



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Satisfaction de 131 patientes multipares à bas risque
ayant accouché durant le mois de mars 2020 :
du séjour en suites de naissance au retour à domicile**

Présentée et soutenue publiquement le 23 Avril 2021 à 16h00
au Pôle Formation
par Julie RODIEN

JURY

Président :

Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Thameur RAKZA

Madame le Docteur Sophie BARRAL-VANDERSTICHELE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

RESUME	5
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE	10
RESULTATS	12
I. VECU GLOBAL DU SEJOUR EN SUITES DE NAISSANCE	13
1. SATISFACTION GLOBALE PENDANT LE SEJOUR EN SUITES DE NAISSANCE	13
2. DUREE DU SEJOUR EN SUITES DE NAISSANCE	14
3. L'ACCOMPAGNEMENT PAR LES PROCHES EN SUITES DE NAISSANCE	15
4. REPOS ET ORGANISATION EN SUITES DE NAISSANCE	16
5. BRUIT EN SUITES DE NAISSANCE	17
II. ATTENTES ENVERS LE PERSONNEL SOIGNANT	17
1. FREQUENCE DES VISITES DU PERSONNEL SOIGNANT	17
2. DELAI DE REPOSE AUX DEMANDES	17
3. GESTION DE LA DOULEUR ET INTERROGATIONS PENDANT LE SEJOUR	18
4. ACQUISITION DE NOUVELLES CONNAISSANCES ET AUTONOMIE DANS LES SOINS DU BEBE	18
III. VECU ET ATTENTES CONCERNANT LE RETOUR A DOMICILE	19
1. ALLAITEMENT ET DIFFICULTES	19
2. SAGE-FEMME A DOMICILE	20
3. INFORMATIONS AU RETOUR A DOMICILE CONCERNANT LE BEBE	20
4. INFORMATIONS AU RETOUR A DOMICILE CONCERNANT LA MAMAN	21
5. RETOUR A DOMICILE ET DIFFICULTES PSYCHIQUES	21
DISCUSSION	23
SATISFACTION	23
DUREE DE SEJOUR ET SORTIES PRECOCES	24
INSATISFACTION	26
IMPACT COVID-19	28
PISTES DE REFLEXION	30
CONCLUSION	33
ANNEXES	34
REFERENCES	43

RESUME

Contexte : L'accouchement à l'hôpital a apporté beaucoup de sécurité physique mais la satisfaction des patientes et leur sécurité affective restent un sujet de préoccupation.

Objectif : Étudier la satisfaction de patientes multipares à bas risque concernant la période du post-partum, des suites de naissance à leur retour à domicile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle, mono centrique, menée à la maternité Jeanne de Flandre au CHRU de Lille, entre le 1^{er} et le 31 mars 2020. Un questionnaire comportant 26 questions a été soumis à 179 patientes multipares à bas risque, via e-mails et appels téléphoniques. Compte tenu de l'émergence de la pandémie liée au SARS-COV2, deux périodes ont été établies : du 1^{er} au 15 mars « avant confinement » et du 16 au 31 mars « confinement ».

Résultats : Parmi les 179 patientes éligibles, 131 ont répondu au questionnaire (73,2%). 89,3% était globalement satisfaites de leur séjour en suites de naissance sans que la période de confinement y soit liée ($p=0.39$). La durée de séjour était en moyenne de $2,5 \pm 0,7$ jours, avec 84.0% de sorties précoces. Il y avait autant de multipares jugeant la durée de séjour trop courte que trop longue (11.5 vs 9.9%, NS). Les séjours jugés trop courts concernaient surtout la période de confinement (1^e période : 13.3% vs 2^e période : 86,7%, $p=0.006$). Les femmes étaient largement insatisfaites de la durée de présence de leur accompagnant lors de la période de confinement (1^e période : 8,9% vs 2^e période : 91,1%, $p<0.001$). Pendant leur séjour, un quart des patientes n'étaient pas satisfaites du repos et de l'organisation de leurs journées (22,9%) et un tiers jugeait la fréquence des visites du personnel soignant

comme inadaptée (31,3%) avec un délai d'attente aux demandes trop long (27,5%). Les patientes n'ayant pas acquis de connaissances supplémentaires (29,0%) étaient essentiellement des patientes 3^e pares (57,9% vs 35,5% $p=0.018$). Environ un cinquième des patientes se sont senties en difficulté lors du retour à domicile concernant l'allaitement maternel, le soutien psychologique et ont estimé manquer d'information concernant leur propre santé.

Conclusion : La plupart des patientes interrogées sont globalement satisfaites de leur séjour à la maternité Jeanne de Flandre. Néanmoins des améliorations sont encore possibles au sein même des suites de naissances ainsi que lors de l'accompagnement à domicile.

ABREVIATIONS

AM : Allaitement maternel

AVB : Accouchement voie basse

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

MIU : Mort in utéro

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

INTRODUCTION

La sécurité maternelle et néonatale est au cœur des préoccupations des soignants depuis de longues années. Grace aux progrès de la médecine, leur sécurité physique n'a cessé de s'améliorer, réduisant considérablement la mortalité maternelle et néonatale (1). Cependant, d'autres préoccupations apparaissent, comme notamment leur sécurité psychique et affective, sécurité qui permet des liens d'attachement forts, nécessaires pour le développement cognitif et socio-comportemental de l'enfant. A l'inverse, le ressenti ultérieur de la femme peut être impacté si elle ne s'est pas sentie comme objet de bienveillance au moment de la naissance, avec des conséquences néfastes pour l'enfant (2).

Le vécu des mères, et celui des pères également, semblent être des déterminants essentiels pour l'attachement envers leur bébé et la construction des interactions familiales qui débutent (3)(4)(5). Tout indique que des premiers soins de qualité sont bénéfiques à long terme, sur les plans de la santé, de l'éducation, du développement, de l'environnement (6)(7)(8)(9). Ainsi, les pratiques de soin dans le domaine de la périnatalité arrivent progressivement au cœur des préoccupations des soignants, des institutions et des plans de périnatalité (10)(11).

Les femmes désirent participer de plus en plus à la prise des décisions concernant leurs soins, avoir recours à des accouchements moins médicalisés et aspirent à un retour rapide à l'autonomie (12)(13). Des soins respectueux et favorisant l'autonomie sont devenus des éléments clés de soins de haute qualité(14)(15). Parallèlement à cela, le paysage obstétrical français se modifie : fermetures et fusions des petites

maternités, diminution du nombre de lits au sein des maternités, raccourcissement des durées de séjour.

Dans cette recherche continue de bienveillance et d'amélioration des pratiques de soins, la maternité Jeanne de Flandre au CHRU de Lille est en constante réflexion. Elle détient notamment le label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) visant à recentrer les soins sur la famille (mère, père, enfant), dans le but de favoriser le processus d'attachement et de soutenir le couple selon les principes de bienveillance et d'autonomie.

Dans ce contexte, l'analyse des points de satisfaction et d'insatisfaction des femmes concernant cette période si particulière qu'est la naissance, doit permettre d'améliorer d'avantage nos pratiques de soins. Nous avons donc décidé de mener une étude dont l'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patientes multipares à bas risque ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre, depuis leur séjour en suites de naissance jusqu'à leur retour à domicile. Le but de cette étude était de rechercher les causes d'insatisfaction des patientes et de dégager des perspectives d'amélioration futures concernant les pratiques médicales. En outre, l'étude ayant eu lieu en pleine crise sanitaire due à l'émergence du coronavirus SARS-COV2 provoquant la COVID-19, nous avons secondairement cherché à observer le potentiel impact du confinement sur la satisfaction des patientes.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, mono centrique, menée à la maternité Jeanne de Flandre au CHRU de Lille. La période d'étude s'étend du 1^{er} au 31 Mars 2020.

Parmi les patientes multipares ayant accouché et séjourné en suite de naissance pendant cette période (n=255), seules les patientes multipares à bas risque ont été incluses (n=179). La HAS a défini des critères de bas risque établis pour la mère et le nouveau-né, pour des sorties standards ou précoces. Nos critères d'inclusion se sont basés sur ceux des sorties précoces, définis par la HAS (16). Ont été exclues de l'étude : les patientes refusant de participer à l'étude, les patientes ne parlant pas le français, les grossesses multiples, les pathologies ou complications obstétricales (MIU, hémorragie de la délivrance >1L, déchirure stade III, transfert maternel), les patientes ayant accouché en dehors de la maternité Jeanne de Flandre, les pathologies maternelles sévères ou chroniques instables, les situations psychosociales complexes, les transferts de nouveau-né en soins intensifs, les accouchements survenus < 38SA, les patientes dont le nouveau-né présentait des pathologies néo-natales infectieuses ou un ictère, les patientes dont le nouveau-né présentait un score d'Apgar <7 à 5 minutes ou l'existence de troubles alimentaires chez le nouveau-né. Les données sociodémographiques et médicales ont été recueillies dans les dossiers obstétricaux de chaque patiente. Ce recueil de données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL n° 2020-786).

Un questionnaire anonymisé, comportant 26 questions, à choix majoritairement fermé (figure 2), a été soumis aux 179 patientes éligibles. La plupart des réponses étaient codées selon l'échelle de Likert avec plusieurs degrés de satisfaction ou d'approbation, regroupés par la suite en 2 catégories pour effectuer nos analyses : satisfaction/insatisfaction - accord/désaccord. Un premier mailing a été adressé le 21 Juin 2020 aux 140 patientes disposant d'une adresse e-mail et 39 appels téléphoniques ont été passés pour celles n'en disposant pas. Deux autres relances ont été effectuées, par mail ou par téléphone, à sept jours d'intervalle pour les patientes n'ayant pas encore répondu. Le délai de réponse moyen par rapport à l'accouchement était de 104 jours (minimum = 83 jours, maximum = 133 jours).

