

Université de Montréal

Suivi postnatal à domicile après un congé précoce :
Critères de sélection et Appréciation du délai

Par
Sophie Pomerleau

Département de Médecine Sociale et Préventive
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès Science (M. Sc.)
en Santé communautaire
option recherche

Août 2008

©, Sophie Pomerleau, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Suivi postnatal à domicile après un congé précoce :
Critères de sélection et Appréciation du délai

Présenté par :
Sophie Pomerleau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Marc Brodeur
président-rapporteur

Lise Goulet
Directrice de recherche

Danielle D'Amour
Membre du Jury

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, la satisfaction des utilisateurs des services de santé est reconnue comme une mesure de la qualité des soins. Au Québec, le congé précoce en obstétrique constitue la norme pour les mères ayant donné naissance à un bébé en santé. Selon la littérature, cette pratique n'entraîne pas de répercussions négatives pour la santé des mères et de leur nouveau-né à condition qu'un suivi adéquat soit assuré. D'autre part, bien qu'il semble que la diminution de la durée du séjour hospitalier soit appréciée par les mères, peu de données sont disponibles relativement aux caractéristiques menant à l'appréciation du suivi postnatal. *Objectifs* : Cette étude s'intéresse principalement à la première visite à domicile effectuée par une infirmière suite au congé précoce en obstétrique. Dans un premier temps, elle vise à tracer un portrait des mères en fonction du délai de la première visite à domicile et, dans un second temps, à connaître les facteurs associés à l'appréciation, par les mères, du délai de cette visite. *Méthode* : Les données de cette étude ont été recueillies au Québec, entre janvier 2002 et janvier 2003, lors d'une enquête téléphonique effectuée auprès de mères de bébés nés en santé, un mois suivant leur accouchement vaginal sans complication (n=1548). Pour nos analyses, nous avons retranché les mères ayant eu une durée de séjour de plus de 60 heures, une grossesse de moins de 37 semaines et un bébé pesant moins de 2500 g à la naissance. Notre échantillon se compose donc de 1351 mères. *Résultats* : 86,2 % des mères ont reçu une offre de visite à domicile. La majorité (80,2 %) des mères ont reçu la visite dans les trois premiers jours suivant leur retour à la maison, dont près du tiers (28,1 %), dans les 24 premières heures. Comparativement aux mères visitées au deuxième ou troisième jour suivant le congé, celles visitées dans les 24 premières heures ont jugé la durée de séjour hospitalier trop courte (p=0,018) et reçu un appel de l'infirmière qui a duré plus longtemps (p=0,009). De plus, au moment du congé, elles perçoivent leur bébé en moins bonne santé (p=0,029). Elles ont aussi accouché d'un bébé plus petit (p=0,052) qui a tendance à avoir présenté des signes d'ictères pendant le séjour hospitalier (p=0,100). D'autre part, la majorité des mères (86,4 %) disent que le délai de la première visite à domicile est adéquat alors que 11,6 % le jugent trop court et 2,3 % trop long. Pour les mères visitées au premier jour, l'analyse multivariée révèle que certaines caractéristiques et certains besoins sont associés à la perception que le délai de la visite est trop court : une seule visite postnatale, un revenu familial de plus de 40 000 \$, la perception que la durée de séjour est trop longue et le fait de ne pas

allaiter. Pour les mères qui reçoivent la visite au deuxième et troisième jour, ce sont, seulement, le fait d'avoir été au rendez-vous médical et le fait d'avoir reçu une seule visite qui sont associés à la perception que le délai de la visite est trop court. *Pour conclure*, au Québec, le programme de suivi postnatal universel semble en mesure d'offrir une visite à domicile dans les délais prescrits à une majorité de mères. Les résultats de cette étude suggèrent que le délai de la première visite à domicile n'est pas optimal pour toutes les mères et permettent d'envisager que certaines mères auraient souhaité recevoir une seconde visite plus tardivement au cours de la période postnatale. D'autres recherches devront être effectuées afin de parfaire nos connaissances relativement au moment idéal pour réaliser les interventions postnatales.

Mots clefs : Satisfaction, appréciation des utilisateurs, qualité des soins, programme universel, suivi postnatal, congé précoce en obstétrique, visite à domicile, délai de la visite, provision des services.

ABSTRACT

Patient satisfaction is now recognized as part of a measure of quality of care. In Québec, early discharge following normal delivery is common practice. Early discharge was proven to have no impact on the mother's and baby's health status when adequate follow-up is ensured. Women seem to appreciate early discharge but few studies have explored the factors contributing to the expression of satisfaction regarding home visits in the context of postnatal early discharge. *Objectives:* This study has two main objectives. First, we want to identify which characteristics are associated with the delay of the first postnatal visit. Second, we want to determine which factors are contributing to the appreciation of the visit's delay. *Methods:* Data were obtained through a telephone survey conducted in the province of Quebec between January 2002 and January 2003. Mothers that had a normal vaginal delivery and a healthy baby were reached one month after giving birth (n=1548). For analysis purposes, mothers with length of stay above 60 hours, less than 37 weeks of pregnancy and a newborn weighing less than 2500 g at birth were cut off leaving a sample of 1351 mothers. *Results:* 86.2% of the mothers have been offered a postnatal visit. Most women (80.2%) received a home visit within three days and almost a third (28.1%) within the first 24 hours after hospital discharge. When compared to the mothers who received the visit within 2 or 3 days, mothers that received a visit within the first 24 hours found the hospital stay too short (p=0.018) but received a longer telephone call by the nurse (p=0.009). These mothers gave birth to smaller babies (p=0.052) whom also presented jaundiced while being in the hospital (p=0.100). Finally, at discharge, these mothers perceive their baby to be less healthy (p=0.029).

On the other end, 86.4 % of all mothers are satisfied with the delay of the first postnatal visit, while 11.6% of them found it too short and 2.3% too long. For the mothers visited the first day, logistic regression analysis reveals that some characteristics as: having only one postnatal visit, a family income of more than 40 000\$, perceived hospital stay as too long and not breastfeeding, are significantly associated with the perception of having a visit too soon after hospital discharge. For mothers visited on the second or third day after discharge, the perception that the delay was too short is only significantly associated with having a baby's medical appointment within the first two weeks and one postnatal visit. *Conclusion:* Quebec's postnatal visit program seems to offer a visit within an adequate length of time for the majority of mothers. Results of this study

suggest that the time after the hospital discharge for the first visit might not be optimal for all mothers. This allows us to consider that some mothers would have appreciated a second postnatal visit. Further studies are needed to pursue analysis of the delays between discharge and the first visit in order to better meet the needs of mothers.

Keywords: Satisfaction, user evaluation, quality of care, universal program, postnatal care, postpartum early discharge, home visit, timing, service provision

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p.1
RECENSIONS DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE	p.5
1.1 La période postnatale	p.6
1.1.1 Congé précoce	p.6
1.1.2 Les besoins des mères pendant la période postnatale	p.7
1.1.3 Facteurs de vulnérabilité	p.8
1.1.4 Rôle du suivi postnatal	p.8
1.1.5 Répercussion du congé précoce	p.12
1.2 L'évaluation par l'utilisateur des services de santé	p.14
1.2.1 Historique	p.14
1.2.2 Cadre de l'évaluation des soins	p.15
1.2.2.1. Cadre de l'évaluation des soins de santé	p.15
1.2.3. Le concept de satisfaction	p.16
1.3 Modèles théoriques de la satisfaction	p.18
1.3.1 .Les attentes	p.18
1.3.2 La satisfaction et théories des attentes	p.19
1.3.2.1 Théorie des attentes.	p.19
1.3.2.2 Modèle de l'assimilation et du contraste.	p.20
1.3.2.3 La zone de tolérance.	p.20
1.3.2.4 Théorie de la non-confir­mation des attentes.	p.21
1.3.3 Les Besoins	p.22
1.3.4 Satisfaction et les Besoins	p.23
1.3.4.1. Modèle de l'utilisation des services de santé.	p.23
1.3.5 Déterminants de la satisfaction	p.26
1.3.5.1 Les caractéristiques des soins	p.26
1.3.5.2. Caractéristiques des patients	p.27
1.3.5.3. Les états de santé	p.27
1.3.5.4. Les attentes	p.28
1.4. L'appréciation des services de santé dans le cadre du congé précoce en obstétrique	p.28
1.4.1 Les facteurs associés à l'appréciation des mères portant sur les services offerts en obstétrique	p.29
1.4.1.1 Les caractéristiques des mères	p.30
1.4.1.2 Les états de santé.	p.30
1.4.1.3 Les caractéristiques du suivi postnatal	p.31
1.5 Cadre de référence et hypothèses de recherche	p.35
2- MÉTHODE	p.37
2.1 Stratégie de recherche	p.38
2.1.1 Population à l'étude	p.38
2.2 Variables à l'étude et définitions opérationnelles	p.39
2.2.1 Variables d'intérêt	p.39
2.2.2 Variables indépendantes : caractéristiques de la population	p.40
2.2.2.1 Les caractéristiques des mères:	p.40
2.2.2.2 Attentes et besoins:	p.40
2.3 Analyse	p.42
2.3.1 Objectifs de l'étude	p.42
2.3.2 Stratégie d'analyse	p.43
2.4 Considérations éthiques	p.45

3- RÉSULTATS	p.46
3.1 Critères de sélection des mères pour la première visite à domicile	p.47
3.1.1 Processus menant à la première visite à domicile	p.49
3.1.2 Comparaison du profil des mères ayant reçu l'offre de visite avec celui de celles n'ayant pas reçu de visite.	p.51
3.1.3 Profil des mères n'ayant pas reçu de visite à domicile.	p.53
3.1.4 Facteurs de priorisation des mères en fonction du délai de la 1re visite à domicile.	p.55
3.1.4.1 La norme de 72 heures	p.55
3.1.4.2 Caractéristiques des mères sélectionnées pour la visite précoce	p.55
3.2 L'appréciation du délai de la visite par les mères.	p.57
3.2.1 Délai effectif de la première visite à domicile et appréciation du délai de la visite	p.58
3.2.2 Caractéristiques de mères et appréciation du délai de la première visite à domicile	p.58
3.2.3 Facteurs influençant l'appréciation du délai de la visite	p.59
3.2.3.1 Visite à 1jour	p.59
3.2.3.2 Visite à 2 ou 3 jours	p.66
 4- DISCUSSION	 p.71
4.1 Sélection des mères	p.72
4.2 Appréciation du délai de la visite	p.74
4.3 Sélection des mères et appréciation du délai	p.75
4.4 Forces et limites de l'étude	p.78
4.5 Retombées	p.80
 CONCLUSION	 p.82
 RÉFÉRENCES	 p.84
 Appendice A : Tableau 3	 p.i
Appendice B : Tableau 4	p.iv
Appendice C : Tableau 7	p.vii
Appendice D : Tableau 9	p.xi
Appendice E : Tableau 11	p.xiii

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux :

1-Population à l'étude	p.49
2-Comparaison des profils des mères en fonction de l'offre de visite	p.52
3-Comparaison du profil des mères ayant refusé la visite avec celles n'ayant pas reçu la visite pour d'autres raisons	Appendice A
4-Critères de priorisation des mères pour la première visite : norme 72 heures	Appendice B
5-Critères de sélection des mères prioritaires pour la visite à domicile	p.56
6-Délai effectif de la visite et la perception du délai de la visite	p.58
7-Facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite	Appendice C
8-Facteurs de l'appréciation du délai de la visite : première visite à 1 jour	p.61
9-Matrice de corrélation des variables retenues pour l'analyse de la perception d'adéquation du délai de la visite effectuée au 1 ^{er} jour	Appendice D
10-Visite effectuée à 1 jour : Facteurs associés à perception d'un délai trop court pour la première visite postnatale	p.64
11-Matrice de corrélation des variables retenues pour l'analyse de la perception d'adéquation du délai de la visite effectuée au 2 ^e ou 3 ^e jour	Appendice E
12-Visite au deuxième ou troisième jour: facteurs de l'appréciation du délai de la visite	p.67
13-Visite effectuée au 2 ^e ou 3 ^e jour : Facteurs associés à la perception d'un délai trop court de la première visite postnatale	p.70

LISTE DES FIGURES

Figure :

1- Zone de tolérance	P.20
2- Cognitive affect model of satisfaction (Oliver, 1993)	P.22
3- Modèle de l'utilisation des services de Santé (Aday & Anderson, 1974)	P.24
4- Cadre de référence	P.35
5- Processus menant à la première visite à domicile.	P.48

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de service communautaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
AM	Allaitement Maternel
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.
CÉTS	Conseil d'évaluation des technologies de la santé au Québec
RC	Rapport de Cote
OLO	Programme de la fondation OLO offrant quotidiennement un œuf, un litre de lait, un verre de jus d'orange et un supplément de vitamines et minéraux aux femmes enceintes économiquement et socialement défavorisées.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice Lise Goulet pour son encadrement, ses conseils et sa grande disponibilité.

Je remercie aussi mes proches et, plus particulièrement, mon conjoint, pour leur soutien constant pendant la rédaction de cet ouvrage.

Enfin, j'adresse un merci bien spécial à Arnaud, Alice et Romane qui, par leur entrée dans la vie, m'ont permis de vivre l'expérience de la maternité et ont contribué au sens donné à cette recherche.

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années dans les pays industrialisés, les soins en obstétrique ont été progressivement marqués par des changements de pratiques entraînés par l'adoption des programmes de congé précoce. C'est aux États-Unis que ces changements furent initiés suite aux pressions des compagnies d'assurances qui souhaitaient voir diminuer les durées de séjour et conséquemment les coûts liés aux hospitalisations (Brumfield, 1998; Kotagal, Schoettker, Atherton, Bush & Hornung, 2002). Dans les pays où le système de santé est subventionné par l'État, c'est aussi, le contrôle des coûts qui explique le virage vers l'adoption du congé précoce en obstétrique (Société Canadienne de Pédiatrie, 1996). Par conséquent, la réduction de la durée de séjour hospitalier suite à un accouchement a forcé une réorganisation des soins postnatals, jusqu'alors donnés à l'hôpital, en les dirigeant vers la communauté (Hunter & Larabee, 1998).

Le Canada et le Québec n'ont pas échappé à cette tendance et aujourd'hui le congé précoce constitue la norme en obstétrique. Ainsi, au Québec, la durée moyenne de séjour suite à un accouchement vaginal sans complication est passée progressivement de 3,1 jours en 1994-95, à 2,8 en 1995-96, à 2,5 en 1996-97, et à 2,4 jours en 1997-98; pour ensuite se maintenir (MSSS, 2001). Le congé précoce d'un bébé normal est défini par l'Association des pédiatres du Québec comme « un congé après un séjour de 48 heures pour un accouchement vaginal et avant 96 heures pour une césarienne (Guay, Guillemette, Poitras & Saintonge, 1996). » Ainsi, les programmes de congé précoce en obstétrique ont vu le jour pour donner suite aux recommandations et lignes directrices émises par les autorités telles que la Société canadienne de pédiatrie et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Ces programmes ont pour but d'assurer que la diminution de la durée de séjour hospitalier suite à un accouchement n'entraîne pas une dégradation de l'état de santé et du bien-être des mères et des nouveau-nés (Société canadienne de Pédiatrie, 1996). Au Québec, un suivi postnatal systématique doit être assuré après le congé précoce en obstétrique. Le mandat d'effectuer le suivi à domicile est confié aux CSSS et leurs CLSC respectifs. Les recommandations encadrant le suivi à domicile stipulent :

Qu'une visite systématique devrait être effectuée, pour toutes les mères, avant le troisième jour suivant le congé de l'hôpital. [...] À défaut de pouvoir effectuer cette visite dans le délai prescrit, un appel doit être fait à toutes les mères le lendemain du retour à la maison. (MSSS 1999, p. 24).

Ces directives visent principalement le dépistage précoce de problèmes de santé chez la mère et son bébé.

Plusieurs études ont été effectuées afin d'évaluer les répercussions de l'adoption de la réduction du temps de séjour en obstétrique et ainsi vérifier que cette pratique permet d'offrir des soins de qualité à la clientèle obstétricale. Ces études s'intéressent à l'impact du congé précoce sur la santé de la mère et du nouveau-né et à la satisfaction des mères. Il n'existe pas de consensus quant aux risques attribuables au congé précoce. Certaines études concluent que le congé précoce entraîne une hausse des réadmissions et de la mortalité des nouveau-nés (Liu, Clemens, Shay, Davis & Novack 1997; Malkin, Broder, & Keeler 2000; Malkin, Garber, Broder & Keeler 2000), alors que d'autres concluent qu'il a peu ou pas d'effet sur les réadmissions et l'utilisation des services de santé (Kotagal, Atherson, Eshett, Shoettker & Perlstein, 1999; Madden, et al. 2002). Toutefois, il ne semble pas que le congé précoce ait un effet néfaste sur la santé des mères et des nouveau-nés lorsque les critères d'admissibilité au congé précoce sont respectés; et qu'un suivi approprié est effectué (Brown, Bruinsma, Darcy, Small & Lumney, 2004; Danielson, Calstle, Damberg & Gould, 2000; Geiger, Peitti & Yao, 2001; Meara, Kotagal, Atherson & Lieu, 2004; Oddie, Hammal, Richmond & Parker, 2005; Sainz Bueno et al., 2005; SOGN, 2007; Sword, Watt, & Krueger, 2001; Yanicki, Hassellback, Sandiland & Jensen-Ross, 2002). Les études portant sur la qualité des services reçus telle que perçue par les utilisateurs se sont principalement attardées à la portion intrapartum du congé précoce (Downwell, Renfrew, Gregson & Hewison, 2001). De plus, lorsque l'objet d'étude est l'appréciation du suivi postnatal, la plupart des devis de recherche sont de type observationnel et, dans plusieurs cas, les mères ont pu choisir entre un séjour traditionnel et le congé précoce ou encore choisir le type de suivi postnatal ce qui joue en faveur d'une perception favorable des services reçus (Brumfield et al. 2001; Perssen & Dyke, 2002; Sword, Watt & Krueger, 2004; Tran, Young, Phung, Hillman & Willcocks, 2001). Il est généralement reconnu que le suivi effectué par une infirmière dans le cadre du congé précoce en obstétrique entraîne de la satisfaction chez les mères. Toutefois, Nielson et Wamback (2003) soulignent que la plupart des études mesurant le niveau de satisfaction des mères rapportent des niveaux de satisfaction globale des soins ne permettant pas d'évaluer les aspects spécifiques de ces soins. De plus, il est fréquent que les études qui s'intéressent à la mesure de la satisfaction ne donnent pas d'information quant aux facteurs potentiellement liés à l'expression de la satisfaction par les utilisatrices des services postnatals, notamment les caractéristiques et les besoins des mères. Il est donc difficile de savoir ce que les mères expriment réellement

lorsqu'elles se disent satisfaites. Finalement, il semble que le moment de la visite à domicile ne soit pas toujours optimal (Sword et al.2004).

Dans le contexte actuel où les ressources de santé tant humaines que matérielles sont limitées, il apparaît primordial de vérifier que les ressources mises en oeuvre pour la visite à domicile sont utilisées de façon optimale dans le cadre du suivi postnatal systématique. Ainsi, nous croyons que les mères qui reçoivent ces services sont les mieux placées pour évaluer l'adéquation des services reçus. Notre étude examine le suivi postnatal et, plus particulièrement, le délai de la première visite à domicile. Elle s'intéresse à la sélection des mères par les intervenantes, pour la première visite à domicile, et à la perception qu'ont les mères du délai de la visite. Plus précisément, nous avons pour objectifs de :

- 1- Décrire le processus d'offre de service menant à la première visite à domicile
- 2- Identifier les critères de priorisation des mères pour la première visite à domicile
- 3- Décrire la relation qui existe entre le délai effectif et la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile.
- 4- Identifier les facteurs associés à la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile

Les résultats de cette étude nous permettront d'évaluer la capacité du système de soins à répondre aux normes de pratique encadrant la première visite à domicile et de déterminer si le délai de la première visite suivant le congé précoce répond aux besoins des mères.

1- RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

Tout d'abord, ce chapitre vise à faire le tour d'horizon de la littérature touchant à nos objectifs de recherche. Ainsi, en premier lieu nous aborderons les éléments importants qui marquent la période postnatale soit le congé précoce, les besoins des mères, les facteurs de vulnérabilité, et, enfin, le rôle du suivi précoce et les répercussions du congé précoce pour la mère et l'enfant. En second lieu, nous présenterons les assises théoriques et les définitions des concepts relatifs à l'évaluation par les utilisateurs des services de santé, ainsi que les principaux déterminants de la satisfaction. Finalement, nous ferons un survol de l'état des connaissances relativement à l'appréciation des services de santé dans le cadre du congé précoce en obstétrique.

1.1 La période postnatale

1.1.1 Congé précoce

Au Québec, la pratique du congé précoce en obstétrique a été adoptée dans la foulée du virage ambulatoire au début des années 1990. Ce changement se traduit par une réduction de la durée de séjour et un déplacement des services postnatals de l'hôpital vers la communauté soit les CSSS et CLSC. Selon l'Association des pédiatres du Québec (1995), le congé précoce d'un bébé normal correspond à un séjour 48 heures ou moins suivant un accouchement vaginal et de moins de 96 heures suivant une césarienne sans complication.

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS, 1999) a émis des recommandations quant au suivi postnatal systématique à offrir dans le cadre du congé précoce en obstétrique qui visent à prévenir l'augmentation des complications chez la mère et le nouveau-né, à soutenir l'allaitement maternel, à permettre le dépistage de maladies métaboliques du nouveau-né et à éviter une augmentation de l'utilisation des services de santé. Les critères d'admissibilité au congé précoce sont : une mère en bonne santé, une grossesse et un accouchement sans complication, un bébé normal de poids suffisant ($\geq 2500\text{g}$), né à terme (≥ 37 semaines) (MSSS, 1999). De plus, les professionnels de la santé doivent s'assurer que la mère et l'enfant ont reçu tous les soins et examens nécessaires (enseignements, examens physiques, épreuves de laboratoire), que les parents sont capables d'assurer les soins de l'enfant; que les besoins de soutien et de suivi, pour les 48 premières

heures suivant le congé, ont été évalués et qu'il est possible d'y répondre en utilisant les ressources familiales ou communautaires. On doit aussi avoir informé les parents des ressources disponibles après le congé et un suivi postnatal doit être organisé. Enfin, la réadmission au centre accoucheur en cas d'urgence doit être assurée pour les sept premiers jours de vie de l'enfant et des mesures doivent être prévues pour en faciliter l'accès à la mère (MSSS, 1999).

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1999), un suivi postnatal adéquat est constitué d'une visite systématique et rapide à domicile dans les 72 heures suivant le retour à domicile. On ajoute que, dans le cas où il serait impossible de respecter ce délai, un appel téléphonique doit être fait dans les 24 premières heures suivant le retour au domicile « *cet appel doit permettre de vérifier les besoins et les inquiétudes de la mère, les besoins du bébé ainsi que de procéder aux références nécessaires, notamment lorsqu'il y a des difficultés reliées à l'allaitement* » (MSSS, 1999, p.24). Enfin, un service téléphonique accessible en tout temps (Infosanté) permet de compléter le service offert aux parents de nouveau-nés.

1.1.2 Les besoins des mères pendant la période postnatale.

La période postnatale représente une importante période de transition pour la mère, particulièrement pour la primipare (Mc Veigh, 1997). Cette période est marquée par d'importants changements physiques, psychologiques et sociaux auxquels la mère doit s'adapter (Ball, 1994; Brown & Lumley, 1998). Ainsi, le soutien du partenaire, de la famille, des amis, d'autres mères et des professionnels de la santé sont des facteurs ayant une influence sur le processus d'adaptation au rôle de mère (Ball, 1994; Barclay, Everitt, Rogan, Schmied & Willie, 1997). Pour la mère, ce processus d'ajustement fera naître de nouveaux besoins qui évolueront au fil de la période postnatale. Pendant la période d'hospitalisation postnatale, les mères se préoccupent principalement de leurs propres besoins de santé. Entre le troisième et le cinquième jour suivant le congé, les mères se préoccupent des soins à donner au bébé et entre le cinquième et le dixième jour, c'est l'allaitement maternel, les conséquences de l'accouchement pour leur santé, le développement et la santé de l'enfant qui sont au cœur de leurs préoccupations (Ruchala, 2000; Stainton, Murphy, Higgins, Nyberg & Ritchie, 1999). La majorité des mères ont, à la

fois, besoin de repos et de tranquillité pour leur permettre de prendre soins d'elle-même et de leur bébé et de savoir qu'une personne soignante, professionnelle ou non, est disponible pour répondre à leurs besoins d'information et de soutien (Brown & Lumley 1998, Fredriksson, Högberg & Lundman, 2003; Nyberg, Bernerman Sternhufvud, 2000). De façon générale, les besoins d'information englobent les sujets qui doivent être couverts pendant la période prénatale et la période postnatale immédiate (intrapartum). Ces besoins réfèrent aux connaissances relatives aux signes de maladie du nouveau-né, aux soins et au développement de l'enfant, aux changements et soins physiques de la mère ainsi qu'aux changements émotionnels, à l'allaitement maternel, à l'alimentation au biberon, aux services communautaires, à la sexualité et à l'adaptation familiale (Bowman, 2005).

La parité influence nettement le degré d'importance attribué aux besoins (Berger & Cook, 1996). Une étude ayant pour but d'explorer les besoins de soutien des primipares (Wilkins, 2006) rapporte qu'une fois de retour à la maison, les mères vivent d'abord une période accompagnée de sentiments d'inquiétude, de doute et d'incompétence où elles concentrent leur attention sur les meilleurs soins à apporter au bébé.

Les primipares sont principalement préoccupées par la fatigue, leur image corporelle, la douleur de leurs seins, l'alimentation, le comportement et les signes de maladie de leur bébé. Les multipares s'intéressent principalement aux connaissances liées à la fatigue, à l'adaptation familiale, l'introduction du nouveau-né à la fratrie et le développement de l'enfant « traduction libre » (Farbman Moran, Holt & Martin, 1997, p.27).

À la 7^e semaine postnatale, les primipares et les multipares ont toujours des besoins différents. Ainsi, comparativement aux multipares, les primipares souhaitent recevoir plus d'information relativement aux soins du bébé alors que les multipares sont plus centrées sur leurs propres besoins de santé. De plus, dans ces deux groupes le fait d'être jeune, moins éduquée et d'avoir peu de soutien social est associé à de plus grands besoins d'information particulièrement pour les multipares. Donc, les mères qui ont un plus haut niveau de soutien de la part de leur famille et de leurs amis ont significativement moins de besoins d'informations que les autres (Farbman Moran, et al. 1997).

1.1.3 Facteurs de vulnérabilité

Par conséquent, les facteurs de vulnérabilité relatifs à l'adaptation postnatale et aux complications et réadmissions doivent être considérés lors de la préparation du congé précoce pour permettre la mobilisation des ressources nécessaire à un suivi postnatal adéquat. Ces facteurs de risque ont trait à l'enfant (petit poids à la naissance, signes d'ictère et autres problèmes de santé, comportement alimentaire difficile), aux caractéristiques de la mère (jeune âge de la mère, niveau d'éducation, primiparité, monoparentalité), à son état de santé physique ou mentale (césarienne, antécédents de problème de santé mentale, handicap, fatigue, signes de difficulté d'attachement, premier allaitement maternel, allaitement maternel difficile) et au contexte dans lequel évolue la famille de l'enfant (pauvreté, immigration récente, isolement, violence, difficultés conjugales, absence de soutien social et toxicomanie) (ANAES, 2004, CETS ,1997 ; Danielson et al., 2000; Edmonsons, Stoddard & Owen 1997; ; Edwards, McKay, & Schweitzer, 1992; Johnson, Jin & Truman, 2002; Kotagal et al. 1999; Liu al. 1997 ; Negger, Golberg, Cliver & Hauth, 2002; Paul, Lehman, Hollenbeak & Maisels, 2006; Seguin, Bouchard, Denis & Loïselle 1999, Sword & Watt, 2005, ; Sword Watt & Krueger, 2006).

1.1.4 Rôle du suivi postnatal

Le suivi postnatal doit permettre d'évaluer l'état de santé de la mère et du bébé, de parfaire l'enseignement, de soutenir l'allaitement et de répondre aux besoins des mères (Malnory, 1997). Ainsi, l'un des mandats du suivi postnatal est de compléter l'enseignement reçu à l'hôpital, car la réduction de la durée de séjour a aussi réduit le temps disponible à l'hôpital pour offrir l'enseignement à la mère. Notons que la période postnatale immédiate n'est d'ailleurs pas le meilleur moment pour l'assimilation de nouvelles connaissances relatives au retour domicile, car ces dernières sont, pendant cette période, plus préoccupées par leurs propres besoins physiques. Selon Rubin, la plupart des mères ne sont pas prêtes pour l'apprentissage de nouvelles connaissances concernant leur état et celui de leur nouveau-né avant le troisième jour suivant la naissance (Rubin, 1967, 1967b, 1977). Ensuite, le retour à la maison dans les 48 heures suivant la naissance implique que la mère n'aura pas de soutien de la part de professionnels au moment de la montée laiteuse qui se

produit généralement entre le deuxième et le quatrième jour suivant la naissance. Il importe de s'assurer que l'allaitement est adéquat, car la réussite de l'allaitement est un facteur déterminant du risque de réadmission des nouveau-nés souffrant d'ictère et de déshydratation (CÉTS, 1997). C'est généralement autour du troisième jour de vie que l'ictère néonatal apparaît chez le nouveau-né (Braveman, 1996; CÉTS.1997). Enfin, bien que l'on ne retrouve pas dans la littérature de consensus quant à la composition du suivi postnatal adéquat (Eaton, 2001), il semble que l'absence de suivi postnatal universel représente un risque pour la santé de la population. Ainsi, une revue de la littérature effectuée par le CÉTS (1997) révèle qu'entre 9 et 29 % des mères et des nouveau-nés ne sont pas revus au rendez-vous de suivi dans les programmes où aucun suivi systématique n'est prévu.

