



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Satisfaction concernant les soins administrés en post partum :  
Enquête rétrospective d'une cohorte de 72 nullipares ayant  
accouché en mars 2020 à l'Hôpital Jeanne de Flandre**

Présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 2021 à 14h00  
au Pôle Recherche  
par **Sabri ABDESSELAM**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE**

**Asseseurs :**

**Madame le Docteur Judith OLLIVON**

**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 matières

|                            |    |
|----------------------------|----|
| RESUME .....               | 5  |
| INTRODUCTION .....         | 7  |
| MATERIEL ET METHODES ..... | 9  |
| RESULTATS.....             | 11 |
| DISCUSSION .....           | 21 |
| Pistes de réflexion .....  | 26 |
| CONCLUSION .....           | 29 |
| ANNEXES.....               | 30 |
| REFERENCES .....           | 39 |

## RESUME

### Contexte

Chez les femmes primipares, l'accession à la parentalité débute par l'accouchement, moment nouveau et difficile, particulièrement à risque de difficultés et d'insatisfaction.

### Objectif

Etudier la satisfaction des patientes primipares au moment du post-partum, ainsi que les facteurs qui l'influencent.

### Méthodes

Etude rétrospective menée en mars 2020 à la maternité Jeanne de Flandre. Un questionnaire comportant 23 questions a été soumis à 114 femmes primipares à bas risque.

### Résultats

Parmi les 114 femmes éligibles, 72 ont répondu au questionnaire (63.2%). Parmi elles, **20.8% étaient globalement insatisfaites** de leur séjour, sans lien avec la période de confinement ( $p=0.53$ ). Cette insatisfaction était très liée au **délai de réponse à leurs appels**, jugé trop long dans presque la moitié des cas (44.5%), avec une insatisfaction qui s'élevait de 7.5 à 37.5 % selon que ce délai était jugé satisfaisant ou non ( $p=0.005$ ). Elle était également liée à la **fréquence du passage des soignants** (12.2 vs 53.3% selon que cette fréquence était estimée suffisante ou non ( $p=0.002$ )). A domicile, on constatait également un **manque de soutien** : un quart des patientes s'estimaient démunies d'informations suffisantes concernant leur propre santé et plus d'un tiers des femmes ayant allaité estimaient ne pas avoir reçu un soutien suffisant concernant les difficultés de l'allaitement. Le **jeune âge des**

**femmes** était un facteur nettement lié au fait de ne pas conseiller la maternité à une amie (30 % ne la conseillaient pas avant 24 ans, 5.6% entre 24 et 35 ans, 0 % après 35 ans,  $p=0.029$ ).

### **Conclusion**

Un cinquième des patientes primipares qui accouchent à la maternité Jeanne de Flandre ne sont pas satisfaites de leur séjour. Plusieurs améliorations devraient pouvoir être apportées à leur prise en charge, à la fois pendant le séjour et lors du retour au domicile.

## INTRODUCTION

En quelques décennies, la sécurité physique de l'accouchement a été grandement améliorée. Dans le monde, par exemple, la mortalité maternelle a été diminuée de plus d'un tiers sur les 25 dernières années (1). Cependant, la sécurité psychique et émotionnelle des femmes reste un vif sujet de préoccupation au moment de l'accouchement, et le suicide est devenu progressivement la 2<sup>e</sup> cause de mortalité maternelle en France (2). Chez les primipares, l'expérience de l'accouchement est nouvelle et peut parfois être traumatisante, source de bouleversements physiques et psychologiques majeurs (3).

L'attachement mère-enfant est favorisé par la sécurité psychique, essentielle au développement cognitif de l'enfant. (4)(5). Cette sécurité psychique s'appuie à la fois sur la qualité des soins et des informations donnés avec bienveillance par le personnel. A l'inverse, des informations de mauvaise qualité et/ou contradictoires peuvent engendrer une déstabilisation des patients et limiter la qualité du soin. (6) Il est possible que l'insatisfaction ressentie au moment de l'accouchement ait des conséquences à long terme, son vécu laissant une forte empreinte dans la vie de l'individu (7).

Dans les maternités françaises, la satisfaction est globalement bonne mais on retrouve toujours un certain nombre de patientes insatisfaites (8)(9). Une analyse complète de ces causes d'insatisfaction et une réflexion globale sur nos pratiques est nécessaire afin d'améliorer les pratiques et de limiter au maximum les expériences négatives. Consciente de ces difficultés, la maternité Jeanne de Flandre fut en 2015 la première maternité universitaire française à obtenir le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé(s)). Ce label récompense l'engagement des professionnels auprès des familles

pour les pratiques autour de la naissance alliant sécurité médicale, qualité des soins, bientraitance et bienveillance.

Afin d'améliorer ses pratiques, la maternité a donc décidé de réaliser un travail dont l'objectif était d'analyser les facteurs d'insatisfaction des primipares, depuis leur séjour en suites de naissance jusqu'à leur retour au domicile. En ciblant ces facteurs, notre objectif était d'ouvrir des pistes d'amélioration des pratiques. Comme l'enquête a eu lieu au moment de la mise en place du confinement lié à la pandémie à SARS COV 2, nous avons également voulu mesurer l'influence éventuelle de ce confinement sur ces différents facteurs étudiés.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle, monocentrique menée à la maternité Jeanne de Flandre du CHU de Lille entre le 1<sup>er</sup> et le 31 Mars 2020. Les patientes étaient éligibles à l'étude si elles avaient accouché pendant cette période, si elles étaient primipares et si elles étaient à bas risque selon l' HAS (10), quelle que soit leur mode de sortie, précoce ou non.

Elles étaient en revanche exclues de l'étude en cas de grossesse multiple, en cas de pathologie maternelle sévère ou chronique instable ou de complications obstétricales sévères (prééclampsie, diabète déséquilibré, mort in utero, hémorragie de la délivrance supérieure à 1 litre, déchirure de stade 3, transfert maternel) ou bien si elles ne parlaient pas le français ou refusaient de participer. Elles étaient également exclues en cas d'accouchement survenu avant 38 Semaines d'Aménorrhée, de transfert de nouveau-né en soins intensifs, de score d'Apgar <7 à 5 minutes ou de difficultés alimentaires, d'ictère néonatal ou de pathologie néo-natale infectieuse, de même qu'en cas de situation psycho-sociale complexe.

Un questionnaire anonymisé a été soumis via Google Forms à toutes les patientes éligibles, comportant 23 questions à choix majoritairement fermé (Google Forms; Microsoft®, USA). La plupart des réponses étaient codées selon une échelle de Likert correspondant à des degrés différents de satisfaction ou d'approbation (Annexe 1). Un premier mailing a été adressé le 27 Juin 2020 aux 102 patientes disposant d'une adresse email. Celles qui n'en possédaient pas ont été contactées par téléphone. Chez les patientes n'ayant pas répondu, deux autres relances ont été effectuées par mail puis ensuite par téléphone à sept jours d'intervalle.

Toutes les données médicales et sociodémographiques 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° 2020-785). 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 chi<sup>2</sup> ou au test exact de Fisher, selon la taille des échantillons. Les comparaisons entre variables quantitatives ont fait appel au test non paramétrique de Kruskal et Wallis. Les pourcentages figurent entre parenthèses dans les tableaux. Les médianes ont été présentées avec les interquartiles, et les moyennes avec l'écart-type de la distribution. Le seuil de significativité retenu était  $p < 0.05$  pour tous les tests.

## RESULTATS

Au total, 448 accouchements ont eu lieu pendant la période d'étude, dont 191 étaient des primipares (Figure 1). Parmi celles-ci, 77 patientes ont été exclues pour les motifs prévus par le protocole, dont 17 accouchements survenus avant 38 Semaines d'Aménorrhée et/ou poids de naissance inférieurs à 2500g, 15 nouveau-nés transférés en unités de soins intensifs, 9 pathologies maternelles (pré éclampsie, diabète déséquilibré...), 6 grossesses multiples, 5 contextes sociaux particuliers, 5 hémorragies du post-partum, 3 déchirures vaginales de stade 3 ou 4, 2 patientes mineures, 2 fausses couches tardives ou morts in utero, 5 autres contextes particuliers et 8 dossiers non retrouvés. Finalement, 114 patientes primipares restaient éligibles pour notre étude, dont la moitié ont accouché pendant la période précédant le premier confinement lié à la COVID 19 (n=63, 55.3%) et l'autre moitié au moment de ce même confinement. Après contact par mail puis relances téléphoniques, 72 femmes parmi les 114 éligibles ont répondu à notre enquête (63.2%). La majorité d'entre elles ont répondu par mail (57/72, 79.2%).

Pendant l'étude, le dispositif de sortie PRADO précoce s'est progressivement généralisé, passant de 26 à 83 % entre la première et la dernière semaine (Figure 2).