Concernant l'analyse statistique, l'informatisation des données a été réalisée grâce au logiciel EXCEL (EXCEL, Microsoft®, USA), et les analyses statistiques grâce au logiciel EPI-INFO (EpiInfo6®, Atlanta, USA). Les comparaisons entre pourcentages ont fait appel au test du Chi2 ou au test exact de Fisher, selon la taille des échantillons. Toutes les comparaisons entre variables quantitatives ont fait appel au test non paramétrique de Kruskal et Wallis. Dans les tableaux, les pourcentages figurent entre parenthèses. Les médianes ont été présentées avec les interquartiles, et les moyennes avec l'écart-type de la distribution. Le seuil de significativité retenu était $p < 0.05$.

RESULTATS

Au total, 448 accouchements ont eu lieu entre le 1^{er} et le 31 mars 2020, dont 255 étaient des femmes multipares (56.9%) (Figure 1). Parmi celles-ci, 76 patientes ont été exclues pour les motifs prédéfinis : 17 accouchements survenus < 38 SA, 12 nouveau-nés transférés en unités de soins intensifs, 11 grossesses multiples, 10 hémorragies du post-partum, 6 pathologies maternelles (pré-éclampsie, diabète déséquilibré...) et 4 dossiers non retrouvés. Finalement, 179 patientes multipares restaient éligibles pour notre étude.

Afin de prendre en compte la crise sanitaire survenue pendant la période d'étude, nous avons défini deux périodes distinctes, selon qu'il existait ou non un confinement lié au SARS-COV2 :

- *Accouchements ayant eu lieu du **1^e au 15 mars 2020 inclus** : 1^{ere} période, appelée « **avant confinement** » ;*
- *Accouchements ayant eu lieu du **16 au 31 mars 2020** : 2^e période, appelée « **confinement** ».*

La répartition des 179 patientes était quasi similaire selon les deux périodes (n=84 (46.9%) pour la 1^e période, n=95 (53.1%) pour la 2^e). Après contact par mail puis relances téléphoniques, 131 femmes ont répondu à notre enquête (taux de participation = 73.2%). Elles étaient 61 pendant la première période (46.6%) et 70 durant la seconde période (53.4%).

Les femmes non-répondantes représentaient un peu plus d'un quart des femmes interrogées (26.8%). Par rapport aux femmes répondantes, elles vivaient plus souvent seules (12.8 vs 3.1%, p=0.022) et avaient moins souvent une activité professionnelle (50.0 vs 66.2%, p=0.049), semblant appartenir à une catégorie de femmes plus

défavorisées (Tableau 1). Alors même que leur nouveau-né apparaissait moins souvent à risque d'infection, elles sont moins souvent sorties de la maternité avec le dispositif PRADO précoce (68.8 vs 84.0%, $p=0.02$). Les autres caractéristiques des femmes non-répondantes étaient similaires pour les critères médicaux et les conditions de séjour étudiés.

I. VECU GLOBAL DU SEJOUR EN SUITES DE NAISSANCE

1. Satisfaction globale pendant le séjour en suites de naissance

Concernant leur satisfaction globale, une grande majorité de femmes se déclaraient satisfaites de leur séjour en suites de naissance ($n=117$, 89.3%, Figure 5). Parmi les 14 femmes globalement insatisfaites, on trouvait une proportion significativement plus élevée de femmes :

- n'ayant pas acquis de nouvelles connaissances lors de leur séjour (71.4 vs 23.9%, $p<0.001$),
- jugeant les visites du personnel trop rares (42.9 vs 12.8%, $p=0.01$),
- ayant eu un séjour qu'elles jugeaient trop court (35.7 vs 8.5%, $p=0.01$),
- ayant subi une déchirure de stade 2 (28.6 vs 9.4%, $p=0.05$),
- ayant eu un manque de réponse de la part du personnel soignant concernant leurs interrogations durant leur séjour (21.4 vs 2.6%, $p=0.016$),
- ayant eu un manque d'informations concernant leur nouveau-né lors du retour à domicile (21.4 vs 4.3%, $p=0.04$).

La période de confinement n'était pas liée à la satisfaction globale des patientes.

A noter que seulement 4 patientes parmi 131 interrogées ne recommandaient pas la maternité Jeanne de Flandres à une amie (3.1%), dont seulement 2 parmi ces 14 patientes insatisfaites.

2. Durée du séjour en suites de naissance

La durée du séjour post-natale était en moyenne de $2,5 \pm 0,7$ jours au mois de mars, soit 60.0 heures. Elle était de $2,4 \pm 0.6$ jours en cas d'accouchement par voie basse, et de $3,5 \pm 0.6$ jours en cas de césarienne. Le dispositif PRADO sortie précoce s'est progressivement généralisé pendant la période d'étude, passant de 57.0 % au début du mois de mars à 100.0% à la fin de celui-ci (Figure 3). La durée de séjour post-natal des patientes s'est effectivement légèrement raccourcie avec la survenue du confinement, mais de manière non significative (1^{ère} période 2.7 ± 0.8 jours vs 2^{ème} période 2.4 ± 0.6 , $p=0.075$). En moyenne le taux de sortie bénéficiant du dispositif PRADO sortie précoce était de 75.4% à la première période vs 91.4% à la seconde ($p=0,01$).

Concernant la satisfaction des patientes à propos de leur durée de séjour, 21.4 % étaient insatisfaites (Figure 5) : la moitié de celles-ci ont trouvé leur séjour trop court (15/131 soient 11.5%) et l'autre moitié trop long (13/131 soient 9.9%).

Les séjours ressentis comme trop courts étaient majoritairement rencontrés pendant la 2^{ème} période dite de « confinement » (13.3 % lors de la 1^{ère} période vs 86.7 % à la seconde, $p=0.006$).

Ces femmes ayant jugé leur séjour trop court :

- étaient plus souvent d'origine non caucasienne (46.7% vs 19.3%, $p=0,042$)
- ne se sont pas assez senties soutenues en cas de difficultés psychologiques (62.5% vs 21.3%, $p=0,02$) ;
- n'ont pas pu obtenir les informations utiles pour s'occuper d'elles au retour à domicile (60.0% vs 14.7%, $p<0,001$) ;
- n'ont pas pu obtenir les informations utiles concernant leur bébé au retour à domicile (20.0% vs 4.3%, $p=0,048$).

Aucun facteur n'était associé de manière significative au fait de trouver le séjour trop long.

3. L'accompagnement par les proches en suites de naissance

Suite au confinement et aux restrictions sanitaires, la durée de présence d'un accompagnant auprès de la femme pendant son séjour post-natal s'est drastiquement et significativement réduite au cours du mois d'étude (séjour de l'accompagnant >48 heures en post natal : 1^e période 85.3% vs 2^e période 10.0%, $p<0.001$). Cette durée de séjour de l'accompagnant a été jugée comme insatisfaisante dans 44.1% des cas, mais cette insatisfaction n'était que de 8.9% pendant la 1^e période et atteignait 91.1% pendant la 2^{ème} période ($p<0.001$). Seulement la moitié des femmes interrogées ont considéré que la durée de présence de l'accompagnant avait influencé leur durée de séjour à la maternité (48.4%) mais ce pourcentage s'élevait néanmoins de 31.1 à 64.2% entre la 1^{ère} et la 2^{ème} période ($p<0.001$).

En ce qui concerne la visite des proches, et sans tenir compte de la crise sanitaire, la grande majorité des patientes interrogées ont déclaré comme indispensable la visite de leur(s) enfant(s) aîné(s) (90,8%, n=119), ainsi que celle de leur conjoint lors de leur séjour à la maternité (82,4%, n=108). Ce taux chutait à 48.0% concernant la présence de leurs parents/beaux-parents, 11% pour le reste de la famille et 7% concernant les amis. Pour 2% des patientes (n=3), aucune visite n'est indispensable.

4. Repos et organisation en suites de naissance

Près d'un quart des patientes (22.9%, n=30) se déclaraient mécontentes concernant le repos et l'organisation de leurs journées. Ces femmes avaient plus souvent les caractéristiques suivantes :

- elles allaitaient plus souvent leur enfant (90.0% vs 71.3%, $p=0,036$) ;
- la durée de présence de l'accompagnant était plus souvent jugée comme étant trop courte (62.1% vs 38.8%, $p=0,026$) ;
- elles jugeaient les visites du personnel soignant comme trop fréquentes (40.0% vs 7.9%, $p<0,001$) ;
- elles se sont plus souvent plaintes du bruit pendant leur séjour (33.3% vs 10.8%, $p=0,008$).

Ni la période d'accouchement, ni l'étage d'hospitalisation, ni l'activité professionnelle n'avaient de lien significatif avec leurs réponses.

5. Bruit en suites de naissance

De manière globale 16.0% des patientes ont été gênées par le bruit (n=21) sans que l'étage, le numéro de la chambre ou la période d'accouchement y soient liés.

II. ATTENTES ENVERS LE PERSONNEL SOIGNANT

1. Fréquence des visites du personnel soignant

Près d'un tiers des patientes interrogées se sont déclarées insatisfaites concernant la fréquence des visites du personnel soignant en chambre (31.3%, n=41) ; La moitié les jugeant trop fréquentes (15.3%, n=20), l'autre moitié les jugeant trop rares (16.0%, n=21).

Les patientes multipares jugeant les visites du personnel soignant comme étant trop rares n'avaient, le plus souvent, eu qu'un seul enfant précédemment (81.0 vs 53.6%, $p=0,02$). A propos des patientes dont les visites du personnel soignant étaient vécues comme trop fréquentes, une majorité d'entre elles ont déclaré ne pas pouvoir se reposer et organiser leur journée comme elles le souhaitent (60.0 vs 16.2%, $p<0.001$).