Il apparaît que le moment opportun pour recevoir une visite à domicile diffère d'une mère à l'autre, car les besoins dépendent du niveau d'aide reçu et du temps pendant lequel cette aide est disponible. Ainsi, l'efficacité de la visite à domicile effectuée par une infirmière dépend de l'intensité des interventions et du synchronisme (timing) des visites (Ciliska et al., 1996).

Notons l'étude de Sword et Watt. (2005) qui semble démontrer que certains besoins des mères ne sont pas comblés par les interventions postnatales. Cette étude réalisée en Ontario comporte plusieurs buts soit premièrement d'identifier les principales préoccupations des mères présentes pendant le séjour hospitalier et les besoins d'apprentissages non comblés à quatre semaines suivant le congé. Deuxièmement, de comparer les différences entre les préoccupations et les besoins d'enseignement non comblés des mères socioéconomiquement défavorisées et favorisées. Enfin, de souligner les différences entre les préoccupations des mères présentes à l'hôpital avec les besoins d'informations à la quatrième semaine suivant le retour à la maison. Au total, 1 250 mères à faible risque (accouchement vaginal, bébé en santé) ont rempli un questionnaire à l'hôpital et 71,2% (890) ont répondu à une enquête téléphonique lors de la quatrième semaine suivant le congé. Le revenu familial annuel a été utilisé comme proxy pour la mesure du statut socioéconomique. Pour l'étude, le seuil de 20 000 \$ a été fixé pour définir le profil socioéconomique ($< 20\ 000\ \$$ versus $\geq 20\ 000\ \$$). Ainsi, les auteurs soulignent que lors du séjour hospitalier, les préoccupations les plus fréquentes, énoncées par près du tiers des mères des deux groupes, sont liées aux soins de l'enfant et à l'allaitement. Une différence

statistiquement significative est présente seulement pour trois thématiques soit, les besoins émotifs, les changements relatifs à la sexualité et l'alimentation au biberon. Ces besoins ont été identifiés plus souvent par les mères de statut socioéconomique précaire. Ensuite, les besoins prioritaires énoncés par toutes les mères lors de l'entrevue téléphonique (4 semaines) sont les signes de maladie chez l'enfant, les soins et le comportement de l'enfant et les changements physiques et les soins de la mère. Les mères désavantagées sont plus nombreuses, pour chacun des besoins sondés, à avoir rapporté au moins un besoin d'apprentissage (selon les catégories, elles sont entre 27,8% à 64,1 % à avoir trouvé des besoins non comblés comparativement à 17,4% à 54.0 % pour les mères ayant un revenu de plus de 20 000; la différence entre ces deux groupes de mères s'avère non significative seulement pour les besoins liés à l'allaitement maternel). Lorsque, pour chaque groupe de mères, la différence entre les besoins énoncés à l'hôpital et ceux énoncés à 4 semaines après le congé est regardée, l'augmentation la plus marquée a trait aux sujets liés aux soins et au comportement de l'enfant, les signes de maladie et les changements au niveau de la sexualité. L'augmentation du besoin d'information est particulièrement notée chez les mères défavorisées : au-delà de 30 % ont identifié ces besoins (allaitement maternel : 12,7 % au congé contre. 30,2 % à 4 semaines, $p=0,001$; soins à l'enfant et comportement; 20,8% à 51,2%, $p<0,001$; signes de maladie : 32,5% à 64,1 %, $p<0,001$; changements physiques et soins de la mère :19,3% à 50,8%, $p<0,001$, changements émotifs de la mère :25,9% à 46,9%, $p<0,001$; sexualité : 12,7 % à 45,3%, $p<0,001$ et les changements familiaux : 13,7 % à 39,1%, $p<0,001$). Alors que pour les mères favorisées la différence entre les deux temps est peu marquée pour allaitement (35,8% à 33,5%, $p=0,528$), cette différence se situe significativement entre 9,5% et 24,1% pour les autres types de besoins; $p<0,008$). Certaines lacunes limitent la portée des résultats. D'une part, les mères à l'étude représentent un groupe à faible risque de complications médicales. D'autre part, le choix du seuil de revenu de 20 000 \$, puisqu'il ne tient pas compte de la taille de la famille, est discutable. Une meilleure catégorisation de la variable revenu aurait probablement permis d'obtenir des données plus sensibles représentant mieux des réalités différentes. Ensuite, l'utilisation du revenu familial comme indice du profil socioéconomique est imparfaite et ne représente qu'une partie de la réalité que constitue être « socioéconomiquement défavorisé ». Il aurait été intéressant d'inclure d'autres variables telles que le lieu d'habitation, l'ethnicité, le soutien disponible pour permettre une meilleure description de la réalité vécue par les mères. Il est aussi noté que la parité n'a pas été considérée, alors

qu'il est reconnu que cette variable a une influence sur les besoins (Berger & Cook, 1996; Nyberg & Bernerman Sternhufvud, 2000). Somme toute, cette étude est pertinente, car elle souligne que les mères ont plusieurs besoins d'information non comblés, particulièrement chez les mères défavorisées, à un moment où elles ne reçoivent plus ou peu de soutien de la part des professionnels de la santé (4 semaines postnatales). Finalement, les résultats de cette étude sont facilement transférables à la réalité québécoise et supportent donc l'importance d'une ressource disponible en tout temps telle que la ligne téléphonique d'Infosanté.

Ensuite, les auteurs d'une revue de la littérature nord-américaine portant sur les effets du soutien postnatal (Shaw, Levitt, Wong & Kaczorowski, 2006) concluent que le suivi postnatal (visite à domicile, « case conferencing », visite chez le pédiatre) permet d'améliorer les connaissances parentales, le degré de confiance, et l'interaction parent-enfant ainsi que la santé mentale maternelle chez les mères qui présentent certains facteurs de risque (faible revenu, primiparité, risque de dysfonctionnement familial).

1.1.5. Répercussion du congé précoce

La pratique du congé précoce en obstétrique n'est pas particulière au contexte québécois, elle est aussi présente dans de nombreux pays occidentaux. L'adoption du congé précoce en obstétrique a donc suscité l'intérêt de nombreux chercheurs et fait l'objet de nombreuses études visant à évaluer la qualité de cette pratique. Les études portant sur la qualité du congé précoce en obstétrique peuvent être regroupées en deux grands thèmes soit les études effectuées dans le but de vérifier les répercussions du congé précoce pour les mères et leurs nouveau-nés et celles qui visent à mesurer la qualité de cette mesure telle que perçue par les utilisatrices des services de santé.

Pour le nouveau-né.

Les causes les plus fréquentes de complications et de réadmissions chez le nouveau-né suite au congé précoce sont par ordre d'importance, l'ictère, les problèmes associés à l'alimentation comme la déshydratation et les problèmes d'allaitement, et les infections cutanées et respiratoires (CETS, 1997; Braveman, Egerter, Pearly, Marchi & Miller, 1995). Plusieurs études ont démontré que les nouveau-nés ayant reçu un congé précoce ou très précoce (journée même de la naissance) ont un risque accru de réadmission pendant la

première semaine suivant le retour à la maison (Brown et al. 2004 ; CETS 1997; Johnson, Jin & Truman, 2002; Lane, Kauls, Ickovics, Naftolin & Feinstein, 1999; Liu, Wen Mcmillan, Trouton, Fowler & McCourt, 2000; Malkin. Broder & Keeler, 2000; Malkin Garber, Broder & Keeler, 2000; Millar, Gloor, Welligton & Jovbert, 2000). D'autres études relèvent peu ou pas de différence entre le nombre de réadmissions des nouveau-nés ayant eu un congé précoce et les groupes contrôles (Grullon & Grime, 1997; Kotogal, Atherson, Bragg, Lippeert, Donovan & Perlstein, 1997; Lieu, Braveman, Escolar, Fisher, Jensvold & Capra, 2002; Madden et al., 2002). Il importe de souligner que certaines études ayant évalué l'impact du congé précoce n'ont pas trouvé d'augmentation du risque pour la santé des nouveau-nés lorsqu'un suivi adéquat est assuré (Brown et al. 2004; Brumfield et al. 2001; Danielson et al. 2000; Liu et al. 1997; Oddie et al. 2005; Sainz Bueno et al. 2005; Yanicki et al. 2002; Roberts et al., 2001). Finalement, il est difficile de comparer les études portant sur les risques associés à la pratique du congé précoce, car les conditions dans lesquelles le congé est accordé varient. Dans certaines études, le suivi est inexistant, ou n'est pas universel. Dans d'autres cas, les mères étudiées ont choisi le type de séjour, ou de suivi. Ainsi, les résultats provenant d'études ayant examiné les réadmissions des nouveau-nés dans le cadre du congé précoce sont inconsistants et ne permettent pas de conclure à un risque accru (Sword et al. 2004).

Pour les mères.

Bien que les complications et les réadmissions maternelles soient rares, les principales complications et sources de réadmission des mères dans le cadre du congé précoce sont des complications d'ordre clinique et psychosociale comme les problèmes d'allaitement (mastite, engorgement, muguet) et la dépression post-partum. Il est démontré que le congé précoce en obstétrique n'entraîne pas d'effet sur la morbidité maternelle (Sainz Bueno et al. 2005; SOGN, 2007). Cependant, la littérature actuelle ne semble pas trouver d'association entre le court séjour et les réadmissions maternelles (Liu, Heaman, Kramer, Demissie Wen & Marcoux, 2002; Yanicki et al. 2002), la dépression postnatale (Brown et al., 2004; Thompson, Roberts, Currie & Ellwood, 2000) et l'arrêt de l'allaitement (Brown et al., 2004; Quinn, Koepsell & Haller 1997; Waldenstrom & Aarts, 2004; Yanicki et al., 2002). Dans certaines études, le congé précoce est même associé à une amélioration des résultats de santé : soit une diminution des réadmissions maternelles (Meikle, 1998), une diminution

du risque de dépression postnatale (James et al. 1987) et même a une plus forte prévalence de l'allaitement maternel à trois mois (Sainz Bueno et al. 2005). Toutefois, certains auteurs suggèrent qu'encore trop peu d'études se sont intéressées à la question de l'évaluation de l'impact du congé précoce sur la santé physique et mentale des mères (Brown et al. 2004; Thompson Robert & Ellwood, 1999). Finalement, la pratique du congé précoce comporte aussi des avantages qu'il importe de soulever. Cette pratique favorise l'attachement entre la mère et l'enfant (ANAES, 1994; CÉTS, 1997) en plus de diminuer le risque d'infections nosocomiales pour la mère et le nouveau-né (ANAES, 1994; CETS, 1997). De plus, il semble que la diminution du séjour hospitalier soit appréciée par les mères (Sainz Bueno et al. 2005).

Ainsi, il semble que la pratique du congé précoce n'a pas ou peu d'effets sur les états de santé des mères et des nouveaux lorsqu'un suivi est assuré, mais ce suivi permet-il aussi de répondre aux besoins des mères et des familles? Aujourd'hui, le point de vue de l'utilisateur des services de santé fait partie intégrante de la mesure de la qualité des soins. Ce point de vue permet aux décideurs d'améliorer les soins afin qu'ils répondent mieux aux besoins et priorités de la clientèle. Dans les sections qui suivent, nous aborderons l'historique de cette mesure et le cadre dans lequel elle est mesurée. Ensuite, nous présenterons le concept de satisfaction des utilisateurs, les principaux modèles théoriques et les déterminants rattachés à l'expression de l'appréciation des services et soins de santé.

1.2 L'évaluation par l'utilisateur des services de santé.

1.2.1. Historique

L'inclusion de l'opinion des patients dans la mesure de la qualité des services est relativement récente et a gagné en popularité au cours des trente dernières années. Elle fut d'abord étudiée aux États-Unis où un système de santé privé domine et où l'offre de services de santé constitue un marché de la concurrence entre les divers établissements (Hunter & Larrabee 1998; Sitzia & Wood 1997). Dans les pays où un système de santé public prédomine, c'est au cours des années 80 que le point de vue des utilisateurs de services fut graduellement ajouté dans les mesures de qualité des services de santé suite aux pressions des patients maintenant informés de leurs droits (Sitzia & Wood, 1997). Par

conséquent, les services de santé durent mettre en place des mesures leur permettant de répondre aux besoins et aux demandes des utilisateurs et de se faire plus transparents (Williams, 1994). La reconnaissance de l'opinion des utilisateurs de services marque un changement dans les pratiques de soins. Le patient est maintenant reconnu comme un participant actif dans ses soins par rapport au rôle traditionnel de dépendance et passivité envers le soignant. Pour illustrer ce rôle participatif, dans le domaine des services sociaux et de la santé communautaire, l'utilisation du terme patient est remplacée par les termes client ou utilisateur de services (Sitzia & Wood, 1997).

La légitimation du rôle actif joué par la personne soignée a entraîné l'apparition d'une nouvelle mesure de la qualité des soins et services de santé, soit la perception du client (Hall et Dornan, 1988). Dans la littérature, ce domaine d'étude se retrouve principalement sous le thème de « patient satisfaction » que nous traduirons aussi par appréciation des utilisateurs de services. L'inclusion de l'opinion du client entraîne une révision des objectifs de soins, car ce qui est considéré comme important pour l'utilisateur de service de santé peut différer de ce qui l'est pour les professionnels de la santé (Bond & Thomas 1991; Kerssens, 1994; Williams, 1998).

L'évaluation des soins de santé par les utilisateurs est une mesure de la perception de leur expérience de soins et elle est traitée, à la fois comme une mesure des résultats de soins (care outcome) et une mesure de la qualité des soins (Aharony, 1993; Thi Nguyen, 2002; Williams, 1994; William & Calan, 1991). Enfin, cette mesure est devenue très courante, car la satisfaction semble associée à une meilleure adhésion aux traitements, à une plus grande assiduité aux visites de suivi et à de meilleurs résultats de santé. (William, 1994). Ainsi, l'opinion de l'utilisateur de service représente un outil important pour l'administration, la planification et la recherche.

1.2.2. Cadre de l'évaluation des soins

1.2.2.1 Cadre de l'évaluation des soins de santé

Avant de présenter les définitions et modèles rattachés au concept de la satisfaction, il semble important de présenter le contexte dans lequel l'évaluation de la qualité est effectuée. Donabedian (1980a) est l'un des premiers à avoir élaboré un cadre permettant de

définir les soins de santé, cadre qui ensuite sert à définir les bases de la qualité des soins (Campbell, Roland & Buetow, 2000). Son modèle est l'un des modèles d'évaluation de la qualité des services de santé parmi les plus populaires. Il se compose de trois éléments qui sont en interrelation soit la structure, le processus (process) et les résultats (outcomes). La structure réfère à l'organisation des soins et les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins et services de santé, elle inclut les ressources matérielles, les ressources humaines et l'organisation des ressources (Donabedian, 1988). La structure a un impact direct sur le processus et les résultats, car elle est nécessaire à la dispensation des soins : sans équipement, infrastructure ou personnel qualifié, les soins ne peuvent pas être offerts (Campbell, et al., 2000). Le processus représente le contact entre l'utilisateur des soins et des services de santé et la structure des soins : le système prodigue des soins et l'utilisateur les reçoit (Donabedian, 1988). Les résultats représentent la finalité du contact d'un utilisateur avec les soins de santé, ils sont la conséquence des soins reçus l'impact des soins sur les états de santé (Donabedian, 1980). Ainsi, autant la structure que le processus peuvent influencer plus ou moins directement les résultats ou encore n'avoir aucun lien avec l'issue de la maladie. Le résultat est l'aspect le plus important de l'évaluation, il n'est pas simplement une mesure de l'état de santé ou de bien-être du patient, il représente les changements des états de santé attribuables aux soins de santé reçus (Sitzia & Wood, 1997).

1.2.3. Le concept de satisfaction

« La mesure de la satisfaction des utilisateurs de services de santé permet d'examiner le processus de délivrance des soins, de décrire leur point de vue et d'évaluer les soins prodigués « traduction libre » Fitzpatrick, 1984. »

Tout d'abord, il importe de souligner que la définition du concept de la satisfaction ne fait toujours pas l'unanimité. Diverses théories et hypothèses ont été et sont encore étudiées afin d'améliorer la compréhension des mécanismes menant à l'expression de la satisfaction ainsi que la signification de cette mesure (Avis, 1995; Hills & Kitchen 2007; Hudak, Hogg-Johnson, Bombardier, McKeever & Wright, 2004; Sitzia & Wood, 1997; William, 1994). Conséquemment, dans la littérature, on retrouve diverses dimensions qui semblent rattachées à l'expression de la satisfaction sans toutefois que ces dimensions soient toujours supportées par un modèle théorique (Avis, 1997; Bisset & Chensson, 2000; Carr-Hill, 1992; Hills & Kitchen, 2007). La mesure de la satisfaction pose également

problème (Mazor, Clauser, Field, Yood & Gurwitz, 2002) : lorsque questionnés sur leur degré de satisfaction, la quasi totalité des utilisateurs sont satisfaits des soins reçus (Abramowitz, Coté & Berry, 1987 ; Jones, Leneman, & Maclean, 1997; William, 1994; William, 1998; Dufrene ,2000). Ce manque de variabilité dans les réponses est attribuable au fait qu'on mesure l'appréciation générale des soins (Williams, 1998) plutôt que d'évaluer des aspects spécifiques des soins (Nielson & Wamback, 2003). Pour expliquer ce fait, William (1994) émet l'hypothèse que l'insatisfaction est seulement exprimée lorsqu'un événement extrêmement négatif se produit. En effet, une plus grande variabilité dans les réponses est obtenue lorsque les patients sont questionnés sur des aspects spécifiques des soins de santé (Fitzpatrick, 1984, Rubin, Ware, Nelson & Melerko, 1990). Enfin, la plupart des théories relatives à la satisfaction des utilisateurs de services de santé s'inspirent de la littérature liée au domaine du marketing et de l'étude du comportement des consommateurs (Newsome & Wright, 1999). Toutefois, il semble que la réalité des soins et services de santé est plus complexe que celle du monde de la consommation.

1.2.3.1 Définitions

Il est généralement reconnu que la satisfaction est un concept multidimensionnel déterminé par plusieurs facteurs (Sitzia & Wood, 1997). La satisfaction est définie comme l'évaluation, par le client, des services reçus et des résultats obtenus. Pour Donabedian (1966, 1988), la satisfaction est une mesure importante et fondamentale de la qualité des soins car elle donne de l'information sur la capacité du dispensateur de soins à répondre aux attentes les plus importantes des clients (Donabedian (1966,1988) et permet aux dispensateurs de soins d'élaborer ou de réviser les objectifs prioritaires d'amélioration du système de soins afin d'offrir des services qui répondent aux attentes et besoins de la clientèle (Donabedian 1988). L'auteur considère la satisfaction comme un résultat souhaité, représentant l'expression du jugement porté sur tous les aspects des soins et services de santé. Selon lui, la dimension interpersonnelle issue du contact du client avec les professionnels de la santé est l'aspect qui influence le plus l'expression de la satisfaction (Donabedian, 1988). Fitzpatrick (1984), quant à lui, reconnaît l'aspect multidimensionnel de la satisfaction, mais soutient que le concept de satisfaction n'est pas un concept unique constitué de plusieurs déterminants. Selon lui, il existe trois modèles indépendants de satisfaction qui sont chacun fortement associés à un seul déterminant. Ainsi, l'expression de

la satisfaction dépend dans un premier modèle des attentes sociales ou culturelles, dans le second, de la résolution du problème de santé qui représente la principale préoccupation de l'individu : un traitement ou un professionnel est évalué seulement en fonction de l'effet produit sur l'état de santé de la personne. Enfin, le troisième modèle suppose que les utilisateurs de services de santé sont incapables de juger de la compétence technique des professionnels et conséquemment, leur évaluation s'effectue en observant les comportements affectifs et les habiletés de communication des professionnels de la santé

Le Petit Larousse (2008) définit le terme satisfaction ainsi : *1— Action de satisfaire une réclamation, un besoin, un désir. 2— Contentement, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire.* Le terme satisfaire, quant à lui, est défini comme suit : *1 — répondre à la demande de quelqu'un; contenter. 2— Agir de façon à contenter un désir, à assouvir un besoin.* Suite à la lecture de ces définitions, il est possible de dégager deux concepts clefs qui semblent déterminer la satisfaction soit les attentes et les besoins. Selon Hills & Kitchen (2007), pour atteindre la satisfaction de la clientèle, il importe que la personne soignée transmette ses attentes et ses besoins propres envers les soins de santé aux intervenants et que ceux-ci soient sensibles à leur expression. Pour Linder-Pelz (1982a), la satisfaction représente les évaluations positives de divers aspects des soins de santé. Donc, le degré de satisfaction est l'expression d'une attitude, d'une réponse émotionnelle qui dépend, à la fois, des aspects qu'un individu s'attend à rencontrer dans ses soins et de l'évaluation qu'il fait de ces aspects.

1.3 Modèles théoriques de la satisfaction

1.3.1 Les attentes

Les attentes sont présentes dans les ouvrages de nombreux auteurs. Stimson & Webb (1975) figurent parmi les premiers à avoir suggéré que le degré de satisfaction exprimée dépend de la perception des bénéfices liés aux soins et de la capacité de ces soins à satisfaire les attentes et besoins des patients (Abramowitz et al., 1987; Campbell et al., 2000; Handler, Rosenberg, Kristiane & Kelley, 1998; Sitzia & Wood, 1997; William 1998). Les attentes sont considérées comme un élément clef de la satisfaction ou de l'insatisfaction des patients envers leurs soins de santé (Abranowitz, 1987; Labaree, Engle & Tolley, 1995; William, 1994).

La littérature suggère que des attentes comblées, suite au contact avec le système de soins, sont associées à une meilleure satisfaction et même à de meilleurs résultats de santé (outcome) (Jackson, Chamberlin & Koenke, 2001; Sitzia & Wood, 1997). Aussi, les attentes d'un individu ne sont pas constantes : elles varient selon les connaissances et les expériences des individus. Au fil des contacts avec le réseau de la santé, les attentes d'un même individu pourront se modifier (Sitzia & Wood, 1997). Bond & Thomas (1992) notent que les attentes ne dépendent pas simplement de l'individu, mais aussi des services de santé. L'amélioration de la qualité des soins peut augmenter le niveau des attentes. Les attentes sont généralement définies comme des représentations cognitives issues et soutenues par un ensemble de croyances (Thompson & Sunol, 1995). Ces croyances peuvent être normatives, c'est-à-dire qu'elles représentent ce qui doit ou devrait arriver ou prédictives soit ce qui est réaliste, pratiqué ou anticipé. Ces dernières sont influencées par les expériences de l'individu, sa culture, ses caractéristiques ou d'autres sources de connaissances (Punthmatharith, Buddharat & Kamlangdee, 2007, Thompson & Sunol, 1995).

1.3.2 La satisfaction et les théories des attentes

Plusieurs auteurs ont cherché à établir un lien entre l'expression de la satisfaction et la capacité des services à répondre aux attentes. Les modèles liés aux attentes occupent une place importante dans la littérature et figurent parmi les plus étudiés (Zwick, Pieters & Baumgartner, 1995). Dans ces modèles, la satisfaction est exprimée en termes de congruence entre les attentes d'une personne envers les services et les services réellement reçus (Pascoe, 1983 ; William, 1994).

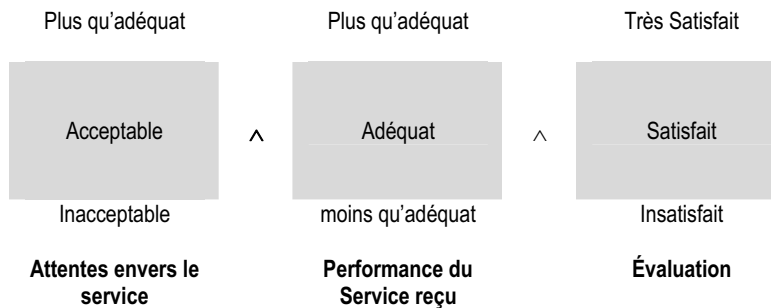
1.3.2.1 Théorie des attentes.

L'une des théories souvent utilisée dans les travaux portant sur le degré de satisfaction des utilisateurs est la théorie des attentes. Selon cette théorie, le degré de satisfaction dépend de l'écart entre les résultats obtenus dans la réalité et ceux désirés (Linder-Pelz, 1982a) Plus l'écart est petit, plus le niveau de satisfaction est grand. Selon cette théorie, les personnes ayant des attentes modestes envers la qualité et l'accès aux soins de santé auront un seuil de satisfaction plus bas c'est-à-dire qu'elles demandent peu pour exprimer de la satisfaction (Linder-Pelz, 1982a).

1.3.2.2 Modèle de l'assimilation et du contraste.

Un autre modèle portant sur les attentes est celui de l'assimilation ou du contraste élaboré par Anderson (1973). Ce modèle cherche à expliquer pourquoi les consommateurs disent qu'ils sont satisfaits même si leurs attentes n'ont pas été comblées. Selon cette théorie, lorsque la performance du produit ou service diffère seulement un peu des attentes, les individus ont tendance à minimiser cet écart et à considérer que le produit ou service répond à leurs attentes. Toutefois, si cette différence est grande (soit positive, soit négative) l'individu aura tendance à exagérer l'écart. Ainsi, dans le cas où les attentes envers le produit ou service sont faibles et que la performance perçue est élevée, l'individu surévaluera la qualité perçue du produit; dans le cas inverse où la personne est déçue du produit ou service, la qualité perçue sera sous-évaluée. Cette théorie pourrait expliquer, en partie, les hauts taux de satisfaction retrouvés dans la littérature.

A- Zone de tolérance étendue



B- Zone de tolérance étroite

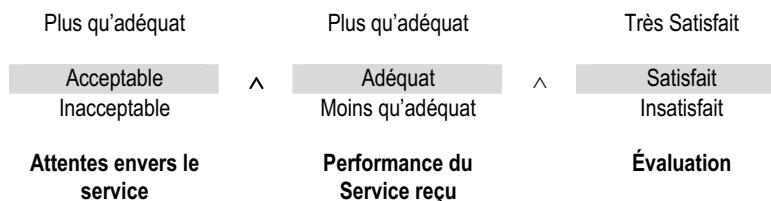


Figure 1 : Zone de tolérance (tiré de Johnson, 1995)

1.3.2.3 la zone de tolérance.

Le modèle de la zone de tolérance (Figure 1) quant à lui, propose que les consommateurs ou utilisateurs de service entretiennent différents types d'attentes caractérisées par divers niveaux. Le modèle élaboré par Zeithaml et Bitner (1993) identifie trois types d'attentes. Le premier, le service désiré est défini comme le niveau de service

que la personne, dans un idéal, espère recevoir. *C'est un mélange de ce que l'individu estime que le service « peut être » et de ce qu'il « devrait être » « traduction libre »* (Zeithaml, Berry & Parasuman, 1993, p.6). Le deuxième, le service adéquat représente les attentes minimales que tolère l'individu pour juger le service acceptable. Enfin, le troisième, le service prédit, équivaut au niveau de service que l'individu croit probable de recevoir. La zone de tolérance est une marge dans laquelle les gens ne portent pas une attention particulière au niveau de la performance du service et où ils acceptent l'existence d'une variation possible de la qualité du service. Selon cette théorie, la satisfaction ou l'insatisfaction est exprimée lorsque la performance du service se situe en dehors de la zone de tolérance (adéquate). L'étendue de cette zone varie en fonction de l'implication de la personne dans la prise de décision : plus la personne est impliquée, informée, plus la zone de tolérance est étroite (Johnson, 1995). De plus, Zeithaml et Bitner (1993) introduisent l'idée que l'étendue des zones de tolérance varie selon la priorité accordée aux divers aspects des services évalués.

