



Grossesse et accouchement : Quel est le vécu des femmes tunisiennes?

Tunisian Women's childbirth experience.

Kaouther Dimassi¹, Farah Benzina¹, Amal Ksouri¹, Ben Zina Emna², Najla Kamassi¹, Amira Rakkam¹, Hejer Selmi¹, Souad Trabelsi¹, Amel Triki¹, Rim Rafrafi²

1-Service de gynécologie obstétrique/ Hôpital Mongi Slim La Marsa/ Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis

2-Service de santé mentale, Hôpital Mongi Slim La Marsa/ Université de Tunis El Manar/ Faculté de médecine de Tunis

RÉSUMÉ

Introduction: Le contexte international actuel considère les expériences de naissance comme point central pour la santé des femmes. Or ce sujet est très peu abordé dans la littérature tunisienne.

Objectif : Analyser le vécu d'un échantillon de femmes Tunisiennes de leur expérience de naissance

Méthodes : Etude descriptive transversale. Toutes les femmes ayant accouché dans la maternité durant le mois d'Aout 2018 ont été incluses. Un entretien direct a été mené au premier jour du post partum. Le questionnaire utilisé a été élaboré par une équipe pluridisciplinaire et comportait un total de 55 questions, réparties en quatre items. Nous avons comparé le groupe de femmes ayant décrit leur accouchement comme traumatisant physiquement ou psychologiquement au groupe de femmes ayant vécu sereinement l'expérience de naissance. Nous avons réalisé une analyse de variance multi-variée pour identifier les variables pouvant influencer sur le vécu de la grossesse, l'accouchement et la période du post partum immédiat.

Résultats : L'effectif total était de 170 femmes avec un taux de réponse de 81%.

Une grande angoisse par rapport à l'accouchement était rapportée par 74,5% (n=127) des femmes (tableau 1). L'accouchement était vécu comme un traumatisme dans 48,2% (n=82). Dans le groupe de femmes ayant exprimé un vécu négatif nous avons mis en évidence un recours plus fréquent aux médias et à internet comme source d'information (p=0,001), et aux examens vaginaux répétés (p=0,001). La douleur a de même significativement et négativement impacté l'expérience des femmes (p=0,02). Enfin, les principaux facteurs de risque d'un vécu traumatique de l'accouchement étaient : la révision utérine : OR=7,04 IC 95% [0,27-177,68] ; la césarienne réalisée en urgence: OR=3,04 IC 95% [0,94-9,85] et l'accouchement par voie basse: OR=2,13 IC 95% [0,45-10,14].

Conclusion : Nous pouvons intervenir sur des facteurs modifiables avec l'instauration d'une préparation spécifique à la naissance et l'amélioration des pratiques professionnelles. Cependant, la question gagnera à être discutée et traitée sur le plan national, culturel et sociétal.

Mots-clés: accouchement, grossesse, violence obstétricales, anxiété, allaitement, mère-enfant, naissance.

SUMMARY

Background: The current international context considers birth experiences as a focal point for women's health. However, this subject is rarely discussed in Tunisian literature.

Aim: Analyze birth experience of a sample of Tunisian women.

Methods: Transverse descriptive study. All women who gave birth in the study unit during August 2018 were included. A direct interview was conducted during the first postpartum day. The questionnaire used was developed by a multidisciplinary team and included 55 questions, divided into 4 items. We compared the group of women who described their delivery as physically or psychologically traumatic to the group of women who reported a serene birth experience. A multivariate analysis of variance was used to identify the variables that can influence childbirth experience.

Results: During the study period, 170 women were included with a response rate of 81%. Severe anxiety about delivery was reported by 74.5% (n = 127) of women. Delivery was experienced as a trauma in 48.2% (n = 82) of cases. In the group of women who expressed a negative experience, we found a significant association with the use of media and internet as a source of information (p=0.001) and repeated vaginal examinations (p=0.001). Pain significantly impacted women's experience (p = 0.02). Finally, main risk factors of a negative childbirth experience were: uterine revision: OR=7.04 95%CI [0.27-177.68]; Emergency caesarean section: OR=3.04 95%CI [0.94-9.85] and vaginal delivery: OR=2.13 95%CI [0.45-10.14].