2. Délai de réponse aux demandes

Un peu plus d'un quart des patientes (27.5%, n=36) se sont déclarées insatisfaites du délai de réponses aux demandes effectuées en chambre (sonnette, téléphone...), le jugeant trop long. Il s'agissait essentiellement de femmes n'ayant eu qu'un seul enfant précédemment, contrairement aux troisièmes pares et plus pour lesquelles l'insatisfaction était moins forte (37.0 vs 19.6%, $p=0,04$). A noter que 9.2% des

femmes interrogées n'ont eu aucune demande (n=12). Il s'agissait majoritairement de femmes troisièmes pares et plus (16.4% vs 3.9% p=0,015).

3. Gestion de la douleur et interrogations pendant le séjour

Les patientes étaient très majoritairement satisfaites de la gestion de leur douleur pendant le séjour (94.7%, n=124). Le mode d'accouchement, le type d'anesthésie et l'existence d'une déchirure de 2^e degré n'étaient pas liés à l'insatisfaction éventuelle. Seule la durée de séjour différait entre les patientes satisfaites et non satisfaites ($2,5 \pm 0,7$ jours vs $3,1 \pm 0,9$ jours, p=0,032). De la même façon, 95.4% des patientes s'estimaient satisfaites des réponses apportées par le personnel soignant de la maternité concernant leurs interrogations pendant le séjour (n=125).

4. Acquisition de nouvelles connaissances et autonomie dans les soins du bébé

La moitié des patientes étaient demandeuses d'informations complémentaires concernant leur bébé, au sein de la maternité (n=70, 53.4%). Les thèmes concernaient majoritairement l'alimentation du nouveau-né (42.9%), les pleurs du nourrisson (41.4%) et le couchage/mort subite du nourrisson (34.3%). Pourtant, près d'un tiers des patientes interrogées ont déclaré ne pas avoir acquis de nouvelles connaissances suite aux visites des professionnels de santé (n= 38, 29.0%). Ces femmes étaient plus souvent des patientes troisièmes pares et plus (57.9% vs 35.5% p=0,018).

12.2% des patientes n'ont pas eu le sentiment d'être laissées assez autonomes dans la gestion des soins de leur bébé (n=16), sans que l'on puisse y retrouver des facteurs

associés hormis une durée de séjour plus longue chez les patientes s'étant senties moins autonomes ($3,1 \pm 0.8$ jours vs $2,4 \pm 0.7$ jours, $p=0,001$).

III. VECU ET ATTENTES CONCERNANT LE RETOUR A DOMICILE

1. Allaitement et difficultés

71.0% des femmes ont déclaré avoir poursuivi l'allaitement maternel en rentrant à domicile ($n=93$), 17 femmes (13.0%) l'avaient débuté à la maternité mais ne l'ont pas poursuivi à domicile et 21 femmes (16.0%) ont déclaré ne jamais avoir allaité depuis l'accouchement. Les femmes ayant poursuivi l'allaitement maternel avaient une grande tendance à avoir déjà allaité auparavant (96.8 vs 41.2%, $p<0,001$). La période de séjour ou l'appréciation trop courte de la durée du séjour n'ont pas impacté la poursuite de l'allaitement maternel. De même, les patientes qui n'ont pas bénéficié du passage d'une sage-femme à domicile ont toutes poursuivi l'allaitement maternel ($n=6$).

84.9% des femmes qui allaient en rentrant à la maison ont poursuivi leur allaitement maternel au-delà d'un mois. Ces femmes, ayant allaité plus longtemps, avaient plus souvent bénéficié du passage d'une sage-femme lors du retour à domicile (96.2% vs 78.6%, $p=0,04$) et se sont plus souvent senties soutenues en cas de difficultés psychologiques (76.9% vs 41.7%, $p=0,03$). Au sein de notre étude, la durée de poursuite de l'allaitement maternel à domicile n'était pas liée à la période d'accouchement.

Parmi les 69.9 % des femmes qui ont ressenti le besoin d'un soutien du fait de difficultés avec l'allaitement maternel (n=65), 78.4% ont estimé avoir reçu le soutien nécessaire, tandis que 21.6% ne l'ont pas reçu. Les femmes ne s'estimant pas assez soutenues ont manqué d'informations utiles les concernant lors de leur retour au domicile (57.1 vs 21.6%, $p=0,017$). A noter que parmi les femmes n'ayant pas eu de difficultés avec l'allaitement maternel (30.1%), toutes avaient allaité antérieurement.

2. Sage-femme à domicile

Une sage-femme libérale est passée au domicile de 124 patientes (94.7%). Dans un peu plus de la moitié des cas il s'agissait d'une sage-femme que la patiente connaissait déjà (52.4%). 110 patientes ont bénéficié du dispositif PRADO sortie précoce (84.0%), rendant ce passage à domicile obligatoire. Ces visites ont été un peu plus fréquentes pour les accouchements ayant eu lieu pendant la période de confinement (98.6 vs 90.2%, $p=0.049$). La majorité des femmes visitées par une sage-femme libérale à domicile a reçu entre 2 et 3 visites (80.6%, $n=100/124$).

3. Informations au retour à domicile concernant le bébé

Huit patientes (6.1%) n'ont pas pu obtenir les informations utiles concernant leur bébé après leur retour à domicile. Malgré une durée de séjour similaire aux patientes satisfaites ($p=0,25$), ces patientes jugeaient plus souvent leur séjour comme étant trop court (37.5% vs 9.8% ; $p=0,045$). Ces éléments n'étaient liés ni au passage d'une sage-femme à domicile, ni à la période d'étude (avant confinement/confinement).

4. Informations au retour à domicile concernant la maman

Environ une patiente sur cinq (19.8%) n'a pas pu obtenir les informations utiles la concernant après son retour à domicile.

Ces patientes insatisfaites :

- trouvaient leur séjour trop court (34.6% vs 5.7%, $p < 0,001$), malgré une durée de séjour similaire aux patientes satisfaites ($p = 0,088$) ;
- manquaient de sentiment d'autonomie laissé à la maternité pour la réalisation des soins prodigués à leur bébé (34.6% vs 6.7%, $p < 0,001$) ;
- auraient eu besoin de plus d'informations complémentaires à la maternité concernant leur bébé (80.8 vs 46.7%, $p = 0,001$) ;
- ne se sont pas senties soutenues en cas de difficultés avec l'allaitement maternel (36.4 vs 8.5% $p = 0,003$).

5. Retour à domicile et difficultés psychiques

Deux tiers des patientes ($n = 88$, 67.2%) ont éprouvé des difficultés psychiques lors du retour à domicile, dont la grande majorité d'entre elles se sont senties soutenues ($n = 66$, 75.0%). Les 22 patientes interrogées ne s'étant pas senties soutenues ($n = 16.8\%$) avaient plus souvent accouché pendant la première période d'étude ($n = 14/61$, 22.9% vs $n = 8/70$, 11.4%, $p = 0,043$).

Par rapport aux femmes satisfaites, ces patientes :

- ne s'estimaient pas soutenues en cas de difficulté avec l'allaitement maternel (31.6 vs 15.6%, $p < 0,001$) ;

- manquaient d'informations les concernant lors du retour à domicile (54.5 vs 12.1%, $p < 0,001$) ;
- manquaient d'informations concernant leur bébé lors du retour à domicile (18.2 vs 6.1%, $p = 0,015$).

DISCUSSION

Notre étude indique que la très grande majorité des multipares qui accouchent à l'Hôpital Jeanne de Flandre sont « globalement satisfaites ». Il existe néanmoins des possibilités d'amélioration : la durée de séjour de l'accompagnant a quasiment toujours été jugée comme insuffisante pendant la période de confinement, un tiers considérait la fréquence des visites du personnel soignant inadaptée et plus d'un quart le délai de réponse à leurs appels trop long. Un cinquième des patientes ont estimé ne pas avoir suffisamment de soutien à domicile, notamment concernant l'allaitement maternel, leurs difficultés psychologiques ainsi que diverses questions concernant leur santé.

Deux profils de patientes semblent ressortir de notre étude :

- D'un côté, les secondes pares ayant besoin du soutien du personnel soignant à la maternité. Elles ont tendance à trouver les visites du personnel soignant trop rares et les délais de réponse aux demandes trop longs.
- De l'autre, les troisièmes pares et plus, semblant déjà avoir les connaissances nécessaires, sollicitant moins le personnel soignant et déclarant ne pas avoir acquis de nouvelles connaissances au cours de leur séjour.

Satisfaction

Satisfaction globale

Notre étude montre que les femmes ont répondu à ce type de questionnaire avec un taux de réponse très satisfaisant pour ce type d'enquête (73,2%). Elle retrouve un bon niveau de satisfaction générale des patientes (89,3%), en accord avec une satisfaction globale plutôt élevée retrouvée au sein des maternités françaises (10).

Points forts des suites de naissance

Les points forts de satisfaction concernaient essentiellement la gestion des douleurs et les réponses apportées par le personnel soignant aux interrogations des patientes au sein de la maternité. De même le taux d'allaitement maternel pendant le séjour, de 83,9%, est satisfaisant comparé aux chiffres habituels, compte tenu de la période d'étude et de la crise sanitaire. En France, le taux d'allaitement maternel à la maternité (exclusif ou non) a baissé entre 2010 et 2016 (68,7% à 66,7%). En 2016, le taux d'allaitement exclusif ou mixte à la maternité dans le Nord était de 59,8% (11).

Durée de séjour et sorties précoces

Chez nos patientes multipares, la durée moyenne de séjour après accouchement était de 2,5 jours au mois de mars 2020 (2,4 jours en cas d'AVB, et de 3,5 jours en cas césarienne). Pour rappel selon la HAS, une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne (16). La durée de séjour des mères à la maternité en France était en moyenne de 4,0 jours en 2016, et il existait une association forte entre multiparité et séjours courts (11)(17). Ces chiffres observés en France restent encore supérieurs à certains de nos voisins (en 2008 : 1,8 jours au Royaume-Uni, 2,3 jours en Suède) (10).

