571552/>
 16. Stas A, Breugelmans M, Geerinck L, Spinnoy A, Van Laere S, Gucciardo L, et al. Maternal satisfaction with reduced postnatal length of stay in Brussels: evidence from the KOZI&Home program. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 juin 2023;23(1):475. doi:10.1186/s12884-023-05740-0
 17. Plusquin C, Uvin V, Drakopoulos P, De Brucker P, Rosetti J, Francotte J, et al. Reduction of hospital stay at maternity unit: an evaluation of the impact on maternal and neonatal readmission. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2 janv 2020;40(1):46-52. doi:10.1080/01443615.2019.1603211
 18. Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early Postnatal Discharge for Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics*. sept 2020;146(3):e20193365. doi:10.1542/peds.2019-3365
 19. Boubred F, Herlenius E, Andres V, des Robert C, Marchini G. Hospital readmission after postpartum discharge of term newborns in two maternity wards in Stockholm and Marseille. *Arch Pediatr*. mars 2016;23(3):234-40. doi:10.1016/j.arcped.2015.12.011 PubMed PMID: 26899902.
 20. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2025 [cité 13 août 2026]. Indicateurs de qualité rapportés par les patients. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3306665/en/indicateurs-de-qualite-rapportes-par-les-patients
 21. Benson T. Measure what we want: a taxonomy of short generic person-reported outcome and experience measures (PROMs and PREMs). *BMJ Open Qual*. mars 2020;9(1):e000789. doi:10.1136/bmjoq-2019-000789

22. Desomer A, Van Den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Cleemput I. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy [Internet]. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); juill 2018 [cité 25 mai 2025]. Rapport KCE Report 303. Disponible sur: DOI: 10.57598/R303C
23. ICHOM. Pregnancy and childbirth. Data collection reference guide [Internet]. 2022 [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: www.ichom.org
24. Sultan P, Pandal P, Murthy A, Guo N, Farber MK, Toledo P, et al. Development and Validation of the Stanford Obstetric Recovery Checklist (STORK): A Delphi Consensus and Multicenter Clinical Validation Study. *JAMA Netw Open*. 17 avr 2025;8(4):e255713. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.5713
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 28 juin 2026]. Mesure de l'expérience rapportée par les patientes en maternité (e-Satis Mater). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3488360/fr/mesure-de-l-experience-rapportee-par-les-patientes-en-maternite-e-satis-mater
26. Panteli D, Quentin W, Busse R. Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [cité 14 août 2026]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549261/>
27. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*. 23 sept 1988;260(12):1743. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033
28. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Academic Medicine*. mai 2020;95(5):682. doi:10.1097/ACM.0000000000003122
29. Callander EJ, Teede H, Enticott J. Value in maternal care: Using the Learning Health System to facilitate action. *Birth*. 2022;49(4):589-94. doi:10.1111/birt.12684
30. Lopez MB. Valeur en santé - PROM's, PREM's, CROM's [Internet]. Value Based Healthcare - Institut Français. Disponible sur: <https://irp.cdn-website.com/e3a4e6be/files/uploaded/Valeur+en+Santé+-+PROMs+-+PREMs+-+CROMs.pdf>
31. Rasquin N. Exploitation de la base de données des séjours hospitaliers écourtés à la maternité du CHR Citadelle à Liège : quid des réadmissions néonatales ? [Master's thesis] [Internet]. Université de Liège; 2020. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2268.2/9280>
32. SPHSOutcomes.net [Internet]. [cité 28 mai 2026]. Interpreting PROMIS Scoring. Disponible sur: <https://sphsoutcomes.net/promis-scoring>
33. Demanche A, Michel L, Chabbert M, Wendland J. Version française du Postpartum Bonding Questionnaire. *Devenir*. 2021;33(4):287-310. doi:10.3917/dev.214.0287