1.3.2.4 Théorie de la non-confirmation des attentes.

Enfin, l'une des théories dominantes dans les soins de santé est la théorie de la non-confirmation des attentes (expectancy-disconfirmation theory) développée par Oliver (1980) présentée à la figure 2. Selon cette théorie, la confirmation ou la non-confirmation est le résultat de la différence entre les attentes initiales envers un produit ou service, et la performance réelle de ce produit ou service. On parle de non-confirmation lorsqu'il existe un écart entre les attentes et la performance. Ainsi, l'effet des attentes sur le niveau de satisfaction sera plus élevé si les attentes sont non confirmées de façon positive : le niveau de satisfaction sera plus élevé si les soins reçus sont meilleurs qu'anticipés (non-confirmation positive). La personne sera satisfaite aussi si les soins sont tels qu'anticipés (confirmation). Alors que la personne sera insatisfaite s'ils sont pires qu'anticipés (non-confirmation négative). De plus, selon cette théorie, l'expression de la satisfaction dépend aussi directement des attentes, de la performance du produit ou du service et de la réponse émotionnelle suivant le contact avec le produit ou service. Oliver (1993) intègre, de plus, dans son modèle, les concepts liés aux théories de l'équité d'Adams (1963) et de l'attribution d'Heider (1958). Selon, la théorie de l'équité, les individus jugent le caractère juste ou injuste de leurs gains suite à une transaction ou un échange social en les comparant à ceux

obtenus par d'autres individus socialement semblables (Adams 1963). La théorie de l'attribution, quant à elle réfère au processus inné par lequel un individu explique les événements et les comportements en leur attribuant un lien causal (Weiner ,1985).

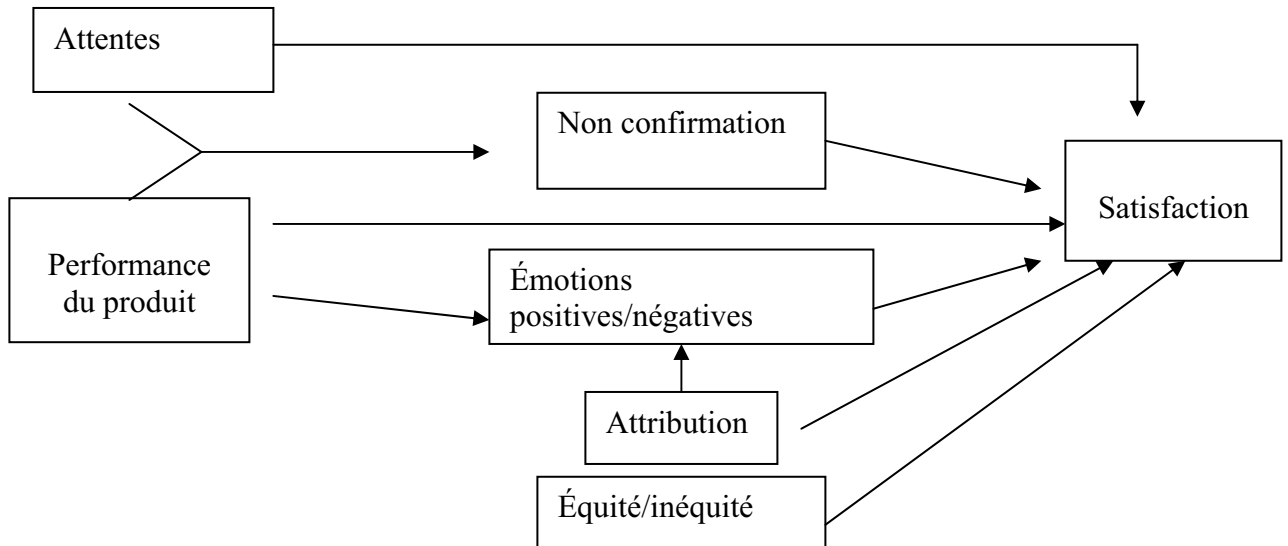


Figure 2: *Cognitive affect model of satisfaction* (source Oliver, 1993)

1.3.3. Les Besoins

Le besoin est un construit théorique intangible qui ne peut qu'être prouvé indirectement. Ainsi, selon Lederer (1980), un besoin est déterminé en fonction des facteurs qui entraînent de la satisfaction ou de l'insatisfaction. L'appréciation des soins et services semble liée à la capacité des services à combler (satisfaire) les besoins de la clientèle. Dans la littérature relative à la qualité des soins de santé, on retrouve deux sources de besoins soit ceux identifiés par les soignants et ceux évoqués par les utilisateurs de services. Les besoins identifiés par le personnel soignant, suite à l'évaluation de l'état de santé ou des facteurs de risque de l'individu, réfèrent à des normes de pratiques basées sur les connaissances scientifiques (Anderson, 1995).

La notion de besoins est présente dans les études s'intéressant aux facteurs menant à l'utilisation des services de santé. Selon la théorie des besoins (Maslow, 1970; Alderfer 1969), l'être humain cherche à développer son plein potentiel, c'est donc la frustration engendrée par les besoins non comblés qui pousse l'individu à rassembler les conditions

permettant de satisfaire ses besoins (Alderfer 1969). Ainsi, c'est la présence ou l'identification d'un besoin de soins de santé qui amène la personne à consulter les professionnels de la santé et la relation besoin-satisfaction est alors regardée en fonction de la capacité du système de santé à combler les besoins (McGlynn, 1997). La satisfaction est atteinte lorsque la personne est satisfaite d'avoir comblé son besoin ou encore, lorsque l'équilibre que représente la santé est atteint.

1.3.4 Satisfaction et les Besoins

1.3.4.1. Modèle de l'utilisation des services de santé.

Le lien entre les besoins et le concept de la satisfaction est présent dans le modèle d'Aday et Anderson (1974) qui s'intéresse à la dynamique de l'utilisation des services de santé (figure 3). Selon, Aday et Anderson, *les politiques de santé* constituent le point de départ de l'évaluation des services de santé. Ce sont les politiques mises en place pour favoriser l'accès aux services de santé, qui orientent le financement et l'éducation (amélioration des connaissances, main-d'œuvre et programmes de réorganisation des services de santé). *Les caractéristiques du système de soins de santé* sont les ressources humaines et matérielles mobilisées pour prodiguer les soins de santé. On mesure la distribution et le volume (quantité) des ressources mobilisées par région desservie.

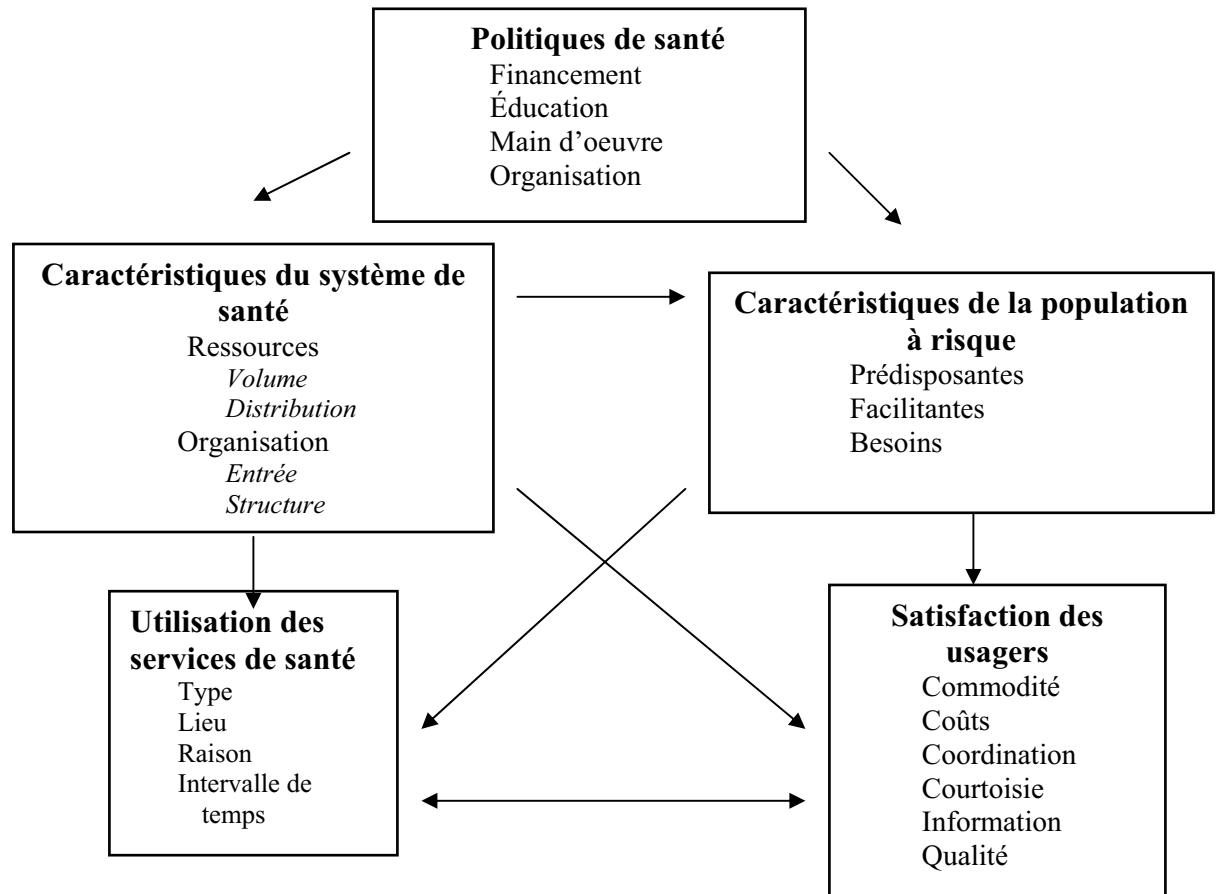


Figure 3 : Modèle de l'utilisation des services de santé
(Aday & Andersen, 1974)

L'organisation réfère à l'aménagement de l'allocation des ressources : elle inclut leur coordination et leur contrôle. L'organisation est composée des entrées et de la structure, soit l'accès (premier contact) au système de santé et les « caractéristiques du système qui déterminent le parcours de l'individu une fois entré dans le système de santé » (qui est vu, qui est traité). *Les caractéristiques de la population* sont les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé. Les caractéristiques prédisposantes sont les caractéristiques présentes avant l'apparition de la maladie ou condition. Elles décrivent la tendance des individus à utiliser les services de santé (ex. âge, sexe, race, culture, valeurs liées à la santé et à la maladie). Les caractéristiques facilitantes sont les ressources disponibles qui confèrent aux individus la capacité ou l'incapacité à recourir aux soins de santé soit les ressources individuelles et les attributs de la communauté dont fait partie l'individu). Les besoins de soins sont liés à la maladie. Ces besoins sont, à la fois, perçus

par l'individu et évalués par les professionnels de la santé. *L'utilisation des services de santé* est caractérisée par le type, le lieu, la raison, et l'intervalle de temps. Le type réfère à la nature des services reçus et aux personnes qui prodiguent les soins. Le lieu réfère à l'endroit où sont prodigués les soins, la raison est le motif de la consultation (soins préventifs ou curatifs) et l'intervalle de temps est décrit en terme de contact (entrée ou non dans le système de soin pour un intervalle de temps donné), de volume (nombre de contacts, de visites pour un intervalle de temps) ou de continuité (liaison et coordination entre les divers services associés à un épisode de soins). *La satisfaction* est définie comme l'attitude des utilisateurs des services de santé envers les services de santé reçus. Les dimensions de la satisfaction pouvant faire l'objet d'une évaluation sont les perceptions à l'égard de l'accessibilité des services (la commodité, la disponibilité des services et les coûts) et les caractéristiques du personnel (la courtoisie, de l'information reçue), et finalement de l'évaluation globale de la qualité des soins de santé reçus.

La figure 3 présente le modèle d'Aday et Anderson (1974). Les politiques de santé influencent directement la délivrance des soins de santé et les caractéristiques de la population. Notons que certaines caractéristiques de la population peuvent être modifiées par la mise en œuvre de politiques de santé (obésité, attitude face à l'activité physique...), alors que d'autres ne peuvent pas être affectées (ethnicité, âge, sexe...). Le système de santé, quant à lui, influence aussi les caractéristiques de la population à risque en plus de l'utilisation des services et de la satisfaction des utilisateurs. En lien avec la satisfaction des utilisateurs de services, Aday et Anderson (1974) ont formulé l'hypothèse qu'il existe une relation dynamique entre l'utilisation des services et la satisfaction : l'utilisation des services peut mener à l'expression de la satisfaction et, en retour, le niveau de satisfaction éprouvé lors d'une expérience antérieure envers un service donné peut influencer l'utilisation ultérieure de ce service. De plus, une relation directe entre la satisfaction des usagers et les caractéristiques de la population est avancée. Ainsi, les caractéristiques spécifiques d'une population à risque peuvent, à elles seules, prédire, en partie, le degré de satisfaction envers les services de santé. Ces caractéristiques influencent aussi l'utilisation des services. Finalement, il faut souligner l'existence de plusieurs liens indirects. Par exemple, l'introduction d'une politique de santé pourrait modifier directement les caractéristiques de la population et donc influencer indirectement l'expression de la satisfaction ou l'utilisation des services de santé.

Il est parfois difficile de déterminer la différence conceptuelle qui existe entre les attentes et les besoins, car il arrive que les attentes soient définies comme des besoins de l'utilisateur de service. Par exemple, Kano (1984) a identifié dans son modèle de la satisfaction, trois grandes catégories de besoins soit : les besoins essentiels, les besoins attendus et les besoins requis. Les besoins essentiels ou « must be needs » sont les besoins que l'individu ne pense pas à exprimer, mais qui seront énoncés si ses besoins ne sont pas comblés par les services offerts. Les besoins attendus sont ceux que le patient reconnaît et qu'il évoquera lorsqu'on lui demandera de les identifier et enfin, les besoins requis « exciting requirements » sont ceux qui sont inattendus et qui entraînent une grande satisfaction. Ce modèle permet de souligner que les gens s'attendent à ce que le système de soins et services de santé comble leurs besoins.

1.3.5 Déterminants de la satisfaction

Plusieurs auteurs ont cherché à établir quels sont les déterminants de l'expression de la satisfaction sans toujours chercher à les introduire dans un modèle théorique. Malgré le fait que les résultats des études portant sur les facteurs de satisfaction sont souvent inconsistants et parfois contradictoires (Fitzpatrick 1984, 1990; Fox & Storms 1981), les facteurs les plus souvent associés à la satisfaction incluent les caractéristiques des soins de santé, les caractéristiques sociodémographiques des patients et les états de santé physique et psychologique (Linder-Peltz, 1982b ; Thi Nguyen et al. 2002 ; Sitzia & Wood, 1997, Williams, 1994).

1.3.5.1 Les caractéristiques des soins

Les caractéristiques des soins réfèrent aux composantes du système de soins d'après Donabedian citées plus haut. Ainsi, les facteurs évalués réfèrent aux lieux physiques, aux procédures administratives, au personnel soignant, aux interventions et soins prodigués (Dufrene, 2000; Thi Nguyen, 2002). Parmi ces facteurs, les habiletés interpersonnelles des soignants envers les utilisateurs de soins telles que la qualité de la communication, les informations données, l'empathie et la gentillesse sont les facteurs les plus associés à la satisfaction (Abranovitz et al., 1987; Rubin 1990; Doering, 1983; Omar & Schiffman, 1995; William, 1994). Aussi, il est généralement accepté que certains aspects spécifiques des soins comme les temps d'attente, le manque de communication, les routines rigides des

hôpitaux, le manque d'intimité et le manque d'informations données aux patients contribuent à de plus hauts niveaux d'insatisfaction (Abramovitz et al., 1997; Thi Nguyen et al., 2002).

1.3.5.2 Caractéristiques des patients

L'âge est probablement la caractéristique la plus associée à la satisfaction. Généralement, les patients plus âgés sont plus satisfaits que les patients plus jeunes (Cleary, Keroy, Karapanos & McMullen, 1989; Hall & Dornan 1990; Jackson et al. 2001; Sitzia & Wood, 1997; Thi Nguyen et al. 2002; William 1994). Il semble que ce groupe d'âge soit moins prompt à critiquer en raison d'attentes plus modestes que les autres groupes (Sitzia & Wood. 1997). Une autre variable étudiée en relation avec la satisfaction des soins et services de santé est le niveau d'éducation. Un faible niveau d'éducation semble associé de manière significative à de plus hauts degrés de satisfaction (Dorman & Hall, 1990; Sitzia & Wood, 1997). Les autres caractéristiques démographiques telles que le sexe, la race, l'état matrimonial et la classe sociale ne semblent pas être de bons indicateurs du niveau de satisfaction (Dornan et Hall, 1990; Jackson et al., 2001; Khayat & Salter, 1994, Marple, Lucey, Kroenke, Wilder & Lucas, 1997; Thi Nguyen et al., 2002).

1.3.5.3 Les états de santé

Les états de santé mentale et physique semblent influencer le niveau d'appréciation des utilisateurs. Selon Spitzer (1988), les utilisateurs de soins définissent la qualité des soins selon leur perception des facteurs liés à leur bien-être physique ou psychologique. Généralement, les patients dont l'état de santé est perçu comme mauvais sont moins satisfaits que ceux qui se considèrent en santé (Clearly et al., 1991; Crow et al., 2002; Hermann, Ettner & Dowwart, 1998; Hudak et al., 2004; Jackson et al, 2001; Thi Nguyen et al., 2002; Williams & Calnan, 1991). Les problèmes de santé mentale tels que la détresse psychologique, la dépression (Britton, 2006; Jackson et al. 2001) et les troubles de la personnalité (Hueston, Mainnous & Schilling, 1996) semblent associés à un niveau de satisfaction moindre. Toutefois, encore trop peu de recherches ont examiné les relations possibles entre le statut psychologique et la satisfaction du patient (Sitzia & Wood, 1997).

1.3.5.4. Les attentes

Le lien entre les attentes et l'expression de la satisfaction est complexe et encore mal compris, car généralement la relation d'association est faible (Williams, 1998; Wilcock, Kobayashi & Murray, 1997). Linder-Pelz (1980b) a testé cinq hypothèses découlant des théories relatives aux attentes et trouvé que les attentes présentes avant le contact avec le système de soins sont les principaux déterminants du degré de satisfaction, et ce, sans égard au fait que ces attentes soient comblées ou non. De plus, selon Linder-Pelz, les attentes n'expliqueraient que 8 % de la variance de la satisfaction. Il apparaît alors possible que l'évaluation soit indépendante des caractéristiques des soins évalués.

1.4. L'appréciation des services de santé dans le cadre du congé précoce en obstétrique

« Satisfaction can neither be separated from the actual maternity care received nor from the preexisting expectations and preferences. It is important to recognise that people's experience and preference are shaped by what they "know". Responses will be affected by what the women believe to be possible, by what they have experienced and by the quality of care they have come to expect (Van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham & Fitzmaurice, 2003, p 80). »

Comme déjà mentionné, la mesure de la satisfaction et/ou des concepts qui en sont dérivés permettent de regarder l'expérience de santé vécue par l'utilisateur des soins et services de santé. Dans le domaine de l'obstétrique, ces expériences constituent une source d'information importante permettant aux professionnels de la santé, aux gestionnaires et aux décideurs d'améliorer non seulement la qualité des soins, mais aussi l'expérience de santé des mères et de leur famille (Redshaw, 2008). Si l'étude de la sécurité et du coût-efficacité du congé précoce en obstétrique a fait l'objet de nombreuses recherches (Brooten et al., 1994; Carty & Bradley, 1990; Dalby, William, Hodnett & Rush, 1996; Lieu et al, 2000), l'appréciation exprimée envers le congé précoce a été moins étudiée (Downswell, Renfrew, Gregson & Hewison, 2001, Nielson & Wambach, 2003). Dans une revue de la littérature portant sur la perception des mères relativement aux soins offerts dans la communauté, Downswell, Renfrew, Hewison & Gregson (2001) soulignent que peu d'études se sont intéressées à la période postnatale et que celles s'y intéressant ont évalué l'ensemble des soins prodigués pendant la période périnatale plutôt que ciblé la période postnatale. De plus, le niveau de satisfaction envers les soins périnataux est généralement élevé (Dalby et

al., 1996; Malnory 1997; Thompson et al., 2000; Walderström et al., 2006). Ajoutons que dans le cadre des études qui comparent les mères ayant bénéficié du congé précoce à celles ayant eu un séjour traditionnel, il est fréquent que les parents aient eu l'occasion de choisir le type de séjour ce qui a probablement influencé le degré d'appréciation (Grullon & Grime.1997; Sword et al., 2004, Zodoroznyj, 2006; Perssen & Dyke, 2002). Il est donc difficile de généraliser les résultats obtenus par ces études au contexte québécois actuel de l'application du congé précoce en obstétrique. De plus, habituellement, les études indiquent la proportion des mères satisfaites sans détailler les aspects spécifiques des soins évalués ou les caractéristiques des utilisatrices des services postnatals ce qui peut aussi avoir un effet sur le degré d'appréciation des services (Downswell, Renfrew, Gregson & Hewison, 2001). Ainsi, il est difficile de dire ce qui est mesuré exactement. Il importe donc de cibler les aspects de soins qu'on désire évaluer. Enfin, l'appréciation des services de suivi postnatals reste encore peu documentée et la majorité des études traitant de ce sujet ont été réalisées à l'extérieur du Canada où les pratiques de suivi dans le cadre du congé précoce diffèrent (Sword et al. 2004).

1.4.1 Les facteurs associés à l'appréciation des mères portant sur les services offerts en obstétrique

Il est difficile d'établir un portrait des différentes caractéristiques pouvant être liées à l'appréciation des services postnatals, car celles-ci sont rarement présentées dans les études (Downswell, Renfrew, Gregson & Hewison, 2001). De plus, compte tenu du nombre relativement restreint d'études ayant analysé les facteurs associés à l'appréciation des utilisatrices du suivi postnatal, il apparaît intéressant de regarder les facteurs relevés par les études portant sur les soins intrahospitaliers dans le cadre du congé précoce. Notons que certains de ces facteurs réfèrent aux facteurs de risque et aux besoins de la clientèle (caractéristiques sociodémographiques et états de santé). Alors que d'autres se retrouvent parmi les facteurs liés aux caractéristiques des soins et services déjà présentés comme les comportements et attitudes des soignants, la qualité des informations, la participation aux décisions relatives aux soins, la continuité des soins, les temps d'attentes (Rudman, El Kouri & Waldenström, 2007). Finalement, les attentes semblent jouer un rôle dans l'expression de la satisfaction dans le contexte des soins périnatals (Bramabat, & Driedger,1993; Persson & Dyke, 2002), mais la plupart des études qui s'y intéressent ont

étudié les attentes envers l'accouchement (douleur) (Hodnett, 2002; Lally, Murtagh, Macphail & Thomson, 2008).

1.4.1.1 Les caractéristiques des mères

La parité est l'un des facteurs les plus souvent présentés dans les études portant sur la période postnatale, car a priori, il semble évident que les besoins des primipares diffèrent de ceux des multipares (Beger & Cook, 1996; Downswell, Renfrew, Hewison & Gregson, 2001 ; Edwards et al., 1992, 1997). Cependant en ce qui a trait à l'évaluation de la satisfaction, dans une étude portant sur les facteurs influençant la satisfaction des mères envers les soins prénatals, intrapartum et postnatals effectuée par Van Teijlingen en 2003, aucune différence significative n'a été observée entre le degré de satisfaction des primipares et celui des multipares pour les soins prénatals et postnataux intrahospitaliers. Par ailleurs, Sullivan & Beeman (1981) ont observé que les multipares sont généralement moins satisfaites envers leurs soins postnatal (intrapartum) tout comme les mères qui ont un faible niveau socioéconomique et les adolescentes. Enfin, les mères plus scolarisées semblent plus satisfaites lorsqu'on les interroge sur l'utilité des soins prénatals (Hildingsson & Radestad, 2005; Ivanov, 2000). Finalement, parmi les facteurs menant à l'expression de la satisfaction envers les soins périnatals, les caractéristiques démographiques jouent un rôle moins important que les attentes personnelles, le soutien obtenu de la part des soignants, la qualité de la relation entre la personne et le soignant, et l'implication du client dans la prise de décision (Hodnett, 2002).

1.4.1.2. Les états de santé.

L'appréciation des soins périnatals est associée au bien-être de la mère. Ainsi, l'état de santé de santé physique ou mental est associé au niveau de satisfaction (Stainton, 1988). Une étude australienne ayant pour objectif de vérifier le lien entre la dépression postnatale et l'utilisation des services de santé ainsi que la satisfaction envers les intervenants révèle que les mères dépressives sont moins satisfaites des soins postnatals reçus (Webster, 2001). De plus, il apparaît important de souligner l'étude de Britton (2006) qui suggère que la mesure de la satisfaction globale envers les soins est un phénomène dynamique. Dans cette étude de cohorte, on mesure à deux moments différents, le niveau général de satisfaction

exprimé envers les soins périnataux offerts à l'hôpital : dans un premier temps, avant le congé et dans un deuxième temps, un mois après l'accouchement. À chacun de ces temps, on a recueilli l'état d'anxiété et le niveau de satisfaction envers les soins hospitaliers périnataux. On note que seulement 69 % des mères qui étaient très satisfaites au moment du congé le sont encore à 1 mois. Ce déclin coïncide avec le délai d'apparition habituel de la dépression postnatale. Le degré de satisfaction des mères est inversement proportionnel aux niveaux d'anxiété et de dépression exprimés. Enfin, le niveau de satisfaction mesuré avant le congé est moins élevé lorsque la mère a vécu des événements médicaux stressants. Cette étude est pertinente, car, en plus des états de santé et événements stressants, l'auteur a tenu compte des caractéristiques sociodémographiques. D'ailleurs, ces caractéristiques ne sont pas associées significativement avec la satisfaction. De plus, les différences entre les deux groupes de mères à l'étude (celles qui ont complété le questionnaire au premier temps seulement (n=422) et celles qui ont répondu dans les deux temps (n= 300) sont rapportées. Ainsi, il n'y a pas de différence entre le niveau d'anxiété, l'âge, le revenu et la parité. Toutefois, les mères qui ont complété les deux questionnaires sont plus éduquées, mariées, caucasiennes, ont vécu moins d'événements pendant la période périnatale (score moins élevé sur l'échelle PES (Peripartum Events Scale, O'Hara, Varner & Johnson, 1986) et semblent plus satisfaites, mais ce résultat est non significatif (score moyen 2,75 contre 2,66 sur une possibilité de 3, $p=0,17$). Ce qui entraîne un biais de sélection favorisant l'expression de la satisfaction dans ce groupe. Le « score » PES a été établi en consultant les dossiers médicaux des mères et des bébés. Toutefois, il n'est pas mentionné si les événements survenus après la période d'hospitalisation ont été considérés. Cette étude est importante, car elle démontre que le niveau de satisfaction peut varier en fonction des événements stressants vécus et de l'état de santé psychologique de la clientèle. Les résultats de cette étude soulignent donc l'importance de prendre en compte l'anxiété et la dépression lors de l'étude de la satisfaction envers les soins périnataux.

1.4.1.3 Les caractéristiques du suivi postnatal

Quelques études s'intéressent au lien entre les caractéristiques du suivi et l'appréciation des services par les mères. Toutefois, comme c'est le cas pour toutes les études mesurant la satisfaction, la majorité de ces études rapportent de hauts niveaux de satisfaction envers les soins postnataux (Lieu et al., 2000; Malnory 1997; William &

Cooper, 1996, Waldenström et al. 2006). Ainsi, les mères semblent juger la visite à domicile utile et apprécier les interventions effectuées lors de celle (s)-ci. Les aspects les plus étudiés de la visite à domicile réfèrent au contenu de celle-ci (enseignements, soins à la mère et à l'enfant), aux habiletés techniques et interrelationnelles de l'infirmière et à sa capacité de répondre aux besoins (Lieu et al., 2000; Malnory, 1997; Nielson & Wamback, 2003; William & Cooper 1996). De plus, les mères ayant eu une mauvaise préparation prénatale sont plus susceptibles de rapporter de mauvaises expériences de santé et d'exprimer plus d'insatisfaction envers les soignants (Lia-Hoagberg et al., 1990).

Type de suivi. Nielson et Wamback (2003) ont effectué une étude observationnelle qui a pour but d'évaluer le niveau de satisfaction exprimé par les mères envers divers aspects d'un programme de suivi postnatal offert au Kansas constitué d'une visite dans les deux premiers jours suivants le congé précoce. 1840 mères ont bénéficié de ce programme. Lors de la visite à domicile, un questionnaire portant sur la satisfaction envers le programme leur a été remis, 440 (23,9 %) ont retourné le questionnaire. Après avoir compilé les réponses obtenues les auteurs ont trouvé que les mères sont globalement très satisfaites des visites à domicile (99,5 %) et des aspects touchant la gentillesse de l'infirmière et l'intérêt démontré (99,3 %), les compétences techniques et les connaissances de l'infirmière (99,3 %). La majorité des mères ont dit que le programme répond à leurs attentes (99,8 %). Il semble, cependant, que ces mères sont un peu moins satisfaites du délai de la visite puisqu'elles expriment de la satisfaction dans 94,7 % des cas. Toutefois, les auteures ne commentent pas ce résultat. Le contexte de cette étude diffère de celui qui prévaut au Québec puisque toutes les visites à domicile (n=1840) ont été effectuées par la même infirmière rattachée à un centre hospitalier qui est aussi l'instigatrice de cette recherche. Il ne semble pas que les visites soient universelles puisqu'elles sont effectuées selon les besoins des mères évaluées avant le congé. Ainsi, les mères qui reçoivent une visite sont plus souvent adolescentes, sans assurance, n'ont pas suivi de cours prénatals, n'ont pas de soutien social, vivent leur première expérience d'allaitement maternel, ou ont exprimé d'autres besoins. Elles représentent ainsi une population à risque. De plus, aucune donnée sociodémographique et aucun facteur individuel n'ont été recueillis ce qui rend les résultats difficilement généralisables. Enfin, le fait que seuls 23,9 % de la population totale ait retourné le questionnaire introduit un biais potentiel de sélection favorisant les réponses favorables ce qui explique peut-être le peu de variabilité des réponses. Le haut niveau de satisfaction

pourrait aussi être expliqué par le fait que l'enquête a été effectuée par l'infirmière qui a visité les mères (biais de désirabilité sociale).