78,6% des patientes étaient satisfaites de leur durée de séjour pendant la période d'étude. Un taux de satisfaction similaire (74%) - incluant également les patientes nullipares - était déjà retrouvé en 2010 (10). La littérature ne permet pas de définir une durée de séjour idéale pour les mères et nouveau-nés à bas risque. La durée de séjour idéale au sein de la maternité tiendrait essentiellement à l'organisation de la sortie de la maternité, au suivi médical effectué et à l'accompagnement des mères et

du nouveau-né lors du retour à domicile (17). De plus les différentes études et expériences internationales montrent qu'une fois le bas risque défini, la durée du séjour est peu discriminante pour la sécurité mère-enfant, sous réserve qu'un suivi médical soit apporté à la sortie (HAS 2014, accord professionnel)(18)(19).

Le système de PRADO (programme d'accompagnement du retour à domicile) a été initié en 2010, permettant un retour à domicile mieux encadré après un séjour en maternité sans complication. Initialement établi pour des sorties standards, il s'est ensuite généralisé aux sorties précoces en 2015 (20). Un suivi par une sage-femme libérale est alors proposé pour le retour à domicile. La fréquence des séjours courts a augmenté en France depuis 2010 et la fréquence des sorties précoces est passée de 3,3% en 2010 à 5% en 2016 pour les accouchements voie basse et de 2,8% en 2010 à 5,8% en 2016 pour les césariennes (10)(11). Les taux habituels de sortie précoce à la maternité Jeanne de Flandre étaient aux alentours de 23.8% au début de l'année 2019, nullipares et multipares confondues. Ce dispositif s'est vu croître de façon exponentielle avec l'arrivée de la crise sanitaire due à la COVID-19, atteignant 91,4% chez les multipares ayant accouché pendant le confinement dans notre étude. Il est d'ailleurs important de souligner que les sorties précoces recueillent le plus souvent une large satisfaction parentale (21).

Cette diminution de la durée de séjour après la naissance nécessite une organisation anticipée, un suivi à domicile rigoureux avec une bonne coordination ville-hôpital, afin de prévenir et d'éviter l'apparition de pathologies périnatales sévères. Les conditions d'une sortie de maternité satisfaisante nécessitent d'en discuter en période anténatale, permettant d'assurer la continuité des soins, d'identifier les professionnels de santé référents et de privilégier une organisation en réseau (avec remise de fiche de liaison,

remise de coordonnées...). Le troisième trimestre semblerait être le moment idéal pour aborder ces conditions de sortie (17)(18). Les associations d'usagers sont également un atout essentiel.

Insatisfaction

Difficultés lors du retour au domicile

Bien que les chiffres concernant l'allaitement maternel soient satisfaisants, un manque de soutien était parfois ressenti en cas de difficultés rencontrées avec l'allaitement maternel (21,6%), et ce malgré la visite d'une sage-femme à domicile. Une meilleure communication sur les aides disponibles à propos de l'allaitement maternel semble nécessaire dès la période anténatale, car elles restent souvent méconnues par les patientes. Parmi les reproches effectués le plus souvent, les discours contradictoires concernant l'allaitement maternel émanant du personnel soignant à la maternité était celui le plus fréquent. Cette constatation est d'autant plus importante à souligner que les messages contradictoires sont une source de déstabilisation et de soustraction aux soins (22). Dans notre étude, le passage ou non d'une sage-femme ne semble pas avoir eu d'impact sur la poursuite ou non de l'allaitement maternel en rentrant au domicile mais semble plutôt important sur son maintien dans le temps.

Par ailleurs, un nombre non négligeable de patientes ont manqué d'informations concernant leurs propres difficultés (19,8%) et ont perçu un manque de soutien en cas de difficultés psychiques lors du retour à domicile (16,8%). Une attention particulière doit être portée à ces femmes en difficulté. Elles sont d'autant plus importantes à prendre en compte qu'elles semblent avoir un impact sur l'allaitement maternel (dans notre étude, les femmes s'étant senties plus soutenues en cas de difficultés psychiques, ont allaité plus longtemps).

Cet accompagnement lors du retour à domicile reste encore perfectible. Une fiche de liaison maternité/ville a été rendue obligatoire depuis le 1^{er} Janvier 2017 (décret 2016-995 du 20 Juillet 2016). Elle est destinée à informer les professionnels libéraux sur la prise en charge du couple mère/enfant dans la maternité, mais elle semble insuffisante. Différentes enquêtes ont montré que, malgré une satisfaction globale de leur grossesse et de l'accouchement, l'accompagnement lors de la sortie et du retour à domicile est souvent jugé insuffisant (17)(18).

D'après la littérature, ces reproches concernant la sortie de la maternité ne doivent pas être directement imputés à la durée de séjour en maternité. En 2014, 15 à 35% des femmes rencontraient des difficultés en post-partum du fait d'une mauvaise préparation à la sortie (16). D'après une étude de la DRESS en 2009, environ 15% des mères jugeaient les conseils médicaux explicités pendant le séjour insuffisants et 35% estimaient avoir été mal informées des troubles possiblement rencontrés dans le post partum et mal préparées pour leur sortie (23)(24).

L'enquête nationale périnatale de 2010 a confirmé une insuffisance d'information concernant les aides qu'elles peuvent trouver auprès des professionnels de santé ou des structures. 26,9% des femmes de cette étude auraient souhaité être mieux soutenues lors du retour à domicile. Dans cette même étude, les multipares ont été interrogées sur les améliorations effectuées entre leur accouchement avant 2004 puis lors de la période 2004-2009 : la plupart des patientes n'avaient pas observé d'amélioration significative sur divers items et notamment sur le suivi psychologique de la mère et le suivi après l'accouchement lors du retour à domicile (10).

Impact COVID-19

Les sorties précoces se sont vues accroître de façon exponentielle au cours du mois de mars 2020 (75,4% à la 1^{ère} période vs 91,4% à la seconde). L'augmentation de ces sorties anticipées peut s'expliquer par une volonté des patientes de rentrer plus vite au domicile (par souhait, par peur de la contamination, afin de retrouver leurs proches interdits de visite, par lassitude de l'hospitalisation, ...) ou par une possible pression hospitalière ressentie par certaines patientes. Cette réduction du temps de séjour a pu avoir des conséquences délétères chez certaines patientes. Les femmes au sein de notre étude qui jugeaient leur séjour trop court ne se sont pas senties assez soutenues en cas de difficultés psychologiques. Le manque de recul ne nous permet pas de conclure sur les conséquences à long terme de cette carence. L'urgence pandémique et les mesures restrictives adoptées pour empêcher la propagation du virus ont pu impacter négativement les futures mères, augmentant potentiellement la probabilité de développer des symptômes anxieux, dépressifs ou post-traumatiques (25). Plusieurs études concluent à des niveaux d'anxiété et de stress élevés concernant les patientes ayant accouché pendant cette période COVID-19 (26)(27)(28). Ces niveaux de stress semblent délétères sur la santé mentale des femmes aggravant potentiellement les syndromes dépressifs et pouvant avoir un impact négatif sur les familles ; il est cependant encore trop tôt pour en évaluer les conséquences à long terme (29)(30). Seuls G.Pariente et al. retrouvent un risque plus faible de dépression du post-partum pour les accouchements ayant eu lieu durant la période COVID-19 (31).

Les limitations drastiques des visites ont été un autre élément négatif majeur de cette période de confinement. Afin de limiter au maximum la propagation du virus, seul un accompagnant, la plupart du temps le conjoint, était autorisé à séjourner

– temporairement - au sein de la maternité. Ce point a été le plus impactant auprès des patientes puisque 91,1% d'entre elles étaient insatisfaites de cette situation, dont près des 2/3 (64,2%) ont jugé que cela avait influencé leur propre durée de séjour. Parmi les patientes ayant jugé la durée de séjour de l'accompagnant comme trop courte, 62,1% n'ont pas pu se reposer et organiser leurs journées comme elles le souhaitent. Il est possible qu'une partie de ces femmes n'aient pas pu s'appuyer sur l'aide de leur accompagnant durant le séjour et se soient senties contraintes de quitter la maternité. Une étude française s'est intéressée à l'impact psychologique de cette crise sanitaire dans le post partum immédiat et à court terme. L'absence d'accompagnant pendant l'accouchement a été associée à une expérience émotionnelle négative de la naissance, pouvant majorer les risques de dépression du post-partum et de stress post traumatique. Ces troubles peuvent altérer l'interaction mère-enfant mais également les relations conjugales et familiales (32).

L.Ostacoli et al. ont soulevé deux points essentiels :

- le soutien perçu fourni par le personnel de santé était un facteur de protection contre la dépression et le stress post-traumatique ;
- le calme dans le service - en raison de l'absence de visiteurs à l'hôpital - était un facteur protecteur contre le stress post-traumatique (33).

Le confinement ne semble avoir altéré ni l'initiation, ni la poursuite de l'allaitement maternel dans notre étude en comparaison aux chiffres habituels. L'étude de M.Ceulemans et al. fait le même constat (34). Dans cette étude, plus de 90% des femmes ont réfuté le fait que la pandémie ait affecté leurs pratiques d'allaitement ou que le coronavirus soit responsable de l'arrêt de l'allaitement. La moitié des femmes ont même envisagé de donner plus longtemps leur lait maternel du fait du coronavirus.

En revanche, les conseils médicaux et le soutien social des femmes ont été affectés par le confinement.

Pistes de réflexion

Nous avons réfléchi à certaines pistes d'amélioration suite aux constatations de notre étude.