Conclusion: We can intervene on modifiable factors with the introduction of a specific program preparing women for their childbirth and the improvement of the professional practices. However, the issue will benefit from being discussed and addressed at the national, cultural and societal levels.

Keywords: childbirth, pregnancy, obstetric violence, anxiety, breastfeeding, mother-child.

Correspondance

Kaouther Dimassi

E-mail : kaouther.dimassi@gmail.com

INTRODUCTION

Le contexte international actuel considère les expériences de naissance comme point central pour la santé des femmes. Une expérience de l'enfantement bien vécue peut conduire la femme à des sentiments profonds d'accomplissement personnel et de compétences parentales. Le vécu maternel et paternel de l'accouchement a aussi des répercussions sur l'attachement à l'enfant à naître, sur la relation conjugale et sur la santé mentale des futurs parents (1,2) allant du sentiment de « détresse », jusqu'à la dépression du post-partum, voir au syndrome de stress post-traumatique (3). Dans ce sens, dans plusieurs pays le concept de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a été adopté (4). Cette préparation correspond à une composante éducative et préventive proposant une approche humaniste de la parentalité.

La Tunisie, pionnière en matière de santé sexuelle et reproductive dans la région du moyen orient et de l'Afrique du Nord, est prête à développer un programme de promotion du bien être lié à la naissance et à la parentalité. Un projet pilote est ainsi mené dans une structure hospitalo-universitaire de Tunis et vise à améliorer les connaissances des femmes enceintes et à développer leurs compétences pour mieux vivre leur grossesse, se préparer à l'accouchement et à la maternité. Afin de mettre en place ce programme, d'établir ses déterminants, et d'augmenter son impact clinique, il s'avère nécessaire de l'adapter aux besoins de la population cible. Or ce sujet est très peu abordé dans la littérature tunisienne. En conséquence, nous avons mené cette étude ayant pour objectifs :

- D'analyser le vécu d'un échantillon de femmes Tunisiennes de leur expérience de naissance.
- De déterminer les facteurs pouvant influencer sur ce vécu.

METHODES

Une enquête descriptive transversale a été menée à la maternité universitaire de l'hôpital Mongi Slim la Marsa et a inclut toutes les femmes ayant accouché durant le mois d'Aout 2018. Toutes les femmes ont été informées du but de notre étude et ont donné leur consentement à y participer.

Questionnaire

Les données ont été recueillies sur la base d'un questionnaire élaboré par une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, sages-femmes, gynécologues et résidents en médecine de famille).

Ce questionnaire était composé de 55 questions, réparties en 4 items :

- Les Caractéristiques épidémiologiques et obstétricales.
- Le vécu de la grossesse (25 questions).
- Le vécu de l'accouchement (21 questions).
- Le vécu du premier jour du post-partum (9 questions).

Concernant la qualification du vécu de l'accouchement nous avons posé la question à choix multiples suivante :

Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

- *Sereinement, naturellement*
- *J'ai été traumatisée*

La question a été posée aux femmes en tant que telle et était suivie d'une demande de justification à réponse libre ouverte.

Le questionnaire a été initialement testé auprès de dix femmes afin de valider la compréhension du vocabulaire utilisé en arabe dialectal tunisien.

Pour réaliser cette enquête, la technique d'entretien direct a été utilisée.

L'entretien a été mené par les sages-femmes, les psychologues et les résidents de médecine de famille. Les entretiens ont été réalisés au cours du premier jour du post partum pendant l'hospitalisation et ont duré en moyenne 30 minutes.