34. Numiqo Team. Tutoriel sur l'alpha de Cronbachs - expliqué simplement [Internet]. Graz, Austria; [cité 1 août 2026]. Disponible sur: <https://numiqo.fr/tutorial/cronbachs-alpha>
35. Lindblad V, Kragholm KH, Eidhammer A, Melgaard D. Discharge time after birth is associated with parity - A retrospective cohort study. *Heliyon*. mars 2023;9(3):e14004. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14004 PubMed PMID: 36915540; PubMed Central PMCID: PMC10006520.
36. Mirghafourvand M, Alizadeh-Dibazari Z, Zarezadeh M, Abbasalizadeh S, Najmi LA. Maternal Satisfaction With Childbirth and the Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Birth*. 10 juin 2026;birt.70085. doi:10.1111/birt.70085
37. Weiss M, Ryan P, Lokken L, Nelson M. Length of Stay after Vaginal Birth: Sociodemographic and Readiness-for-Discharge Factors. *Birth*. juin 2004;31(2):93-101. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00286.x
38. Global Health Scoring Manual. PROMIS; 2021.
39. Dupuy A, Guillaume JC. Interpréter un intervalle de confiance. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. févr 2004;131(2):220. doi:10.1016/S0151-9638(04)93579-X
40. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 9 août 2026]. Hyperbilirubinémie néonatale - Pédiatrie. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/troubles-métaboliques-électrolytiques-et-toxiques-chez-le-nouveau-né/hyperbilirubinémie-néonatale>
41. Ni PK, Siew Lin SK. The role of family and friends in providing social support towards enhancing the wellbeing of postpartum women: a comprehensive systematic review: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2011;9(10):313-70. doi:10.11124/01938924-201109100-00001
42. Sharifipour F, Javadnoori M, Behboodi Moghadam Z, Najafian M, Cheraghian B, Abbaspoor Z. Interventions to improve social support among postpartum mothers: A systematic review. *Health Promot Perspect*. 20 août 2022;12(2):141-50. doi:10.34172/hpp.2022.18
43. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J, The McMaster University Postpartum Research Group. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve Maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and Physical Health. *Birth*. sept 2006;33(3):210-20. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00106.x
44. Yazdkhasti M, Kalhor M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Amirian A, et al. The association of psycho-economic factors with postpartum depression without significant medical complications for the mother and infant: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 févr 2026;26(1):345. doi:10.1186/s12884-026-08799-7
45. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Iravani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous

women. BMC Pregnancy Childbirth. déc 2021;21(1):642. doi:10.1186/s12884-021-04114-8

46. Groupe santé CHC [Internet]. [cité 9 août 2026]. Pôle mère-enfant. Disponible sur: <https://chc.be/Poles/Pole-mere-enfant>
47. Dol J, Richardson B, Grant A, Aston M, McMillan D, Tomblin Murphy G, et al. Influence of parity and infant age on maternal self-efficacy, social support, postpartum anxiety, and postpartum depression in the first six months in the Maritime Provinces, Canada. Birth. sept 2021;48(3):438-47. doi:10.1111/birt.12553 PubMed PMID: 34008241.
48. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. Sci Rep. 13 août 2019;9(1):11763. doi:10.1038/s41598-019-47881-3
49. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Verschueren M, et al. L'organisation des soins après l'accouchement: Synthèse [Internet]. 1^{re} éd. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2014 [cité 13 août 2026]. (KCE Reports). Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf doi:10.57598/R232BS

Annexes

Annexe 1 : Enquête de satisfaction à la maternité du CHC MontLégia

CHC
Clinique CHC
MONTLÉGIA

Enquête de satisfaction – MATERNITE

Madame, Mademoiselle,

Afin de toujours améliorer la qualité de nos services, nous vous invitons à nous faire part de votre avis au terme de votre séjour en maternité au travers de ce questionnaire anonyme. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de bien vouloir le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet. D'avance, nous vous en remercions.

La direction de l'hôpital

- Quel est votre âge ? ans Est-ce votre 1^{er} enfant ? ☐ Oui ☐ Non
- Où se sont principalement passées vos consultations de suivi de grossesse ?
☐ A l'hôpital ☐ Dans un cabinet privé ☐ A l'ONE ☐ Autre :
- Avez-vous participé à des séances d'informations prénatales organisées par l'hôpital ? ☐ Oui ☐ Non
Si non, pourquoi ? ☐ Pas reçu l'information ☐ Déjà bien informée ☐ Sujets pas intéressants
☐ Impossible de me déplacer ☐ Horaires pas adaptés ☐ Autre
- Avez-vous suivi une préparation à la naissance ? ☐ Oui, à l'hôpital ☐ Oui, ailleurs ☐ Non

Donnez votre appréciation sur une échelle allant de 1 à 5 (1 = très insatisfaite à 5 = très satisfaite). Si vous n'êtes pas concernée par l'aspect considéré, nous vous invitons à cocher la case NC (= Non Concernée).