1. Création d'un livret du post partum

Il serait intéressant d'identifier précisément les informations qui ont manqué aux mères lors de leur retour à domicile afin de créer un « livret du post partum », accessible à toutes et remis dès la sortie de la maternité. Un travail est d'ailleurs déjà en cours par deux thésards sous forme de vidéos d'information concernant les mères et le post partum. Ce livret pourrait être complété avec différentes coordonnées/sites utiles réunis en un seul et unique document (identification d'un médecin référent, contacts de la maternité, coordonnées de la consultation de lactation, sites internet référents, consultations de psychologues...). Ce livret pourrait être utile non seulement pour les familles mais également pour les professionnels de santé de ville.

2. Création de groupes de paroles d'usagers

Des groupes de paroles d'usagers pourraient être créés, au sein de la maternité, de façon régulière, afin de faire remonter les divers dysfonctionnements/demandes ou bien simplement de discuter entre familles des difficultés parentales. Ces rencontres pourraient se dérouler à l'aide d'un médiateur (sage-femme, puéricultrice, médecin...). Les réseaux sociaux pourraient également être un atout sous réserve d'un contrôle des informations émises (35).

3. Rencontres entre professionnels ville-hôpital

Les relations professionnelles en réseau ville-hôpital sont primordiales afin de préserver une bonne continuité des soins concernant les femmes et leurs nouveau-nés à la sortie de la maternité. Afin de maintenir et d'améliorer les liens de confiance entre ces différents intervenants (sages-femmes, puéricultrices, médecins généralistes, pédiatres, gynécologues...), des rencontres régulières pourraient être organisées entre ces différents acteurs de santé. Ces rencontres pourraient également permettre d'assurer une cohérence des discours et des pratiques.

4. Standardiser la consultation prénatale

Au cours de ce travail, nous nous sommes aperçus qu'un certain nombre d'informations concernant les possibilités de soutien auprès des femmes accouchées n'étaient pas parvenues aux femmes en période prénatale, période pourtant propice à la préparation. Par exemple, certaines femmes ne connaissaient pas la consultation de la lactation, ni l'existence de soutiens associatifs à l'allaitement (Allait'Ecoute, La Leche League, Solidarilait...). Il existe par ailleurs une multiplicité d'intervenants, notamment du fait du caractère universitaire de la structure, qui freine l'homogénéisation des discours. Nous suggérons qu'une harmonisation et une facilitation de l'information aux patientes soit menée (tri, hiérarchisation, simplification, systématisation). Après ce travail, une formation/information courte pourrait être proposée aux consultants tous les 6 mois (lors de changements d'interne par exemple).

5. Renforcer la consultation post natale

La consultation post natale est un temps précieux permettant aux femmes de revenir sur leur accouchement. Néanmoins cette consultation ne permet pas toujours de déceler les difficultés des femmes et n'intervient qu'après un certain temps après l'accouchement. Le fait de cibler précisément les difficultés fréquemment rencontrées permet d'optimiser cette consultation. Une consultation spécifique pour les accouchements vécus comme difficiles est déjà en cours de création au sein de la maternité Jeanne de Flandre.

6. Secteur « Comme à la maison »

Afin de répondre à la demande d'un certain profil de patientes multipares, un secteur appelé « Comme à la maison » est en cours de développement au sein même de la maternité Jeanne de Flandre. Il a pour vocation pour les femmes multipares qui le souhaitent, de leur laisser un maximum d'autonomie lors du séjour en suites de naissances, notamment en limitant les visites du personnel soignant et les passages en chambre. Toutefois ces femmes restent en secteur hospitalier et peuvent solliciter le personnel soignant à tout moment en cas de difficultés.

CONCLUSION

Malgré un bon niveau de satisfaction globale à la maternité des pistes d'améliorations sont envisageables. D'une part, au sein même de la maternité : mieux cibler les informations dont les mères ont besoin pendant leur séjour, adapter la fréquence des visites du personnel soignant en fonction des demandes et du profil des patientes, repenser les visites des proches. D'autre part, des pistes de réflexions doivent être portées sur l'accompagnement des mères lors du retour à domicile. Nous avons proposé quelques pistes d'amélioration allant dans ce sens.

ANNEXES

Tableau 1. Caractéristiques des patientes répondantes et non répondantes

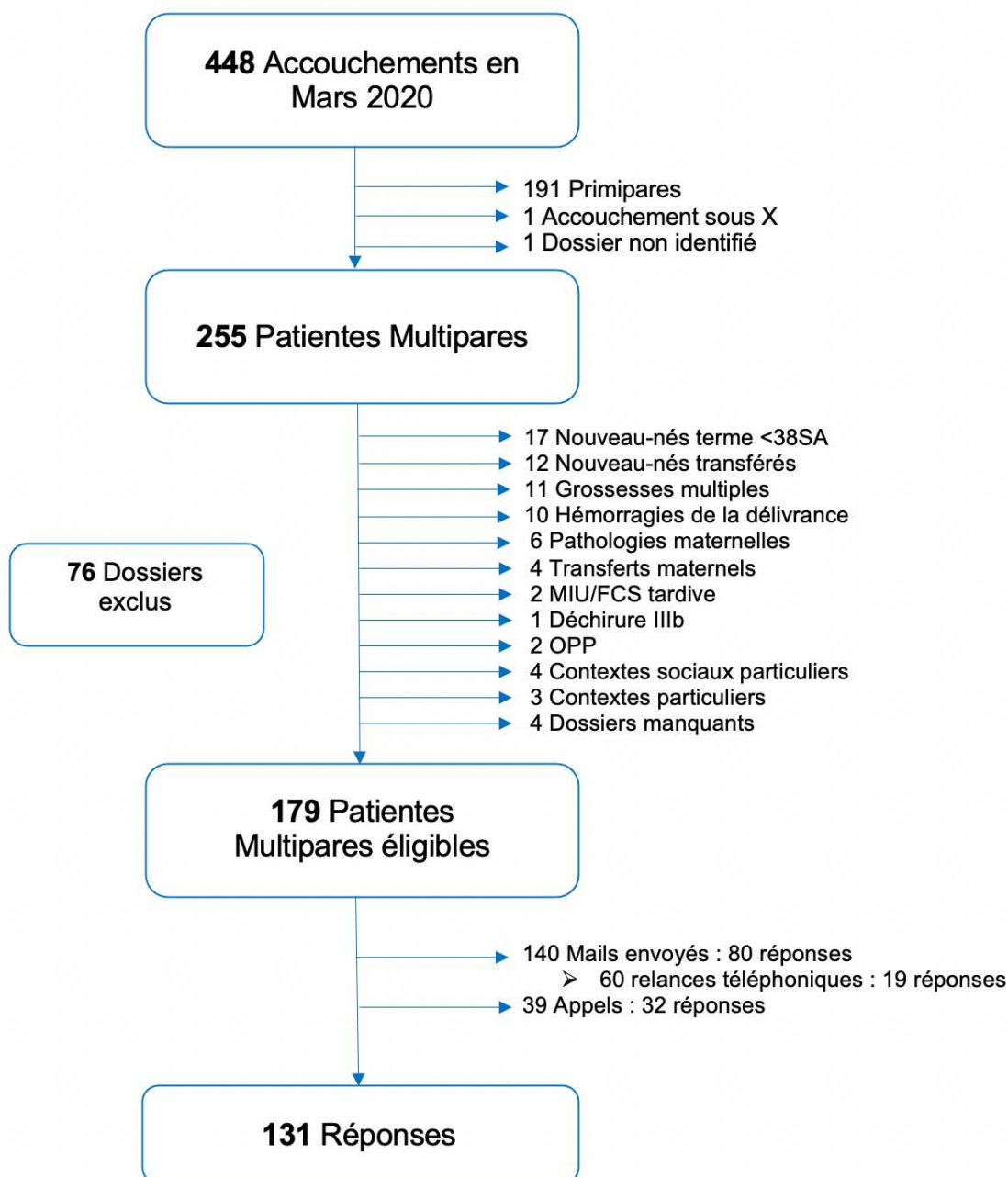
	Total n=179	Répondantes		p
		Oui n = 131	Non n = 48	
Age maternel (années)	33.0 [30.0-36.0]	33.0 [30.0-37.0]	32.0 [28.0-35.5]	0.11
Origine caucasienne	131 (73.2)	100 (76.3)	31 (64.6)	0.082
Vit seule	10 (5.6)	4 (3.1)	6 (12.8)	0.022
En activité professionnelle	110 (61.8)	86 (66.2)	24 (50.0)	0.049
Tabac	26 (14.7)	17 (13.1)	9 (19.1)	0.31
Hospitalisation anténatale	37 (20.7)	23 (17.6)	14 (29.2)	0.076
Age gestationnel à l'acc ^t (SA)	39.9 [39.1-40.7]	39.9 [39.1-40.9]	39.4 [39.1-40.1]	0.07
Déclenchement	46 (25.7)	31 (23.7)	15 (31.3)	0.30
Mode d'accouchement :				
- Voie basse simple	145 (81.0)	108 (82.4)	37 (77.1)	0.35
- Voie basse instrumentale	11 (6.1)	6 (4.6)	5 (10.4)	
- Césarienne	23 (12.8)	17 (13.0)	6 (12.5)	
Déchirures de stade ≥ 2 **	20/156 (12.8)	15/114 (13.2)	5/42 (11.9)	0.84
Poids de naissance (g)	3430[3180-3750]	3450[3180-3790]	3380[3180-3690]	0.47
pH artériel néonatal	7.23 [7.19-7.27]	7.23 [7.19-7.27]	7.23 [7.19-7.26]	0.85
Niveau infectieux A	160 (89.4)	113 (86.3)	47 (97.9)	0.024
Etage d'hospitalisation				
- 2 ^e étage	92 (51.4)	65 (49.6)	27 (56.3)	0.43
- 3 ^e étage	87 (48.6)	66 (50.4)	21 (43.8)	
Période confinée (COVID19)	95 (53.1)	70 (53.4)	25 (52.1)	0.87
Durée du séjour (jours)	2.4 [2.1 – 3.0]	2.4 [2.1-2.9]	2.6 [2.1–3.4]	0.12
Alimentation au sein à la sortie***	138 (77.7)	98 (74.8)	40 (83.3)	0.23
Sortie précoce en PRADO	143 (79.9)	110 (84.0)	33 (68.8)	0.02