Une analyse du discours utilisant les termes redondants rapportés par les femmes a été réalisée, retenant les items présents plus de 10 fois.

En fonction de la réponse à la question sur le vécu de l'accouchement, les participantes ont été réparties en deux groupes : Groupe ayant vécu sereinement leur accouchement et groupe ayant d'une manière générale vécu un traumatisme (qu'il soit physique ou psychique).

Etude statistique

Nous avons étudié des variables à la fois quantitatives et qualitatives réparties en cinq catégories :

-Variables relatives aux caractéristiques épidémiologiques des patientes : âge, parité, conditions socio-économiques, niveau d'instructions ...

-Variables relatives au dossier obstétrical: antécédents obstétricaux, dysgravidie, terme gestationnel, épisiotomie, forceps ...

-Variables relatives au vécu de la grossesse : réaction au diagnostic de grossesse, changement d'humeur au cours de la grossesse, sources d'informations ...

-Variables relatives au vécu de l'accouchement : salle de travail, angoisse, douleur, péridurale, peau à peau ...

-Variables relatives au vécu du post-partum : allaitement, difficulté, source d'informations...

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et les variables qualitatives en pourcentages. La comparaison des pourcentages a utilisé le test de χ^2 de Pearson en comparant à chaque fois le groupe de femmes ayant décrit leur accouchement comme traumatisant physiquement ou psychologiquement au groupe de femmes ayant vécu sereinement l'expérience de naissance. Une régression logistique a permis d'identifier les variables ayant influé sur le vécu de l'accouchement. Les données ont été analysées au moyen du logiciel XLSTAT, Addinsoft 2014 (version gratuite d'essai). Le seuil de signification adopté était de 0,05.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, 283 accouchements ont été pris en charge dans le service. Deux cent dix femmes ont été sollicitées soit 74,2% des accouchées. Ailleurs, les intervenants n'ont pas pu se libérer car sollicités par leur activité clinique journalière. De plus, 40 femmes avaient refusé de participer à l'étude. Ainsi le taux de réponse était de 81% (n=171).

L'âge moyen des femmes était de 30,4 ans [17-46]. Elles étaient toutes mariées et 60% (n=102) d'entre elles avaient une activité professionnelle. La parité moyenne était de 2 [1-5], avec 46,19% (n=97) de primipares.

Circonstances et vécu de la grossesse:

Le tableau 1 résume les circonstances de la grossesse. Soixante-trois pour cent (n=107) des femmes interrogées n'avaient pas programmé leur grossesse. Cependant la réaction à l'annonce de la grossesse était positive dans 74% des cas (n=126). Un changement d'humeur, dans le sens négatif, durant la grossesse a été rapporté dans 65% des cas (n=111) (tableau 1).

Tableau 1. Répartition des femmes selon les circonstances et le vécu de la grossesse..

		Nombre	Pourcentage
Réaction au diagnostic de grossesse	Positive	126	74,2
	Négative	31	18,1
	Neutre	13	7,6
	Pas de changement	33	19,4
Changement d'humeur pendant la grossesse	Triste	27	15,9
	Joyeuse	24	14,1
	Anxieuse	63	37,1
	Sereine	7	4,1
	Nerveuse	98	57,6
Inquiétudes par rapport aux complications fœtales	Tout le temps	92	54,1
	Parfois	45	26,5
Inquiétudes par rapport aux complications Maternelles	Tout le temps	79	46,5
	Parfois	43	25,3
Angoisse par rapport aux complications de l'accouchement	Jamais	48	28,2
	Beaucoup	127	74,7
	Un peu	26	15,6
	Pas du tout	17	10

Parmi les femmes interrogées, 54,1% (n=92) songeaient tout le temps aux complications fœtales possibles, et 46,5% (n=79) pensaient tout le temps aux complications maternelles possibles. Une grande angoisse par rapport à l'accouchement était rapportée par 74,5% (n=127) des femmes (tableau 1). Dans les témoignages, figurait à plusieurs reprises « *une peur de la mort* ».