DURANT VOTRE GROSSESSE :	Très insatisfaite ☹					Très satisfaite ☺	Non concernée
- La ou les consultation(s) chez le/la gynécologue	1	2	3	4	5		☐ NC
- La ou les consultation(s) chez la sage-femme de l'hôpital	1	2	3	4	5		☐ NC
- Les informations données sur le site Internet de la maternité ou dans la brochure	1	2	3	4	5		☐ NC
- La préparation à la naissance si suivie à l'hôpital	1	2	3	4	5		☐ NC
- Les informations concernant les conditions financières de votre hospitalisation	1	2	3	4	5		☐ NC
- Les informations pratiques concernant votre future hospitalisation	1	2	3	4	5		☐ NC

VOTRE ACCOUCHEMENT

- Cet accouchement était-il : ☐ spontané (non provoqué) ☐ induit (provoqué)
- Votre bébé est-il né par césarienne ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, était-elle programmée à l'avance ? ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous bénéficié d'une péridurale pour cet accouchement ? ☐ Oui ☐ Non
Délai entre la demande de votre péridurale et sa réalisation : ☐ Moins d'1h ☐ Entre 1h et 2h ☐ Plus de 2h
Est-ce que cela a permis de mieux vivre l'accouchement ? ☐ Oui, certainement ☐ Oui, un peu ☐ Non
- Avez-vous utilisé une autre méthode de soulagement de la douleur pour cet accouchement ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, laquelle ou lesquelles ? ☐ Relaxation ☐ Hypnose ☐ Accompagnement par un professionnel ou proche
☐ Baignoire ☐ Ballon ☐ Méopa (gaz) ☐ Autre :
- Est-ce que cela a permis de mieux vivre l'accouchement ? ☐ Oui, certainement ☐ Oui, un peu ☐ Non
- Votre gynécologue était-il présent pour votre accouchement ? ☐ Oui ☐ Non
- Aviez-vous un projet de naissance ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, a-t-il pu être respecté ? ☐ Oui ☐ Non
S'il n'a pu être respecté, pour quelle raison ?
- Avez-vous pu choisir votre position pour accoucher ? ☐ Oui ☐ Non, choix refusé ☐ Pas de choix exprimé

LORS DU SEJOUR A L'HÔPITAL, EN SALLE DE NAISSANCE :	Très insatisfaite ☹					Très satisfaite ☺	Non concernée
- L'accueil et l'accompagnement par les sages-femmes	1	2	3	4	5		☐ NC
- L'attention portée à votre accompagnant	1	2	3	4	5		☐ NC
- Les informations reçues tout au long du travail	1	2	3	4	5		☐ NC
- La prise en charge médicale par le/la gynécologue	1	2	3	4	5		☐ NC
- L'intervention de l'anesthésiste si appelé	1	2	3	4	5		☐ NC
- L'attention portée à votre douleur	1	2	3	4	5		☐ NC
- L'attention portée à votre intimité et votre pudeur	1	2	3	4	5		☐ NC
- L'attention portée à votre consentement lors des soins réalisés	1	2	3	4	5		☐ NC

DANS LE SERVICE DE MATERNITE, APRES LA NAISSANCE :	Très insatisfaite ☹	1	2	3	4	5	Très satisfaite ☺	Non concernée			
- Votre accueil, celui de votre bébé et de votre accompagnant	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- Le respect de votre intimité et de votre pudeur	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- La disponibilité du personnel soignant à votre égard	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'attention portée à votre douleur durant votre séjour	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'information reçue tout au long du séjour sur le déroulement de la journée	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- La sensibilité du personnel soignant à vos besoins et ceux de votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'information reçue tout au long du séjour sur la nature des soins et examens	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- Le respect du choix de l'alimentation de votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'accompagnement pour allaiter ou pour donner le biberon	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- La cohérence des informations reçues pour l'alimentation de votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'attention portée à la participation de l'accompagnant dans les soins de bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- La qualité des soins perçue durant le séjour pour vous et votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- En cas de besoin, la disponibilité de l'équipe médicale pour vous ou votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- La clarté des informations médicales reçues concernant :											
o l'évolution de votre état de santé et votre traitement éventuel	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
o l'évolution de l'état de santé de votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- Les informations reçues pour la sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, suivi)	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- Le confort et l'équipement de la chambre pour vous et votre bébé	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'entretien des locaux (chambre, couloirs, salle de séjour,...)	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- Les repas (qualité, quantité, variété,...) qui vous sont servis	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC
- L'organisation et la planification des horaires de visite	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐	5	☐	NC