* Aucune épisiotomie parmi les 179 patientes

** Césariennes exclues

*** Données issues du dossier obstétrical

Figure 1. Diagramme des flux



Taux de participation : 73,2%

Figure 2. Questionnaire distribué

1. Concernant votre séjour après l'accouchement à la maternité JDF, vous vous diriez...	TRES SATISFAITE	SATISFAITE	PLUTOT INSATISFAITE	TRES INSATISFAITE			
2. Concernant la durée de votre séjour après l'accouchement, vous l'avez trouvé...	BEAUCOUP TROP LONGUE	TROP LONGUE	SATISFAISANTE	TROP COURTE			
3. Combien de temps votre conjoint/accompagnant a-t-il pu vous voir la naissance...	PAS D'ACCOMPAGNANT	< 24 h	24-48h	> 48h Tout le long du séjour			
4. Cette durée vous a paru...	TROP LONGUE	SATISFAISANTE	COURTE	BEAUCOUP TROP COURTE			
5. La présence ou absence de votre accompagnant a-t-elle influencé la durée de votre séjour ?	OUI		NON				
6. En dehors du COVID, quelles sont les visites des proches qui vous paraissent indispensables après l'accouchement ?	AUCUNE	ENFANT SAINES	CONJOINT	PARENTS / BEAUX PARENTS	RESTE DE LA FAMILLE	AMIS	AUTRE
7. Vous avez trouvé que les visites journalières du personnel soignant étaient ...	BEAUCOUP TROP FREQUENTES	TROP FREQUENTES	ADAPTEES	TROP RARES			
8. Votre séjour a été altéré par le bruit	OUI		NON				
9. En moyenne, vous avez obtenu des réponses à vos demandes (sonnette, téléphone, besoins ponctuels) dans un délai...	BEAUCOUP TROP LONG	LONG	ADAPTE	RAPIDE	PAS DE DEMANDE		
10. Vous avez été bien prise en charge pour la gestion de vos douleurs...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
11. Les professionnels de santé ont bien répondu aux questions que vous vous posiez durant votre séjour ...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
12. Vous avez pu vous reposer et organiser vos journées comme vous le souhaitez	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
13. Vous vous êtes sentie totalement autonome pour réaliser tous les soins de votre bébé...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
14. Vous avez acquis de nouvelles connaissances suite aux visites des professionnels de santé...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
15. Dans quels domaines auriez-vous souhaité plus d'informations concernant votre bébé ? (Plusieurs choix possibles)	ALIMENTATION	COUCHAGE ET MORT SUBITE	SURVEILLANCE (POIDS, T°...)	AUCUN			
	INSTALLATION PEAU A PEAU	TOILETTE ET HYGIENE	PLEURS DU NOURISSON	AUTRES ... :			
16. Avez-vous déjà allaité votre (vos) enfant(s) lors de précédents accouchements	OUI		NON				
17. Avez-vous poursuivi l'allaitement maternel en rentrant à la maison ?	JE N'AI PAS ALLAITE	OUI	NON				
18. (si oui) Combien de temps avez-vous poursuivi l'allaitement maternel ?	< 1 SEMAINE	ENTRE 1 SEMAINE ET 1 MOIS	ENTRE 1 ET 3 MOIS	> 3 MOIS			
19. Vous avez eu le soutien que vous attendiez à la maison si vous avez eu des difficultés avec l'allaitement maternel ??	PAS DE DIFFICULTE	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD		
20. Une sage-femme est-elle passée à votre domicile ?	OUI		NON				
21. Si oui, s'agissait-elle d'une sage-femme que vous connaissiez déjà	OUI		NON				
22. Si oui, combien de fois est-elle passée à votre domicile ? (chiffre)	1	2	3	> 4			
23. En rentrant à la maison, vous avez pu obtenir les informations utiles pour vous occuper de votre bébé ...	TOUT A FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
24. En rentrant à la maison, vous avez pu obtenir les informations utiles pour vous occuper de vous ...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			
25. Si vous avez éprouvé des difficultés psychiques, vous vous êtes sentie soutenue...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD	PAS DE DIFFICULTE		
26. Vous conseilleriez à une amie de venir accoucher à la maternité Jeanne de Flandre...	TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD			

Figure 3. Evolution du pourcentage de patientes sortant selon le dispositif de sorties précoces en PRADO au cours de la période d'étude

(Sorties précoces selon la HAS : < 72 h en cas d'accouchement par voie basse, < 96h en cas de césarienne)

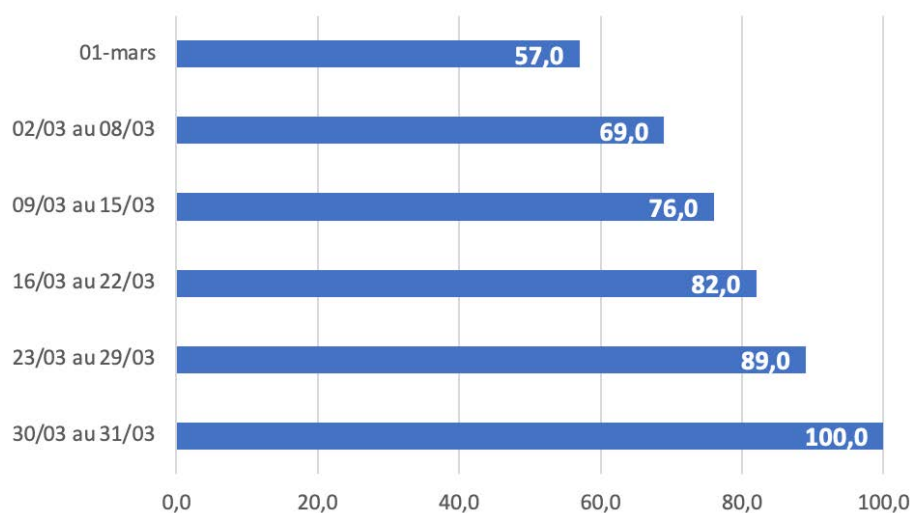


Figure 4. Durée de séjour de l'accompagnant principal

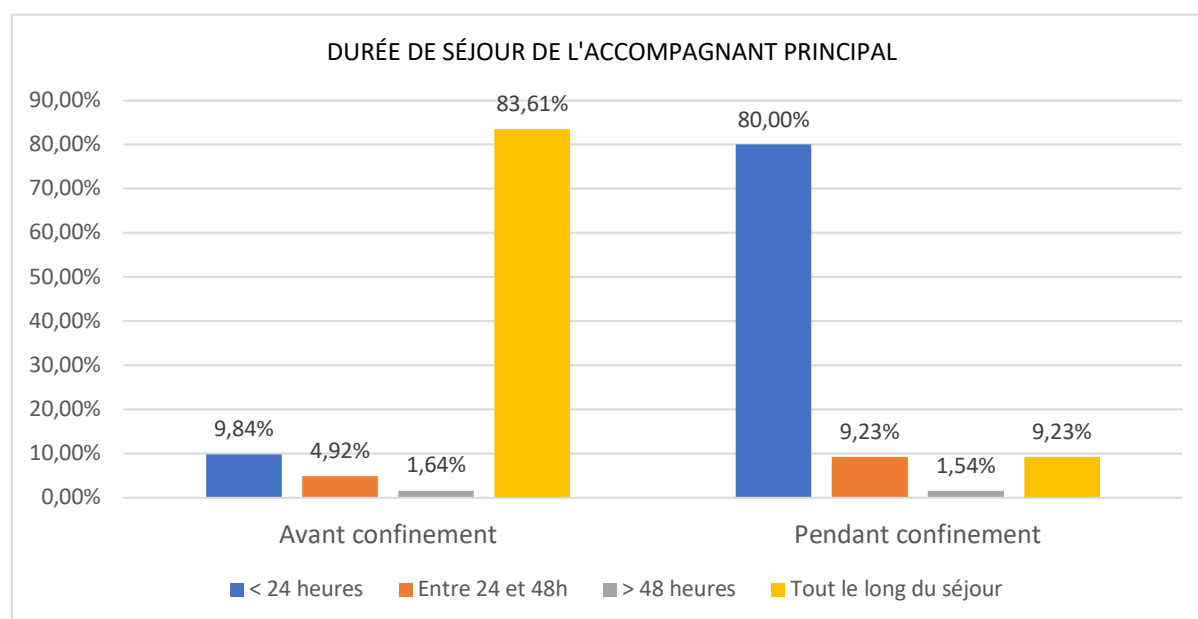


Figure 5. Thèmes nécessitant des informations complémentaires en suites de naissance