Les caractéristiques des patientes répondantes et non répondantes sont présentées au Tableau 1. Elles étaient similaires pour la majorité des critères médicaux que nous avons colligés, ainsi que pour leurs conditions et durées de séjour, qui ne différaient pas selon le groupe ( $3.2 \pm 0.8$  jours parmi les répondantes vs  $3.3 \pm 0.9$

jours parmi les non répondantes). Elles différaient en revanche de manière significative concernant leur origine, puisque 80.6% des patientes répondantes étaient caucasiennes tandis qu'elles n'étaient que 61.9% parmi les non répondantes (le taux de réponse chutait de 69.0 à 46.7% selon que les femmes étaient d'origine caucasienne ou non,  $p=0.029$ ). Les nouveau-nés des femmes répondantes avaient un poids de naissance significativement plus faible de 200 grammes environ, sans différence significative concernant leur âge gestationnel. On trouvait également un taux de réponse qui s'élevait significativement entre les deux périodes (depuis 53.9% pendant les deux premières semaines à 74.5 % pendant les deux semaines de confinement,  $p=0.02$ ).

Concernant la **satisfaction globale** des patientes concernant leur séjour à la maternité, 57 patientes étaient satisfaites (79.2%) et 15 insatisfaites (20.8%). Dans le détail, 22 ont déclaré être très satisfaites (30.6%), 35 satisfaites (48.6%), 11 plutôt insatisfaites (15.3%) et 4 très insatisfaites (5.6%) (Figure 3). La satisfaction globale des femmes était très liée au délai de réponse à leurs appels (sonnettes). Le taux de satisfaction globale des femmes chutait en effet de 92.5 à 62.5% selon que le délai de réponse aux sonnettes était jugé comme satisfaisant ou non (avec un risque d'insatisfaction passant de 7.5 à 37.5 %, OR 7.4 [1.7 – 37.8]). Il existait une tendance pour l'allaitement au sein à être lié à une diminution de la satisfaction globale des femmes (5.6 % d'insatisfaction en cas d'allaitement artificiel vs 25.9% en cas d'allaitement maternel,  $p=0.095$ ). La fréquence des passages des soignants apparaissait très liée à la satisfaction, et les femmes jugeant la fréquence de ces passages comme insuffisante étaient significativement moins satisfaites que les autres (46.7 vs 87.7%  $p=0.002$ ). De manière corollaire, le risque d'insatisfaction

augmentait de 12.2 à 53.3% en cas de délais de passages ressentis comme insuffisants OR 8.2 [1.9 – 36.6]. En revanche, on ne retrouvait pas de lien significatif entre la satisfaction globale et la classe socio professionnelle, l'origine ethnique, le mode d'accouchement, la prise en charge de la douleur, l'étage d'hospitalisation ou bien la période d'étude, ni même une perception trop courte de la durée de séjour.

Quatre patientes ont perçu leur **propre durée de séjour** comme trop courte (5.6%), 58 l'ont jugé satisfaisante (80.6%), et 10 l'ont jugé trop longue (13.9%) (Figure 3). Cette perception de la durée de séjour n'était pas modifiée selon la période d'étude, l'âge maternel, la CSP, le mode d'accouchement, la durée de présence du conjoint ni l'étage d'hospitalisation.

Concernant la **durée de séjour du conjoint**, 31 primipares interrogées l'ont perçu comme beaucoup trop courte ou trop courte (43.1%) (22 beaucoup trop courte, 9 trop courte), 38 satisfaisante (52.8%) et 4 trop longue (4.2%) (Figure 3). Beaucoup plus de patientes l'ont perçu comme trop courte en période de confinement (78.9 vs 2.9%,  $p < 0.001$ ), sans lien significatif avec leur satisfaction globale ( $p = 0.13$ ). L'âge maternel, la catégorie socio-professionnelle, l'origine ethnique et le mode d'accouchement n'étaient pas liés non plus à cette perception de la durée de séjour.

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées ont considéré que **la durée de présence de leur conjoint avait conditionné celle de leur propre durée de séjour** (52.8%, 38/72). Ce pourcentage était cependant nettement plus élevé chez les femmes d'origine caucasienne que chez leurs homologues non caucasiennes

(60.3 vs 21.4 %,  $p=0.02$ ). De la même façon, cette perception était plus fréquente chez les femmes dont la catégorie socioprofessionnelle était élevée que parmi celles dont la catégorie socioprofessionnelle était faible (82.3 vs 42.6%,  $p=0.01$ ). Cette perception que leur durée de séjour était liée à celle de leur conjoint était également plus fréquente chez les femmes ayant accouché pendant la quinzaine de confinement (71.0 vs 32.3%,  $p=0.001$ ). On ne retrouvait cependant pas de lien entre cette question et la satisfaction globale des femmes ( $p=0.32$ ).

Concernant les **visites de proches jugées comme indispensables** pour les primipares interrogées, nous avons trouvé en premier lieu celles du conjoint (88.9%), puis celles des parents (73.9%), puis celles du reste de la famille (25.0%) et enfin celles des amis (16.0%). Dans le détail, la visite des parents était plus souvent jugée nécessaire chez les femmes de moins de 25 ans (100.0 vs 70.5%,  $p=0.05$ ). En ce qui concerne les visites du reste de la famille, ce sont les femmes de plus de 35 ans qui les jugeaient plus souvent nécessaires (66.7 % vs 21.5%,  $p<0.05$ ), de même que les femmes dont la catégorie socio-professionnelle était moins élevée (29.6 vs 5.9%,  $p= 0.05$ ). Les femmes d'origine non caucasienne déclaraient plus souvent indispensables la visite des amis (35.7 vs 12.3%,  $p=0.05$ ).

La **fréquence du passage des soignants** pendant le séjour a été considérée comme trop faible pour 20.8% des femmes ( $n=15$ ), adaptée pour 56.0% ( $n=41$ ), et excessive pour 22.3% d'entre-elles ( $n=16$ ) (Figure 4). Comme vu plus haut, la satisfaction globale des patientes était très liée à cette fréquence. De la même façon encore, la non-recommandation à une amie augmentait de 3.6 à 28.6% ( $p=0.01$ ) en

cas de passages des soignants estimés insuffisants OR 10.8 [1.4 – 100.8]. Il est intéressant enfin de noter que ces passages ont été jugés insuffisants exclusivement chez les femmes d'origine caucasienne (25.9 vs 0.0%,  $p=0.03$ ).

En ce qui concerne le **délai de réponse aux sonnettes**, 13 (18.1%) l'ont jugé beaucoup trop long, 19 (26.4%) l'ont jugé long, 33 (45.8%) l'ont jugé adapté, et 7 patientes l'ont jugé rapide (9.7%) (Figure 4). Comme vu plus haut, les délais jugés comme trop longs (44.5 %) étaient très significativement associés à la satisfaction globale ( $p=0.005$ ). Cette insatisfaction concernant le délai de réponse aux sonnettes était significativement plus remarquable encore au 2<sup>e</sup> étage (63.0% (17/27) vs 33.3% (15/45) au 3<sup>e</sup> étage,  $p=0.03$ ), et significativement plus grande avant 34 ans (48.4 % (32/66) vs 0 % (0/6) après 35 ans,  $p=0.03$ ). Plusieurs autres facteurs tels que la période d'étude ou les autres caractéristiques sociodémographiques des femmes ne présentaient pas de lien avec le délai de réponse aux sonnettes.

Il est difficile de dire si ces passages estimés insuffisants ont eu des conséquences médicales ou non pour les femmes et leur bébé. Le fait de ressentir les passages de soignants comme insuffisants était significativement lié au fait d'estimer comme insuffisantes les réponses des professionnels aux questions concernant le bébé pendant le séjour (OR 7.4 [1.7 – 34.7],  $p=0.004$ ). Notons enfin qu'en cas de passage de soignant estimé comme suffisant parmi les 50 femmes qui ont allaité, l'allaitement a été plus souvent significativement prolongé au-delà de 3 mois que lorsque ce passage était estimé comme insuffisant (77.5 vs 30.0%, OR 8.0 [1.4 – 50.9],  $p=0.007$ ). Il n'y avait en revanche pas de lien entre la satisfaction des femmes

concernant le passage des soignants et l'âge maternel, la catégorie socio-professionnelle, le mode d'accouchement, l'étage d'hospitalisation, la prise en charge de la douleur ou bien le nombre de passages ultérieurs d'une sage-femme à domicile.

Environ une patiente sur 6 a jugé le **bruit comme gênant** au cours de son séjour en maternité (11/72, 15.3%) (Figure 3). Cette gêne augmentait significativement avec l'âge des femmes (0% avant 23 ans, 14.2% pour les 24-34 ans, 50.0% après 35 ans,  $p=0.02$ ). Cette gêne n'avait pas de lien significatif avec la satisfaction globale, ni avec l'étage d'hospitalisation ou la période d'étude.

Concernant la **prise en charge des douleurs**, 4 patientes ont jugé cette prise en charge très insuffisante (5.6%), 5 comme insuffisante (6.9%), 28 comme bonne (38.9%) et 35 comme très bonne (48.6%) (Figure 4). Dans ce domaine, l'insatisfaction était exclusivement observée chez des femmes allaitantes (18.0% (9/50) vs 0% (0/22),  $p=0.049$ ). La prise en charge insuffisante de la douleur concernait plus souvent les femmes ayant présenté une hémorragie du post-partum (60% (3/5) en cas d'hémorragie vs 8.9% (6/67) en l'absence  $p=0.012$ ). Les femmes qui ont estimé avoir eu une prise en charge insuffisante de la douleur ont également plus souvent déclaré ne pas avoir reçu toutes les informations nécessaires à la maternité pour bien s'occuper d'elles même en rentrant au domicile (33.3% (6/18) vs 5.5 % (3/54),  $p=0.006$ ). Il n'y avait pas de lien retrouvé entre la prise en charge de la douleur et l'étage d'hospitalisation.