Enfin, il semble que le moment des interventions rattachées au suivi postnatal a un impact sur la satisfaction exprimée. Toutefois, le délai de la visite à domicile a rarement été étudié et l'on ne connaît pas encore les caractéristiques pouvant jouer un rôle sur la perception du délai du service suite au retour à domicile dans le cadre du congé précoce en obstétrique.

En résumé, pendant la période postnatale la mère doit s'adapter à de nouveaux rôles et a donc besoin du soutien des professionnels de la santé et de ses proches. Les facteurs de vulnérabilité permettent d'identifier les mères qui ont un plus grand nombre de besoins. Au Québec, la pratique du congé précoce en obstétrique a eu pour conséquence de diminuer le temps d'intervention disponible offert par les professionnels de la santé. Conséquemment, le suivi postnatal doit permettre de répondre aux besoins des mères. Au Québec, la visite à domicile est universelle et il est recommandé qu'elle soit effectuée, pour toutes les mères, dans les trois premiers jours suivant le retour à domicile. Il semble que la pratique du congé précoce n'a pas d'effet négatif sur la santé des mères et des nouveau-nés lorsqu'un suivi adéquat est effectué. Toutefois, il n'existe pas de consensus quant à la composition d'un suivi postnatal adéquat.

À l'origine, la qualité des soins de santé a été évaluée par les gestionnaires et les professionnels de la santé. Or, on reconnaît maintenant l'apport de l'évaluation des utilisateurs de services pour compléter l'appréciation de la qualité des soins. Malgré, les nombreuses études portant sur la mesure de la satisfaction, ce concept demeure encore mal défini et difficile à mesurer. Les attentes et les besoins semblent représenter des concepts centraux de l'expression de la satisfaction. Ainsi, l'expression de la satisfaction dépend des attentes de la personne et la satisfaction sera exprimée si les soins reçus répondent à celles-ci. En contrepartie, l'insatisfaction sera exprimée si les soins reçus n'arrivent pas à répondre aux attentes. Les besoins, quant à eux, peuvent être identifiés par les professionnels ou par les utilisateurs de soins. Les besoins réfèrent donc principalement aux facteurs de risques et aux états de santé. C'est la capacité du système de soins à répondre aux besoins qui mène à l'appréciation des services de santé. Notons que généralement, les niveaux de satisfaction exprimés sont élevés.

Enfin, notre revue de la littérature nous permet de constater que la période postnatale suivant le congé demeure la moins étudiée dans le cadre du congé précoce en obstétrique et, conséquemment, il existe relativement peu d'études qui se sont intéressées au suivi postnatal. Ainsi, les facteurs menant à l'expression de la satisfaction envers le suivi postnatal et la visite à domicile sont encore peu étudiés. Toutefois, on sait que certains déterminants semblent associés à l'expression de la satisfaction. Dans le domaine de la périnatalité, il semble que la parité, le niveau socio-économique, le niveau d'éducation, les états de santé soient associés au niveau de satisfaction exprimé.

1.5 Cadre de référence et hypothèses de recherche

L'élaboration de notre cadre de référence (Figure 4) est inspirée du modèle d'Aday et Anderson (1974) auquel s'ajoutent les facteurs associés à l'expression de la satisfaction de la clientèle dans le contexte périnatal. Le délai effectif de la visite correspond à l'intervalle de temps écoulé entre le congé postpartum et la première visite à domicile. L'adéquation du délai de la première visite telle que perçue par les mères et les caractéristiques des mères, leurs attentes et leurs besoins complètent le cadre de référence.

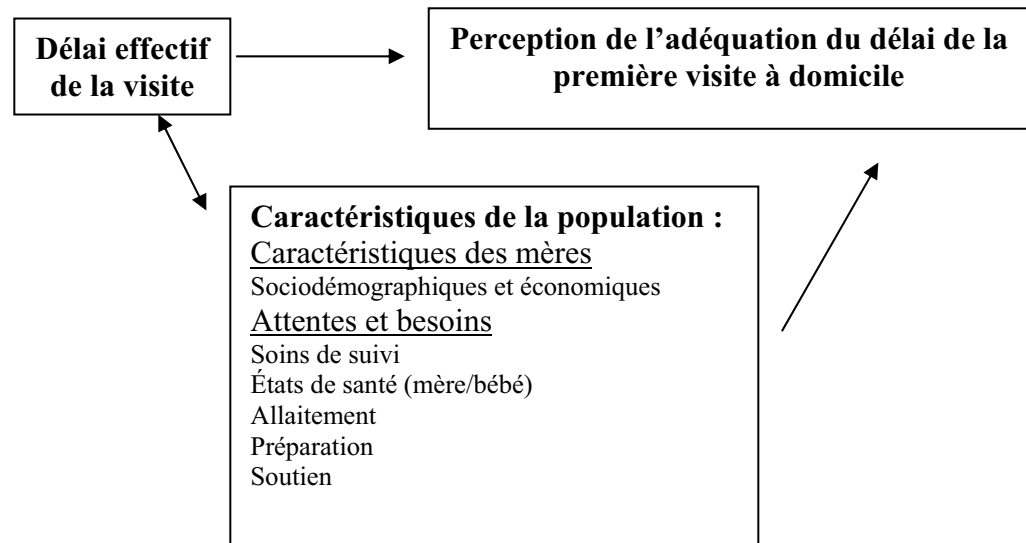


Figure 4: Cadre de référence

Notre étude est composée de deux volets.

1-Le premier volet de notre étude s'intéresse à la sélection des mères par les professionnels de la santé pour la première visite à domicile : soit le lien entre le délai effectif et les particularités des mères et de leurs nouveau-nés qui constituent les facteurs de risques évalués par les intervenants.

Pour ce volet, notre hypothèse est la suivante :

H1- Les mères et les bébés qui sont plus à risque de complications postnatales reçoivent leur première visite à domicile plus rapidement. A priori, les mères à risque sont celles qui, selon les professionnels, ont un profil socioéconomique plus désavantagé, et de plus grands besoins attribuables à leur santé ou à celle de leur bébé.

Nous allons donc :

- 1- Décrire le processus d'offre de service menant à la première visite à domicile
- 2- Identifier les critères de priorisation des mères relatifs à l'offre de visite, à la visite à domicile et au délai de la première visite à domicile.

2- Le second volet de notre étude s'intéresse à l'ensemble du modèle présenté plus haut. Nous cherchons à comprendre la relation qui existe entre le délai effectif et l'appréciation du délai de la première visite.

Notre hypothèse de recherche est la suivante:

H2- Les mères qui ont de grands besoins et qui reçoivent une première visite à domicile dans un court délai sont plus susceptibles de juger que le délai de cette première visite est adéquat: a priori, les primipares qui allaitent et qui reçoivent une visite rapide ont plus de chance que les multipares qui n'allaitent pas de trouver que le délai de la visite est adéquat.

Ainsi, nous voulons:

- 1- Décrire la relation qui existe entre le délai effectif et la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile.
- 2- Identifier les facteurs associés à la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile pour toutes les mères ayant reçu une visite à domicile, pour les mères visitées au premier jour et pour les mères visitées au deuxième ou troisième jour.

2- MÉTHODE

2.1 Stratégie de recherche

2.1.1 Population à l'étude

Les données de notre étude sont tirées des données obtenues dans le cadre d'une étude transversale intitulée « Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects: the case of perinatal services » (D'Amour, Goulet, Labadie, Pineault et Remoulin, 2004). L'étude principale comprenait deux volets soit un volet qualitatif (entrevues avec des gestionnaires et des professionnels de la santé) et un volet quantitatif (enquête épidémiologique auprès des mères).

Les données du volet quantitatif ont été recueillies grâce à une enquête téléphonique réalisée dans quatre régions du Québec, entre janvier 2002 et janvier 2003. Les régions ont été choisies en collaboration avec les décideurs du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Les critères d'inclusion pour cette étude sont : un accouchement simple, par voie vaginale sans complication, une durée de séjour ne dépassant pas 60 heures, un bébé né suite à une grossesse de 36 semaines ou plus avec un poids de 2300 g ou plus, la capacité de s'exprimer en anglais ou en français. Les mères qui ont été suivies par des sages-femmes ont été exclues en raison de leur petit nombre et des particularités de ce type de suivi (suivi différent débutant lors de la période prénatale et se poursuivant en postnatal). Les limites pour le poids de naissance et l'âge gestationnel ont été établies en fonction des standards de pratiques pour les congés précoces en vigueur dans les établissements visés au moment de cette étude.

Les participantes potentielles ont été identifiées en utilisant les données inscrites sur le Certificat de naissance (nom, numéro de téléphone, poids de naissance, âge gestationnel, naissance unique, lieu de résidence et nom du centre accoucheur). Les autres données, qui ne figurent pas sur le Certificat de naissance, comme le type d'accouchement, la durée du séjour hospitalier et la capacité de s'exprimer en français ou en anglais ont dû être vérifiées au début de l'entrevue téléphonique qui s'est déroulée un mois après la naissance du bébé (± 3 jours). L'entrevue avec les mères a duré en moyenne 25 minutes (étendue : 4-59 minutes) et comprenait des questions se rapportant à la durée de séjour, aux caractéristiques de la mère, à son état de santé mentale, à l'allaitement maternel, à la santé du nouveau-né,

aux services reçus en postnatal et enfin à l'évaluation faite par la mère des services reçus. Les entrevues téléphoniques ont été réalisées par la firme de sondage CROP qui a procédé au pré test du questionnaire d'enquête auprès de 50 participantes (25 en anglais et 25 en français).

Au total, 1548 mères ont participé à l'enquête. Le taux de réponse moyen a été de 70,2 %, avec des taux variant entre 63,5 % et 77,9 % selon les régions. Dans chaque région, les participantes se sont révélées représentatives des mères visées par l'enquête pour l'âge, la scolarité et la langue maternelle. Aux fins de la présente étude, nous avons conservé 1351 mères qui répondaient, en plus, aux critères suivants :

- Poids de naissance du bébé de 2500 g et plus
- Grossesse de 37 semaines ou plus.

Nous avons choisi d'exclure les bébés de petits poids de notre étude et les bébés nés avant terme en nous basant sur les définitions généralement utilisées par la communauté scientifique. Ainsi, un bébé de petit poids pèse moins de 2500g à la naissance, et une grossesse à terme est définie comme une grossesse de 37 semaines ou plus (Société Canadienne de Pédiatrie, 1996).

2.2 Variables à l'étude et définitions opérationnelles

2.2.1 Variables d'intérêt

Pour notre étude, nous avons sélectionné deux variables d'intérêt soit le *délai effectif de la première visite à domicile* et l'*appréciation du délai de la première visite*.

- Délai effectif de la première visite à domicile : 1 jour, 2-3 jours, 4 jours et plus. Cette variable joue le rôle de variable dépendante (VD) pour le premier volet de nos analyses alors qu'elle est la variable d'intérêt pour le second volet des analyses.
- Appréciation du délai de la première visite à domicile : adéquat, trop court, trop long.

2.2.2 Variables indépendantes : caractéristiques de la population

Les variables indépendantes représentent les caractéristiques de la population et elles ont été regroupées en deux catégories : les caractéristiques des mères et leurs attentes et besoins.

2.2.2.1 Les caractéristiques des mères :

- Parité : primipare/multipare
- OLO (la participation au programme OLO durant la grossesse) : oui/non
- Scolarité (le niveau de scolarité le plus élevé complété par la mère) : secondaire ≤ 5 /cégep ou université
- Revenu familial (revenu familial annuel) : <20 000 \$/20 000 \$ à 39 999 \$/40 000 \$ et plus
- Pays de naissance : Canada ou États-Unis/ autre
- Âge (âge de la mère au moment de l'accouchement) : < 25 ans/25-34 ans/35 ans et plus

2.2.2.2 Attentes et besoins :

Soins de suivi

- Durée du premier appel téléphonique : ≤ 10 minutes/ > 10 minutes
- Nombre de visites (nombre total de visites à domicile reçues pendant le premier mois suivant le congé) : 1 visite/ ≥ 2 visites
- Rendez-vous (rendez-vous avec le médecin du bébé, après le congé, pour un examen de routine) : oui/non

Préparation

- Sentiment de préparation au congé : très bien-plutôt bien/ plutôt mal-très mal
- Appréciation de la durée de séjour hospitalier : trop courte/adéquate/trop longue
- Préparation prénatale (mère ayant assisté à des cours prénatals au cours de cette grossesse ou lors d'une grossesse antérieure) : oui/non
- Connaissance, avant l'accouchement, de la durée de séjour de 48 heures : oui/non

- Connaissance, avant l'accouchement, du suivi postnatal : oui/non.

État de santé de la mère

- Perception de l'état de santé de la mère (état de santé perçu par la mère au congé en comparaison avec les autres mères) : santé excellente ou très bonne/bonne, moyenne ou mauvaise,
- État de santé mentale (lors de l'enquête, la détresse psychologique chez la mère a été mesurée avec l'échelle CES-D, version abrégée (12 items) (Radloff, 1977). Un score de 13 ou plus indique la présence de signes de dépression modérée ou sévère (Landy & Tam, 1996) : Score CES-D <13/CES-D ≥13

État de santé du bébé

- Poids à la naissance : 2500g-2999g/3000g-3499g/3500g-3999g/4000g et plus
- Perception de l'état de santé du bébé (perception, par la mère, de l'état de santé du bébé au moment du congé en comparaison avec les autres bébés) : excellente ou très bonne/bonne, moyenne ou mauvaise
- Ictère (le bébé a présenté des signes d'ictères avant le congé) : oui/non
- Ictère total (le bébé a présenté des signes d'ictère avant ou après le congé) : oui/non
- Utilisation des services (utilisation des services de santé pour le bébé soit visite à l'urgence ou réadmission, dans le premier mois suivant le congé) : oui/non

Allaitement

- Allaitement (type d'allaitement durant le séjour hospitalier) : allaitement maternel exclusif ou avec complément/pas d'allaitement maternel
- Problème d'allaitement (problème d'allaitement durant le premier mois) : jamais allaité/a rencontré problème avec l'allaitement/pas de problème d'allaitement.
- Chronologie du problème d'allaitement (moment de l'apparition du problème d'allaitement par rapport à la première visite à domicile) : jamais allaité/ pas de problème d'allaitement/visite avant ou même jour que l'apparition du problème d'allaitement/visite après l'apparition du problème allaitement

Soutien

- Conjoint (situation de couple lors de l'enquête) : la mère vit avec le conjoint/ sans conjoint ou vivent séparés
- Personne aidante (présence de quelqu'un qui peut aider au besoin) : oui/non
- Absence du domicile (pour au moins une journée dans les deux semaines suivant le congé) : oui/non.
- Organismes communautaires (la mère a eu recours aux services d'un organisme communautaire durant le premier mois suivant le congé) : oui/non ou ne connais pas.

2.3 Analyse

2.3.1 Objectifs de l'étude

Rappelons que les objectifs de notre étude sont regroupés en deux volets, le premier volet s'intéresse à la sélection des mères, pour la première visite à domicile, par les professionnels de la santé. Le second s'intéresse à la perception qu'ont les mères de l'adéquation du délai de la première visite à domicile.

En premier lieu, nous voulions :

- 1- Décrire le processus d'offre de service menant à la première visite à domicile
- 2- Identifier les critères de priorisation des mères relatifs :

a- à l'offre de visite :

- en comparant les mères qui ont déclaré avoir reçu une offre de visite avec celles qui ont déclaré ne pas avoir reçu d'offre de visite

b- à la visite à domicile :

- en identifiant celles qui l'ont refusée

c- au délai de la première visite à domicile

- en comparant les mères visitées dans les premières 72 heures avec celles visitées plus tardivement
- en comparant les mères qui ont reçu une première visite précoce (≤ 24 heures) à celles visitées au deuxième ou troisième jour.

En second lieu, nous voulions :

- 1- Décrire la relation qui existe entre le délai effectif et la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile.
- 2- Identifier les facteurs associés à la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile
 - a- pour toutes les mères ayant reçu une visite à domicile
 - b- pour les mères visitées au premier jour seulement
 - c- pour les mères visitées au deuxième ou troisième jour seulement

2.3.2 Stratégie d'analyse

Volet 1 : priorisation des mères pour la visite à domicile

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été effectuée afin de regarder le processus d'offre de service menant à la première visite à domicile.

Ensuite, nous avons procédé à des analyses bivariées afin de répondre à nos questions de recherche et ainsi identifier les associations statistiquement significatives à l'aide du test de Chi-deux de Pearson ($p < 0,05$, test bilatéral) entre les variables indépendantes (caractéristiques des mères, caractéristiques des soins et attentes et besoins) et a) l'offre de visite, b) la première visite à domicile et le refus de la visite, c) le délai de la première visite à domicile (≤ 72 heures) et, pour terminer, la première visite précoce (≤ 24 heures).

Volet 2 : Appréciation du délai de la première visite à domicile

Premièrement, pour décrire la relation entre le délai effectif (variable d'intérêt) et l'appréciation du délai (variable dépendante), nous avons fait une analyse bivariée.

Ensuite, des analyses bivariées entre la variable dépendante et les variables indépendantes (caractéristiques des mères, caractéristiques des soins et attentes et besoins) ont été effectuées afin de vérifier les associations statistiquement significatives en utilisant le test du Chi-deux de Pearson ($p < 0,05$) pour : a) toutes les mères visitées, b) les mères visitées au premier jour, et enfin pour les mères visitées au 2^e ou 3^e jour.

Ces analyses ont permis d'identifier les variables associées à l'expression de l'appréciation du délai de la première visite à domicile et aussi de sélectionner les variables indépendantes à retenir pour les deux modèles de régression logistique soit pour le modèle de la visite à un jour et pour le modèle de la visite au 2^e ou 3^e jour. Les variables ayant un niveau de signification statistique (p) inférieur ou égal à 0,20 ont été retenues pour la modélisation. Une matrice de corrélation a été effectuée pour vérifier la corrélation entre les variables retenues pour chacun des modèles (valeur p du test du Chi-deux de Pearson).

Les variables retenues pour la modélisation ($p \leq 0,20$) ont été traitées en quatre blocs. Le premier bloc contient les variables liées aux caractéristiques de la mère, le second, les variables relatives aux soins de suivi, le troisième, les variables liées aux états de santé de la mère et du bébé et le quatrième bloc, les variables liées à la préparation et au soutien des mères. À l'intérieur de chacun des blocs, nous avons utilisé la procédure pas-à-pas rétrograde (stepwise backward; p in 0,05 et p out 0,10) pour sélectionner les variables à retenir. À chaque étape de la procédure, nous avons vérifié l'effet du retrait de chacune des variables sur les autres variables. Ainsi, une variation de plus de 10% du rapport de cotes (odds ratio) d'une ou de plusieurs variables nous a conduit à garder la variable qui avait été retirée. Le modèle final a donc été construit par blocs, les blocs ayant été entrés dans l'ordre suivant : Caractéristiques des mères, soins de suivi, préparation et soutien et enfin les états de santé. Finalement, pour vérifier notre deuxième hypothèse selon laquelle nous estimons que les mères primipares qui allaitent ont plus de chance de trouver que le délai de la première visite effectuée dans les premières 24 heures est adéquate. Nous avons testé l'interaction des variables *parité* et *allaitement durant le séjour* en introduisant le terme d'interaction dans le modèle final. L'interaction s'est révélée statistiquement non significative.

Le test d'Hosmer Lemeshow a été utilisé pour tester la qualité de l'ajustement des modèles.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS 10.0.

2.4 Considérations éthiques

Le projet de recherche de l'étude principale a été approuvé par les comités d'éthiques de la recherche de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et par ceux des hôpitaux qui l'exigeaient. Les coordonnées des mères qui proviennent du fichier des naissances ont été transmises directement à la firme de sondage, avec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec. Les mères ont reçu une lettre d'information dans laquelle on expliquait les buts de l'étude, les avantages de participation et la possibilité pour celles qui ne désiraient pas participer à l'étude de se faire exclure de la liste d'appel ou de refuser de répondre aux questions lorsqu'elles seraient contactées.

3- RÉSULTATS

Les résultats de notre étude sont présentés en deux volets. Le premier volet s'intéresse aux critères de sélection des mères pour la première visite à domicile, il comprend la description de la population à l'étude en fonction de l'offre de visite et du délai effectif de la première visite. Le second volet s'intéresse aux facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite par les mères en fonction du moment de cette visite.

3.1 Critères de sélection des mères pour la première visite à domicile

Le tableau 1, présente les caractéristiques des mères et des bébés de notre population à l'étude et celles de la population de l'étude principale (population de l'échantillon initial). Notre échantillon est représentatif de la population de l'étude principale. Parmi les 1351 mères qui composent notre population à l'étude, on note que les multipares sont plus nombreuses : elles représentent 59,1 % de notre population à l'étude alors que les primipares constituent 40,9 %. Le revenu familial annuel se situe sous les 20 000\$ pour 11,5 % des mères alors que pour 22,9% d'entre elles il se situe entre 20 000\$ et 39 999\$, et pour 65,7 % à plus de 40 000\$. La majorité de notre population à l'étude possède au moins un diplôme d'études collégiales (64 %), est originaire du Canada ou des États-Unis (95,1 %), n'a pas participé au programme OLO (92,0 %) et vit avec son conjoint (94,7 %). Les mères de moins de 25 ans représentent 20,6 % de notre population, celles de 35 ans plus représentent 12,2 % alors que celles se situant entre ces deux groupes représentent 67,2 %. Pendant le séjour hospitalier, 77,6 % des femmes ont allaité leur bébé et, un mois plus tard, 61,5 % allaitaient toujours. On constate qu'il y a presque autant de bébés de sexe féminin (51 %) que masculin (49 %). Le poids moyen à la naissance des bébés est de 3469 grammes (SD=416, 2) et ces bébés sont nés en moyenne suite à 39,3 semaines de grossesses (SD=1, 1).

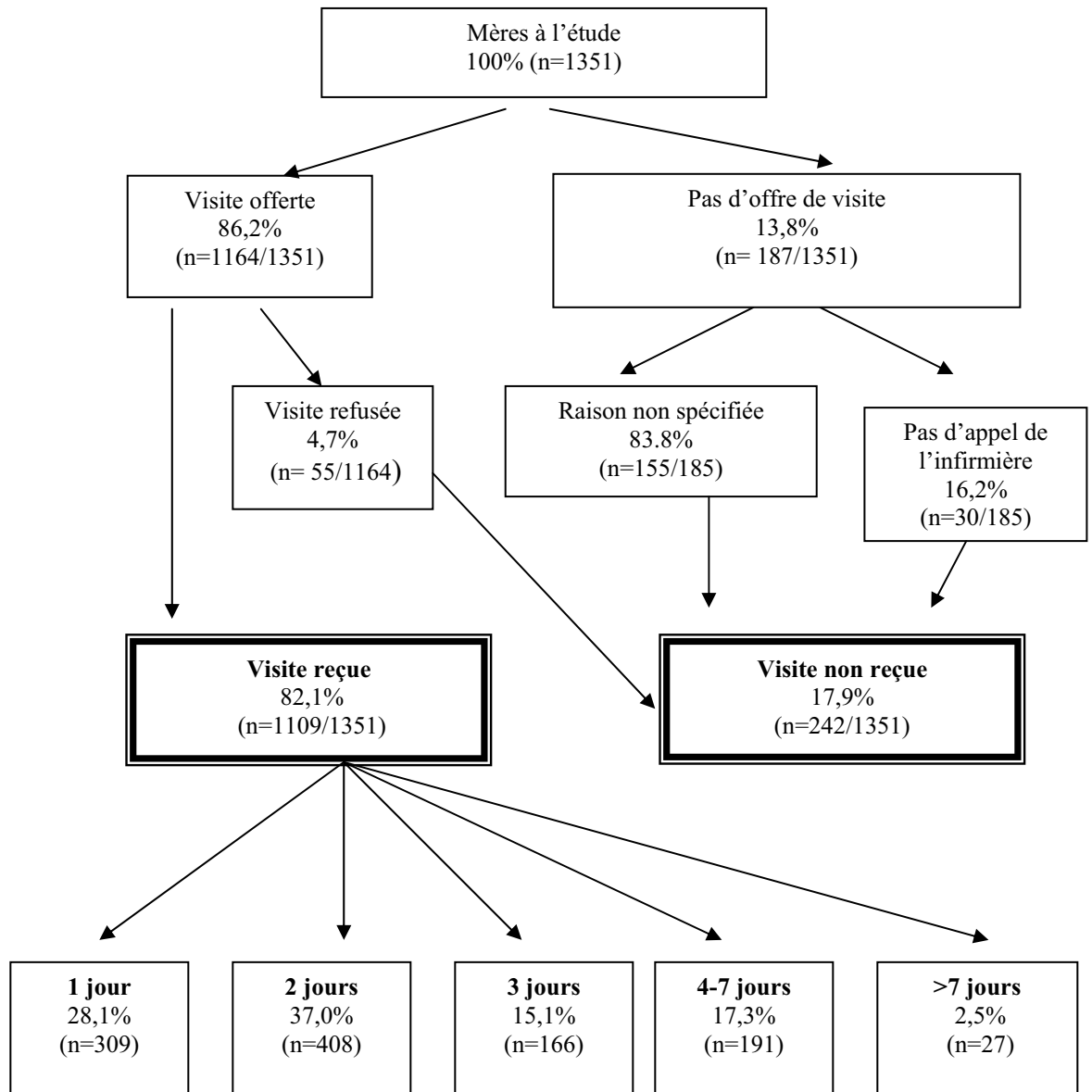


Figure 5 : processus menant à la première visite à domicile

Note : 8 mères étaient incapables de dire à quel moment elles ont reçu la première visite, 2 mères n'ont pas donné de raison pour expliquer l'absence de visite.

3.1.1 Processus menant à la première visite à domicile

La figure 5 présente le processus qui précède la visite à domicile. Ainsi, avant de bénéficier d'une visite à domicile, les mères ont d'abord reçu un appel de l'infirmière du centre local de service communautaire (CLSC) rattaché à leur CSSS au cours duquel on leur propose une visite à domicile. Ensuite, les mères ont dû accepter cette visite avant que l'infirmière se présente chez elles dans un délai plus ou moins rapide. En consultant la figure 5, on peut voir que 86,2 % des mères de notre population à l'étude ont reçu une offre de visite et que dans 95,3 % des cas, cette offre a mené à une visite.

Seulement 17,9 % des mères (242) n'ont pas reçu de visite d'une infirmière du CLSC, et, 13,8 % (187/1351) ont déclaré qu'on ne leur avait pas offert une visite à domicile. Donc, 77,3 % (187/242) des mères n'ayant pas reçu de visite disent que celle-ci ne leur a pas été proposée. Le délai moyen de la première visite à domicile est de 2,63 jours après le congé de l'hôpital avec une étendue de 29 jours se situant entre 1 jour et 30 jours. Le délai de la première visite se répartit comme suit : 28,1 % (309/1101) des mères ont reçu une première visite à domicile 1 jour après leur congé, 37,1 % (408/1101) à 2 jours, 15,1 % (166/1101) à 3 jours, 17,3 % (191/1101) entre 4 et 7 jours et enfin 2,5 % (27/1101) à plus de 7 jours. Ainsi, 80,2 % ont reçu la première visite à domicile dans un délai de 72 heures ou moins. De plus, parmi les mères dont le délai de la première visite excède 72 heures, 87,6 % ont reçu la visite pendant la première semaine suivante leur retour à la maison. Ajoutons que 99,9% (1350/1351) des mères ont reçu un appel téléphonique au cours des deux premières semaines suivant le congé. Parmi celles-ci 52,8% (669) l'ont reçu dans les 24 premières heures suivant le retour au domicile.