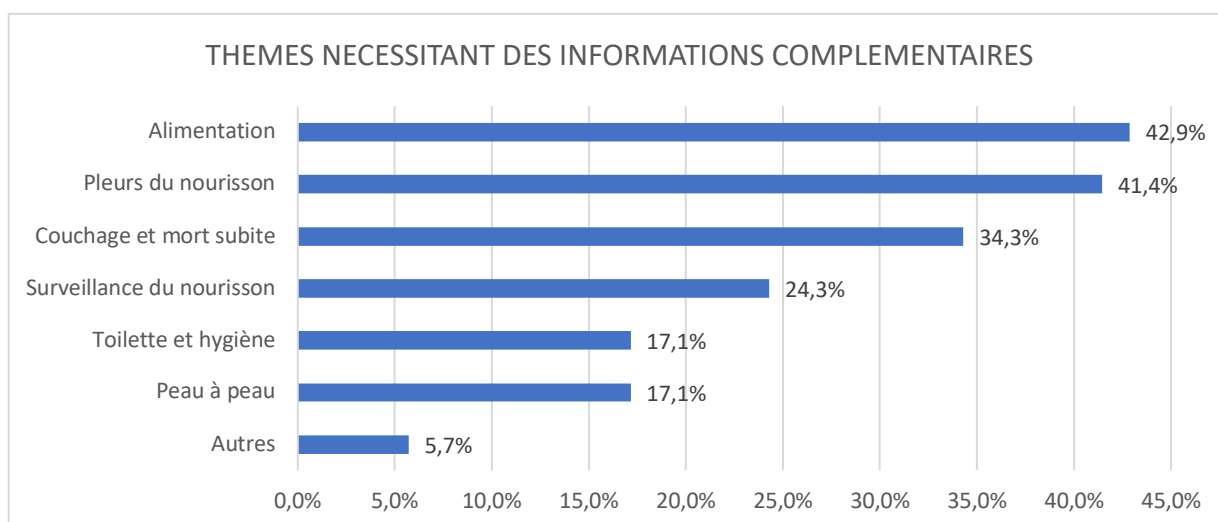


Figure 6. Satisfaction globale des patientes concernant leur séjour en suite de naissance

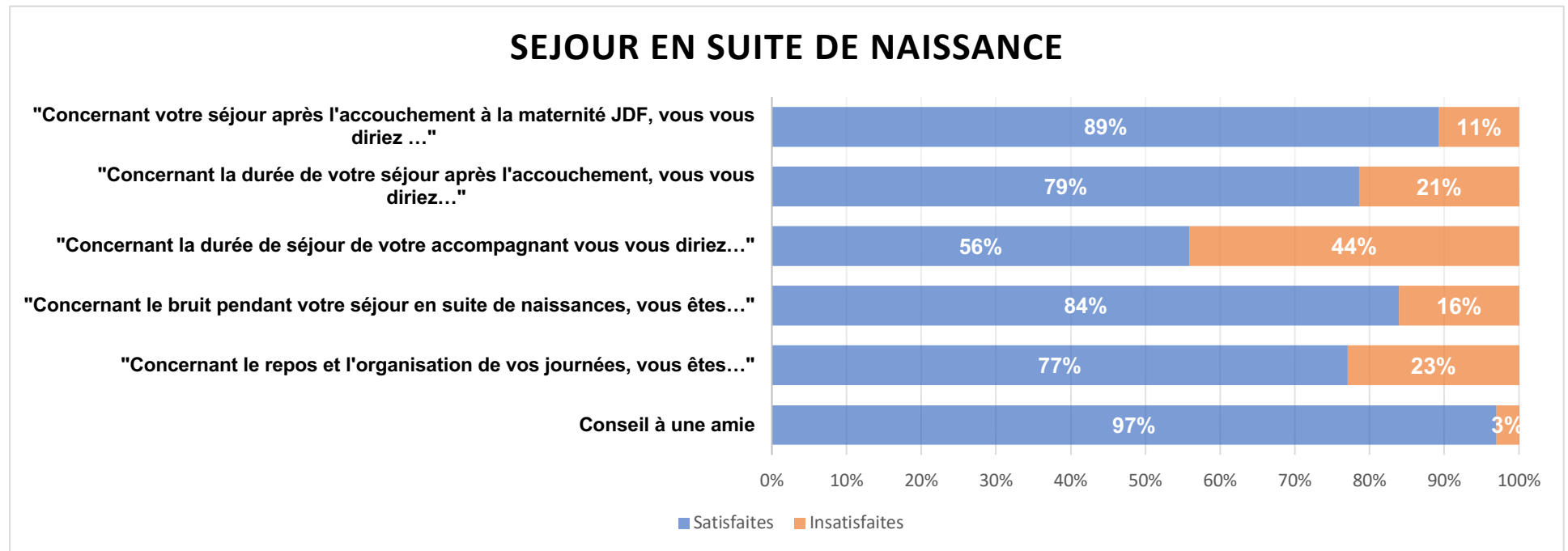


Figure 7. Vécu et attentes des patientes vis-à-vis du personnel soignant

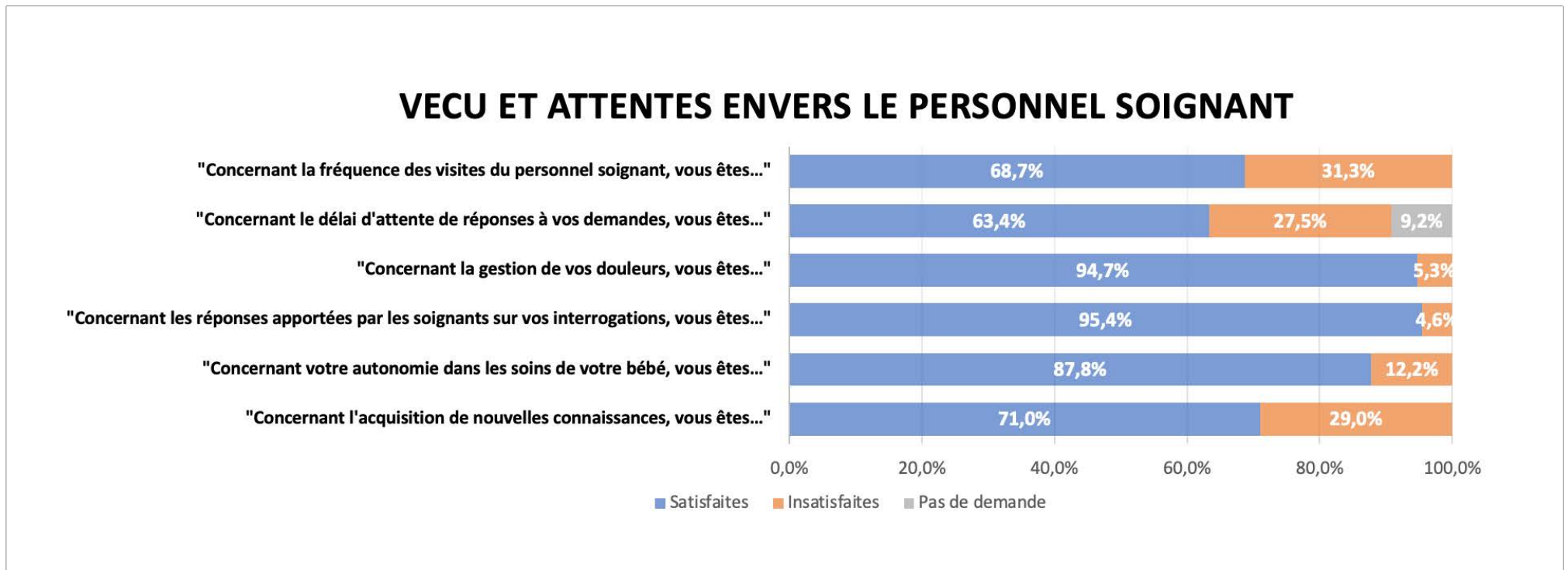
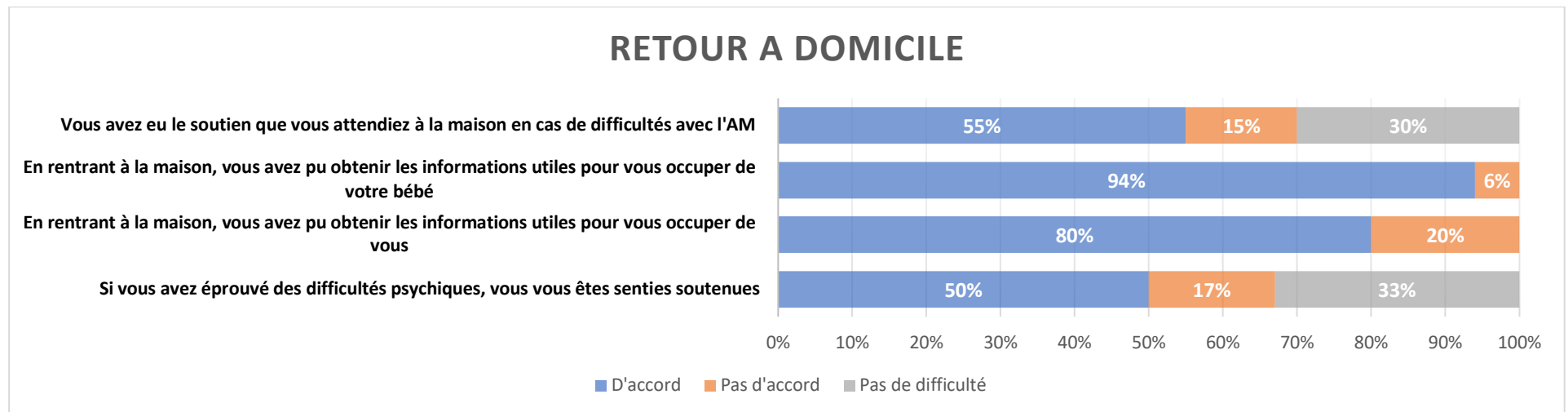
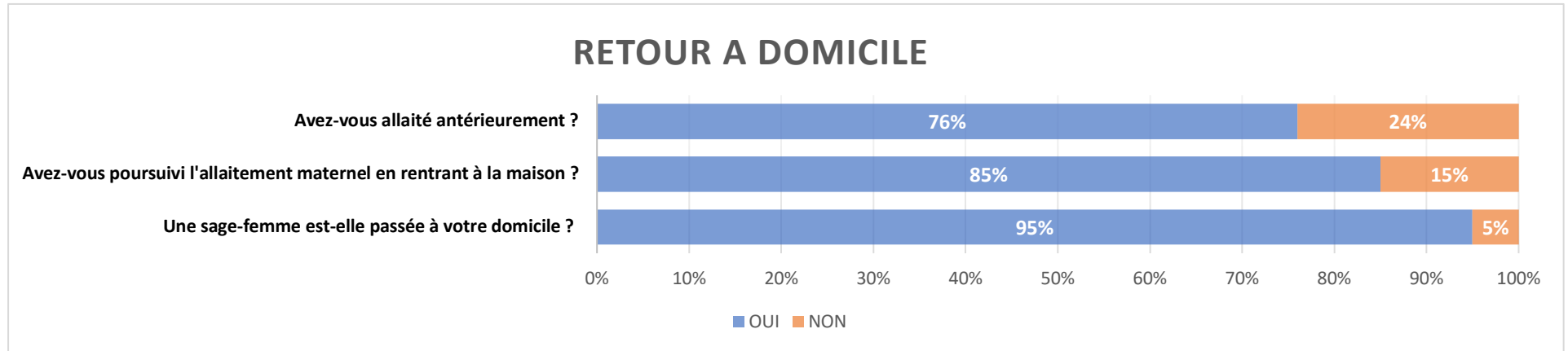