En ce qui concerne **les réponses aux questions que les femmes interrogées se sont posées concernant leur propre santé en hospitalisation**, seule une minorité de femmes se sont dites insatisfaites : une les a jugé très insuffisantes (1.4%), 2 insuffisantes (2.8%), tandis que 37 les ont trouvées satisfaisantes (51.4%) et 32 très satisfaisantes (44.4%) (Figure 4). Le nombre de femmes insatisfaites par rapport à ces questions était donc de trois seulement. Il s'agissait de femmes de catégorie socio-professionnelle supérieure (21.4% (3/14) vs 0% (0/58),  $p=0.012$ ), et prises en charge au 2<sup>e</sup> étage (11.1% (3/27) vs 0% (0/45),  $p=0.049$ ).

En ce qui concerne la **satisfaction des mères concernant les questions qu'elles se posaient vis-à-vis la santé de leur bébé**, notre étude montre qu'il existait un pourcentage un peu plus élevé de femmes jugeant ces réponses comme insuffisantes : 2 très insuffisantes et 11 insuffisantes (18.1% en tout), tandis que 34 les trouvaient satisfaisantes (47.2%) et 25 très satisfaisantes (34.7%) (Figure 4). Ni les caractéristiques socio démographiques des femmes, ni le poids de naissance du nouveau-né, ni l'étage d'hospitalisation ou la période d'étude n'avaient d'influence concernant ces insuffisances. Parmi les femmes allaitantes, les femmes les moins satisfaites concernant ces questions concernant le bébé ont eu tendance à allaiter moins longtemps que celles qui étaient satisfaites (arrêt de l'allaitement avant 3 mois 6/10 (60%) vs 10/40 (25%),  $p=0.06$ )

Concernant **l'allaitement et le soutien à l'allaitement à domicile pendant cette période** (Figure 5), 50 patientes ont allaité parmi les 72 répondantes (69.4%), avec une tendance à un allaitement plus fréquent en cas de sortie de type PRADO

précoce (80 % (32/40) vs 56.3% (18/32),  $p=0.03$ ). En ce qui concerne la durée d'allaitement, celle-ci avait tendance à être un peu plus souvent supérieure à trois mois en cas d'hospitalisation au 3<sup>e</sup> étage (78.8%, (26/33) vs 52.9% (9/17)  $p=0.06$ ). Nous n'avons en revanche trouvé aucun lien entre l'existence d'un allaitement ou sa poursuite au-delà de trois mois et la catégorie socio-professionnelle, l'origine ethnique, l'âge maternel ou la période d'étude.

Parmi les 50 patientes ayant allaité, 39 ont estimé avoir des difficultés (78%), dont un tiers ont estimé ne pas avoir été assez soutenues (14/39, 35.9%). L'arrêt de l'allaitement avant trois mois avait une tendance à être lié à l'existence de ces difficultés ressenties (50% (7/14) vs 16%(4/25),  $p=0.051$ ). Aucun lien n'a été noté avec la satisfaction globale, la période d'étude, l'âge maternel, ni aucun autre des autres paramètres évalués.

Dans notre étude, **le passage ou non d'une sage-femme au domicile** a concerné 61 des 72 patientes interrogées (84.7%) (Figure 5), et 50 ont eu lieu dès le lendemain de la sortie (82%). L'existence de ce passage n'était pas significativement lié à la satisfaction globale des femmes. Les passages dès le lendemain de la sortie sont apparus plus fréquents lors de la seconde période de l'étude (confinement) (97.0% (32/33) vs 69.2% (18/26),  $p= 0.04$ ), et moins fréquents chez les femmes d'origine non caucasienne (58.3% (7/12) vs 87.8 % (43/49),  $p=0.03$ ). Concernant le nombre de passages, 6 femmes ont eu un seul passage (9.8%), 31 en ont eu 2 (50.8%) 14 en ont eu 3 (23.0%) et 10 en ont eu 4 ou plus (16.4%). Le nombre de passages moyens de la sage-femme à la maison était en moyenne de  $2.5\pm 0.9$ . On

ne note pas de différence significative selon la période ou selon les autres paramètres qui ont été évalués.

**Concernant l'obtention d'informations utiles concernant leur propre santé une fois rentrées à domicile**, la majorité des femmes estimaient avoir reçu suffisamment d'informations (75% (54/72)) (Figure 5). Parmi les 25 % de femmes en désaccord avec le fait d'avoir reçu des informations utiles, nous avons retrouvé plus de femmes ayant eu une césarienne (67 % (4/6) vs 21.2 % (14/66),  $p=0.047$ ) ou une hémorragie du post partum (80% (4/5) vs 20.9% (14/67),  $p=0.012$ ). Ce manque d'informations était d'autant plus fréquent qu'il s'agissait de femmes ressentant un manque de soutien psychologique alors qu'elles en éprouvaient le besoin (73.3% (11/15) vs 12.3% (7/57),  $p<0.001$ ). Aucun des autres paramètres étudiés n'était significativement lié au sentiment d'avoir reçu suffisamment d'informations utiles une fois retournée à domicile.

**Sur les questions concernant le bébé au domicile**, seulement 5 (7,0%) estimaient ne pas avoir reçu les informations suffisantes pour y répondre, 33 (45.8%) étaient plutôt d'accord avec le fait d'avoir reçu ces informations, et 34 (47.2%) étaient tout à fait d'accord (Figure 5). Les patientes ayant eu une césarienne ont estimé avoir eu plus de difficultés à avoir des réponses que les patientes ayant accouché par voie basse (33.3% (2/6) vs 4.5% (3/66),  $p=0.02$ ), de même que les patientes ayant eu une déchirure vaginale (21.4% (3/14) vs 3.4 % (2/58) ;  $p=0.047$ ), de même enfin que les patientes de plus de 35 ans par rapport aux patientes plus jeunes (33.3% (2/6) vs 4.5% (3/66),  $p=0.02$ ). Aucune autre caractéristique évaluée dans le questionnaire

n'avait de véritable lien avec ces difficultés, qu'il s'agisse de la satisfaction globale, du fait d'avoir accouché durant la période de confinement Covid ou non, du fait d'avoir allaité ou non. Il existait par ailleurs un lien logique entre l'absence d'informations suffisantes au domicile concernant les mamans et celles concernant les bébés ( $p=0.01$ ). Ce manque d'informations concernant le bébé était d'autant plus fréquent qu'il s'agissait de femmes ressentant un manque de soutien psychologique alors qu'elles éprouvaient le besoin (26.7% (4/15) vs 1.8% (1/57) , $p=0.006$ ).

***Le manque de soutien au domicile alors qu'il existait des difficultés sur le plan psychologique*** était significativement lié à une prise en charge antalgique ressentie comme insuffisante (55.6 % (5/9) vs 15.9% (10/63), $p=0.02$ ) ou à la survenue d'une hémorragie du post partum (80% (4/5) vs 16.4%(11/67),  $p=0.006$ ). Ni la satisfaction globale des femmes concernant leur séjour, ni la période d'étude, ni d'autres paramètres n'étaient liés à ce sentiment d'avoir été insuffisamment soutenu alors que la patiente avait des difficultés sur le plan psychologique.

Au total, les patientes qui ***ne conseilleraient pas le séjour à la maternité à une amie*** étaient des patientes plutôt jeunes : 3 des 10 patientes de moins de 24 ans interrogées ont dit ne pas conseiller la maternité, contre 3 sur 54 entre 24 et 34 ans, et aucune après 35 ans ( $p=0.029$ ). Ni l'origine ethnique, ni l'étage d'hospitalisation ou la période d'étude n'étaient liés à l'existence ou non de ces conseils concernant le choix de la maternité.

## DISCUSSION

Malgré une large majorité de patientes satisfaites, notre étude montre que 20% des primipares qui accouchent dans notre maternité s'estiment insatisfaites. Presque la moitié estime le délai de réponse à leurs appels trop long et un cinquième juge la fréquence de passage des soignants insuffisante. Après le retour à domicile, un quart d'entre elles s'estiment démunies d'informations suffisantes concernant leur propre santé et plus d'un tiers de celles qui sont en difficulté avec l'allaitement estiment ne pas avoir reçu un soutien suffisant lors de l'allaitement. Nous avons également montré que ces insuffisances sont d'autant plus ressenties qu'il s'agissait de primipares ressentant des difficultés psychologiques en période du post-partum.

Dans notre étude, le taux de satisfaction était de 79,2%, ce qui paraît assez élevé en première approche. Cependant, ce taux est inférieur aux taux retrouvés dans la plupart des études comme la nôtre. Dans l'étude Ipsos de 2005 concernant la satisfaction dans les maternités françaises, le taux de satisfaction concernant le séjour à la maternité était supérieur à 90% (8). Dans un travail récent réalisé auprès des multipares accouchant dans notre maternité, le taux de satisfaction a été également mesuré à 90% (11). Nous faisons l'hypothèse que le taux de satisfaction plus faible observé dans notre étude du fait l'est du fait que nos patientes étaient exclusivement primipares, facteur lié à une diminution de la satisfaction des mères dans deux études menées à l'étranger(12)(13).