EVALUATION GLOBALE :

- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfaite de votre séjour dans le service de maternité** ?
☐ ☹ Très insatisfaite ☐ Insatisfaite ☐ Neutre ☐ Satisfaite ☐ Très satisfaite ☺
- Recommanderiez-vous ce service de maternité** à des proches (famille, amis,...) ?
☐ ☹ Certainement pas ☐ Probablement pas ☐ Neutre ☐ Probablement ☐ Certainement ☺
- Vous êtes-vous sentie considérée par le personnel comme une **réelle partenaire dans votre prise en charge** ?
☐ ☹ Pas du tout ☐ Plutôt pas ☐ Neutre ☐ Plutôt oui ☐ Tout à fait ☺

- Après votre accouchement, dans quel type de chambre avez-vous séjourné ? ☐ Seule ☐ Commune
- Votre bébé a-t-il séjourné dans votre chambre après l'accouchement ? ☐ Oui ☐ Non
- Quel type d'alimentation avez-vous choisi pour votre bébé ? ☐ Lait maternel ☐ Lait artificiel
- Quelle a été la durée de votre séjour en maternité après votre accouchement ? jours
- Comment ressentez-vous votre départ de l'hôpital ? ☐ Trop rapide ☐ Au bon moment ☐ Trop tardif

INFORMATION ET ATTITUDE DU PERSONNEL	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non concernée
Le personnel de l'hôpital (dans son ensemble) :					
- s'est présenté à vous en vous donnant son nom (ou son prénom) et sa fonction dans l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
- a vérifié votre nom, prénom, date de naissance et bracelet d'identification lors des soins, examens et/ou intervention	☐	☐	☐	☐	☐
- a posé un bracelet d'identification au poignet de votre bébé et a vérifié son identité lors de sa prise en charge	☐	☐	☐	☐	☐

- Avez-vous des remarques ou suggestions par rapport à votre expérience ou pour améliorer les services proposés ?

.....

.....

Annexe 2 : Questionnaire PROMIS-10

PROMIS[®] Scale v1.2 – Global Health

Santé en général

Veillez répondre à chaque question en cochant une seule case par ligne.

		Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
Global01	Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global02	Dans l'ensemble, pensez-vous que votre qualité de vie est :	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global03	Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre santé physique ?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global04	Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre santé mentale, y compris votre humeur et votre capacité à réfléchir ?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global05	Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre satisfaction quant à vos activités et vos relations avec les autres ?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global09r	Dans l'ensemble, de quelle manière estimez-vous remplir vos activités habituelles avec les autres et votre rôle dans la société (que ce soit à la maison, au travail, dans votre environnement proche, ainsi que vos responsabilités en tant que parent, enfant, partenaire/conjoint(e), employé(e), ami(e), etc.) ? ...	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
		Totalement	Presque totalement	Moyenne-ment	Un peu	Pas du tout
Global06	Dans quelle mesure êtes-vous capable d'accomplir vos activités physiques quotidiennes comme marcher, monter un escalier, porter des sacs de courses ou déplacer une chaise ?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

French (Universal)
04 January 2017

© 2008-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group

Page 1 / 2

Au cours des 7 derniers jours...