Figure 8. Satisfaction des patientes concernant leur retour à domicile



Commentaires de patientes

Désaccords professionnels :

« Il y a plusieurs désaccords entre professionnels sur l'allaitement. Mais ça ne m'a pas empêché de l'allaiter et de continuer encore »

« Les questions que nous avons pu poser ont eu des réponses contradictoires selon les équipes, ceci à plusieurs reprises. Cela est très déroutant ! »

Visites :

« Pas de visites en chambre, très agréable ... à poursuivre pour le calme. Ne pouvons-nous pas autoriser uniquement papa ? Une idée à poursuivre... :) »

« Finalement, le fait de ne pas avoir eu de visites a été reposant »

« Je n'ai pas eu de visite j'ai très mal vécu mon séjour ; mon retour à la maison a été très compliqué psychologiquement. Le pire c'est mon ainée qui n'a pas pu voir sa sœur à la maternité c'était mon rêve »

Sortie de maternité :

« Manque de communication entre les différents services, deuxième accouchement et deuxième sortie tardive (largement après-midi) car personne n'avait dit à la puéricultrice que c'était une sortie... (ou elle n'a pas regardé) J'ai eu la même chose pour mon premier accouchement, on attend, on a faim car on n'a pas le droit au plateau repas. C'est long et difficile... »

REFERENCES

1. Kaunitz AM, Spence C, Danielson TS, Rochat RW, Grimes DA. Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;150:826–31.
2. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health.* 2014;11:71.
3. Daglar G, Nur N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psychiatr Danub.* déc 2018;30(4):433-40.
4. Nordahl D, Rognmo K, Bohne A, Landsem IP, Moe V, Wang CEA, et al. Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychol*
5. Canada A de la santé publique du. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales [Internet]. aem. 2017 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>
6. Charpak N, Figueroa Z, Ruiz JG. Kangaroo mother care. *The Lancet.* 21 mars 1998;351(9106):914.
7. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life. *Biol Psychiatry.* 1 janv 2014;75(1):56-64.
8. appendices_preventing_disease_saving_resources.pdf [Internet]. [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/appendices_preventing_disease_saving_resources.pdf
9. Tessier R, Charpak N, Giron M, Cristo M, de Calume ZF, Ruiz-Peláez JG. Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. sept 2009;98(9):1444-50.
10. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». *J Droit Jeunes.* 2012;314(4):28.
11. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2021]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
12. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. *Rev Sage-Femme.* sept 2008;7(4):177-86.
13. Nieuwenhuijze M, Low LK. Facilitating women's choice in maternity care. *J Clin Ethics.* 2013;24(3):276-82.
14. 9789241511216-eng.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1>
15. Feijen-de Jong EI, van der Pijl M, Vedam S, Jansen DEMC, Peters LL. Measuring respect and autonomy in Dutch maternity care: Applicability of two

measures. *Women Birth*. 1 sept 2020;33(5):e447-54.

16. 2014 - Sortie de maternité après accouchement conditions.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

17. Gascoin G. Le nouveau-né en maternité et durant le premier mois de vie. *Rev Sage-Femme*. févr 2016;15(1):51-5.

18. Hascoët J-M, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. *Arch Pédiatrie*. sept 2014;21(9):1053-9.

19. Boubred F, Herlenius E, Andres V, des Robert C, Marchini G. Morbidité néonatale précoce après sortie de maternité : étude comparative entre deux maternités à Stockholm et Marseille. *Arch Pédiatrie*. mars 2016;23(3):234-40.

20. ONSSF » Le PRADO maternité [Internet]. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>

21. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2008;15(6):1076-82.

22. Meyer SB, Coveney J, Ward PR. A qualitative study of CVD management and dietary changes: problems of « too much » and « contradictory » information. *BMC Fam Pract*. 4 févr 2014;15:25.

23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La santé des femmes en France. Paris: DREES; 2009.

24. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2013;42(1):76-85.

25. Molgora S, Accordini M. Motherhood in the Time of Coronavirus: The Impact of the Pandemic Emergency on Expectant and Postpartum Women's Psychological Well-Being. *Front Psychol*. 26 oct 2020;11:567155.

26. Stepowicz A, Wencka B, Bieńkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 17 déc 2020;17(24):9450.

27. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 18 mai 2020;1-7.

28. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 1 nov 2020;1-8.

29. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *Int J Gynecol Obstet*. août 2020;150(2):184-8.

30. Diamond RM, Brown KS, Miranda J. Impact of COVID-19 on the Perinatal Period Through a Biopsychosocial Systemic Framework. *Contemp Fam Ther*. sept

2020;42(3):205-16.

31. Pariente G, Wissotzky Broder O, Sheiner E, Lanxner Battat T, Mazor E, Yaniv Salem S, et al. Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 12 oct 2020 [cité 11 janv 2021]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-020-01075-3>
32. Bertholdt C, Epstein J, Banasiak C, Ligier F, Dahlhoff S, Olieric MF, et al. Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open* [Internet]. 10 déc 2020 [cité 13 mars 2021];10(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7733205/>
33. Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F, Berchialla P, Bovetti M, Carosso AR, et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2020;20(1):703.
34. Ceulemans M, Verbakel JY, Van Calsteren K, Eerdeken A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 17 sept 2020;17(18):6766.
35. Glavin K, Tveiten S, Økland T, Hjälmhult E. Maternity groups in the postpartum period at well child clinics - mothers' experiences. *J Clin Nurs*. oct 2017;26(19-20):3079-87.

Date de soutenance : 23 Avril 2021**Titre de la thèse : Satisfaction de 131 patientes multipares à bas risque ayant accouché durant le mois de Mars 2020 : du séjour en suites de naissance au retour à domicile****Thèse - Médecine - Lille « 2021 »****Cadre de classement : Gynécologie - Obstétrique****DES + spécialité : Médecine Générale****Mots-clés : attachement, post-partum, maternité, multipares, satisfaction, COVID-19****RESUME**

Contexte : L'accouchement à l'hôpital a apporté beaucoup de sécurité physique mais la satisfaction des patientes et leur sécurité affective restent un sujet de préoccupation.

Objectif : Étudier la satisfaction de patientes multipares à bas risque concernant la période du post-partum, des suites de naissance à leur retour à domicile.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle, mono centrique, menée à la maternité Jeanne de Flandre au CHRU de Lille, entre le 1^{er} et le 31 mars 2020. Un questionnaire comportant 26 questions a été soumis à 179 patientes multipares à bas risque, via e-mails et appels téléphoniques. Compte tenu de l'émergence de la pandémie liée au SARS-COV2, deux périodes ont été établies : du 1^{er} au 15 mars « avant confinement » et du 16 au 31 mars « confinement ».

Résultats : Parmi les 179 patientes éligibles, 131 ont répondu au questionnaire (73,2%). 89,3% était globalement satisfaites de leur séjour en suites de naissance sans que la période de confinement y soit liée ($p=0.39$). La durée de séjour était en moyenne de $2,5 \pm 0,7$ jours, avec 84.0% de sorties précoces. Il y avait autant de multipares jugeant la durée de séjour trop courte que trop longue (11.5 vs 9.9%, NS). Les séjours jugés trop courts concernaient surtout la période de confinement (1^{er} période : 13.3% vs 2^e période : 86,7%, $p=0.006$). Les femmes étaient largement insatisfaites de la durée de présence de leur accompagnant lors de la période de confinement (1^{er} période : 8,9% vs 2^e période : 91,1%, $p<0.001$). Pendant leur séjour, un quart des patientes n'étaient pas satisfaites du repos et de l'organisation de leurs journées (22,9%) et un tiers jugeait la fréquence des visites du personnel soignant comme inadaptée (31,3%) avec un délai d'attente aux demandes trop long (27,5%). Les patientes n'ayant pas acquis de connaissances supplémentaires (29,0%) étaient essentiellement des patientes 3^e pares (57,9% vs 35,5% $p=0.018$). Environ un cinquième des patientes se sont senties en difficulté lors du retour à domicile concernant l'allaitement maternel, le soutien psychologique et ont estimé manquer d'information concernant leur propre santé.

Conclusion : La plupart des patientes interrogées sont globalement satisfaites de leur séjour à la maternité Jeanne de Flandre. Néanmoins des améliorations sont encore possibles au sein même des suites de naissances ainsi que lors de l'accompagnement à domicile.

Composition du Jury :**Président : Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE****Assesseeurs : Docteur Thameur RAKZA, Docteur Sophie BARRAL-VANDERSTICHELE****Directeur de thèse : Professeur Damien SUBTIL**