Tableau 1

Population à l'étude

Variables	De l'échantillon initial % (n=1548)	Population à l'étude % (n=1351)
<u>Caractéristiques des mères</u>		
Parité		
Primipare	42,6 (660)	40,9 (553)
Multipare	57,4 (888)	59,1 (798)
OLO		
Oui	8,0 (124)	8,0 (108)
Non	92,0 (1421)	92,0 (1240)

Tableau 1

Population à l'étude

Variables	De l'échantillon initial % (n=1548)	Population à l'étude % (n=1351)
Scolarité		
5 ^e Secondaire et moins	35,8 (554)	36,0 (486)
Cégep ou université	64,2 (993)	64,0 (864)
Revenu familial (\$)		
< 20 000	11,1 (163)	11,5 (147)
20 000 à 39 999	23,8 (349)	22,9 (293)
40 000 et plus	65,1 (957)	65,7 (842)
Pays de naissance		
Canada ou États-Unis	94,1 (1457)	94,4 (1275)
Autre	5,9 (91)	5,6 (76)
Âge		
	Moy : 28,5; Ec-t : 4,9	Moy : 28,6; Ec-t : 4,9
	Médiane : 28; Mode : 28	Médiane : 28; Mode : 28
<25 ans	21,6 (334)	20,6 (278)
25-34	66,8 (1032)	67,2 (907)
35 et plus	11,6 (179)	12,2 (164)
Conjoint		
Sans conjoint/séparés	4,9 (76)	5,3 (72)
Conjoint vit avec mère	95,1 (1472)	94,7 (1279)
Allaitement		
Allaitement maternel	78,7 (1217)	77,6 (1047)
Pas AM	21,3 (330)	22,4 (303)
Caractéristiques des bébés		
Sexe		
Garçon	49,5 (761)	49,0 (658)
Fille	50,5 (776)	51,0 (685)
Poids à la naissance (g)		
	Moy : 3446; Ec-t : 425	Moy : 3469; Ec-t :
	Médiane : 3440; Mode : 3470	416,2
		Médiane : 3455; Mode : 3470
2499 g et moins	0,7 (11)	
2500 à 2999 g	14,8 (225)	14,5 (196)
3000 à 3499 g	40,6 (617)	40,3 (544)
3500 à 3999 g	34,0 (517)	34,6 (468)
4000 à 4499 g	9,0 (137)	9,6 (130)
Plus de 4500 g	0,9 (13)	1,0 (13)
Âge gestationnel		
(en semaines)	Moy : 39,2; Ec-t : 1,2	Moy : 39,3; Ec-t : 1,1
	Médiane : 39,0; Mode : 40,0	Médiane : 39,0; Mode : 40,0

Note : sont exclues de la population à l'étude : les mères qui ont eu une durée de séjour > 60 heures, qui ont accouché suite à moins de 37 semaines de grossesse et dont le poids du bébé était inférieur à 2500g à la naissance.

3.1.2 Comparaison du profil des mères ayant reçu l'offre de visite avec celui de celle n'ayant pas reçu de visite.

En regardant le tableau 2, on constate que le profil des mères n'ayant pas reçu d'offre de visite diffère significativement de celui de celles ayant reçu une offre de visite. La parité, la participation au programme OLO, la scolarité, le revenu familial, l'âge de la mère, et l'absence du domicile dans les deux semaines suivant le congé, la durée du 1^{er} appel téléphonique, la perception de l'état de santé de la mère lors du congé, le poids à la naissance du nouveau-né, le type d'allaitement durant le séjour hospitalier et la préparation prénatale sont significativement associés au fait d'avoir reçu ou non une offre de service.

Ainsi, les mères n'ayant pas reçu d'offre de visite sont surtout multipares (elles représentent 80,7 % des mères n'ayant pas reçu d'offre contre 55,6 % de celles ayant reçu une offre; $p < 0,001$). Elles sont, aussi, plus âgées (seulement 7,5 % ont moins de 25 ans contre 22,7 % de celles qui ont reçu l'offre de visite; $p < 0,001$), plus scolarisées (72,2 % ont au moins obtenu un diplôme collégial contre 62,7 %; $p = 0,012$), plus riches (seulement 6,9 % d'entre elles ont un revenu inférieur à 20 000 \$ versus 12,2 %; $p = 0,01$) et de ne pas participer au programme OLO (98,9 % contre 90,2 % de celles qui ont reçu une offre de visite; $p < 0,001$). Ensuite, 85,6 % de ces mères jugent que leur santé au moment du congé est excellente ou très bonne contre 79,0 % ($p = 0,039$). De plus, elles se sont absentes de leur domicile dans une moins grande proportion : elles représentent 20,3 % de celles n'ayant pas reçu d'offre contre 33,7 % de celle à qui l'infirmière a offert la visite ($p < 0,001$). De plus, elles ont reçu dans une plus faible proportion un appel téléphonique long soit 51,0 % ($n = 78$) d'entre elles contre 78,4 % (858) des autres ($p < 0,001$). Puis, 42,7 % des mères qui n'ont pas reçu d'offre n'ont jamais suivi de cours prénatals par rapport à 30,8 % des mères à qui on l'a offert ($p = 0,002$). Les mères qui n'ont pas reçu d'offre de visite ont de plus gros bébés, seuls 8,0 % ont un bébé dont le poids est inférieur à 3000g contre 15,5 % de celles ayant reçu une offre ($p = 0,011$). Enfin, le fait d'avoir quelqu'un pouvant venir en aide n'est pas significativement associé à l'offre de visite ($p = 0,787$).

Tableau 2

Comparaison des profils des mères en fonction de l'offre de visite

Variables	Visite offerte % (n=1164)	Pas d'offre de visite % (n=187)	Total % (n=1351)	χ^2 Pearson p
<u>Caractéristiques des mères</u>				
Parité				<0,001
Primipare	44,4 (517)	19,3 (36)	40,9 (553)	
Multipare	55,6 (647)	80,7 (150)	59,1 (798)	
OLO				<0,001
Oui	9,1 (106)	1,1 (2)	8,0 (108)	
Non	90,9 (1056)	98,9 (184)	92,0 (1240)	
Scolarité				0,012
5 ^e Secondaire et moins	37,3 (434)	27,8 (52)	36,0 (486)	
Cégep ou université	62,7 (729)	72,2 (135)	64,0 (864)	
Revenu familial (\$)				0,010
< 20 000	12,2 (135)	6,9 (12)	11,5 (147)	
20 000 à 39 999	23,7 (263)	17,3 (30)	22,9 (293)	
40 000 et plus	64,1 (711)	75,7 (131)	65,7 (842)	
Pays de naissance				0,234
Canada ou États-Unis	94,7 (1102)	92,5 (173)	94,4 (1275)	
Autre	5,3 (62)	7,5 (14)	5,6 (76)	
Âge				<0,001
<25 ans	22,7 (264)	7,5 (14)	20,6 (278)	
25-34 ans	65,9 (766)	75,4 (141)	67,2 (907)	
35 ans et plus	11,4 (132)	17,1 (32)	12,2 (164)	
<u>Attentes et besoins</u>				
<u>Soins suivi</u>				
Durée du 1^{er} appel *				<0,001
≤10 minutes	21,6 (236)	49,0 (75)	24,9 (311)	
>10 minutes	78,4 (858)	51,0 (78)	75,1 (936)	
<u>État de santé de la mère</u>				
Perception état santé mère				0,039
Excellente /très bonne	79,0 (920)	85,6 (160)	79,9 (1080)	
Bonne /moyenne /mauvaise	21,0 (244)	14,4 (27)	20,1 (271)	
<u>État de santé mentale</u>				
Score CES-D < 13	89,3 (1039)	89,3 (167)	89,3 (1206)	0,989
Score CES-D ≥ 13	10,7 (124)	10,7 (20)	10,7 (144)	
<u>Etat santé bébé</u>				
Poids à la naissance				0,011
2500-2999g	15,5 (181)	8,0 (15)	14,5 (196)	
3000-3499g	40,7 (474)	37,4 (70)	40,4 (544)	
3500-3999g	33,3 (388)	42,8 (80)	34,6 (468)	
4000g et plus	10,4 (121)	11,8 (22)	10,6 (143)	
Perception état santé bébé				0,942
Excellente/ très bonne	90,5 (1053)	90,4 (169)	90,5 (1222)	
Bonne/ moyenne/ mauvaise	9,5 (110)	9,6 (18)	9,5 (128)	

Tableau 2

Comparaison des profils des mères en fonction de l'offre de visite

Variables	Visite offerte % (n=1164)	Pas d'offre de visite % (n=187)	Total % (n=1351)	χ^2 Pearson p
Ictère				0,166
Oui	37,3 (434)	32,1 (60)	36,6 (494)	
Non	62,7 (728)	67,9 (127)	63,4 (855)	
<u>Allaitement</u>				0,002
Allaitement				
AM exclusif ou avec complément	78,9 (918)	69,0 (129)	77,6 (1047)	
Pas d'Allaitement maternel	21,1 (245)	31,0 (58)	22,4 (303)	
<u>Préparation</u>				0,673
Adéquation durée séjour				
Trop courte	13,7 (159)	15,6 (29)	13,9 (188)	
Adéquate	75,1 (873)	72,0 (134)	74,6 (1007)	
Trop longue	11,3 (131)	12,4 (23)	11,4 (154)	
Préparation prénatale				0,002
Oui	69,2 (797)	57,3 (102)	67,6 (899)	
Non	30,8 (355)	42,7 (76)	32,4 (431)	
<u>Soutien</u>				0,164
Conjoint				
Sans conjoint/vivent séparés	5,7 (66)	3,2 (6)	5,3 (72)	
Conjoint vit avec mère	94,3 (1098)	96,8 (181)	94,7 (1279)	
Personne aidante				0,787
Oui	96,4 (1118)	96,8 (180)	96,4 (1298)	
Non	3,6 (42)	3,2 (6)	3,6 (48)	
Absence du domicile				<0,001
Oui	33,7 (392)	20,3 (38)	31,9 (430)	
Non	66,3 (771)	79,7 (149)	68,1 (920)	

* NOTE : seulement une mère a dit ne pas avoir reçu d'appel de l'infirmière dans les deux premières semaines suivant le retour à domicile toutefois 103 mères n'ont pas pu estimer la durée de l'appel téléphonique.

3.1.3 Profil des mères n'ayant pas reçu de visite à domicile.

Puisque seules les mères ayant reçu la visite à domicile sont représentées dans cette étude, il importe de tracer un bref profil des mères n'ayant pas reçu la visite d'une infirmière. Donc, parmi les 242 mères qui n'ont pas reçu de visite à domicile, 240 mères ont donné la raison de cette absence de visite. Ainsi, 22,9 % (n=55) de ces mères ont refusé la visite à domicile. Pour les autres (n=185), 16,2 % n'ont pas reçu d'offre de visite puisqu'elles n'ont pas reçu d'appel de l'infirmière et 83,8 % ont soit reçu un appel et pas

d'offre de visite, soit elles ont eu un appel et une offre de visite, mais n'étaient pas disponibles, soit elles ont refusé la visite et n'ont pas osé le dire lors de l'entrevue téléphonique.

L'appendice A (tableau 3) présente le tableau des mères qui n'ont pas reçu la visite à domicile et compare les caractéristiques des mères ayant refusé la visite avec celles qui n'ont pas reçu de visite pour d'autres raisons. Les mères qui ont refusé la visite sont significativement plus jeunes (20,4 % des mères ayant refusé la visite ont moins de 25 ans comparativement à 7,6 % de celles ayant évoqué d'autres raisons; $p=0,024$) et elles ont tendance à vivre sans conjoint (9,1 % opposé à 3,2 % chez les mères qui n'ont pas refusé la visite; $p=0,069$) et à avoir déjà reçu une préparation prénatale (72,2 % contre 57,4 %; $p=0,051$). Les mères ayant refusé la visite ont aussi tendance à s'être perçues en moins bonne santé lors du congé (23,6 % contre 14,1 %; $p=0,091$), à avoir jugé leur durée de séjour hospitalier adéquate ou trop longue (83,6 % et 12,7 % comparativement à 72,8 % et 11,4 %; $p=0,063$) et à être nées hors du Canada ou des États-Unis : elles représentent 14,5 % des refus contre 6,5 % des autres raisons évoquées; $p=0,058$. En d'autres termes, parmi les mères nées à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, 40,0 % (8/20) n'ont pas reçu de visite parce qu'elles l'ont refusée. Une analyse complémentaire nous permet de voir que 7 des 8 mères nées à l'extérieur du Canada ou des États-Unis et ayant refusé la visite sont des multipares.

Il ne semble pas que la parité influence le motif expliquant l'absence de visite ($p=0,858$). Les mères moins scolarisées semblent avoir refusé la visite dans une plus grande proportion que celles plus scolarisées, mais ce résultat s'avère non significatif. ($p=0,508$). 29,1 % des mères ayant refusé la visite se sont absentes de leur domicile au moins une journée pendant les deux premières semaines suivant leur accouchement contre 20,5 % des mères ayant évoqué d'autres raisons ($p=0,182$). Enfin, aucune mère ne dit avoir refusé la visite à domicile parmi celles participant au programme OLO et celles s'étant jugées plutôt mal ou mal préparées au congé.

3.1.4 Facteurs de priorisation des mères en fonction du délai de la 1re visite à domicile.

3.1.4.1 La norme de 72 heures

La comparaison des mères visitées à l'intérieur du délai de 72 heures à celles visitées plus tard nous permet d'observer quelques différences significatives (Tableau 4, appendice B). Les variables associées significativement à un délai supérieur à 72 heures sont la participation au programme OLO (16,1 % contre 8,0 %; $p < 0,001$), un niveau de scolarité de secondaire 5 ou moins (46,3 % comparés à 35,3 %; $p = 0,003$), un revenu familial moins élevé (16,7 % ont un revenu de moins de 20 000 \$ comparativement à 11,2 % de celles visitées dans les 72 heures, et 29,9 % des mères vues après trois jours contre 22,2 % ont un revenu situé entre 20 000 et 39 999 \$; $p = 0,002$), une mère née à l'extérieur du Canada ou des États-Unis (8,3 % versus 3,9 %; $p = 0,006$) et un appel téléphonique moins long 26,6 % contre 18,4 %; $p = 0,009$). En plus, parmi les mères ayant reçu une visite après 72 heures, la proportion de celles qui n'ont pas eu de préparation prénatale est significativement plus élevée (36,9 % en comparaison à 29,4 % $p = 0,034$). Leur enfant a présenté des signes d'ictère durant le séjour hospitalier dans une plus grande proportion soit 44,0 % contre 35,9 % ($p = 0,026$). Enfin, les mères visitées après 72 heures perçoivent leur bébé en moins bonne santé dans une plus grande proportion (13,3 % contre 8,8 % $p = 0,047$), tout comme elles ont tendance à s'être senties moins bien préparées au congé ($p = 0,009$).

3.1.4.2 Caractéristiques des mères sélectionnées pour la visite précoce

Puisque la majorité des mères ont reçu une première visite à domicile dans les 72 heures, nous avons cherché à savoir si les professionnels de la santé priorisaient certaines mères. Le tableau 5 présente les caractéristiques des mères en fonction du délai effectif de la première visite à domicile pour les mères visitées dans un délai de 72 heures. On voit que plus du tiers de ces mères, soit 35 %, reçoivent une visite précoce, c'est-à-dire dans un délai de 24 heures suivant leur congé de l'hôpital. Lorsqu'on regarde les mères ayant reçu la visite à domicile dans la journée suivant leur congé et celles l'ayant reçu à 2 ou 3 jours, on voit que 18,4 % des mères qui ont reçu une visite précoce ont trouvé leur durée de séjour hospitalier trop courte contre 11,8 % pour les autres ($p = 0,018$). Les mères visitées précocement ont reçu un appel téléphonique plus long : 86,4 % d'entre elles ont reçu un

appel de plus de 10 minutes contre 79,0 % ($p=0,009$), elles jugent leur bébé en moins bonne santé au moment du congé dans une plus grande proportion (11,7 % versus 7,3 %; $p=0,029$). De plus, leurs bébés sont plus petits : 18,8 % pèsent entre 2500 g et 2999 g contre 13,9 % pour les mères visitées à 2 ou 3 jours ($p=0,054$). Enfin, les bébés des femmes vues à 1 jour ont tendance à avoir montré des signes d'ictère dans une plus grande proportion (39,5 % vs 33,9 %; $p=0,100$).

Tableau 5

Critères de sélection des mères prioritaires pour la visite à domicile

Variables	Délai 1 jour % (n=309)	Délai 2-3 jours % (n= 574)	Total =883	χ^2 Pearson p
<u>Caractéristiques des mères</u>				
Parité				0.569
Primipare	46,6 (144)	44,6 (256)	45,3 (400)	
Multipare	53,4 (165)	55,4 (312)	54,7 (483)	
OLO				0.957
Oui	8,1 (25)	8,0 (46)	8,0 (71)	
Non	91,9 (283)	92,0 (528)	92,0 (811)	
Scolarité				0.904
5e Secondaire et moins	35,6 (110)	35,2 (202)	35,3 (312)	
Cégep ou université	64,4 (199)	64,8 (372)	64,7 (571)	
Revenu familial (\$)				0.895
< 20 000	11,7 (35)	10,9 (60)	11,2 (95)	
20 000 à 39 999	21,5 (64)	22,5 (124)	22,2 (188)	
≥40 000	66,8 (199)	66,5 (366)	66,6 (565)	
Âge				0.487
moins de 25 ans	20,1 (62)	23,3 (134)	22,2 (196)	
25-34 ans	69,3 (214)	65,5 (376)	66,8 (590)	
35 ans et plus	10,7 (33)	11,1 (64)	11,0 (97)	
Pays de naissance				0.486
Canada ou États-Unis	96,8 (299)	95,8 (550)	96,1 (849)	
Autre	3,2 (10)	4,2 (24)	3,9 (34)	
<u>Besoins et attentes</u>				
<u>Soins de suivi</u>				
Durée du 1^{er} appel				0,009
≤10 minutes	13,6 (40)	21,0 (114)	18,4 (154)	
>10 minutes	86,4 (254)	79,0 (430)	81,6 (684)	
<u>Santé mère</u>				
Perception état santé mère				0,564
Excellente ou très bonne	78,3 (242)	80,0 (459)	79,4 (701)	
Bonne/moyenne/mauvaise	21,7 (67)	20,0 (115)	20,6 (182)	
<u>État santé mentale</u>				
				0,900
Score CES-D < 13	89,6 (277)	89,4 (513)	89,5 (790)	
Score CES-D ≥ 13	10,4 (32)	10,6 (61)	10,5 (93)	

Tableau 5

Critères de sélection des mères prioritaires pour la visite à domicile

Variables	Délai 1 jour % (n=309)	Délai 2-3 jours % (n= 574)	Total =883	χ^2 Pearson p
<u>Santé bébé</u>				
Poids à la naissance				0,052
2500-2999g	18,8 (58)	13,9 (80)	15,6 (138)	
3000-3499g	35,1 (108)	43,9 (252)	40,8 (360)	
3500-3999g	35,4 (109)	32,1 (184)	33,2 (293)	
4000g et plus	10,7 (33)	10,1 (58)	10,4 (91)	
Perception état santé bébé				0,029
Excellente/ très bonne	88,3 (272)	92,7 (532)	91,2 (804)	
Bonne/ moyenne/ mauvaise	11,7 (36)	7,3 (42)	8,8 (78)	
Ictère				0,100
Oui	39,5 (122)	33,9 (194)	35,9 (316)	
Non	60,5 (187)	66,1 (378)	64,1 (565)	
<u>Allaitement</u>				
Allaitement				0,811
AM exclusif ou avec complément	80,3 (248)	79,6 (456)	79,8 (704)	
Pas d'allaitement maternel	19,7 (61)	20,4 (117)	20,2 (178)	
<u>Préparation</u>				
Adéquation durée séjour				0,018
trop courte	18,4 (57)	11,8 (68)	14,2 (125)	
correcte/raisonnable	72,2 (223)	76,0 (436)	74,6 (659)	
trop longue	9,4 (29)	12,2 (70)	11,2 (99)	
Préparation prénatale				0,501
Oui	69,2 (213)	71,3 (403)	70,6 (616)	
Non	30,8 (95)	28,7 (162)	29,4 (257)	
<u>Soutien</u>				
Conjoint				0,975
Sans conjoint/ vivent séparés	5,2 (16)	5,2 (30)	5,2 (46)	
Conjoint vit avec mère	94,8 (293)	94,8 (544)	94,8 (837)	

3.2 L'appréciation du délai de la visite par les mères.

Le deuxième volet des analyses a pour but de déterminer les facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite à domicile par les utilisatrices de ce service. Tout d'abord nous avons regardé la répartition de la perception du délai de la première visite en fonction du délai effectif de cette visite.

3.2.1 Délai effectif de la première visite à domicile et appréciation du délai de la visite

Tableau 6

Délai effectif de la visite et la perception du délai de la visite

	Perception du délai de la visite			Total (p<0,001)
	Trop court	Adéquat	Trop long	
Délai effectif				
1 jour	19,7 (61)	79,6 (246)	0,7 (2)	309
2-3 jours	9,1 (52)	88,8 (510)	2,1 (12)	574
4 jours et plus	4,6 (10)	90,4 (197)	5,0 (11)	218
Total	11,4 (126)	86,4 (958)	2,3 (25)	1101

Le tableau 6 présente l'appréciation du délai de la 1^{re} visite à domicile par les mères en fonction du délai effectif de cette visite. La majorité des mères soit 86,4 % ont jugé adéquat le délai entre leur sortie de l'hôpital et la 1^{re} visite à domicile. 11,4 % ont évalué ce délai trop court ou beaucoup trop court alors que 25 mères (2,3 %) l'ont trouvé trop long ou beaucoup trop long.

Le délai effectif de la 1^{re} visite à domicile est significativement associé à l'appréciation du délai (p<0,001). On note, aussi, une gradation dans les réponses. Ainsi, 19,7 % des mères ayant reçu la visite à 1 jour ont jugé le délai de la visite trop court contre 9,6 % (2 jours), 7,8 % (3 jours) et 4,6 % (4 jours et plus). À l'inverse, les mères visitées à 4 jours ou plus jugent le délai de la visite trop long dans une plus grande proportion que les autres soit dans 5 % des cas contre 3 % (3 jours), 1,7 % (2 jours) et 0,7 % (1 jour).

Finalement, on remarque qu'environ la moitié des mères qui ont jugé le délai trop long (11/25) ont reçu une visite tardive (plus de 3 jours).

3.2.2 Caractéristiques de mères et appréciation du délai de la première visite à domicile

Le tableau 7 (appendice C) présente les caractéristiques des mères en fonction de leur appréciation du délai. On constate que la parité, le revenu familial, le nombre de visites reçues, le sentiment de préparation au congé et la présence de quelqu'un qui peut aider sont significativement liés à l'appréciation du délai de la visite à domicile.

Ainsi, 60 % des mères ayant jugé le délai de la visite trop long sont des primipares contre 47,5 % pour les mères l'ayant jugé adéquat et 31 % pour celles l'ayant trouvé trop court (p=0,001). 20 % des mères qui trouvent le délai trop long ont un revenu inférieur à

20 000 \$ alors qu'elles ne comptent que pour 13,1 % ou 5,4 % lorsque le délai est jugé adéquat ou trop court ($p=0,008$). 64,0 % des mères qui trouvent que la visite arrive trop tardivement ont reçu trois visites ou plus contre 36,5 % ou 18,7 % de celles qui jugent le délai adéquat ou trop court. ($p < 0,001$). 12,5 % des mères qui trouvent le délai de la visite trop long disent s'être senties mal préparées ou très mal préparées au moment du congé de l'hôpital, contre 2,1 % et 0,8 % pour celles ayant évalué de délai adéquat ou trop court ($p=0,001$). Ensuite, 16 % des mères qui jugent le délai de la première visite à domicile trop long n'ont personne pouvant leur venir en aide comparativement à 3,1 % et 3,2 % de celles qui trouvent ce délai adéquat ou trop court ($p=0,002$). On constate que toutes les mères qui ont trouvé le délai de la première visite à domicile trop long savaient avant l'accouchement que leur séjour hospitalier serait de courte durée, en d'autres termes qu'elles auraient un court séjour. Il aurait été intéressant de poursuivre les analyses avec les mères qui ont jugé le délai de la visite trop long, mais le peu d'effectifs dans cette catégorie ne nous a pas permis de les conserver pour la suite des analyses.

3.2.3 Facteurs influençant l'appréciation du délai de la visite

Nous avons procédé à deux séries d'analyses séparées, d'abord pour les mères qui ont reçu la visite précoce (1 jour) puis pour les mères qui ont reçu la visite au deuxième ou troisième jour.

3.2.3.1 Visite à 1 jour

Le tableau 8 (présenté à la page 61) présente l'association entre les variables étudiées et l'appréciation de la visite à 1 jour. Pour les mères ayant reçu la première visite à domicile à un jour, les caractéristiques des mères qui sont significativement associées à l'appréciation du délai de la 1^{re} visite à domicile sont la parité, la participation au programme OLO, le revenu familial et l'âge de la mère. Ainsi, les mères qui ont reçu la visite à 1 jour et jugé le délai de la visite trop court sont plus souvent multipares (89,3 % contre 47,5 %; $p<0,001$), n'ont pas participé au programme OLO (98,4 % contre 90,2 %), ont un revenu familial plus élevé (seul 1,7 % ont un revenu inférieur à 20 000 \$ contre 14,4 %; $p=0,004$), et sont moins jeunes (6,6 % comparativement à 23,4 % ont moins de 25 ans; $p=0,008$) que les mères ayant jugé le délai de la visite adéquat. Ensuite, parmi les caractéristiques des soins, seul le nombre de visites reçues est significativement associé à l'appréciation du délai : 75,4 % des mères ayant jugé le délai trop court n'ont obtenu

qu'une seule visite comparativement à 37,5 % de celle l'ayant jugé adéquat ($p = <0,001$). On remarque que toutes les mères ayant reçu la première visite à un jour et ayant été à un rendez-vous médical avec leur enfant affirment que ce rendez-vous a eu lieu après la première visite à domicile (données non présentées).

En ce qui a trait aux variables représentant les attentes et les besoins des mères, l'état de santé de la mère n'est pas associé à l'appréciation du délai. Toutefois, certaines variables associées à l'état de santé du bébé et à l'allaitement sont significativement associées à l'appréciation du délai de la visite. Les mères ayant eu des bébés plus petits (2500g-2999g) jugent dans une moins grande proportion que la visite est trop rapide (13,1 % comparativement à 20,3 %; $p=0,009$) tout comme on observe l'inverse pour les mères ayant eu de gros bébés (4000 g et plus) : 23,0 % trouvent que la visite vient trop rapidement contre 8,1 %. Ensuite, le fait d'allaiter est significativement associé à l'appréciation du délai; 34,4 % des mères qui jugent le délai trop court n'allaitent pas durant leur séjour hospitalier contre 16,3 % pour celles qui le jugent adéquat ($p=0,001$). De plus, 23,0 % des mères qui jugent le délai de la première visite trop court n'ont pas rencontré de difficultés avec l'allaitement contre 38,2 % de celles qui jugent le délai adéquat ($p=0,005$).

Enfin, les variables relatives à la préparation et au soutien des mères telles que la préparation prénatale, la connaissance de la durée du séjour, la connaissance du suivi postnatal, la présence du conjoint et le fait de connaître une personne qui peut aider ne sont pas associés significativement à l'appréciation de la visite reçue dans les 24 heures suivant le congé. Tandis que les mères ayant jugé le délai de la visite à 1 jour trop court ont tendance à s'être absentes de leur domicile, au moins une journée, dans les deux premières semaines suivant leur congé (45,9 % contre 34,1 %; $p=0,088$) et à avoir jugé leur séjour hospitalier trop long (16,4 % par rapport à 7,7 %; $p=0,069$) et à avoir moins utilisé les services des organismes communautaires (95,1 % contre 86,6; $p=0,065$). Notons que pour la suite des analyses, nous avons fait le choix de retirer la variable sentiment de préparation au congé parce qu'elle nous semblait mesurer la même réalité que la variable adéquation de la durée de séjour. Une vérification de corrélation nous permet de constater qu'elles sont très corrélées : $p \leq 0,001$ (voir tableau 9, Appendice D).