L'un des résultats les plus significatifs dans notre étude concerne le délai de réponse aux appels des patientes : selon qu'il soit jugé comme satisfaisant ou non, le taux de satisfaction globale des femmes chutait en effet de 92.5 à 62.5%. La fréquence de passage des soignants était elle aussi très liée au taux d'insatisfaction qui quintuple quasiment lorsqu'elle est jugée comme insuffisante. Dans l'une des études concernant ce sujet (14)(15), on notait également que le score de satisfaction des patientes était significativement plus élevé lorsque les délais de réponse étaient inférieurs à 30 minutes. Comme les femmes interrogées sont par ailleurs apparues comme plutôt satisfaites des réponses qui leur ont été apportées, notre étude indique que ce n'est pas la qualité des soins ou des réponses apportées qui a été remise en cause par les femmes interrogées, mais la disponibilité des soignants: les patientes ont ainsi indiqué qu'elles désiraient avoir des conseils dès qu'elles se trouvaient en difficulté concernant leur propre santé ou celle de leur bébé. En outre, cette disponibilité des soignants n'était pas liée à la période dans notre étude, suggérant qu'il ne s'agissait pas d'un problème inhérent à la pandémie mais plutôt d'une insuffisance de personnel ou bien de répartition des tâches pour pouvoir répondre de façon adaptée et rapide à toutes les patientes.

Dans notre étude, le taux d'allaitement de 69.4 % était identique à celui retrouvé en France (69%) (16) et 47.2 % des patientes ont poursuivi leur allaitement au-delà des 3 mois, ce qui est légèrement supérieur aux taux d'allaitement observé dans l'étude Epifane de 2012 où le taux d'allaitement après 3 mois est de 39% (16). Les patientes primipares allaitantes ont cependant été davantage insatisfaites que les non-allaitantes (25.9% d'insatisfaction vs 5.6% en cas d'allaitement artificiel), et nos données indiquent qu'elles ont plus souvent manqué de soutien en cas de difficultés, qu'il s'agisse de leur séjour en maternité ou bien après leur retour à domicile. Dans

notre étude, les patientes insatisfaites des réponses à leurs questions en maternité ont significativement allaité moins longtemps. De manière corollaire, l'insatisfaction concernant les douleurs du post partum était retrouvée exclusivement chez des femmes allaitantes et on peut considérer que ces douleurs étaient - pour la majorité d'entre elles - des douleurs mammaires dans le cadre de l'allaitement. Ces données sont en total accord avec la littérature. D'une part, la cause principale des douleurs mammaires dans le post partum est la position incorrecte du bébé pour téter, nécessitant de conseiller et « supporter » les femmes lors de l'allaitement (17). D'autre part, les difficultés liées à l'allaitement sont la principale raison d'arrêt de l'allaitement (18). Pour Lucas et al, la création de modules éducationnels, les conseils des professionnels et la réalisation d'un journal de l'allaitement quotidien sont capables de diminuer les douleurs (19). On estime d'ailleurs que la moitié des arrêts de l'allaitement à 10 jours pourraient être évités si le support à l'allaitement était plus développé (20). Une revue systématique de la littérature démontre l'intérêt des consultations de lactation, permettant pratiquement d'augmenter de moitié le taux d'allaitement à un mois (21). Finalement, 20% des femmes émettent un jugement négatif sur leur accompagnement lors de l'allaitement (9) et les conseils pratiques concernant l'allaitement et le bébé reviennent parmi les critères les plus cités lorsque l'on demande à des femmes « ce qui fait une bonne maternité » (8). Le support à l'allaitement apparaît donc comme un enjeu majeur de soins en maternité. Outre ses bénéfices déjà connus, la réussite de l'allaitement augmente la satisfaction des mères, favorise le lien mère-enfant et joue un rôle positif sur le sentiment de sécurité psychique des patientes (22). Notre étude indique en outre que le passage d'une sage-femme au domicile est nécessaire mais n'apparaît pas comme suffisant. Il serait certainement intéressant de créer des guidelines ou des modules

standardisés de support à l'allaitement, permettant d'augmenter le taux d'allaitement à 6 mois de plus d'un tiers (23). Un programme de support à l'allaitement consistant en des consultations répétées avec des spécialistes en lactation avant et après l'accouchement a été testé aux Pays Bas, il a permis de diminuer de deux tiers le risque d'arrêt de l'allaitement (24).

A l'arrivée du COVID 19, des mesures drastiques pour limiter la propagation du virus ont été prises et notamment en maternité. Le nombre de sorties précoces (sortie au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou des 96 premières heures après un accouchement par césarienne) a explosé, passant de 26 à 83% des accouchements des primipares entre la 1ere et la dernière semaine de mars (Figure 2). Sur le plan psychologique, les patientes primipares sont plus à risque de dépression du post partum, justifiant d'une attention toute particulière (12). Dans la littérature, plusieurs études retrouvent des sentiments d'anxiété et de stress dans le post partum liés à un isolement chez les femmes ayant accouché pendant la période du COVID19 (25)(26)(27). D'autres études (28)(29) constatent que ce stress a participé à augmenter les symptômes dépressifs dans le post partum. Même si cela n'a pas été évalué dans notre questionnaire, les témoignages des patientes nous ont relaté des difficultés dans l'harmonisation des discours concernant les restrictions au début de la pandémie, entraînant une perception de baisse de la qualité des soins. Cette impression est décrite dans la littérature (6) (25). Au final, en ce qui concerne cet aspect, nous n'avons pas observé de modification significative de la satisfaction des femmes ni de leurs difficultés psychologiques selon que la période était celle du confinement ou non dans notre étude, et nos données sont rassurantes de ce point de vue.

En corollaire de ce confinement, l'une des principales mesures a été l'interdiction des visites et la limitation drastique du temps de présence de l'accompagnant principal. Le conjoint n'a pu être présent que 24 heures au départ. Si la perception de la propre durée de séjour des patientes n'a pas été modifiée dans notre étude, celle des conjoints l'a été. Pendant le confinement en effet, près de trois quarts des patientes l'ont perçu comme étant trop courte et cela a influé sur leur propre durée de séjour, elles ont plus souvent réclamé une sortie plus précoce, probablement dans ce contexte de stress et d'anxiété. Dans les études faites sur ce sujet, les patientes ressentaient un sentiment d'isolement, elles décrivent même la sensation de « rater » quelque chose du fait de l'absence de leur conjoint (25). On voit ainsi qu'à distance toutes les stratégies qui visaient à exclure les accompagnants principaux auraient dû être reconsidérées. En effet même si nous n'avons pas pu prouver dans notre étude le lien avec la satisfaction globale, l'influence sur le bien-être de la patiente semble évidente au vu de la littérature.

De façon plus globale, l'interdiction des visites pour les autres membres de la famille proches semble avoir été plutôt bien acceptée dans notre étude. Plusieurs études dans la littérature montrent que les patientes étaient plutôt rassurées des précautions prises, et une étude montre même que les femmes accouchées ont pu se reposer et avoir plus de temps pour allaiter (27). Une étude italienne retrouve même un côté protecteur contre le stress post traumatique de l'absence de visiteurs dans le post partum (30).

Dans notre étude, nous avons mis en évidence un manque de soutien global lors du retour au domicile et ce dans différents domaines, que cela soit sur le plan psychologique ou de l'allaitement. D'après nos données, cette impression de manque de soutien n'est pas significativement liée au passage ou non d'une sage-femme au domicile. Dans une étude de la DREES (9), un cinquième des femmes émettaient un avis négatif sur la préparation à la sortie de maternité, sentiment confirmé par les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 dans laquelle plus d'un quart des femmes auraient aimé être mieux soutenues (31). Cela est d'autant plus vrai chez les primipares qui se disent plus souvent moins prêtes à la sortie (32). Une fiche de liaison entre la maternité et la ville est pourtant obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 mais cela semble nettement insuffisant.

### ***Pistes de réflexion***

- **Brochure du post partum**

Dans l'étude de la DREES (9), on estime qu'entre 15 et 35% des patientes ne sont pas satisfaites des informations données lors du retour au domicile. Une brochure pourrait être remise à la sortie, et regrouperait toutes les informations utiles dans le cadre du retour au domicile. Pour cela, on devrait recueillir les témoignages des patientes afin de réunir dans un seul document les informations dont elles manquent le plus en sortant de maternité (contact de médecins référents, consignes de reconsultation, contacts d'association, informations concernant le bébé, etc..). Une étude a été effectuée au Liban chez plus de 300 patientes, avec ce genre de document. La satisfaction globale concernant les soins dans le post partum est passée de 38 à 57%, de plus, les patientes vont consulter un professionnel de santé

plus souvent avec cette brochure (85 vs 55%). Cette brochure favorise donc le lien entre hôpital/maternité et professionnels libéraux, limitant ainsi les questions sans réponses des patientes et favorisant leur bien-être (33). Un document d'information de ce type à destination des femmes enceintes a déjà été émis en 2014 par la Haute Autorité de Santé (34), mais il n'est pas voire peu utilisé.