		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours						
Global10r	A quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par des problèmes émotionnels comme se sentir anxieux(-se), déprimé(e) ou irritable ?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1						
		Aucune	Légère	Moyenne	Intense	Très intense						
Global08r	Comment évaluez-vous votre fatigue en moyenne ?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1						
Global07r	Comment évaluez-vous votre douleur en moyenne ?	☐ 0 Aucune douleur	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10 La pire douleur possible

Annexe 3 : Questionnaire PBQ

Annexe – Version française du *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ)

Consigne : choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez en ce moment. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse. Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

1. Je me sens proche de mon bébé	0	1	2	3	4	5
2. Je souhaiterais que les temps où je n'avais pas de bébé puissent revenir	0	1	2	3	4	5
3. Je me sens distante de mon bébé	0	1	2	3	4	5
4. J'aime faire des câlins à mon bébé	0	1	2	3	4	5
5. Je regrette d'avoir eu ce bébé	0	1	2	3	4	5
6. Le bébé ne semble pas être le mien	0	1	2	3	4	5
7. Mon bébé me tape sur les nerfs	0	1	2	3	4	5
8. Mon bébé m'irrite	0	1	2	3	4	5
9. J'aime mon bébé à la folie	0	1	2	3	4	5
10. J'aime jouer avec mon bébé	0	1	2	3	4	5
11. Mon bébé crie trop	0	1	2	3	4	5
12. Je me sens prise au piège en tant que mère	0	1	2	3	4	5
13. Je suis en colère contre mon bébé	0	1	2	3	4	5
14. J'en veux à mon bébé	0	1	2	3	4	5
15. Mon bébé est le plus beau bébé du monde	0	1	2	3	4	5
16. Je souhaiterais que mon bébé s'en aille d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3	4	5
17. Mon bébé me rend anxieuse	0	1	2	3	4	5
18. J'ai peur de mon bébé	0	1	2	3	4	5
19. Mon bébé m'agace	0	1	2	3	4	5
20. Je pense que la seule solution est que quelqu'un d'autre prenne soin de mon bébé	0	1	2	3	4	5
21. J'ai envie de faire du mal à mon bébé	0	1	2	3	4	5
22. Mon bébé est facilement consolé	0	1	2	3	4	5

0=Jamais; 1=Rarement; 2=Quelquefois; 3=Assez souvent; 4=Très souvent; 5=Toujours

Fiche informative – Votre voix améliore nos soins !

Pour continuer à vous offrir l'accompagnement le plus adapté, nous lançons une grande enquête sur l'expérience vécue par les parturientes à la maternité du MontLégia. Notre but est de comprendre concrètement comment se passe votre retour à la maison, particulièrement si votre séjour à la maternité a été de courte durée, afin d'évaluer l'impact de ce rythme sur la santé et le bien-être des mamans et des bébés.

Comment se déroule cette démarche ?

C'est très simple, sans rendez-vous, et cela ne vous prendra que quelques minutes. Nous prendrons d'abord en compte vos réponses à l'enquête de satisfaction que vous avez remplie à la maternité. Pour nous assurer de la sécurité de nos soins, nous analyserons quelques données médicales comme les éventuelles réadmissions ou les complications.

Afin de vérifier que vous entrez bien dans le cadre de ce projet d'amélioration, un accès sécurisé à votre dossier informatisé est nécessaire. Soyez rassurées, seules les informations strictement utiles seront consultées :

- Votre temps de séjour ;
- Votre date d'accouchement ;
- Le poids de votre enfant et son âge gestationnel à la naissance ;
- Le mode d'accouchement : voie basse ou césarienne.

Si votre profil correspond à cette enquête d'expérience, nous vous enverrons un e-mail 6 semaines après votre accouchement. Cet e-mail contiendra un lien vers un court questionnaire pour prendre de vos nouvelles. Vous recevrez aussi un document complet d'information et de consentement pour vous garantir confidentialité et respect de vos données.

Vous souhaitez partager votre expérience et participer à cette démarche d'amélioration ? Nous vous invitons à scanner le QR code ci-dessous !