Tableau 8

Facteurs de l'appréciation du délai de la visite : première visite à 1 jour

Variables	Perception du délai			χ^2 Pearson p
	adéquat % (n=246)	trop court % (n=61)	total % (n=307)	
Caractéristiques des mères				
Parité				<0,001
Primipare	52,8 (130)	19,7 (12)	46,3 (142)	
Multipare	47,5(116)	80,3 (49)	53,7(165)	
OLO				0,037
Oui	9,8 (24)	1,6 (1)	8,2 (25)	
Non	90,2 (221)	98,4 (60)	91,8 (281)	
Scolarité				0,250
5 ^e Secondaire et moins	37,4 (92)	29,5 (18)	35,8 (110)	
Cégep ou université	62,6 (154)	70,5 (43)	64,2(197)	
Revenu familial				0,004
< 20 000	14,4 (34)	1,7 (1)	11,8(35)	
20 000 à 39 999	23,3 (55)	15,0 (9)	21,6(64)	
40 000 et plus	62,3 (147)	83,3 (50)	66,6(197)	
Pays de naissance				0,992
Canada ou Etats-Unis	96,7 (238)	96,7(59)	96,7(297)	
Autre	3,3 (8)	3,3 (2)	3,3(10)	
Age				0,008
<25 ans	23,2 (57)	6,6 (4)	19,9(61)	
25-34 ans	67,5 (166)	77,0 (47)	69,4(213)	
≥35 ans	9,3 (23)	16,4 (10)	10,7(33)	
Attentes besoins				
<u>Soins de suivi</u>				
Nombre de visites				<0,001
1 visite	37,4 (92)	75,4 (46)	45,0 (138)	
2 visites ou plus	62,6 (156)	24,6 (15)	55,0 (169)	
Durée du 1^{er} l'appel				0,377
≤ 10 minutes	14,6 (34)	10,2 (6)	13,7 (40)	
> 10 minutes	85,4 (199)	89,8 (53)	86,3 (152)	
Rendez-vous				0,912
Oui	46,7 (115)	47,5 (29)	46,9 (144)	
Non	53,3 (131)	52,5 (32)	53,1 (163)	
<u>État de santé de la mère</u>				
Perception état santé mère				0,135
Excellente/ très bonne	76,4 (188)	85,2(52)	78,2 (240)	
Bonne/ moyenne/ mauvaise	23,6 (58)	14,8 (9)	21,8 (67)	
État santé mentale				0,116
Score CES-D < 13	88,2 (217)	95,1(58)	89,6 (275)	
Score CES-D ≥ 13	11,8(29)	4,9 (3)	10,4 (32)	

Tableau 8

Facteurs de l'appréciation du délai de la visite : première visite à 1 jour

Variables	Perception du délai			χ^2 Pearson p
	adéquat % (n=246)	trop court % (n=61)	total % (n=307)	
<u>Etat santé bébé</u>				
Poids à la naissance				0,003
2500-2999g	20,3 (50)	13,1 (8)	18,9 (58)	
3000-3999g	71,5 (176)	63,9 (39)	70,0 (215)	
4000g et plus	8,1 (20)	23,0 (14)	11,1 (34)	
Perception état santé bébé				0,158
Excellente/ très bonne	86,9 (213)	93,4 (57)	88,2 (270)	
Bonne/ moyenne/ mauvaise	13,1 (32)	6,6 (4)	11,8 (36)	
Ictère				0,550
Oui	40,2 (99)	36,1 (22)	39,4 (121)	
Non	59,8 (147)	63,9 (39)	60,6 (186)	
Utilisation des services				0,854
Oui	8,9 (22)	8,2 (5)	8,8 (27)	
Non	91,1 (224)	91,8 (56)	91,2 (280)	
<u>Allaitement</u>				
Allaitement				0,001
AM exclusif ou avec complément	83,7 (206)	65,6 (40)	80,1 (246)	
Pas d'allaitement	16,3 (40)	34,4 (21)	19,9 (61)	
Chronologie problème AM				0,009
Visite avant problème	15,7 (38)	4,9 (3)	13,5 (41)	
Visite après problème	21,5 (52)	18,0 (11)	20,8 (63)	
Jamais allaité	14,9 (36)	31,1 (19)	18,2 (55)	
Pas de problème allaitement	47,9 (116)	45,9 (28)	47,5 (144)	
<u>Préparation</u>				
Adéquation durée séjour				0,069
Adéquate	74,8 (184)	62,3(38)	72,3 (222)	
Trop courte	17,5 (43)	21,3 (13)	18,2 (56)	
Trop longue	7,7 (19)	16,4 (10)	9,4 (29)	
Préparation prénatale				0,772
Oui	68,6 (168)	70,4 (43)	69,0 (211)	
Non	31,4 (77)	29,5 (18)	31,0 (95)	
Connaissance durée séjour				0,189
Oui	91,9 (226)	96,7 (59)	92,8 (285)	
Non	8,1 (20)	3,3 (2)	7,2 (22)	
Connaissance suivi				0,145
Oui	82,5 (203)	90,2 (55)	84,0 (258)	
Non	17,5 (43)	9,8 (6)	16,0 (49)	
<u>Soutien</u>				
Conjoint				0,161
Sans conjoint /vivent séparés	6,1 (15)	1,6 (1)	5,2(16)	
Conjoint vit avec la mère	93,9 (231)	98,4 (60)	94,8(291)	
Personne aidante				0,840
Oui	98,0 (240)	98,4 (60)	98,0 (300)	
Non	2,0 (5)	1,6 (5)	2,0 (6)	

Tableau 8

Facteurs de l'appréciation du délai de la visite : première visite à 1 jour

Variables	Perception du délai			χ^2 Pearson
	adéquat % (n=246)	trop court % (n=61)	total % (n=307)	p
Organismes communautaires				0,065
Oui	13,4 (33)	4,9 (3)	11,7 (36)	
Non	86,6 (213)	95,1 (58)	88,3 (271)	

Analyses multivariées : Visite effectuée au premier jour suivant le congé.

Pour sélectionner les variables entrant dans cette analyse nous avons retenu celles qui étaient associées à l'appréciation du délai de la visite domicile, en bivariées, avec un seuil de significativité à $p \leq 0.20$. Les variables retenues ont été regroupées en quatre regroupements. Pour la variable chronologie de l'allaitement, nous avons fait le choix de poursuivre les analyses avec la variable problème d'allaitement, à cause de la taille des effectifs. Le premier bloc (caractéristiques de la mère) contient les variables suivantes: la participation au programme OLO, le revenu familial, la parité et l'âge de la mère. Le second contient les variables relatives aux soins de suivi, soit le nombre de visites à domicile, le troisième bloc, contient les variables liées aux états de santé de la mère et du bébé soit le poids du bébé à la naissance, la perception de l'état de santé du bébé au congé, l'apparition d'un problème d'allaitement, la perception de l'état de santé de la mère et l'état de santé mental de la mère. Enfin, le quatrième bloc contient les variables liées à la préparation et au soutien des mères. Il est composé de l'adéquation de la durée de séjour, de la connaissance de la durée de séjour, de la connaissance du suivi postnatal, du recours aux organismes communautaires et de la présence du conjoint.

Ainsi, suite à l'analyse par régression logistique, les variables sélectionnées dans chacun des blocs ont été retenues pour l'analyse finale. À cette étape, nous avons regroupé les variables des blocs 2 et 4 pour créer un bloc qui représente la préparation et le soutien offert par les professionnels (visites) ou par les proches. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10:

Visite effectuée à 1 jour : Facteurs associés à perception d'un délai trop court pour la première visite postnatale

	Univarié			Multivarié								
				Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	RC brut	p	IC 95%	RC ajusté	p	IC 95%	RC	p	IC 95%	RC	p	IC 95%
Bloc 1												
Parité	1			1			1			1		
Primipare	4,58	<0,001	2,32 - 9,024	4,27	<0,001	2,11 - 8,66	2,83	0,007	1,33 - 6,02	2,12	0,07	0,95 - 4,71
Multipare												
OLO	1			1			1			1		
Oui	6,49	0,069	0,86 - 48,71	1,66	0,671	0,16 - 17,37	1,74	0,681	0,12 - 24,56	1,52	0,748	0,12 - 19,85
Non												
Revenu familial (\$)	1			1			1			1		
< 20 000 \$	5,56	0,111	0,68 - 45,87	5,37	0,147	0,56 - 51,92	5,21	0,188	0,43 - 70,41	5,72	0,171	0,47 - 69,41
20 000 - 39 999 \$	1,56	0,017	1,54 - 86,66	8,51	0,063	0,89 - 81,58	7,84	0,115	0,61 - 101,78	8,48	0,091	0,71 - 100,90
40 000 et plus												
Âge	1			1			1			1		
<25 ans	4,03	0,010	1,39 - 11,69	1,62	0,427	0,49 - 5,29	1,65	0,440	0,46 - 5,88	1,58	0,494	0,42 - 5,91
25-34 ans	6,19	0,004	1,76 - 21,76	2,38	0,219	0,60 - 9,44	3,26	0,116	0,75 - 14,25	3,04	0,155	0,66 - 14,07
35 ans et plus												
Bloc 2												
Nombre de visite	5,13	<0,001	2,71 - 9,71				3,48	0,001	1,72 - 7,05	3,94	<0,001	1,84 - 8,43
1 visite	1			1			1			1		
≥2 visites												
Adéquation durée séjour	1			1			1			1		
Adéquate	1,46	0,294	0,72 - 2,99				1,56	0,279	0,70 - 3,50	1,44	0,413	0,60 - 3,48
Trop courte	2,59	0,029	1,10 - 5,91				4,13	0,009	1,44 - 11,91	4,81	0,008	1,51 - 15,25
Trop longue												
Connaissance du suivi	1,94	0,151	0,79 - 4,79				2,19	0,147	0,76 - 6,34	2,08	0,187	0,70 - 6,18
Oui	1			1			1			1		
Non												
Conjoint	1			1			1			1		
sans conjoint / vivent séparés	3,9	0,192	0,51 - 30,06				0,85	0,900	0,06 - 11,62	1,77	0,706	0,92 - 34,01
vit avec la mère												
Organismes communautaires	1			1			1			1		
Oui	3,00	0,077	0,89 - 10,11				2,06	0,290	0,54 - 7,84	1,79	0,444	0,40 - 7,93
Non												
Bloc 3												
Poids à la naissance	1			1			1			1		
3000-3999g	0,72	0,439	0,32 - 1,65				0,89	0,818	0,32 - 2,43	0,89	0,818	0,32 - 2,43
2500-2999g	3,16	0,003	1,47 - 6,78				3,62	0,009	1,38 - 9,49	3,62	0,009	1,38 - 9,49
4000 g et plus												
Problème AM	1			1			1			1		
Problème d'allaitement	1,62	0,174	0,81 - 3,25				1,08	0,850	0,47 - 2,48	1,08	0,850	0,47 - 2,48
Pas de problème AM	3,54	0,002	1,61 - 7,81				3,41	0,017	1,24 - 9,37	3,41	0,017	1,24 - 9,37
Jamais allaité												
État de santé mentale	1			1			1			1		
Score CESD < 13	0,39	0,128	0,11 - 1,32				0,40	0,240	0,09 - 1,84	0,40	0,240	0,09 - 1,84
Score CESD ≥ 13												
Hosmer-Lemeshow				0,742			0,722			0,833		

Le Tableau 10: présente le modèle final et permet d'apprécier l'effet de l'introduction progressive des blocs de variables sur les valeurs des rapports de cotes de chacune des variables pour la visite à 1 jour. L'analyse de l'effet du retrait des variables OLO et âge de la mère sur les rapports de cotes des autres variables du bloc 1 nous a forcé à les conserver dans le bloc.

On constate donc que la variation des rapports de cotes et de la signification statistique de la variable OLO s'explique par l'effet de l'ajustement pour les autres caractéristiques des mères dans le premier modèle (RC brut : 6,49; $p=0,069$; IC95% : 0,86 -48,71/RC ajusté 1,66; $p=0,671$; IC95% : 0,16 -17,37).

On remarque aussi que l'effet de la parité est indépendant de l'âge de la mère, du revenu familial et de la variable OLO. La force de la relation de la multiparité avec la perception du délai de la visite est atténuée, mais demeure significative, suite à l'introduction des variables du deuxième bloc (RC brut : 4,58; $p<0,001$; IC 95 % : 2,32 -9,024/RC ajusté 1 4,27; $p<0,001$; IC 95 % : 2,11 -8,66/RC ajusté 2; 2,83; $p=0,007$; IC 95 % : 1,33 -6,02). Toutefois, lors de l'introduction des variables relatives aux états de santé, le rapport de cotes bien que toujours supérieur à 2,00 n'est plus significatif (RC ajusté 3 : 2,12; $p=0,07$; IC 95% : 0,95 -4,71). Le fait d'avoir reçu une seule visite est fortement associé à la perception que la première visite arrive trop rapidement et cette relation demeure significative dans le modèle final. (RC brut : 5,13; $p<0,001$; IC 95 % : 2,71 -9,71/RC ajusté 2 : 3,48; $p=0,001$; IC 95 % : 1,72 -7,05/RC ajusté 3 : 3,94; $p<0,001$; IC 95 % : 1,84 -8,43).

La durée de séjour perçue comme trop longue est aussi fortement associée au délai trop court. Lorsque cette variable est introduite dans le modèle avec les autres variables de son bloc, on constate un renforcement de la relation qui est encore légèrement plus forte dans le modèle final (RC brut : 2,59; $p=0,029$; IC 95% : 1,10 -5,91/RC ajusté 2 : 4,13; $p=0,009$; IC 95% : 1,44 -11,91/RC Ajusté 3 : 4,81; $p=0,008$; IC 95% : 1,51 -15,25).

Lorsqu'on regarde les états de santé et qu'on compare les RC bruts et les RC ajustés, on s'aperçoit qu'il n'y pas beaucoup de variation dans la direction et la signification des associations. Ainsi, les mères qui n'ont jamais allaité (RC brut; 3,54 : $p=0,002$; IC 95% 1,61 -7,81/RC ajusté3 : 3,41; $p=0,017$; IC 95 % : 1,24 -9,37) et les mères qui ont eu un bébé pesant plus de 4000 g (RC brut : 3,16; $p=0,003$; IC 95% : 1,47 -6,78/RC ajusté3 : 3,62; $p=0,009$; IC 95% : 1,38 -9,49) ont près de quatre fois plus de chance d'évaluer le délai de la visite comme trop court. Ces associations sont très fortes et sont indépendantes

des autres caractéristiques contenues dans le modèle final. Finalement, nous avons testé l'interaction des variables parité et allaitement durant le séjour, toutefois cette interaction s'avère non significative et, de plus son ajout dans le modèle n'a pas d'effet sur les valeurs des RC des autres variables ni leur signification.

3.2.3.2 Visite à 2 ou 3 jours : Facteurs associés à l'appréciation du délai de la visite

L'Appendice E présente la matrice corrélacionnelle (tableau 11) des variables retenues pour cette analyse. On voit que l'ictère est très corrélé au nombre de visites à domicile ($p < 0,001$) et que le revenu est corrélé à l'utilisation des services ($p = 0,043$). Pour les mères qui ont été visitées par une infirmière lors du deuxième ou troisième jour suivant leur congé (tableau 12), les deux facteurs qui sont significativement associés sont le nombre de visites reçues et le fait d'avoir été au rendez-vous médical du nouveau-né. Ainsi, les mères qui jugent que le délai de la première visite est trop rapide ont reçu une seule visite dans une plus grande proportion (78,4 % contre 57,1 % des mères qui ont jugé le délai de la visite adéquat; $p = 0,003$). Elles sont aussi plus nombreuses à s'être présentées au rendez-vous médical ($p = 0,001$). Notons que parmi les mères qui ont jugé le délai de la visite trop court, aucune n'a reçu cette visite après le rendez-vous (données non présentées). Finalement, bien que non significatif, il semble que le fait que l'enfant ait montré des signes d'ictère influence la perception du délai : 71,2 % des mères qui ont jugé le délai trop court ont un enfant qui n'a pas présenté de signes d'ictère contre 59,8 % de celles qui l'ont jugé adéquat; $p = 0,11$.

Tableau 12 :

Visite au deuxième ou troisième jour: facteurs de l'appréciation du délai de la visite

Variables	Perception du délai de la visite		χ^2 de Pearson p
	Adéquat % (n=510)	Trop court % (n= 52)	
Caractéristiques des mères			
Parité			0,740
Primipare	44,7 (228)	42,3 (22)	
Multipare	55,3 (282)	57,7 (30)	
OLO			0,654
Oui	7,8 (40)	9,6 (5)	
Non	92,2 (470)	90,4 (47)	
Scolarité			0,301
5 ^e Secondaire et moins	35,1 (179)	42,3 (22)	
Cégep ou Université	64,9 (331)	57,7 (30)	
Revenu familial			0,155
< 20 000	11,0 (54)	8,5 (4)	
20 000 à 39 999	23,8 (117)	12,8 (6)	
40 000 et plus	65,2 (320)	78,7 (37)	
Pays de naissance			0,874
Canada ou États-Unis	95,7 (488)	96,2 (50)	
Autre	4,3 (22)	3,8 (2)	
Age			0,405
<25 ans	22,7 (116)	30,8(16)	
25-34 ans	66,1 (337)	57,7 (30)	
35ans et plus	11,2 (57)	11,5 (6)	
Attentes besoins			
<u>Soins de suivi</u>			
Nombre de visites			0,003
1 visite	57,1 (288)	78,4 (40)	
2 visites ou plus	42,9 (216)	21,6 (11)	
Durée du 1^{er} appel			0,611
≤10 minutes	21,5 (104)	18,4 (9)	
> 10 minutes	78,5 (380)	81,6 (40)	
Rendez-vous			0,001
Oui	51,8 (264)	75,0 (39)	
Non	48,2 (246)	25,0 (13)	
<u>État de santé de la mère</u>			
Perception état santé mère			0,318
Excellente ou très bonne	80,8 (412)	75,0 (39)	
Bonne/moyenne/mauvaise	19,2 (98)	25,0 (13)	
État santé mentale			0,495
Score CES-D < 13	89,6 (457)	86,5 (45)	
Score CES-D ≥13	10,4 (53)	13,5 (7)	

Tableau 12 :

Visite au deuxième ou troisième jour: facteurs de l'appréciation du délai de la visite

Variables	Perception du délai de la visite		χ^2 de Pearson p
	Adéquat % (n=510)	Trop court % (n= 52)	
<u>État santé bébé</u>			
Poids à la naissance			0,461
2500-2999g	13,3 (68)	19,2 (10)	
3000-3999g	76,5 (390)	73,1(38)	
4000g et plus	10,2 (52)	7,7 (4)	
Perception état santé du bébé			0,691
Excellente ou très bonne	92,7 (473)	94,2 (49)	
Bonne/moyenne/mauvaise	7,3 (37)	5,8 (3)	
Ictère			0,263
Oui	34,6 (176)	26,9 (14)	
Non	65,4 (332)	73,1 (38)	
Ictère total			0,110
Non	59,8 (305)	71,2 (37)	
Oui	40,2 (205)	28,8 (15)	
Utilisation des services			0,179
Oui	9,4 (48)	3,8 (2)	
Non	90,6 (462)	96,2 (50)	
<u>Allaitement</u>			
Allaitement			0,654
Allaitement maternel exclusif ou avec complément	79,6 (405)	76,9 (40)	
Pas d'allaitement	20,4 (104)	23,1 (12)	
Chronologie problème AM			0,889
Visite avant problème	10,3 (52)	8,2 (4)	
Visite après problème	25,4 (128)	26,5 (13)	
Jamais allaité	18,7 (94)	22,4 (11)	
Pas de problème allaitement	45,5 (229)	42,9 (21)	
<u>Préparation</u>			
Adéquation durée séjour			0,476
Correcte/raisonnable	76,9 (392)	71,2 (37)	
Trop courte	11,6 (59)	11,5 (6)	
Trop longue	11,6 (59)	17,3 (9)	
Préparation prénatale			0,257
Oui	71,6 (361)	64,0 (32)	
Non	28,4 (143)	36,0 (18)	
Connaissance durée séjour			0,825
Oui	95,5 (487)	96,2 (50)	
Non	4,5 (23)	3,8 (2)	
Connaissance suivi			0,505
Oui	87,8 (447)	84,6 (44)	
Non	12,2 (62)	15,4 (8)	

Tableau 12 :

Visite au deuxième ou troisième jour: facteurs de l'appréciation du délai de la visite

Variables	Perception du délai de la visite		χ^2 de Pearson p
	Adéquat % (n=510)	Trop court % (n= 52)	
Soutien			
Conjoint			0,693
Sans conjoint/ vivent séparés	5,1 (26)	3,8 (2)	
Conjoint vivant avec mère	94,9 (484)	96,2 (50)	
Personne aidante			0,503
Oui	96,3 (490)	98,1 (51)	
Non	3,7 (19)	1,9 (52)	
Organismes communautaires			0,716
Oui	9,2 (47)	7,7 (4)	
Non	90,8 (463)	92,3 (48)	

Analyses multivariées : Visite effectuée lors du deuxième ou troisième jour.

Dans le cas de la visite effectuée au deuxième ou troisième jour, les analyses bivariées permettent de constater que seulement deux variables (rendez vous et nombre de visites) prédisent significativement la perception que le délai de la visite est trop court. À un seuil de $p \leq 0,20$, deux autres variables, l'utilisation des services ($p=0,196$) et l'ictère total ($p=0,110$) sont ajoutées aux deux autres dans la régression logistique. Ainsi, les variables qui prédisent le mieux la perception que la première visite est trop rapide demeurent le rendez-vous et le nombre de visites (Tableau 12).

Le tableau 13 permet de comparer les valeurs des RC non ajustés avec celles des RC ajustés. On note que l'entrée de la variable rendez-vous dans le modèle en atténue l'effet (RC brut : 2,80; $p=0,002$; IC 95 % : 1,46 -5,36/RC ajusté : 2,37; $p=0,012$; IC 95 % : 1,21 -4,63) alors que l'effet inverse se produit pour la variable « nombre de visites » (RC brut : 2,72; $p=0,004$; IC 95 % : 1,37 -5,44/RC ajusté : 3,17; $p=0,003$; IC 95 % : 1,49 -6,73). Notons aussi que le RC de l'utilisation des services passe de 2,59 à 4,55 : mais ce résultat s'avère non significatif ($p=0,140$).

Tableau 13

Visite effectuée au 2^e ou 3^e jour : Facteurs associés à la perception d'un délai trop court de la première visite postnatale

	Analyses bivariées			Modèle multivarié		
	RC brut	p	(IC 95 %)	RC ajusté	p	(IC 95 %)
Rendez-vous						
Oui	1	—	—	1	—	—
Non	2,80	0,002	(1,46-5,36)	2,37	0,012	(1,21 -4,63)
Nombre de visites						
1 visite	2,73	0,004	(1,37 -5,44)	3,17	0,003	(1,49 -6,73)
2 visites	1	—	—	1	—	—
Utilisation des services						
Oui	1	—	—	1	—	—
Non	2,59	0,196	(0,61 -10,92)	4,55	0,140	(0,61 -34,12)

4- DISCUSSION

Les objectifs de notre étude ont été répartis en deux volets distincts. Le premier volet visait à décrire le processus d'offre de service menant à la première visite à domicile suite à un congé précoce en obstétrique et à déterminer les critères de priorisation des mères associés à l'offre de visite, à la visite à domicile et au délai de la première visite à domicile. Le second volet avait comme objectifs de décrire la relation qui existe entre le délai effectif et la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile et de déterminer les facteurs associés à la perception d'adéquation du délai de la première visite à domicile pour toutes les mères ayant reçu une visite à domicile, pour les mères visitées au premier jour et pour les mères visitées au deuxième ou troisième jour.

4.1. Sélection des mères

Tout d'abord, pour le premier volet de nos analyses, nous avons émis l'hypothèse que les mères sélectionnées prioritairement par les professionnels de la santé sont celles qui ont un profil socioéconomique plus désavantagé, et de plus grands besoins attribuables à leur santé ou à celle de leur bébé. Au moment de l'enquête et dans les régions sondées, la majorité des mères (87,2 %) ont reçu une offre de visite. De plus, 80,2 % (n=883) des mères ont été visitées dans les premières 72 heures suivant le congé tel que le recommande le MSSS (1999). Notons de plus que 99,9 % (n=1350) des mères ont reçu un appel téléphonique et que 87,8 % (n=1102) d'entre elles ont reçu un appel dans les trois premiers jours. Les professionnels de la santé semblent en mesure d'identifier les mères à risque puisque les mères qui ont reçu une offre de visite présentent, significativement, certains facteurs de risques retrouvés dans la littérature (primiparité, plus jeune âge, faible revenu, faible niveau de scolarité, immigration, bébé plus petit, état de l'état de santé maternel perçu, initiation de l'allaitement maternel) alors que les mères qui ont reçu une visite précoce (≤ 24 h) semblent avoir été sélectionnées de façon significative selon l'état de santé du bébé (ictère, poids, état perçu par la mère) et le sentiment de préparation au congé de la mère.

De plus, aucune variable relative au soutien social de la mère n'a été associée à la sélection des mères pour la visite à domicile : le fait d'avoir un conjoint vivant avec la mère ou d'avoir quelqu'un qui peut aider ne semble pas associé significativement à l'offre de visite

ni au délai de la visite. Des résultats semblables sont rapportés par Britton (1998). Ainsi, suite à une enquête auprès d'obstétriciens, il a observé que ceux-ci ne semblent pas accorder une grande importance aux facteurs de risques psychosociaux et démographiques comparativement aux états de santé physiques lors de la prise de décision du congé précoce et du suivi postnatal. Nous pouvons, ici, nous demander si le soutien dont dispose la mère est évalué par les professionnels lors de la période d'hospitalisation. Il faudrait s'assurer de son évaluation, car cet aspect représente un élément clef de la réussite de l'adaptation lors du retour à la maison de la mère avec son nouveau-né. (Cronin, 2003; Farbman Moran, 1997)

Refus de la visite

Les mères qui n'ont pas reçu de visite, parce qu'elles l'ont refusé, sont significativement plus jeunes, ont tendance à vivre sans conjoint, à être nées à l'extérieur du Canada ou des États-Unis et à s'être perçues en moins bonne santé lors du congé que celles qui ont évoqué d'autres raisons. En contrepartie, elles ont tendance à avoir déjà reçu une préparation prénatale et à avoir jugé leur durée de séjour trop longue ou adéquate. Ces résultats divergent, en partie, de ceux qui sont trouvés par Sword, Watt et Krueger (2006) qui ont mesuré une association significative entre l'acceptation de la visite et la primiparité, l'initiation de l'allaitement maternel, un faible réseau social, un mauvais état de santé de la mère perçu au congé et une moins bonne évaluation des services reçus lors de l'hospitalisation. Cette étude s'apparente à la nôtre par la taille de la population à l'étude (n=1250) et par les variables étudiées soit l'âge de la mère, le état matrimonial, le poids du bébé à la naissance, le revenu familial, le niveau d'éducation, le pays de naissance, la parité, le problème de santé du bébé, la perception de la mère de l'état de santé du bébé, l'allaitement maternel, le soutien et l'état de santé de la mère. Il faut toutefois souligner que Sword et ses collègues (2006), plutôt que de s'intéresser spécifiquement aux mères qui n'ont pas reçu de visite, ont comparé les mères qui ont refusé la visite à celles qui l'ont accepté ce qui constitue une différence importante avec notre étude. Par ailleurs, Zadoroznyj (2006) souligne que les mères qui refusent la visite disposent, généralement, d'un soutien social adéquat. Mentionnons qu'il est aussi possible de retrouver, parmi les mères visitées à plus de 72 heures, des mères qui se sont vu offrir une visite plus précoce; mais qui, au lieu de la refuser, ont plutôt demandé que celle-ci soit retardée : cela

permettrait d'expliquer, en partie, pourquoi les mères visitées au-delà de 72 heures présentent un profil à risque.

4.2. Appréciation du délai de la visite

En second lieu, nous avons cherché à comprendre la relation qui existe entre le délai effectif et l'appréciation du délai de la première visite. Tel qu'attendu, la majorité (86,4 %) des mères ont jugé le délai de la première visite à domicile adéquat. Cela ne constitue pas une surprise, car la grande majorité des études ayant pour but d'évaluer le niveau de satisfaction des utilisateurs de services de santé obtiennent ce type de résultat. (Sitzia et Wood, 1997).

Ensuite, le moment de la première visite ne semble pas optimal pour toutes les mères. Or le moment de la visite à domicile a été identifié comme un facteur important de l'amélioration des résultats de santé (Yanicki et al., 2002; Goulet, D'Amour & Pineault 2007; Sword et al. 2004). Les mères qui ont jugé que la première visite arrive trop tardivement sont beaucoup moins nombreuses que ce à quoi nous nous attendions. Il semble que les mères qui ont trouvé l'attente de la première visite trop longue ont des besoins particuliers (primipares, faible revenu, plus de 2 visites postnatales, se jugent mal préparées au congé, peu de soutien) qui pourraient expliquer leur perception du délai de cette visite. Néanmoins, cette question devra faire l'objet d'une autre étude, car nous ne disposons pas, avec un échantillon de 25 mères, d'une puissance statistique suffisante pour vérifier notre deuxième hypothèse. Par ailleurs, on note que parmi ces 25 mères, 44 % (n=11) ont reçu une visite tardive (plus de 4 jours) : ces mères avaient-elles des besoins qui auraient nécessité une visite plus précoce mais qui n'ont pas été retenus ou identifiés par les intervenants?

En contrepartie, un plus grand nombre de mères (n=126; 11,6 %) ont trouvé que le délai de la visite était trop court. Pour la visite effectuée lors des 24 premières heures, les variables retenues dans le modèle multivarié final soulignent que les mères qui jugent le délai trop court semblent présenter significativement moins de besoins et semblent moins inquiètes que celles qui le jugent adéquat. (Puisqu'elles n'allaitent pas, qu'elles ont accouché d'un plus gros bébé, qu'elles ont jugé que la durée de séjour hospitalier était trop longue, qu'elles n'ont reçu qu'une seule visite et qu'elles ont tendance à être multipare et à disposer d'un revenu familial plus élevé). On peut alors se demander si ces mères avaient réellement

besoin d'une visite aussi rapide car le tiers des mères visitées au cours de la première journée n'ont reçu qu'une seule visite. Par surcroît, les mères qui n'ont reçu qu'une seule visite sont près de 4 fois plus susceptibles d'avoir trouvé que le délai de la visite était trop court. D'autre part, il est concevable que ces mères n'aient simplement pas osé refuser la visite offerte lors de l'appel téléphonique. Cette observation soulève la question de l'allocation judicieuse des ressources pour le suivi postnatal à domicile.