- **Informations données lors des Consultations Pré et Post natales**

Grace à ce travail, nous avons pu nous rendre compte que la plupart des patientes n'avaient pas connaissance de toutes les ressources nécessaires pour les aider. Cela est lié à un manque de préparation et d'information. Les structures de soutiens à l'allaitement ne sont pas assez connues des patientes, de même pour les structures d'aide sur le plan psychologique. Il convient évidemment dans ce cadre de limiter le nombre d'intervenants afin d'homogénéiser au maximum les discours. Il faut préparer les patientes au fait qu'elles vont avoir des difficultés, d'autant plus chez les primipares chez qui tout cela est nouveau, mais leur fournir les ressources pour les soutenir.

Quant à la consultation post natale, elle survient 2 mois après l'accouchement, c'est une consultation importante qui permet de revenir sur l'accouchement et les difficultés qui en ont découlés. Il pourrait être intéressant de rapprocher cette consultation dans le cadre d'accouchements difficiles ou de complications périnatales ou de créer des consultations spécifiques dans le cadre d'accouchements difficiles. Il s'agit là d'une réflexion en cours à la maternité Jeanne De Flandre.

- **Repenser la maternité**

On a pu constater dans notre étude que ce n'était pas la qualité des réponses des soignants qui provoquait l'insatisfaction mais plutôt leur disponibilité. On est plutôt

donc sur une problématique de manque de personnel. Il faudrait idéalement recentrer au maximum le personnel hospitalier sur des professions médicales ou paramédicales. Cependant, les contraintes matérielles et économiques sont nombreuses, limitant grandement ce champ d'action.

- **Améliorer la relation entre hôpital et ville**

Il est nécessaire d'améliorer le lien avec les professionnels libéraux qu'ils soient sage-femme ou médecins généralistes à la sortie de la maternité. La création d'une brochure pourrait y participer mais cela ne serait pas suffisant. Des rencontres régulières entre les différents acteurs de soins pourraient s'avérer intéressantes, le partage d'informations et de pratiques qui pourrait en découler permettrait d'assurer une certaine continuité maternité-ville. Ces rencontres pourraient favoriser également la formation de certains professionnels libéraux sur ces sujets.

## CONCLUSION

La satisfaction globale des femmes ayant accouché à la maternité Jeanne de Flandre est bonne, plus de 85% des patientes qui y accouchent conseilleraient la maternité à une amie. Cependant, il existe de sensibles possibilités d'amélioration, avec quatre pistes principales : améliorer le soutien aux patientes par des délais de réponses aux appels plus courts, avoir une fréquence de passage plus élevée pour les primipares, apporter un soutien plus prononcé à l'allaitement et un soutien plus important lors du retour au domicile. D'après notre étude, suivre ces pistes pourrait améliorer la satisfaction globale et ainsi le bien-être des patientes.

## ANNEXES

Tableau 1. Caractéristiques des répondants

|   | Total<br>n=114    | Répondants<br>n=72 | Non<br>répondants<br>n=42 | p     |
|---|-------------------|--------------------|---------------------------|-------|
| Age (ans)   | 28.0 ± 4.7        | 28.3 ± 4.8         | 27.5 ± 4.5                | 0.62  |
| Origine caucasienne                                       | 84(73.7)          | 58 (80.6%)         | 26 (61.9)                 | 0.029 |
| Vit seule   | 4(3.5)            | 2 (2.8)            | 2(4.8)                    | 0.63  |
| En activité professionnelle                               | 89 (78.1)         | 57(79.2)           | 32 (7.2)                  | 0.71  |
| CSP supérieure  | 25 (22.1)         | 17 (23.9)          | 8 (19.0)                  | 0.54  |
| Tabac   | 27 (23.7)         | 13 (18.1)          | 14 (33.3)                 | 0.064 |
| Hospitalisation pendant la grossesse                      | 10 (8.8)          | 4 (5.6)            | 6 (14.3)                  | 0.17  |
| Age gestationnel à l'accouchement (semaines d'aménorrhée) | 40.1+/-1.0        | 40.0+/-1.0         | 40.2+/-0.9                | 0.46  |
| Durée de séjour (jours)                                   | 3.2+/-0.8         | 3.2+/-0.8          | 3.3+/-0.9                 | 0.90  |
| Mode de début de travail                                  |                   |                    |                           |       |
| Déclenchement ou césarienne avant travail                 | 38(33.3)          | 23 (31.9)          | 15(35.7)                  | 0.68  |
| Mode d'accouchement                                       |                   |                    |                           |       |
| -Voie basse non instrumentale                             | 67 (58.8)         | 39 (54.2)          | 28 (66.7)                 |       |
| -Voie basse instrumentale                                 | 35 (30.7)         | 27 (37.5)          | 8 (19.0)                  | 0.10  |
| -Césarienne   | 12 (10.5)         | 6 (8.3)            | 6 (14.3)                  |       |
| Déchirure (stade)   |                   |                    |                           |       |
| 0   | 26 (23.0)         | 14 (9.4)           | 12 (29.3)                 |       |
| 1   | 47 (41.6)         | 32 (44.4)          | 15 (36.6)                 | 0.47  |
| 2   | 40 (35.4)         | 26 (36.1)          | 14 (34.1)                 |       |
| Episiotomie   | 3 (2.6)           | 1(1.4)             | 2 (4.8)                   | 0.55  |
| Poids de naissance (grammes)                              | 3.270+/-<br>0.380 | 3.230 +/-<br>0.410 | 3.440 +/-<br>0.320        | 0.03  |
| Apgar à 5 min de vie inférieur à 7                        | 2                 | 1 (1.4)            | 1 (2.4)                   | >0.99 |

Tableau 1 (suite)

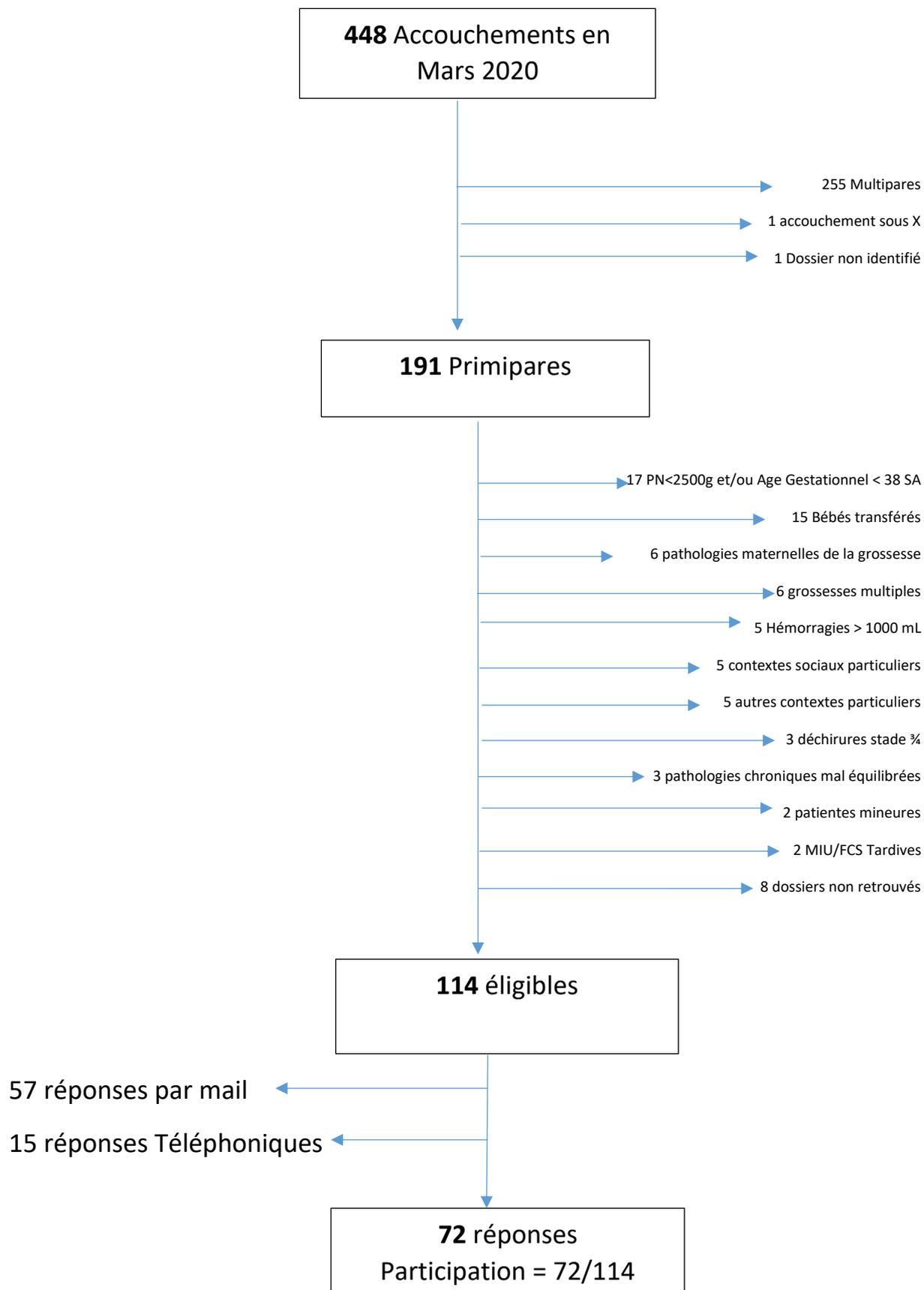
|                              | Total<br>n=114 | Répondants<br>n=72 | Non<br>répondants<br>n=42 | p     |
|------------------------------|----------------|--------------------|---------------------------|-------|
| pH artériel néonatal         | 7.18 ± 0.08    | 7.19 ± 0.07        | 7.18 ± 0.08               | 0.39  |
| Niveau infectieux            |                |                    |                           |       |
| A                            | 94 (82.5)      | 60 (83.3)          | 34 (81.0)                 |       |
| B                            | 18 (15.8)      | 11 (15.3)          | 7 (16.7)                  | 0.91  |
| C                            | 2 (1.8)        | 1 (1.4)            | 1 (2.4)                   |       |
| Mode d'alimentation maternel | 88 (77.2)      | 55 (76.4)          | 33 (78.6)                 | 0.79  |
| PRADO                        |                |                    |                           |       |
| Oui                          | 52 (45.6)      | 32 (44.4)          | 20 (47.6)                 | 0.74  |
| Non                          | 62 (54.4)      |                    |                           |       |
| Etage                        |                |                    |                           |       |
| 2 <sup>e</sup> étage         | 50 (43.9)      | 27 (37.5)          | 23 (54.8)                 |       |
| 3 <sup>e</sup> étage         | 64 (56.1)      | 45 (62.5)          | 19 (45.2)                 | 0.07  |
| Saignements (mL)             | 180+/-170      | 180 +/- 170        | 180+/- 160                | >0.99 |
| Hémorragie de la délivrance  | 7 (6.1)        | 5 (6.9)            | 2 (4.8)                   | >0.99 |
| pH artériel inférieur à 7.10 | 12 (10.5)      | 7 (9.7)            | 5 (11.9)                  | 0.76  |
| Période non Covid            | 63 (55.3)      | 34 (47.2)          | 29(69.0)                  | 0.02  |