Annexe 5 : Codebook des bases de données

Base de données 1 – PROMS et données cliniques

N = 110

ID	Identification maternelle
Age	Age en années
Acc	Date d'accouchement
Sortie	Temps de séjour en jour (le jour de naissance étant le jour 0)
TS	Temps de séjour → Standard = 0, écourté = 1
Parité	Nombre d'enfants vivants et/ou >500g → Primipare, multipare
Mode_acc	Mode accouchement → voie basse, césarienne
Mode_tra	Mode de travail → spontané = 0, induction = 1, césarienne programmée = 2
AG	Age gestationnel en semaines d'aménorrhée (SA)
Poids	Poids du nouveau-né à la naissance en grammes (g)
GMH	T-score global mental health du questionnaire PROMIS
GPH	T-score global physical health du questionnaire PROMIS
PBQ	Score total du questionnaire PBQ
PBQ_bi	Score du questionnaire PBQ avec un seuil de 14 → Normal (≥ 14), bas (< 14)
Réad_m	Réadmission maternelle → oui, non
Réad_b	Réadmission néonatale → oui, non
Com_m	Types de complications maternelles
Com_b	Types de complications néonatales
Urg_m	Consultations aux urgences maternelles → oui, non

Urg_b	Consultations aux urgences néonatales → oui, non
-------	---

Base de données n°2 – enquête de satisfaction

N = 194

ID	Identification maternelle
Sortie	Temps de séjour en jour (le jour de naissance étant le jour 0)
TS	Temps de séjour → Standard = 0, écourté = 1
Age	Age en années
Parité	Nombre d'enfants vivants et/ou >500g → Primipare, multipare
Mode_acc	Mode accouchement → voie basse, césarienne
Mode_tra	Mode de travail → spontané = 0, induction = 1, césarienne programmée = 2
Délai péridurale	Délai entre la demande de péridurale et la mise en place → Moins d'1h, entre 1h et 2h, plus de 2h
Gynéco	Présence du gynécologue à l'accouchement → oui, non
Respect projet	Respect du projet de naissance → oui, non
Position acc	Respect du choix de la position d'accouchement → pas de choix exprimé ; oui ; non, choix refusé
Intimité	Satisfaction respect de l'intimité → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5
Dispo	Satisfaction de la disponibilité du personnel soignant → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5

Douleur	Satisfaction de l'attention portée à la douleur → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5
Infos	Satisfaction des informations reçues : moyenne de 6 questions → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5
AM	Satisfaction de l'accompagnement de l'allaitement → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5
Qualité	Satisfaction de la qualité des soins → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite= 5
Global	Satisfaction globale du séjour → très insatisfaite = 1 , insatisfaite = 2, neutre = 3, satisfaite = 4, très satisfaite = 5
Reco	Recommandation du service → Certainement pas, probablement pas, neutre, probablement, certainement
Reco_2	Recommandation du service (regroupement) → non, neutre, oui
Partenaire	Ressenti comme patient partenaire → pas du tout, plutôt pas, neutre, plutôt oui, tout à fait
Départ	Ressenti sur le départ de l'hôpital → trop rapide, au bon moment, trop tardif
Identification	Identification du personnel → Jamais, parfois, souvent, toujours, NC
Identito_m	Identitovigilance maternelle → Jamais, parfois, souvent, toujours, NC
Identito_b	Identitovigilance bébé → Jamais, parfois, souvent, toujours, NC

Annexe 6 : Validation du comité d'éthique du CHU de Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 26 février 2026

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Elodie KLIPPERT
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
ULiège

Concerne : Votre demande d'avis au Comité d'Ethique

Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000181 ; Notre réf : 2025/653

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Impact d'un séjour hospitalier post-partum écourté sur les issues maternelles et néonatales au CHC MontLégia : étude de cohorte prospective."

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Copie au Promoteur : ULiège
Copie à la Direction de l'AFMPS

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe 7 : Validation du comité d'éthique du CHC MontLégia



COMITE D'ETHIQUE
MEDICALE

N° d'agrément
OM087

Comite.ethique@chc.be

Liège, le 19 février 2026

Mademoiselle
Faculté des Sciences de la Santé Publique
ULg

Président du Comité d'éthique médicale
Hospitalo-Facultaire Universitaire
du CHU de Liège

Président
Dr. René STEVENS
☎ 04/355.58.25
0492/97.75.01
rene.stevens@chc.be

Vice-présidente
Dr. Françoise KREUTZ
☎ 04/355.43.09
francoise.kreutz@chc.be

Secrétariat administratif
Pascale LECLERCQ
☎ 04/355.78.03
0493/28.26.81

Uniquement
Lundi et jeudi
de 9 à 17h.