4.3 Sélection des mères et appréciation du délai

L'une des principales critiques relatives à la mesure la satisfaction relève du fait qu'on mesure généralement la satisfaction globale envers un ensemble de soins, ce qui fait en sorte qu'on observe peu de variabilité dans les réponses et qu'il est difficile de dégager les aspects des soins qui contribuent à l'expression de cette appréciation. Or, cette étude apporte un éclairage sur les facteurs liés à l'appréciation d'un aspect précis du suivi postnatal soit le délai de la première visite à domicile dans le cadre du congé précoce. De plus, certains auteurs avancent que la mesure de l'insatisfaction est un meilleur indicateur de l'évaluation des soins par les usagers. (William, 1994) Ainsi, l'un des intérêts de notre étude repose sur le fait qu'elle nous renseigne sur les facteurs associés à l'insatisfaction. De même, elle renseigne aussi sur le sens de cette insatisfaction (délai trop court, délai trop long).

Il est reconnu que l'évaluation de la satisfaction des utilisateurs de services de santé n'est pas une mesure très sensible puisque dans la plupart des cas, la grande majorité des utilisateurs sont satisfaits des services reçus (Sitzia & Wood, 1997). Selon les théories de l'assimilation et du contraste (Andersen, 1973) et de la zone de tolérance (Zeithaml et al., 1993), la mesure de la satisfaction permet surtout d'évaluer les écarts extrêmes qui existent entre les attentes envers un produit (dans notre étude : délai effectif de la visite) et sa performance objectivée. Ainsi, on peut envisager que les mères qui disent que le délai de la visite est trop court ne s'attendaient vraiment pas à ce qu'elle soit effectuée aussi rapidement. D'autre part, ces théories permettent de comprendre pourquoi peu de variables semblent associées à la perception du délai « trop court », dans le cas du modèle de la visite réalisée au deuxième et troisième jour. Ainsi, dans la mesure où les mères reçoivent une visite au deuxième ou troisième jour, il semble probable qu'elles expriment peu leur

insatisfaction, car le délai de leur visite n'est pas extrêmement court. Il apparaît alors que seules les mères dont l'enfant avait déjà revu le médecin et ayant reçu une seule visite à domicile jugent le délai trop court. On peut alors penser que ces mères avaient peu de besoins et que le rendez-vous a réussi à les combler ou encore penser que d'autres événements (que notre étude n'a pas permis de mesurer) nécessitant une attention professionnelle se sont produits entre le moment de la visite et de l'entrevue : le délai est jugé trop court, car la mère aurait apprécié une visite plus tardive.

Notre mesure de l'appréciation du délai de la visite a été prélevée un mois après le congé des mères. Or, dans notre étude, la visite à domicile est effectuée dans les premiers jours suivant le retour à domicile. Certains auteurs soulèvent que le moment de l'évaluation de la satisfaction des soins et services de santé peut modifier la perception de la satisfaction. Notamment, si cette mesure n'est pas effectuée immédiatement après l'utilisation de ces soins ou services. (Britton, 2006; Thompson & Sunol, 1995; Van Teilingen et al., 2003). Ainsi, Thompson & Sunol (1995) estiment que lorsqu'elle n'est pas mesurée rapidement après l'utilisation des services de santé, l'évaluation de la satisfaction est plutôt tributaire des résultats de santé obtenus : « *the success over problem can lead to a positive post-hoc evaluation of negative perception that may have occurred beforehand, p.132* ». De plus, on peut penser que des événements qui se sont produits entre le moment de la visite et le moment de l'enquête peuvent venir modifier l'évaluation de la perception de l'adéquation du délai de la première visite. En effet, dans le contexte périnatal, Britton (2006) a trouvé que l'expression de la satisfaction pour un service, mesurée à deux moments différents, varie et semble associée aux problèmes de santé (anxiété et dépression) et aux événements stressants rencontrés entre ces deux moments. Ainsi, notre étude tient compte de ce phénomène, car nous avons ajusté pour l'état de santé de la mère (CES-D), les problèmes d'allaitement, et le nombre de visites postnatales.

D'autre part, la littérature nous indique que les besoins des mères évoluent durant la période postnatale (Ruchala, 2000). Certaines mères de notre étude expriment que le délai de la visite est trop rapide. On peut se demander quels sont les motifs qui font en sorte que les mères jugent le délai de la première visite trop rapide. Il est concevable que des événements s'étant produits entre le moment de la visite et le moment de l'enquête aient pu faire naître des besoins nouveaux auxquels la première visite à domicile n'a pas pu

répondre. À cet égard, soulignons que le fait d'avoir éprouvé des problèmes d'allaitement maternel influence la perception d'adéquation du délai de la visite pour la visite à 1 jour : les mères qui n'ont jamais allaité ou qui n'ont pas eu de problèmes d'allaitement ont plus de chance de trouver que cette visite est trop rapide comparativement à celles qui ont eu des difficultés liées à l'allaitement maternel. Ainsi, on peut envisager que les mères qui affirment que la première visite est trop rapide auraient souhaité recevoir une deuxième visite à un autre moment pendant la période postnatale. Sword et al. (2004) évoquent aussi cette possibilité lorsqu'elle discute du moment opportun du suivi postnatal en lien avec le support informel que reçoivent les mères :

“Timing of postpartum follow-up is another area that warrant further research, For instance, women who have numerous informal supports in place in the early postpartum days might benefits more from postponed or second assessment when these supports are less accessible and women faces with caring for themselves and their newborn infant on their own.”

Sword et coll. (2005) soulignent également que les mères ont plusieurs besoins d'information non comblés, à un moment où elles ne reçoivent plus ou du moins qu'elles ont peu de soutien de la part des professionnels de la santé (à 4 semaines postnatales). Cela permet de souligner que durant les premiers jours en postnatal, les mères peuvent absorber une quantité limitée d'information et sont davantage préoccupées par leur propre état de santé ce qui ne coïncide pas avec la nature des sujets enseignés à ce moment (Ruchala, 2000).

Dans la présente étude, le nombre de visites s'est avéré fortement corrélé à plusieurs variables telles que la participation au programme OLO, la parité, le revenu, la perception de l'état de santé du bébé et de la mère et les problèmes d'allaitement. Cette variable représente donc un proxy pour les besoins des mères. Ainsi, les professionnels évaluent le profil des mères pour établir leurs priorités puis la première visite permet de vérifier le niveau de besoins des mères : celles ayant plus de besoins recevront plus d'une visite. Il est d'ailleurs intéressant de constater que les mères qui reçoivent plus d'une visite sont moins portées à trouver que le délai de la visite, effectuée dans les 24 premières heures, a été trop court. Cette observation nous rassure quant à la prise en charge des clientèles à risque par les professionnels de la santé affectées au suivi postnatal à domicile.

Enfin, une plus grande proportion des mères visitées lors du premier jour de retour au domicile jugent que le délai est trop court. Toutefois lorsqu'on regarde les critères de sélection de ces mères il semble que les professionnels avaient des motifs pour leur rendre une visite précoce. Ces mères ont d'ailleurs reçu un appel téléphonique plus long. Ce qui laisse présager qu'elles avaient des besoins nécessitant une attention particulière. Bref, à première vue, les motifs d'une visite aussi rapide semblent fondés : ces mères avaient des besoins et il est probable que les professionnels ne se sentaient pas à l'aise de les laisser partir à la maison.

4.4 Forces et limites de l'étude

La taille de la population à l'étude et le fait d'avoir contrôlé pour plusieurs variables potentielles de confusion sont des forces indéniables de notre étude. De plus, à notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser à l'appréciation du délai de la visite postnatale dans le cadre d'un suivi postnatal universellement assuré suite au congé précoce en obstétrique.

Par ailleurs, notre étude comporte certaines limites. D'abord, le fait que notre étude soit tirée des données utilisées dans le cadre d'une étude dont le but n'était pas d'étudier les facteurs menant à l'expression de la satisfaction impose certaines limites à notre étude (D'Amour et al., 2004). Ainsi, les données de l'étude principale ne permettent pas de s'attaquer directement à la question des attentes. Cependant, en regardant les variables à l'étude, il est possible de dégager certaines variables qui auraient pu jouer le rôle de *proxy* des attentes : soit la parité, la connaissance de la durée de séjour, la connaissance du suivi postnatal et la préparation prénatale. Dans cette étude, seule la parité semble associée significativement à l'appréciation du délai de la visite à 1 jour (RC 2,12; $p=0,07$). Un manque de puissance statistique pourrait expliquer la perte de signification statistique de la variable, au seuil de signification de 0,05, dans le modèle final.

Deuxièmement, cette étude ne tient pas compte de l'allocation des ressources et des contextes rattachés aux quatre régions dont proviennent les données de l'enquête. Il est possible que l'organisation des services qui prévaut dans chaque région diffère et réponde mieux, dans certains cas, aux normes et aux besoins des mères. La prise en considération de

ces contextes particuliers aurait peut-être permis d'améliorer la sensibilité de nos mesures et d'identifier d'autres variables associées à l'expression de l'appréciation du délai de la première visite à domicile, notamment des variables liées à l'organisation et la continuité des soins.

De plus, cette étude ne mesure pas les interventions effectuées lors de la visite à domicile, ni les habiletés relationnelles de l'infirmière. La littérature identifie ces composantes comme des déterminants majeurs de la satisfaction exprimée (Abranovitz et al, 1987, William 1994, Sitzia & Wood, 1997). Il est possible que certains aspects des soins comme les interventions effectuées lors de la visite, les connaissances techniques ou la capacité de l'infirmière à faire preuve de « caring » envers la clientèle aient pu modifier la perception de l'appréciation du délai de la visite.

La population à l'étude est composée de mères à faible risque de complications médicales ce qui entraîne comme conséquence que les résultats de notre étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. De plus, on sait que les personnes qui sont satisfaites sont aussi prédisposées à participer aux enquêtes ce qui introduit un biais de sélection qu'il importe de considérer (Mazor et al, 2002). Conséquemment, dans les études visant à évaluer la satisfaction, les personnes insatisfaites sont sous-représentées.

Le fait que notre enquête ait été réalisée près d'un mois après les événements étudiés rend possible une erreur de mesure liée au biais de mémoire. Même si des mesures ont été prises pour diminuer les biais de mémoire (ex. on a demandé à l'interviewer d'utiliser un calendrier pour aider la mère à se rappeler le jour de la semaine où elle a obtenu son congé et celui de la visite de l'infirmière, pour vérifier la concordance des dates). De plus, il est possible que la mesure des variables telles que la présence du conjoint, les symptômes de dépression et le refus de la visite à domicile ait été affectée par un biais de désirabilité sociale.

Finalement, malgré une taille d'échantillon non négligeable (N=1351), notre étude a manqué de puissance pour l'estimation des associations entre certains facteurs dont la fréquence d'exposition était moins grande (ex. OLO, absence conjoint) et l'appréciation du délai de la visite en fonction du délai effectif (1 jour, 2-3 jours). En témoigne la largeur des intervalles de confiance à 95% pour plusieurs variables.

4.5 Les retombées

Les retombées du présent projet touchent à la fois le milieu clinique et la recherche future dans le domaine des soins postnatals.

a) Pour la clinique :

Il semble indiqué de:

- 1- Maintenir la première visite à domicile pour toutes les mères, car les données probantes indiquent que cette pratique permet de répondre aux besoins immédiats des mères et limite les effets indésirables du congé précoce sur les états de santé des mères et des nouveau-nés.

- 2- Réviser le délai de la première visite en fonction des facteurs de risque et des besoins des mères. Les résultats de cette étude permettent de constater que les mères qui ont reçu une visite dans les 24 premières heures semblent avoir été sélectionnées par les professionnels de la santé parce qu'elles présentaient un profil à risque. Aussi, notre étude nous indique que ces mères ont jugé le délai de la première visite à domicile trop court dans une plus grande proportion comparativement aux mères visitées aux deuxième et troisième jours. Dans la perspective d'une utilisation judicieuse des services, nous croyons qu'un délai de moins de 24 heures suivant la sortie de l'hôpital est effectivement très court. Il est possible qu'un tel délai ne permette pas aux mères d'identifier leurs différents besoins ce qui pourrait limiter la portée de l'intervention « visite à domicile ». Nous considérons donc qu'une visite effectuée dans un délai de 24 heures ou moins devrait être une mesure exceptionnelle. De plus, dans le cas où une visite très précoce est effectuée, nous jugeons qu'il est approprié qu'une seconde visite soit prévue.

- 3- Envisager la possibilité d'ajouter une visite ou au moins un appel téléphonique après 3 jours, car la littérature identifie plusieurs besoins non comblés lorsque les interventions sont concentrées dans les premiers jours suivant la naissance.

b) Pour la recherche future :

Trois questions de recherche sont soulevées par le présent projet:

- 1- Pourquoi les services de santé n'arrivent-ils pas à rejoindre certaines mères? Dans cette étude, 47,7 % (76/187) des mères qui disent ne pas avoir reçu une offre de visite n'ont jamais assisté à des cours prénataux.
- 2- Quel est le profil des mères qui jugent le délai trop long et quelles sont les raisons associées à cette perception?
- 3- Serait-il avantageux qu'un deuxième appel téléphonique et même une deuxième visite soient effectués après les 72 premières heures suivant le congé hospitalier? Des recherches devraient être effectuées dans le but de mesurer les avantages potentiels notamment en termes d'impact sur les états de santé des mères et nouveau-nés ainsi que sur les niveaux de satisfaction envers ces services.

5- CONCLUSION

Pour conclure, l'évaluation de l'appréciation des services par les utilisateurs des soins et services de santé est devenue une mesure essentielle à l'amélioration de la qualité des soins de santé puisqu'elle reflète leur perception du système de soins. En somme, on note que le suivi postnatal offert au Québec permet d'offrir une visite postnatale à la majorité des mères à l'intérieur des 72 premières heures suivant le congé précoce. De plus, les professionnels de la santé arrivent à identifier les mères qui ont plus de besoins et semblent capables de mobiliser des ressources rapidement pour apporter soutien et soins à ces mères.

À notre connaissance, cette étude est la première à vérifier l'appréciation du délai de la première visite dans le cadre d'un suivi postnatal offert à l'ensemble de la population. Or, le moment de la première visite ne semble pas optimal pour toutes les mères. Les mères avec le moins de besoins sont plus nombreuses à trouver que la visite est effectuée trop tôt. Ainsi, on peut se demander quel est le moment opportun pour réaliser cette visite et même envisager qu'une deuxième visite puisse être appréciée. De plus, nous savons que certaines mères considèrent que le délai de cette visite est trop long. Toutefois, cette étude ne nous permet pas d'explorer les facteurs qui y sont associés. D'autres études devront être effectuées afin de permettre une meilleure compréhension des facteurs menant à l'expression de l'insatisfaction envers le délai de la première visite. Ces études pourront ainsi contribuer à améliorer notre compréhension de la relation complexe qui mène à l'expression de la satisfaction des mères dans le contexte postnatal et par conséquent à l'amélioration des soins postnatals.

RÉFÉRENCES

- Abramovitz, S., Coté, A.A., & Berry, E. (1987). Analysing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Qual Rev Bull*, 14(4), 122-130.
- Adams, J.S. (1963). Toward an understanding theory of Inequity. *Journal of Abnormal and Social psychology*, 67, 422-436.
- Aday, L., & Anderson, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services Research*, 9, 209-220.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2004) Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après un accouchement- Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. 145p.
- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical care review*; 50, 49.
- Alderfer, C. (1969). An Empirical Test of a New Theory of Human Needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 4, 142 - 175.
- Ament, L.A. (1990). Maternal tasks of the puerperium revisited. *Journal of obstetric gynecology and neonatal nursing*, 19, 330-335.
- Anderson, L.A., & Zimmerman, M.A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and the patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient education and counselling*, 20, 27-36.
- Anderson, R. (1973). Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance. *Journal of Marketing Research*, 10, 38-44.
- Anderson, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to Medical Care: Does it matter? *Journal of Health and social behavior*, 36(1), 1-10.
- Association des Pédiatres du Québec, Rapport ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale. 2 novembre 1995, p.14
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 22, 316-322.
- Avis, M. (1997). Incorporating patients' voice in the audit process. *Quality in health care*, 6, 86-91.
- Ball, J. (1994). Reactions to motherhood. The role of postnatal care. Cambridge University Press. Cambridge.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F, Schmied, V & Willie, A. (1997). Becoming a mother-an analysis of women's experiences of early motherhood. *Journal of advanced Nursing*, 25, 719-728.

- Berger, D., & Cook, C.A. (1996). Maternal postpartum learning needs. *International journal of childbirth education*, 11(1), 40-1.
- Bisset, A., & Chensson, R. (2000). Is this satisfaction survey satisfactory? Some point to consider in their planning and assessment. *Health bulletin*, 58, 45-51.
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of advanced nursing*, 16, 1492-1502.
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Bowman K.G. (2005) Postpartum Learning Needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 34(4), 438-443.
- Bowman, K.G., Ruchala, P.L. (2006). A Comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers. *JOGNN*, 35, 250-256.
- Bramabat, I.J., & Driedger, M. (1993) Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Braveman, P.A. (1996). Short hospital stays for mothers and newborn. *J Fam Pract*, 42(5), 523-5.
- Braveman, P., Egerter, S., Pearly, M., Marchi, K., & Miller, C. (1995). Early discharge of newborn and mother: A critical review of the literature. *Pediatrics*, 96, 716-726.
- Braveman, P., Egerter, S., Pearly, M., Marchi, K., & Miller, C. (1996). Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborn and mother: A critical review of the literature. *Pediatrics*, 94(4pt1), 716-726.
- Britton, J. (1998). Postpartum early discharge and follow-up practices in Canada and United States. *Birth*, 25(3), 161-168.
- Britton, J. (2006). Global Satisfaction with perinatal Hospital care: Stability and relationship to anxiety, depression and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality*, 21(3), 200-205.
- Brooten, D., Roncoli, M., Finkler, S., Arnold, L., Cohen, A., & Mennuti, M. (1994). A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having caesarean birth. *Obstet Gynecol*, 84(5), 832-838.
- Brown, S., Bruinsma, F., Darcy, M-A., Small, R., & Lumley, J. (2004). Early discharge: no evidence of adverse outcomes in three consecutive population-based Australian surveys of recent mothers, conducted in 1989, 1994 and 2000. *Paediatrics and perinatal epidemiology*, 18, 202-213.
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. *British journal of Obstetrics and gynaecology*, 105, 156-161.

Brown, S., Lumley, J., & Small, R. (1998). Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes? *Pediatric and perinatal epidemiology*, *12*, 49-71.

Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 3*, Oxford; Update Software.

Brumfield, C.G. (1998). Early postpartum discharge. *Clin obstet Gynecol*, *41*, 611-625.

Brumfield, C.G., Ashworth, C.S., Lea, C., Sims, J., Yarbaugh D. & al. (2001). Early discharge revisited: problems encountered with the home visit follow-up after the liberalization of eligibility criteria. *J Matern Fetal*, *10(4)*, 277-82.

Campbell, S.M., Roland, M.O., & Buetow, S.A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, *51*, 1611-1625.

Carr-Hill, RA. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of public health medicine*, *14*, 236-249.

Ciliska, D., Hayward, S., Thomas, S., Mitchell, A., Dobbins, Underwood, J., Rafael, A., et al. (1996). A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing intervention. *Canadian journal of public health*, *87(3)*, 193-8.

Clearly, P.D., Edgan-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T.W., McMullen, W., Walker, J.D., et al. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs*, *10(4)*, 254-267.

Clearly, P.D., Keroy, L., Karapanos, G., & McMullen, W. (1989). Patient assessments of hospital care. *Quarterly Review bulletin*, *15(6)*, 172-179.

Conseil d'évaluation des technologies de la santé au Québec. (1997). Évaluation des risques et des bénéfices du congé précoce en post-partum. (CÉTS 97-6 RF). Montréal: CÉTS.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburg postnatal depression scale. *British journal of psychiatry*, *150*, 782-786.

Cronin, C. First time mothers- identifying their needs, perceptions and experiences. (2003) *Journal of Clinical Nursing*, *12*, 260-267.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, A., Kimber, L., & Storey, H. (2002). The measurement of Satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of literature. *Health Technol Assess.*, *6*, 1-5.

Dalby, D.M., Williams, J.I., Hodnett, E., & Rush, J. (1996). Postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Canadian journal of public health*, *87(2)*, 90-94.

- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J-F., Bernier, L., Pineault, R. & Remoulin, M. (2004). Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects: the case of perinatal services, GRIS, Université de Montréal (Ed), 69 p. disponible au www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R04-07.pdf
- Danielson, B., Calstle, A.G., Damberg, C.L., & Gould, J.B. (2000). Newborn discharge timing and readmission: California, 1992-1995. *Pediatrics*, 106, 31-39.
- Doering, E.R. (1983). Factors influencing in patient satisfaction with care. *Quarterly review bulletin*, 9(10), 291-299.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-206.
- Donabedian, A. (1980a). Exploration in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor. MI: health administration press.
- Donabedian, A. (1980b). The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Donabedian, A. (1998). The Quality of care: How can it be assessed. *JAMA*, 260,1743-1478.
- Dowswell, T., Renfrew, M.J., Gregson, B., & Hewison, J. (2001). A review of the literature on women's view on their maternity care in the community in the UK. *Midwifery*, 17(3), 194-202.
- Dowswell, T., Renfrew, M., Hewison, J., & Gregson, B. (2001). A Review of the literature on the midwife and the community-based maternity care. *Midwifery*, 17(2), 93-101.
- Dufrene, R.L. (2000). An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Evaluation and program Planning*, 23, 293-300.
- Eaton, A. (2001). Early postpartum discharge: recommendation from preliminary report to congress. *Pediatrics*, 107, 400-404.
- Edmonsons, M.J., Stoddard, J.J., & Owen, L.M. (1997). Hospital readmission with feeding-related problems after early discharge of normal newborns. *JAMA*, 278(4), 299-303.
- Edward, N.C., & Sims-Jones, N. (1997). A randomized controlled trial of alternative approaches to community follow-up for postpartum women. *Canadian journal of public health*, 88(2), 123-8.
- Edwards, N., Mackay, P.G., & Schweitzer, I. (1992). The provision of public health nursing follow-up services for post natal clients in Ontario: A cross sectional survey. *Canadian journal of public health*, 83, 200-202.

Farbman Moran, C., Holt, V.L., & Martin, D.P. (1997). What women want to know after childbirth? *Birth*, 24, 27-34.

Fetus and newborn committee. (1996). Early discharge and length of stay for the term birth: A joint policy statement by the Canadian Pediatric Society and the society of Obstetricians and Gynecologist of Canada. *Journal of Obstetricians and Gynecologists of Canada*, 18, 1281-1285.

Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). Belief, attitude, Intention and behavior: An introduction to theory and research Addison-Wesley, reading MA 1975.

Fitzpatrick R. (1984). Satisfaction with health care. *In the experience of Illness*. Ed. R Fitzpatrick, pp.154-175. . Tavistock, London.

Fitzpatrick R. (1990) Surveys of patient satisfaction: 1- important general considerations. *BMJ*, 302, 887-889.

Fox, J.G., & Storms, D.M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of patient satisfaction with health care. *Social Science and medicine*, 15A, 557-564.

Fredriksson, G.E.M., Högberg, U. & Lundman, B.M. (2003). Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'. *Midwifery*, 19, 267-276.

Geiger, A.M., Peitti, D.D, & Yao, J.F. (2001). Rehospitalisation for neonatal jaundice: risk factors and outcomes. *Peadiatr Perinat Epidemiol.*, 15, 352-358.

Goulet, L., D'Amour, D., Pineault, R. (2007). Type and timing of services following postnatal discharge: do they make a difference? *Women and health*, 45(4), 19-39.

Grullon, K.E., & Grime, D.A. (1997). The safety of early postpartum discharge: A review and critic. *Obstetrics and gynecology*, 90, 860-865.

Guay, M., Guillemette, H., Poitras, P., & Saintonge, J. (1996). Rapport du comité ad hoc sur les congés précoces en pouponnière normale. *Association des pédiatres du Québec*. 2 novembre. 17 p.

Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social science and Medicine*, 27, 935-939.

Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1988) Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social science and medicine*, 27, 637-644.

Hall, J.A., & Dorman, M.C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and medicine*, 30, 811-818.

- Handler, A.H., Rosenberg, D., Kristiana, R., & Kelley, M.A. (1998). Health care characteristics associated with women's satisfaction with prenatal care. *Medical Care*, 36, 679-695.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Hermann, R., Ettner, S.L., & Dorwart, R.A. (1998). The influence of psychiatric disorders on patients rating of satisfaction with health care. *Med. Care*, 36, 720-727.
- Hildingsson, I. & Rådestad, I. (2005) Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of advanced nursing*, 52(3), 239-249.
- Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy theory and Practice*, 23(5), 243-254.
- Hodnett, E.D. (2002) Pain and Women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynaecology*, 186, 160-172.
- Hudak, P.L., Hogg-Johnson, S., Bombardier, C., McKeever, P.D. & Wright, J.G. (2004) Testing a theory of Patient Satisfaction with Treatment outcome. *Medical Care*, 42(8), 726-739.
- Huestson, W.J., Mainous, A.G. & Schilling, R. (1996) Patient with personality disorders: functional status, health care utilization and satisfaction with care. *Journal of Family practice*, 42, 54-60.
- Hunter, M.A., & Larrabee, J.H. (1998). Women's perception of quality and benefits of postpartum care. *Journal of nursing care quality*, 13(2), 21-30.
- Inturrisi, M., & Lambert, L. (1998). Length of stay for uncomplicated vaginal birth: A perinatal continuous quality improvement project. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 12(1), 11-22.
- Ivanov, L.L. (2000). Use of a western theoretical model to investigate the relationships among characteristics of pregnant women, utilisation and satisfaction with prenatal care services in St.Petersburg, Russia. *Public health nursing*, 17(2), 111-120.
- Jackson, J.L., Chamberlin J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science and medicine*, 52, 609-620.
- Jones, L., Leneman, L., & Maclean, U. (1987). *Consumer feedback for the NHS*. King Edward's hospital fund for London. London.
- Johnson, D., Jin, Y., & Truman, C. (2002). Early discharge of Alberta mothers post-delivery and the relationship to potentially preventable newborn readmission. *Canadian journal of public health*, 93(4), 276-280.

- Johnson, M., Langdon, R., Yong, L., Stewart, H., & Kelly, P. (2002). Comprehensive measurement of maternal satisfaction: the modified Mason Survey. *International journal of nursing practice*, 8, 127-136.
- Johnson, R. (1995). The Zone of tolerance exploring the relationship between service transactions and satisfaction with overall services. *IJSIM*, 6(2), 46-61.
- Jones, P.M. (1997). Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge. *Home care provider*, 2(5), 235-243.
- Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F., Tsuji, S. (1984). Attractive quality and must be quality. *Quality*, 14 (2), 39-48.
- Khayat, K. & Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practice. *The British journal of general practice*, 44, (382), 215-219.
- Kerssens, J.J. (1994). Patient satisfaction with home-birth care in the Netherlands. *Journal of advanced nursing*, 20, 344-350.
- Kotagal, U.R., Atherton, H.D., Eshett, R., Shoettker, P.J., & Perlstein, P.H. (1999). Safety of early discharge for Medicaid newborns. *JAMA*, 282, 1150-1156.
- Kotagal, U.R., Schoettker, P.J., Atherton, H.D., Bush, D., & Hornung, R.W. (2002). The impact of legislation and secular trends on newborn length of stay for Medicaid infants in Ohio. *J peadiatr.*, 141, 392-397.
- Kotagal, U.R., Atherton, H.D., Bragg, E., Lippeert, C., Donovan, E.F., & Perlstein, P.H. (1997). Use of Hospital-based services in the first three months of life: impact of an early discharge program. *J Pediatrics*, 130, 250-256.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*, 14, 6-7.
- Landy, S., & Tam, K.K. (1996). Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada, In statistiques Canada et Développement des ressources humaines Canada. Grandir au Canada, Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes. Ottawa : ministère de l'industrie, no 89-550-MPF, au catalogue, p.117-134.
- Lane, D.A., Kauls, L.S., Ickovics, J.R., Naftolin, F., & Feinstein, A.R. (1999). Early postpartum Discharges: impact on distress and outpatient problems. *Arch fam med*, 8, 237-242.
- Larrabee, J.H., Engle, V.F., & Tolley, E.A. (1995). Predictors of patient-perceived quality. *Scandinavian journal of caring science*, 9, 153-164.
- Le Petit Larousse (2008), Malesherbes. France: Larousse.