Annexe 1. Questionnaire remis aux patientes

|   |                          |                 |                           |                      |                      |                     |        |
|---|--------------------------|-----------------|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------|
| 1. Concernant votre séjour après l'accouchement, vous vous diriez...  | Très satisfaite          | Satisfaite      | Plutôt insatisfaite       | Très insatisfaite    |                      |                     |        |
| 2. Concernant la durée de séjour après l'accouchement, elle était   | Beaucoup trop longue     | Trop longue     | Satisfaisante             | Trop courte          |                      |                     |        |
| 3. Combien de temps votre conjoint(e) a-t-il pu rester après la naissance   | Pas d'accompagnant       | Moins de 24 h   | 24 à 48h                  | Plus de 48h          |                      |                     |        |
| 4. Cette durée vous a paru  | Trop longue              | Satisfaisante   | Trop courte               | Beaucoup trop courte |                      |                     |        |
| 5. La durée de présence de votre conjoint(e) a-t-elle conditionné la durée totale de votre séjour ?   | Oui                      |                 | Non                       |                      |                      |                     |        |
| 6. En l'absence de contexte les rendant impossibles, quelles sont les visites des proches qui vous paraîtraient indispensables après l'accouchement ? | Aucune                   | Conjoint        | Parents/<br>Beaux parents | Enfants aînés        | Amis                 | Reste de la famille | Autres |
| 7. Vous avez trouvé que le nombre de visites journalières du personnel soignant était ...   | Beaucoup trop fréquentes | Trop fréquentes | En nombre adapté          |                      | Trop peu fréquentes  |                     |        |
| 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...                                 | Trop long                | Long            | Adapté                    |                      | Rapide               |                     |        |
| 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 ont bien répondu aux questions vous concernant   | Tout à fait d'accord     | D'accord        | Pas d'accord              |                      | Pas du tout d'accord |                     |        |

|   |                      |                           |                   |                                |                    |
|---|----------------------|---------------------------|-------------------|--------------------------------|--------------------|
| 12. Les professionnels ont bien répondu aux questions concernant votre bébé                                   | Tout à fait d'accord | D'accord                  | Pas d'accord      | Pas du tout d'accord           |                    |
| 13. Avez-vous poursuivi un allaitement maternel en sortie de maternité ?                                      | Oui                  | Non                       |                   | Je n'ai pas allaité mon enfant |                    |
| 14. (si oui) Combien de temps avez-vous poursuivi l'allaitement maternel ?                                    | Moins d'une semaine  | Entre 1 semaine et 1 mois | Entre 1 et 3 mois | Plus de 3 mois                 |                    |
| 15. Avez-vous reçu le soutien que vous attendiez à la maison concernant les difficultés de l'allaitement ?    | Tout à fait d'accord | D'accord                  | Pas d'accord      | Pas du tout d'accord           | Pas de difficultés |
| 16. Une sage-femme est-elle passée à votre domicile ?   | Oui                  |                           | Non               |                                |                    |
| 17. Si oui, s'agissait-elle d'une sage-femme que vous connaissiez déjà  | Oui                  |                           | Non               |                                |                    |
| 18. Si oui, est-elle passée dès le lendemain de votre sortie  | Oui                  |                           | Non               |                                |                    |
| 19. Si oui, combien de fois est-elle passée à votre domicile ? (chiffre)                                      | 1 fois               | 2 fois                    | 3 fois            | Plus de 4 fois                 |                    |
| 20. En rentrant à la maison, vous avez pu obtenir les informations utiles pour vous occuper de votre bébé ... | Tout à fait d'accord | D'accord                  | Pas d'accord      | Pas du tout d'accord           |                    |
| 21. 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           |                    |
| 22. 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 difficultés |
| 23. Vous conseilliez 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           | Ne se prononce pas |

Figure 1. Diagramme de flux de l'étude



**Figure 2.** Evolution du pourcentage de patientes sortant selon le dispositif de sorties précoces en PRADO au cours de la période d'étude parmi les répondantes.

(Sorties précoces : < 72 h en cas d'accouchement par voie basse.  
< 96 h en cas de césarienne)