Siège social
CHC asbl
Bvd Patience et Beaujonc 2
B-4000 LIÈGE
www.chc.be
04 355 50 00

Notre réf. : Etude n°26/03/1371 intitulée "Impact d'un séjour hospitalier post-partum écourté sur les issues maternelles et néonatales au CHC MontLégia : étude de cohorte prospective. **B7072025000181** " de Mademoiselle Elodie KLIPPERT, TFE de Master en Sciences de la Santé Publique, ULg.

Concernant l'étude susmentionnée, les documents suivants ont été examinés :

- ✓ Le formulaire de demande d'avis signé et daté du 19/01/2026,
- ✓ Le résumé du protocole, non daté,
- ✓ Le formulaire d'information et de consentement du (de la) patient(e), v.4 du 08/02/2026,
- ✓ La fiche informative, non datée,
- ✓ Les questionnaires PREM's et PROM's, non datés,
- ✓ Le CV de Mademoiselle Elodie Klippert, v. 1 datée du 12/10/2025, non signée.

Les membres du Comité (voir liste en annexe) ont approuvé ces documents et estiment que l'expérimentation prévue peut être poursuivie.

Toutefois quelques remarques ont été faites concernant l'ICF :
Pour une meilleure compréhension du titre, la formulation suivante pourrait être retenue : « Vous êtes invitée à participer à une étude clinique destinée à évaluer l'impact sur la mère et le nouveau-né du séjour écourté à l'hôpital suite à l'accouchement ».
La notion de post-partum est en effet souvent associée par le grand public à la dépression post-partum.
Le mot « invité » est neutre dans la phrase, est-ce en lien avec une réflexion sur la notion de genre ?

PL 14/04/2025

Annexe 8 : Cohérence interne des informations reçues (score total = 0,84)

Variable	Coefficient alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
Item 1	0,82
Item 2	0,82
Item 3	0,83
Item 4	0,80
Item 5	0,80
Item 6	0,82

Annexe 9 : Association entre le séjour post-partum écourté et la satisfaction des patientes – Régressions logistique ordinale et binaire – Base de données « Enquête de satisfaction » - IC95 %

	OR (IC95 %) brut	p-valeur	OR (IC95 %) ajusté*	p-valeur
Identification du personnel	1,01 (0,44-2,45)	0,91	NA	NA
Identitovigilance maternelle	1,06 (0,58-1,95)	0,99	NA	NA
Identitovigilance bébé	0,77 (0,36-1,72)	0,99	NA	NA
Intimité	2 (0,71-7,17)	0,23	NA	NA
Disponibilité	0,84 (0,35-2,19)	0,71	NA	NA
Douleur	2,27 (0,71-10,08)	0,21		
Informations reçues	1,76 (0,94-3,39)	0,08	NA	NA
Accompagnement allaitement	1,08 (0,48-2,62)	0,86	NA	NA
Qualité des soins	2,18 (0,70-9,88)	0,22	NA	NA
Patient partenaire	5,03 (1,41-32,15)	0,03	4,56 (0,86-34,70)	0,09
Ressenti au départ de l'hôpital	0,59 (0,26-1,37)	0,21	NA	NA

Annexe 10 : Association entre le séjour post-partum écourté et les facteurs explicatifs – Régressions logistique binaire, ordinale et régression multiple

		OR (IC95 %) brut	p-valeur	OR (IC95 %) ajusté*	p-valeur
Réadmissions néonatales	Oui N = 47	Séparation complète	0,99	NA	NA
Score PBQ	Élevé N = 47	0,44 (0,07-3,56)	0,39	NA	NA
Patiente partenaire	N = 88	4,80 (0,97-35,04)	0,07	NA	NA
		$\beta \pm SE$ brut	p-valeur	$\beta \pm SE$ ajusté*	p-valeur
Score PBQ	N = 47	-4,77 $\pm$ 2,15	0,03	-5,05 $\pm$ 2,25	0,22
T-score GMH	N = 47	3,80 $\pm$ 1,75	0,04	4,93 $\pm$ 1,52	< 0,001

*Ajustement avec les variables âge, âge gestationnel, poids de naissance, mode d'accouchement et mode de travail