- Lederer, K., (1980). *Human Needs. A contribution to the current debate.* 1980 Cambridge. Massachusetts, Oelgeschlager, Gunn & Hain. Publishers, Inc.
- Lia-Hoagberg, B., Rode, P., Skovholt, C.J., Oberg, C.N., Berg, C., Mullett, S., et al. (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. *Social science and medicine*, 30(4), 487-495.
- Lieu, T.A., Braveman, P.A, Escolar, G.J., Fischer, A.F., Jensvold, N.G., & Capra, A.M. (2000). A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*, 105, 1058-1065.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16(5), 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16(5), 583-589.
- Liu, L.L., Clemens, C.J., Shay, D.K., Davis, R.L., & Novack, A.H. (1997). The safety of newborn early discharge. The Washington State experience. *JAMA*, 278(4), 293-298
- Liu, S., Heaman, M., Kramer, M.S., Demissie, K., Wen, S.W., & Marcoux, S. (2002). Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *American journal of Obstetrics and Gynaecology*, 817, 681-687.
- Liu, S., Wen, S.W., McMillan, D., Trouton, K., Fowler, D., & McCourt, C. (2000). Increases neonatal readmission rate associated with decreased length of stay at birth in Canada. *Canadian Journal of public health*, 91(1), 46-50.
- Lock, M., & Ray, J.G. (1999). Higher neonatal morbidity after routine early hospital discharge: Are we sending newborns home too early? *CMAJ*, 161, 249-253.
- MacArthur, C., Winter, H.R., Bick, D.E., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., et al. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on women's' health 4 month after birth: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet*, 359, 378-385.
- Madden, J.M., Lieu, T.A., Mandl, K.D., Zhang, F., Ross-Degnan, D., & Soumerai, S.B. (2002). Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up, adverse events, and health maintenance organization expenditures. *New England journal of medicine*, 347, 2031-2038
- Malkin, J.D., Broder, M.S., & Keeler, E. (2000). Do longer post partum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables. *Health Serv Res*, 35, 1071-1091.
- Malkin, J.D., Garber, S., Broder, M.S., & Keeler, E. (2000). Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstet gynecol.*, 96, 183-188.

- Malnory, M. (1997). Mother-infant home care drives quality in a managed care environment. *Journal of nursing care quality*, 11(4), 9-26.
- Marple, R. Lucey, C., Koenle, K., Wilder, J. & Lucas, C. (1997). A Prospective Study of concerns and expectations in patients presenting with common symptoms. *Arch. Intern Med.*, 157, 1482-1488.
- Maslow, A.H. (1970) Motivation and personality, 2nd ed. Methuen, London.
- Mazor, K.M., Clauser, B.E., Field, T., Yood, R.A., & Gurwitz, J.H. (2002). A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health services Research*, 37(5), 1403-1417.
- McGlynn, E.A. (1997) Six Challenges in measuring the quality of health care. *Health Affairs*, 16, 3, 22-25.
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clinical Nursing Research*, 6(4), 335-348.
- Meara, E.I., Kotagal, U.R., Atherton, H.D., & Lieu, T.A. (2004). Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visit on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, 113(6), 1619-1627.
- Millar, K.R., Gloor, J.E., Wellington, N., & Jovbert, G.I. (2000). Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 16(3), 145-50.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1999). Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité. Gouvernement du Québec. 47 pages. www.msss.gouv.qc.ca
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001) données statistiques disponibles sur le site du Ministère de la santé et des services sociaux à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca
- Neggers, Y., Goldberg, R., Cliver, S., & Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices and pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 85(3), 277-285.
- Newsome, P.R.H., & Wright, G.H. (1999). A review of patient satisfaction: 1 concept of satisfaction. *British Dental Journal*, 186(4), 161-165.
- Nielson Dana, S. & Wambach K.A. (2003). Patient satisfaction with an early discharge home visit program. *JOGNN*, 32(2), 190-198.
- Nyberg, K., Bernerman Sternhufvud, L. (2000). Mothers' and fathers' concerns and needs postpartum. *British journal of Midwifery*. 8(6), 387-394,
- Oddie, S.J., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of The UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* 2005, 90, 119-124

- O'Hara, M., Varner, M. & Johnson S. (1986). Assessing stressful life events associated with childbearing: The Peripartum Events Scale. *J Reprod Infant Psychol.*, 4, 85-98.
- Olivier, R. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- Olivier, R. (1993). Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.
- Omar, M.A., & Schiffman, R.F. (1995). Pregnant women's perception of prenatal care. *Maternal child nursing journal*, 23, 132-142.
- Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program Planning*, 6(3), 185-210.
- Paul, I.M., Lehman, E.B., Hollenbeak, C.S., & Maisels, M.J. (2006). Preventable Newborn Readmissions Since Passage of the Newborns' and Mothers' Health Protection Act. *Pediatrics*, 118(6), 2349 - 2358.
- Persson, E.K, & Dyke, A.K. (2002) Parent's experience of early discharge from hospital after birth in Sweden. *Midwifery*, 18, 53-60.
- Punthmatharith, B., Buddharat, U., & Kamlangdee, T. (2007). Comparisons of needs. Needs responses, and need response satisfaction of mothers of infants in neonatal intensive care units. *International Pediatric Nursing*, 22(6), 498-506.
- Quinn, A.O., Koepsell, D., & Haller, S. (1997). Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation. *Journal of Obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 26, 289-294.
- Radloff, L.S. (1977) The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: Measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35(1), 73-76.
- Roberts, J., Sword, W., Watt, S., Gafni, A., Krueger, P., Sheehan D., et al. (2001). Costs of postpartum care: examining associations from the Ontario mother and Infant survey. *Canadian journal of nursing research*, 33(1), 19-34.
- Ross, C., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *J. Health care market*, 7(4), 16-26.
- Rubin, H.R., Ware J.E. Jr, Nelson, E.C., & Melerko, M. (1990). The patient judgement of hospital quality (PTHQ) Questionnaire. *Medical care*, 28, s17-18.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 1: processes. *Nursing research*, 16, 237-245.

- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. Part 2: Models and referents. *Nursing research*, 67, 237-245
- Rubin, R. (1977). Binding-in in the postpartum period. *Maternal child nursing journal*, 6, 67-75.
- Ruchala, P. (2000). Teaching new mothers: Priorities of nurses and postpartum women. *J Obstet Gynecolol Neonatal Nurs*, 29, 265-273.
- Rudman, A., El-Kouri, B. & Waldenström, U. (2007) Women's Satisfaction with intrapartum care –a pattern approach. *Journal of Advanced nursing*, 59(5), 474-487.
- Sainz Bueno, J.A., Romano, M.R., Tervel, R.G., Benjumea, A.G., Palacin, A.F., Gonzalez, C.A., et al. (2005). Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol.*, 193(3 Pt 1):714-26.
- Séguin, L., Bouchard, C., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999) Evolution of the social support network after a first birth: A comparison between low socioeconomic status and middle –class mothers. *Can J public Health*, 86, 392-397.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Société Canadienne de Pédiatrie. (1996) La facilitation du conge précoce à domicile après une naissance normale à terme. Énoncé conjoint avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Paediatrics & Childs Health*. 1(2), 170-173.
- Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada. (2007). Postpartum Maternal and Newborn discharge. *J Obstet Gynaecol Can.*, 29(4), 357-359.
- Spitzer, R.B. (1988). Meeting the consumer expectations. *Nursing Administration Quarterly*, 12(3), 31-39.
- Stainton, C., Murphy, B., Higgins, P.G., Neff, J.A., Nyberg, K., & Ritchie, J.A. (1999). The need of postbirth parents: an international, multisite study. *The journal of perinatal education*, 8(3), 21-9.
- Steffen, G.E. (1988). Quality medical Care: A definition. *JAMA*, 260, 56-61.
- Stimson, G., & Wedd, B. (1975). Going to see the doctor: The consultation Process in general practice. Routledge and Kegan Paul, London.
- Sullivan, D.A., & Beeman, R. (1981). Satisfaction with postpartum care: opportunities for bounding, reconstructing the birth and instructions. *Birth and the family journal*, 8(3), 153-159.
- Sword, W., & Watt, S. (2005). Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter. *Birth*, 32(2), 86-92.

- Sword, W., Watt, S., Krueger, P., Lee, K.S., Sheehan, D., Roberts, J. et al. (2001). Understanding newborn infant readmission: finding of the Ontario mother and infant survey. *Canadian journal of public health*, 92, 196-200.
- Sword, W., Watt, S., & Krueger, P. (2004). Implementation, uptake, and impact of provincial postpartum program *CJNR*, 36(2), 60-82.
- Sword, W., Watt, S., & Krueger, P. (2006). Predictors of acceptance of postpartum public health nurse home visit. *Canadian journal of public health*, 97(3), 191-196.
- Thi Nguyen, P.L., Briancon, S., Empereur, R.M., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social science and medicine*, 54, 493-504.
- Thompson, A.G.H., & Sunol R. (1995). Expectations as determinants of patients' satisfaction- concepts, theory and evidence. *International journal of Quality in health care*, 7, 127-141.
- Thompson, J.F., Roberts, C.L., Currie, M.J., & Ellwood, D.A. (2000). Early discharge and postnatal depression: A prospective cohort study. *Medical journal of Australia*, 172, 532-536.
- Thompson, J.F., Robert, C.L., & Ellwood, D.A. (1999). Early discharge after child birth: Too late for a randomized trial. *Birth*, 26(3), 192-195.
- Tran, M., Young, L., Phung, H., Hillman, K., & Willcocks, K. (2001). Quality of health services and early postpartum discharge: Results from a sample of non-english-speaking women. *J. Qual. Clin. Practice*, 21, 135-143.
- Van Teijlingen, E.R., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W., & Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: what is, must still be best. *Birth*, 2, 75-82.
- Waldermström, U., Rodman, A. & Hildingsson I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: Women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica and Gynecologica*, 85, 551-560.
- Waldernstorm, V., & Aarts, C. (2004). Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta paediatr.*, 93 (2), 669-72
- Ware, J.E. jr., Snyder, M.K., Wright, W.R., & Davis, A.R. (1983a). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation program and planning*, 6, 1-15.
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R., & Davies, A.R. (1983b). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program planning*, 6, 247-263.

- Watt, S., Sword, W., Krueger, P. & Long, W.E. (2005). Postpartum Hospitalization options – who stays, who leaves, what changes? *BMC Pregnancy and Childbirth* 2005,5,13. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/5/13/abstract>
- Webster, J., Pritchard, M.A., Linnane J.W.J., Roberts, J.A., Hinson, J.K. & Starrenburg, S.E. (2001). Postnatal depression: Use of health services and satisfaction with health-care providers. *Journal of quality in clinical practice*, 21(4), 144-148.
- Weiner, B. (1985). An attribution theory of achievement, motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Wilcock, A., Kobayashi, L. & Murray I. (1997). Twenty-five years of obstetric patient satisfaction in North America: a review of the literature. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 10, 36-47.
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support need of first time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22, 169-180.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Social science and medicine*, 38, 509-516.
- William, R.L., & Cooper, M.K. (1996). A new paradigm for postpartum care. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 25, 745-749.
- William, S., & Calan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*, 33, 707-716.
- Williams, S.A. (1998). Quality and care: patients' perceptions. *Journal of nursing care quality*, 12(2), 18-25.
- Willson, P., & McNamara, J. (1982). How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Social Science and Medicine*, 16, 1699-1704.
- Wilson, M.D., Duggan, A.K., & Joffe, A. (1990) Rehospitalisation of infant born to adolescent mothers. *J Adolesc Health Care*, 11:510-515.
- Winefield, H.R., Murell, T.G., & Clifford, J. (1995). Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Social science in medicine*, 41, 969-975.
- Yanicki, S., Hassellback, P., Sandilands, M., & Jensen-Ross, C. (2002). The safety of Canadian early discharge guidelines: effect of early discharge timing on readmission in the first year post-discharge and exclusive breastfeeding to four months. *Canadian journal of public health*, 93(1), 26-30.
- Zeithaml, V., Bitner, M., & Gremler, D. (2006) *Services Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*, fourth edition, McGraw-Hill.

Zeithaml, V., Bitner, M. & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of services. *Journal of the academy of marketing science*, 21(1), 1-12.

Zodoroznyj, M. (2006). Postnatal care in the community: report of an evaluation of birthing women's assessments of a postnatal home-care programme. *Health and Social care in the community*, 15(1), 35-44.

Zwick, R., Pieters, H & Baumgartner, H. (1995). On the practical significance of hindsight bias: the case of expectancy –disconfirmation model of consumer satisfaction. *Organ Behav Decis Process*, 64, 103 -117.

Appendice A
Tableau 3

Tableau 3

Comparaison du profil des mères ayant refusé la visite avec celles n'ayant pas reçu la visite pour d'autres raisons

Variables	Refus de la visite % (n=55)	Pas de visite : autres raisons % (n=185)	Total % (n=240)	χ^2 Pearson p
<u>Caractéristiques des mères</u>				
Parité				0,858
Primipare	20,0 (11)	18,9 (35)	19,2 (46)	
Multipare	80,0 (44)	81,1 (150)	80,8 (194)	
OLO				Ne s'applique pas
Oui	0 (0)	1,1 (2)	0,8 (2)	
Non	23,2 (55)	76,8 (182)	99,2 (237)	
Scolarité				0,508
5 ^e secondaire et moins	32,7 (18)	28,1 (52)	29,2 (70)	
Cégep ou université	67,3 (37)	71,9 (133)	70,8 (170)	
Revenu familial (\$)				
< 20 000	8,0 (4)	7,0 (12)	7,2 (16)	0,326
20 000, 39 999	26,0 (13)	17,0 (29)	19,0 (42)	
40 000 et plus	66,0 (33)	76,0 (130)	73,8 (163)	
Pays de naissance				0,058
Canada ou États-Unis	85,5 (47)	93,5 (173)	91,7 (220)	
Autre	14,5 (8)	6,5 (12)	8,3 (20)	
Age				0,024
<25 ans	20,4 (11)	7,6 (14)	10,5 (25)	
25-34 ans	66,7 (36)	75,1 (139)	73,2 (175)	
35 et plus	13,0 (7)	17,3 (32)	16,3 (39)	
<u>Attentes Besoins</u>				
<u>Soins suivi</u>				
Durée de l'appel				0,568
10 minutes et moins	54,0 (27)	49,3 (75)	50,5 (102)	
Plus de 10 minutes	46,0 (23)	50,7 (77)	49,5 (100)	
<u>État de santé de la mère</u>				
Perception état santé mère				0,091
Excellente ou très bonne	76,4 (42)	85,9 (159)	83,8 (201)	
Bonne/moyenne/mauvaise	23,6 (13)	14,1 (26)	16,3 (39)	
<u>État santé bébé</u>				
Poids à la naissance				0,501
2500-2999g	7,3 (4)	8,1 (15)	7,9 (19)	
3000-3499g	34,5 (19)	37,3 (69)	36,7 (88)	
3500-3999g	38,2 (21)	42,7 (79)	41,7 (100)	
4000 g et plus	20,0 (10)	11,9 (22)	13,8 (33)	

Tableau 3

Comparaison du profil des mères ayant refusé la visite avec celles n'ayant pas reçu la visite pour d'autres raisons

Variables	Refus de la visite % (n=55)	Pas de visite : autres raisons % (n=185)	Total % (n=240)	χ^2 Pearson p
Perception état santé bébé				0,325
Excellente/très bonne	94,5 (52)	90,3 (167)	91,3 (219)	
Bonne/moyenne/mauvaise	5,5 (3)	9,7 (18)	8,8 (21)	
Ictère				0,712
Oui	65,5 (19)	68,1 (59)	67,5 (78)	
Non	34,5 (36)	31,9 (126)	100,0 (162)	
<u>Allaitement</u> Allaitement				0,615
Allaitement maternel exclusif ou avec complément	72,7 (40)	69,2 (128)	70,0 (168)	
Pas AM	27,3 (15)	30,8 (57)	30,0 (72)	
<u>Préparation</u> Adéquation durée séjour				0,063
Trop courte	3,6 (2)	15,8 (29)	13,0 (31)	
Adéquate	83,6 (46)	72,8 (134)	75,3 (180)	
Trop longue	12,7 (7)	11,4 (21)	11,7 (28)	
Préparation prénatale				0,051
Oui	72,2 (39)	57,4 (101)	60,9 (140)	
Non	27,8 (15)	42,6 (75)	39,1 (90)	
Conjoint				0,069
Sans conjoint/vivent séparés	9,1 (5)	3,2 (6)	4,6 (11)	
Conjoint vit avec la mère	90,9 (50)	96,8 (179)	95,4 (229)	
Personne aidante				0,192
Oui	92,7 (51)	96,7 (178)	95,8 (229)	
Non	7,3 (4)	3,3 (6)	4,2 (10)	

Appendice B
Tableau 4

Tableau 4

Critères de priorisation des mères pour la première visite : norme 72 heures

Variables	Délai visite 72 h et moins	Délai plus de 72 heures	Total	χ^2 Pearson p
<u>Caractéristiques des mères</u>				
Parité				0,693
Primipare	45,3 (400)	46,8 (102)	502	
Multipare	54,7 (483)	53,2 (116)	599	
OLO				< 0,001
Oui	8,0 (71)	16,1 (35)	106	
Non	92,0 (811)	83,9 (182)	993	
Scolarité				0,003
5e Secondaire et moins	35,3 (312)	46,3 (101)	413	
Cégep ou Université	67,7 (571)	53,7 (117)	688	
Revenu familial (\$)				0,002
< 20 000	11,2 (95)	16,7 (34)	129	
20 000 à 39 999	22,2 (188)	29,9 (61)	249	
40 000 et plus	66,6 (565)	53,4 (109)	674	
Âge				0,465
≤25 ans	22,2 (196)	25,2 (55)	251	
25-34 ans	66,8 (590)	62,4 (136)	726	
>35 ans	11,0 (97)	12,4 (27)	124	
Pays de naissance				0,006
Canada – États-Unis	96,1 (849)	91,7 (200)	1049	
Autre	3,9 (34)	8,3 (18)	52	
<u>Besoins, attentes</u>				
<u>Soins suivi</u>				
Durée d'appel				0,009
≤10 minutes	18,4 (154)	26,6 (54)	208	
>10 minutes	81,6 (684)	73,4 (149)	833	
<u>Santé mère</u>				
Perception état santé mère				0,647
Excellente ou très bonne	79,4 (701)	78,0 (170)	871	
Bonne/moyenne/mauvaise	20,6 (182)	22,2 (48)	230	
État de santé mentale				0,419
Score CES-D < 13	89,5 (790)	87,6 (190)	980	
Score CES-D ≥ 13	10,5 (93)	12,4 (27)	120	
Perception état santé bébé				0,047
Excellente/très bonne	91,2 (804)	86,7 (189)	993	
bonne/moyenne/mauvaise	8,8 (78)	13,3 (29)	107	

Tableau 4

Critères de priorisation des mères pour la première visite : norme 72 heures

Variables	Délai visite 72 h et moins	Délai plus de 72 heures	Total	χ^2 Pearson p
Poids à la naissance				0,784
2500 à 2999 g	15,6 (138)	16,5 (36)	174	
3000 à 3499 g	40,8 (360)	42,7 (93)	453	
3500 à 3999 g	33,2 (293)	32,6 (71)	364	
4000 g et plus	10,4 (92)	8,3 (18)	119	
Ictère				0,026
Oui	35,9 (316)	44,0 (96)	412	
Non	64,1 (565)	56,0 (122)	687	
<u>Allaitement</u>				
Allaitement				0,295
AM exclusif ou avec complément	79,8 (704)	76,6 (167)	871	
Pas d'Allaitement maternel	20,2 (178)	23,4 (51)	229	
<u>Préparation</u>				
Adéquation durée séjour				0,967
Trop courte	14,2 (125)	14,3 (31)	156	
Correcte/raisonnable	74,6 (659)	75,1 (163)	822	
Trop longue	11,2 (99)	10,6 (23)	122	
Préparation prénatale				0,034
Oui	70,6 (616)	63,1 (137)	753	
Non	29,4 (257)	36,9 (80)	337	
<u>Soutien</u>				
Conjoint				0,658
Sans conjoint /vivent séparés	5,2 (46)	6,0 (13)	59	
Conjoint vit avec la mère	94,8 (837)	94,0 (205)	1042	
Absence du domicile				0,759
Oui	34,1 (301)	33,0 (72)	373	
Non	65,9 (581)	67,0 (146)	727	
Personne aidante				0,148
Oui	96,9 (854)	94,9 (206)	1060	
Non	3,1 (27)	5,1 (11)	38	

Appendice C
Tableau 7

Tableau 7
Facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite

Variables	Perception du délai de la visite			χ^2 Pearson p
	Trop court % (n=126)	Adéquat % (n=958)	Trop long % (n=25)	
<u>Caractéristiques des mères</u>				
Parité				0,001
Primipare	31,0 (39)	47,2 (452)	60,0 (15)	
Multipare	69,0 (87)	52,8 (506)	40,0 (10)	
OLO				0,135
Oui	7,1 (9)	9,6 (92)	20,0 (5)	
Non	92,9 (117)	90,4 (864)	80,0 (20)	
Scolarité				0,608
5 ^e Secondaire et moins	37,6 (47)	37,8 (362)	28,0 (7)	
Cégep ou université	62,4 (78)	62,2 (596)	72,0 (18)	
Revenu familial				0,008
< 20 000	5,2 (6)	13,1 (120)	20,0 (5)	
20 000 à 39 999	16,4 (19)	24,5 (225)	24,0 (6)	
40 000 et plus	78,4 (91)	62,4 (573)	56,0 (14)	
Pays de naissance				0,167
Canada ou États-Unis	92,1 (116)	95,6 (916)	92,0 (23)	
Autre	7,9 (10)	4,4 (42)	8,0 (2)	
Age				0,402
<25 ans	17,6 (22)	23,4 (224)	28,0 (7)	
25-34 ans	66,7 (84)	65,9 (631)	60,0 (15)	
35 et plus	15,2 (19)	10,7 (103)	12,0 (3)	
<u>Attentes besoins</u>				
<u>Soins de suivi</u>				
Durée du 1^{er} appel				0,203
≤10 minutes	14,5 (17)	20,9 (189)	13,6 (3)	
> 10 minutes	85,5 (100)	79,1 (716)	86,4 (19)	
Nombre de visites				<0,001
1 visite	49,6 (61)	25,8 (246)	8,0 (2)	
2 visites	31,7 (62)	38,0 (707)	28,0 (23)	
Rendez-vous				0,140
Non	60,3 (76)	52,4 (502)	64,0 (16)	
Oui	39,7 (50)	47,6 (456)	36,0 (9)	
<u>État de santé de la mère</u>				
Perception état santé mère				0,161
Excellente/très bonne	78,6 (99)	79,6 (763)	64,0 (16)	
Bonne moyenne mauvaise	21,4 (27)	20,4 (195)	36,0 (9)	
État de santé mentale				0,981
Score CES-D < 13	88,9 (112)	89,1 (853)	88,0 (22)	
Score CES-D ≥ 13	11,1 (14)	10,9 (104)	12,0 (3)	

Tableau 7
Facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite

Variables	Perception du délai de la visite			χ^2 Pearson p
	Trop court % (n=126)	Adéquat % (n=958)	Trop long % (n=25)	
<u>Etat santé bébé</u>				
Poids à la naissance				0,306
2500 à 2999 g	18,3 (23)	15,9 (152)	8,0 (2)	
3000 à 3499 g	34,9 (44)	41,9 (401)	40,0 (10)	
3500 à 3999 g	31,7 (40)	33,1 (317)	40,0 (10)	
4000 g et plus	15,1 (19)	9,2 (88)	12,0 (3)	
Perception état santé bébé				0,201
Excellente/très bonne	91,3 (115)	90,5 (866)	80,0 (20)	
Bonne/moyenne/mauvaise	8,7 (11)	9,5 (91)	20,0 (5)	
Ictère				0,361
Oui	31,7 (40)	38,2 (365)	40,0 (10)	
Non	68,3 (86)	61,8 (591)	60,0 (15)	
Ictère total				0,259
Oui	38,1 (48)	44,9 (430)	52,0 (13)	
Non	61,9 (78)	55,1 (528)	48,0 (12)	
<u>Allaitement</u>				
Allaitement				0,106
Allaitement maternel exclusif ou avec complément	72,2 (91)	80,0 (766)	84,0 (21)	
Pas d'allaitement maternel	27,8 (35)	20,0 (191)	16,0 (4)	
Chronologie problème AM				0,239
Jamais allaité	26,4 (32)	18,8 (177)	16,0 (4)	
Pas de problème	44,6 (54)	46,5 (437)	36,0 (9)	
Visite avant apparition problème	5,8 (7)	10,6 (100)	16,0 (4)	
Visite après apparition du problème	23,1 (28)	24,0 (226)	32,0 (8)	
<u>Préparation</u>				
Connaissance durée de séjour				Non valide
Oui	94,4 (119)	94,3 (903)	100,0 (25)	
Non	5,6 (7)	5,7 (55)	0,0 (0)	
Adéquation durée séjour				0,055
Trop courte	19,0 (24)	13,3 (127)	24,0 (6)	
Correcte/raisonnable	65,1 (82)	76,1 (728)	68,0 (17)	
Trop longue	15,9 (20)	10,7 (102)	8,0 (2)	
Connaissance suivi				0,581
Oui	86,5 (109)	85,1 (814)	92,0 (23)	
Non	13,5 (17)	14,9 (143)	8,0 (2)	
<u>Soutien</u>				
Conjoint				0,423
Sans conjoint/vivent séparés	3,2 (4)	5,7 (55)	8,0 (2)	
Conjoint vit avec mère	97,6 (122)	94,3 (903)	92,0 (23)	

Tableau 7
Facteurs associés à l'appréciation du délai de la première visite

Variables	Perception du délai de la visite			χ^2 Pearson p
	Trop court % (n=126)	Adéquat % (n=958)	Trop long % (n=25)	
Organismes communautaires				0,347
Oui	7,2 (9)	10,2 (98)	4,0 (1)	
Non	92,8 (116)	89,8 (860)	96,0 (24)	
Personne aidante				0,002
Oui	96,8 (121)	96,9 (925)	84,0 (21)	
Non	3,2 (4)	3,1 (30)	16,0 (4)	

Appendice D
Tableau 9

Tableau 9

Matrice de corrélation des variables retenues pour l'analyse de la perception d'adéquation du délai de la visite effectuée au 1^{er} jour

	OLO	Revenu	Parité	Âge mère	Nombre de visites	Adéquation durée séjour	Connaissance durée séjour	Connaissance suivi	Organisme communautaire	Conjoint	Perception santé mère	Perception santé bébé	Poids du bébé à la naissance	Problème allaitement	Score CES-D
OLO		<0,001	0,828	<0,001	0,009	0,002	0,075	0,568	0,970	<0,001	0,212	0,221	0,148	0,934	0,793
Revenu	<0,001		0,240	<0,001	0,001	0,465	0,004	0,700	0,366	<0,001	0,714	0,888	0,322	0,320	0,059
Parité	0,828	0,240		<0,001	<0,001	0,375	0,602	0,022	0,057	0,758	0,013	0,025	0,017	<0,001	0,764
Âge mère	<0,001	<0,001	<0,001		0,098	0,359	0,122	0,366	0,025	<0,001	0,938	0,927	0,591	0,606	0,234
Nombre visite	0,009	0,001	<0,001	0,098		0,970	0,401	0,526	0,027	0,258	0,024	0,003	0,112	0,039	0,204
Adéquation durée séjour	0,002	0,465	0,375	0,359	0,970		0,649	0,190	0,308	0,007	<0,001	<0,001	0,454	0,001	0,660
Connaissance durée séjour	0,075	0,004	0,602	0,122	0,401	0,649		0,001	0,329	0,884	0,521	0,686	0,190	0,529	0,05
Connaissance suivi	0,568	0,700	0,022	0,366	0,526	0,190	0,001		0,902	0,698	0,104	0,118	0,783	0,447	0,282
Organisme communautaire	0,970	0,366	0,057	0,025	0,027	0,308	0,329	0,902		0,484	0,027	0,331	0,082	0,006	<0,001
Conjoint	<0,001	<0,001	0,758	<0,001	0,258	0,007	0,884	0,698	0,484		0,760	0,925	0,059	0,331	0,263
Perception santé mère	0,212	0,714	0,013	0,938	0,024	<0,001	0,521	0,104	0,027	0,760		<0,001	0,485	0,001	0,173
Perception santé bébé	0,221	0,888	0,025	0,927	0,003	<0,001	0,686	0,118	0,331	0,925	<0,001		0,568	0,024	0,166
Poids bébé	0,148	0,322	0,017	0,591	0,112	0,454	0,190	0,783	0,082	0,059	0,485	0,568		0,176	0,589
Problème allaitement	0,934	0,320	<0,001	0,606	0,039	0,001	0,529	0,447	0,006	0,331	0,001	0,024	0,176		0,034
Score CES-D	0,793	0,059	0,764	0,234	0,204	0,660	0,05	0,282	<0,001	0,263	0,173	0,166	0,589	0,034	

Appendice E

Tableau 11

Tableau 11

Matrice corrélation des variables retenues pour l'analyse de la perception d'adéquation du délai de la visite effectuée au deuxième et troisième jour

	Revenu	Nombre de visite	Rendez-vous	Utilisation des services	Ictère total
Revenu		0,095	0,732	0,043	0,087
Nombre de visites	0,095		0,501	0,298	<0,001
Rendez-vous	0,732	0,501		0,077	0,810
Utilisation des services	0,043	0,298	0,077		0,461
Ictère total	0,087	< 0,001	0,810	0,461	