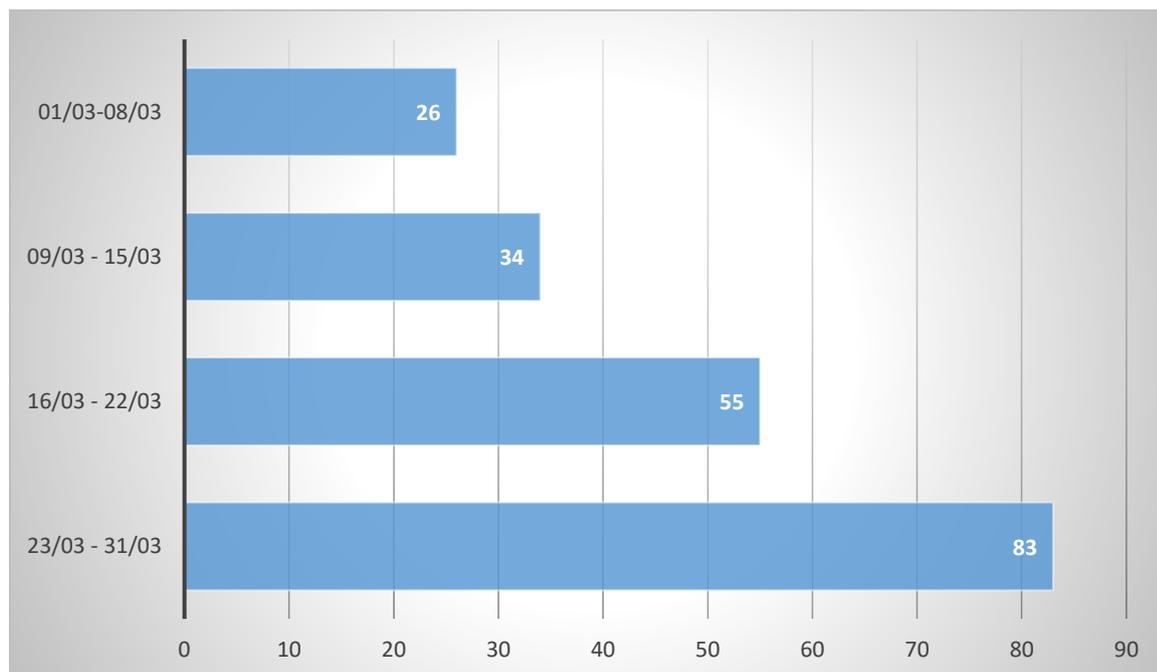
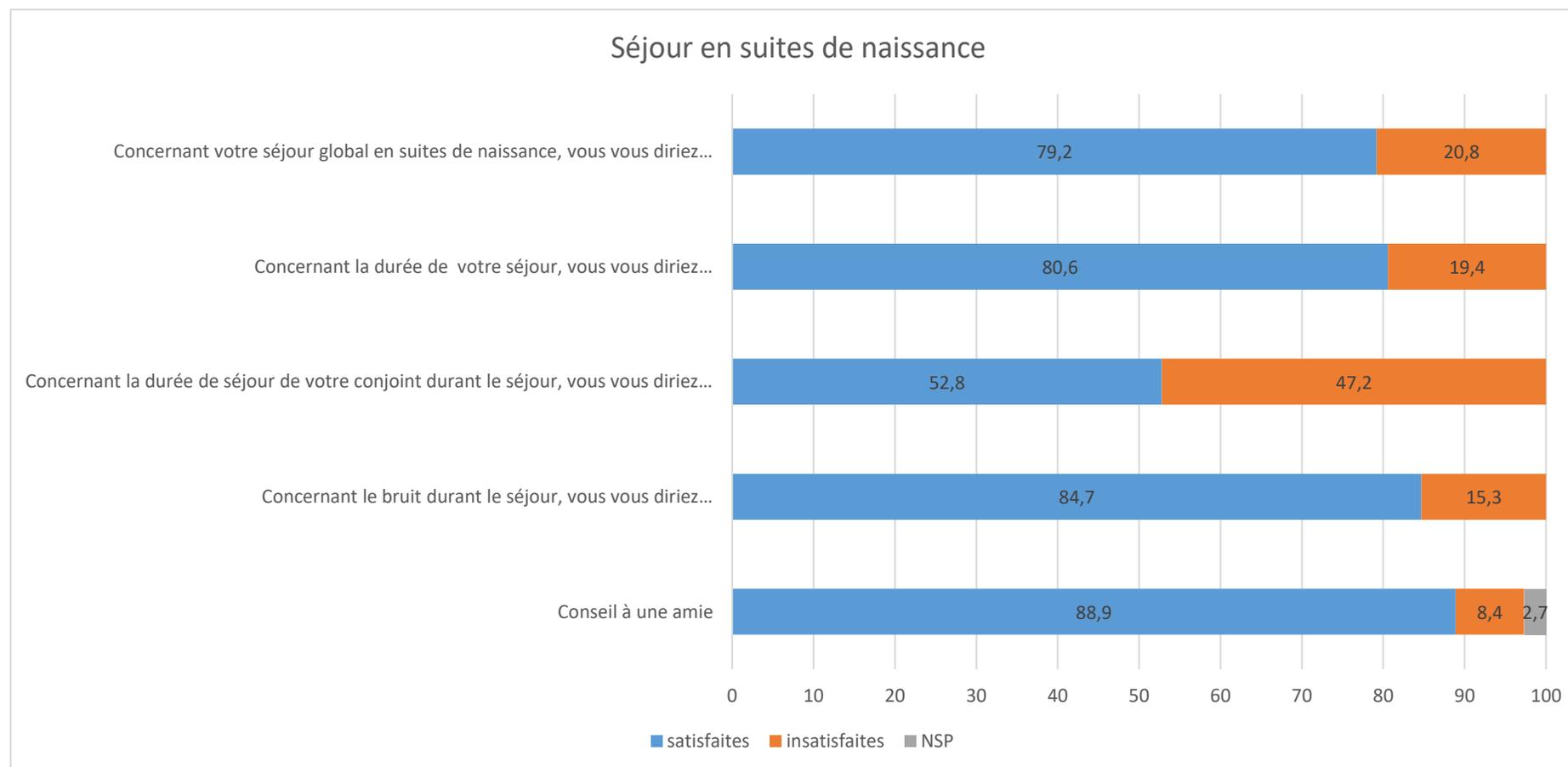
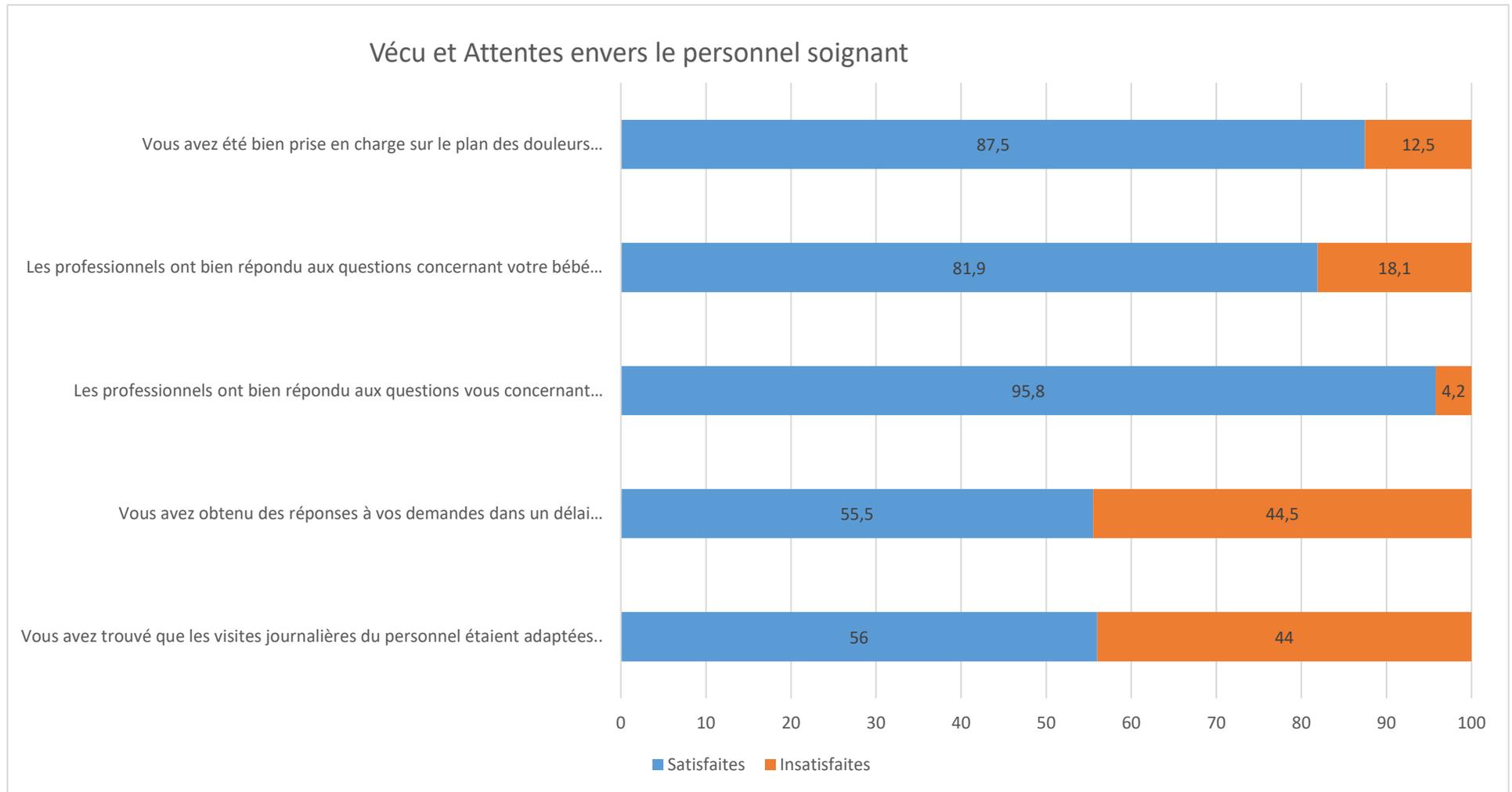
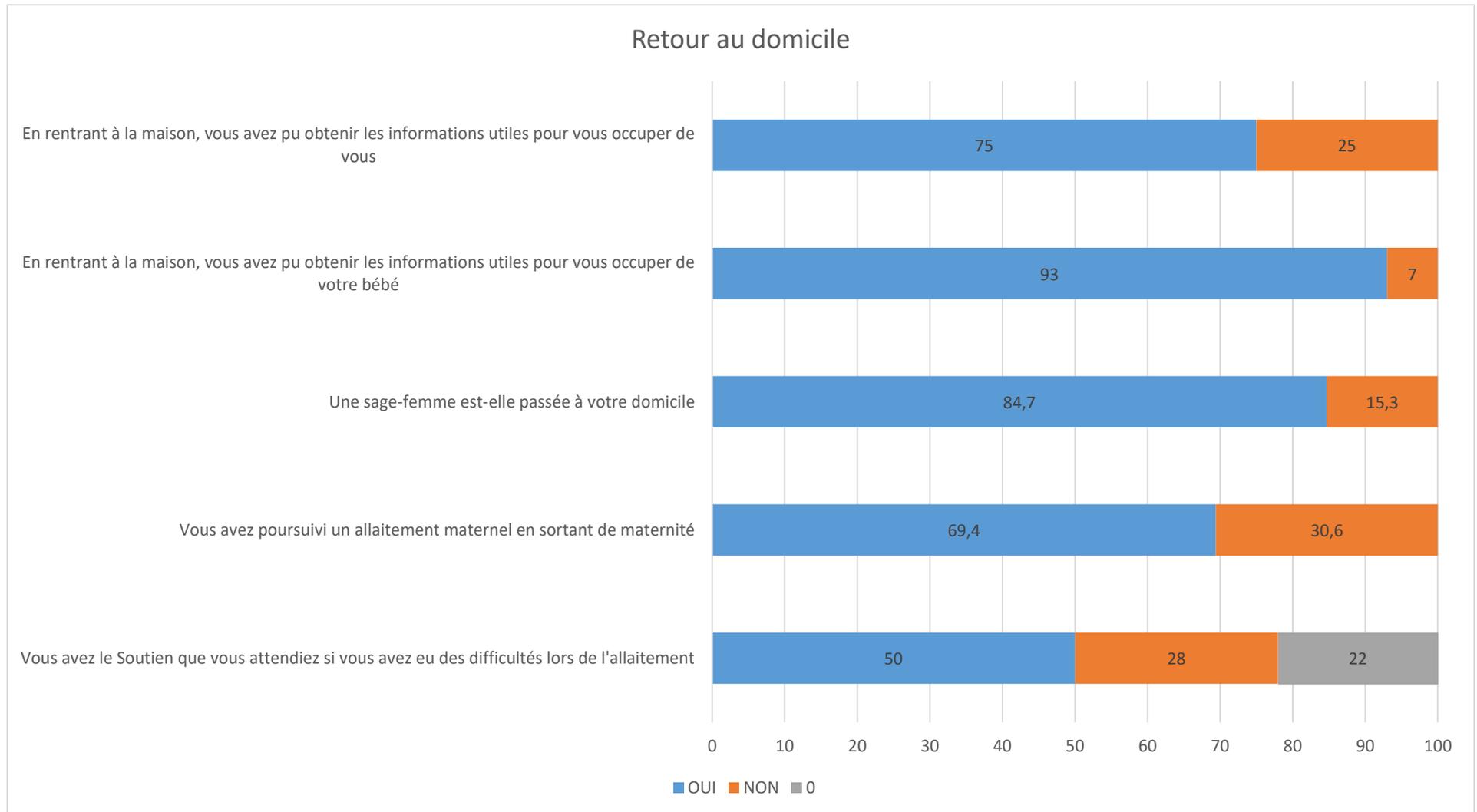


Figure 3 : Satisfaction globale



**Figure 4 : Vécu et attentes envers le personnel soignant**

**Figure 5 : Questions concernant le retour au domicile**



## REFERENCES

1. mondiale de la Santé O. Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017: estimations de l’OMS, de l’UNICEF, de l’UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies: résumé d’orientation. Organisation mondiale de la Santé; 2019.
2. Saucedo M, Deneux-Tharoux C. Mortalité Maternelle, Fréquence, causes, profil des femmes et évitabilité des décès en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 janv 2021;49(1):9-26.
3. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
4. Bowlby J. Attachement et perte. Vol1, L’attachement. 2002. Presses Universitaires de France, Paris.
5. Ainsworth MD. Attachments beyond infancy. *Am Psychol*. 1989;44:709–16.
6. 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(1):25.
7. Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H. L’accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2014;42(11):749-54.
8. Le système français de maternités plébiscité par les femmes [Internet]. Ipsos. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-systeme-francais-de-maternites-plebiscite-par-les-femmes>
9. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l’égard du suivi de grossesse et du déroulement de l’accouchement. 2008;
10. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes)
11. Rodien J. 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. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Lille; 2021.
12. Mori E, Tsuchiya M, Maehara K, Iwata H, Sakajo A, Tamakoshi K. Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: A comparison of Japanese mothers by age and parity. *Int J Nurs Pract*. févr 2017;23(1).

13. Takács L, Seidlerová JM, Šulová L, Hoskovcová SH. Social psychological predictors of satisfaction with intrapartum and postpartum care - what matters to women in Czech maternity hospitals? *Open Med (Wars)*. 2015;10(1):119-27.
14. Mehata S, Paudel YR, Dariang M, Aryal KK, Paudel S, Mehta R, et al. Factors determining satisfaction among facility-based maternity clients in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*. 25 sept 2017;17(1):319.
15. Paudel YR, Mehata S, Paudel D, Dariang M, Aryal KK, Poudel P, et al. Women's Satisfaction of Maternity Care in Nepal and Its Correlation with Intended Future Utilization. *Int J Reprod Med*. 2015;2015:783050.
16. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. déc 2012;25(6):364-72.
17. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 29 sept 2015;12(10):12247-63.
18. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. mars 2013;131(3):e726-732.
19. Lucas R, Zhang Y, Walsh SJ, Evans H, Young E, Starkweather A. Efficacy of a Breastfeeding Pain Self-Management Intervention: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Nurs Res*. avr 2019;68(2):E1-10.
20. Oakley LL, Henderson J, Redshaw M, Quigley MA. The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 févr 2014;14:88.
21. Patel S, Patel S. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *J Hum Lact*. août 2016;32(3):530-41.
22. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 nov 2016;11:CD003519.
23. Nilsson IMS, Strandberg-Larsen K, Knight CH, Hansen AV, Kronborg H. Focused breastfeeding counselling improves short- and long-term success in an early-discharge setting: A cluster-randomized study. *Matern Child Nutr*. oct 2017;13(4).
24. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 24 juill 2019;19(1):993.
25. Vasilevski V, Sweet L, Bradfield Z, Wilson AN, Hauck Y, Kuliukas L, et al. Receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: Experiences of women's partners and support persons. *Women Birth*. 27 avr 2021;S1871-5192(21)00078-0.

26. Sanders J, Blaylock R. « Anxious and traumatised »: Users' experiences of maternity care in the UK during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*. nov 2021;102:103069.
27. Australian women's experiences of receiving maternity care during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional national survey - Wilson - - Birth - Wiley Online Library [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12569>
28. 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 Gynaecol Obstet*. août 2020;150(2):184-8.
29. Diamond RM, Brown KS, Miranda J. Impact of COVID-19 on the Perinatal Period Through a Biopsychosocial Systemic Framework. *Contemp Fam Ther*. 20 juill 2020;1-12.
30. Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F, Berchiolla 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*. 18 nov 2020;20(1):703.
31. Les\_naissances\_en\_2010\_et\_leur\_evolution\_depuis\_2003.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
32. Yanikkerem E, Esmeray N, Karakuş A, Üstgörül S, Baydar Ö, Göker A. Factors affecting readiness for discharge and perceived social support after childbirth. *J Clin Nurs*. juill 2018;27(13-14):2763-75.
33. Kabakian-Khasholian T, Campbell OMR. Impact of written information on women's use of postpartum services: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):793-8.
34. document\_dinformation.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document\\_dinformation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf)

**AUTEUR : Nom : ABDESSELAM**

**Prénom : Sabri**

**Date de soutenance : 22 Octobre 2021**

**Titre de la thèse : Satisfaction concernant les soins administrés en post partum : Enquête rétrospective d'une cohorte de 72 nullipares ayant accouché en mars 2020 à l'Hôpital Jeanne de Flandre**

**Thèse - Médecine - Lille « 2021 »**

**Cadre de classement : Gynécologie-Obstétrique**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : Satisfaction , Post Partum, Maternité, COVID-19, retour au domicile.**

### **Résumé :**

**Contexte :** Chez les femmes primipares, l'accession à la parentalité débute par l'accouchement, moment nouveau et difficile, particulièrement à risque de difficultés et d'insatisfaction.

**Objectif :** Etudier la satisfaction des patientes primipares au moment du post-partum, ainsi que les facteurs qui l'influencent.

**Méthodes :** Etude rétrospective menée en mars 2020 à la maternité Jeanne de Flandre. Un questionnaire comportant 23 questions a été soumis à 114 femmes primipares à bas risque.

**Résultats :** Parmi les 114 femmes éligibles, 72 ont répondu au questionnaire (63.2%). Parmi elles, 20.8% étaient globalement insatisfaites de leur séjour, sans lien avec la période de confinement ( $p=0.53$ ). Cette insatisfaction était très liée au délai de réponse à leurs appels, jugé trop long dans presque la moitié des cas (44.5%), avec une insatisfaction qui s'élevait de 7.5 à 37.5 % selon que ce délai était jugé satisfaisant ou non ( $p=0.005$ ). Elle était également liée à la fréquence du passage des soignants (12.2 vs 53.3% selon que cette fréquence était estimée suffisante ou non ( $p= 0.002$ )). A domicile, on constatait également un manque de soutien : un quart des patientes s'estimaient démunies d'informations suffisantes concernant leur propre santé et plus d'un tiers des femmes ayant allaité estimaient ne pas avoir reçu un soutien suffisant concernant les difficultés de l'allaitement. Le jeune âge des femmes était un facteur nettement lié au fait de ne pas conseiller la maternité à une amie (30 % ne la conseillaient pas avant 24 ans, 5.6% entre 24 et 35 ans, 0 % après 35 ans,  $p=0.029$ ).

**Conclusion :** Un cinquième des patientes primipares qui accouchent à la maternité Jeanne de Flandre ne sont pas satisfaites de leur séjour. Plusieurs améliorations devraient pouvoir être apportées à leur prise en charge, à la fois pendant le séjour et lors du retour au domicile.

### **Composition du Jury :**

**Président : Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE**

**Assesseurs : Docteur Judith OLLIVON, Docteur Thameur RAKZA, Docteur Sophie BARRAL-VANDERSTICHELE**

**Directeur de thèse: Professeur Damien SUBTIL**