Par rapport aux sources d'informations reçues en prénatal concernant le déroulement d'un accouchement, nous avons noté que la principale source était la famille : 22,9% (n=39), suivie par les médias et le web : 22,4% (n=38). L'information n'a été délivrée par le corps médical et paramédical que dans 21,8% (n=37) des cas.

Enfin, 16,5% (n=28) des femmes ont déclaré n'avoir reçu aucune information à ce sujet.

Les femmes qui ont été informées par le personnel soignant ont exprimé une peur moindre de l'accouchement par rapport à celles informées autrement ou non informées avec une différence statistiquement significative ($p=0,047$).

Circonstances et vécu de l'accouchement :

Les accouchements étaient à 91,2% (n=155) des accouchements à terme. Cinquante-trois et demi pour cent (n=91) des femmes ont accouché par césarienne. La césarienne était réalisée en urgence dans 59,1% (n=65) des cas. Et parmi les patientes ayant accouché par césarienne, 17,3% (n=19), n'ont pas été informées de l'indication opératoire. Le tableau 2 résume les circonstances de l'accouchement.

Concernant la salle de travail, le ressenti était négatif dans 68,8% des cas (n=117), et 83% des femmes n'y étaient pas à l'aise, principalement devant la température élevée, le bruit, le manque de confort et d'hygiène (tableau 2). Les femmes ont souvent décrit la salle de travail en utilisant des termes comme « étouffante » et « stressante », « les cris des autres femmes étaient traumatisants ». Parmi les femmes interrogées, 34,1% (n=58) n'avaient pas prévu le mode d'accouchement qu'elles ont eu, et 18,2% (n=31) n'avaient pas prévu d'accoucher dans notre hôpital.

Lorsqu'elles ont été interrogées par rapport au vécu de l'accouchement, 35,3% (n=60) des femmes ont rapporté un traumatisme psychologique et 37,6% (n=64) un traumatisme physique (voir le tableau 2). D'une manière générale, 51,46% des femmes (n=88/171) ont déclaré avoir sereinement vécu leur accouchement. Les témoignages redondants des parturientes étaient : « *on appuyait sur mon ventre tout le monde était sur moi, je pensais mourir* » ; « *les touchers vaginaux à répétition, c'était affreux !* » ; « *je ne veux plus jamais avoir d'enfants* ».

Les femmes interrogées, y compris celles ayant accouché par césarienne, ont coté la douleur en moyenne à 6,7 sur l'échelle numérique de la douleur (score EVA) et 50% (n=85) l'ont coté à 10. Uniquement une femme (une femme sur le total des femmes ayant accouché par voie basse et celles ayant eu une césarienne en urgence) a pu bénéficier de l'analgésie péridurale pendant le travail. 5,9% (n=10) des femmes ont rapporté ne pas pouvoir du tout identifier leur accoucheur. 69,4% (n=118) l'identifiaient

mais ne connaissaient pas son nom. La relation avec le personnel soignant a été jugée bonne dans 70% des cas (n=119) et le déroulement du travail leur a été expliqué dans 50,6% des cas (n=86).

Tableau 2: Répartition des femmes selon les circonstances et le vécu de leur accouchement.

		Pourcentage
Voie d'accouchement	Voie basse	46,5
	Péridurale	1,3
	Forceps	6,3
	Révision utérine	6,3
	Episiotomie	77,2
	Césarienne	53,5
	Programmée	28,6
	En urgence	71,4
Nombres d'heures passées dans la salle de travail	Moins de 12h	87,1
	Plus de 12h	12,9
Nombres d'exams vaginaux subits pendant le travail	Moins de 5	65,3
	Plus de 5	37,6
Ressenti par rapport à la salle de travail	Positif	31,2
	Négatif	68,8
	Manque d'hygiène	27,6
	Promiscuité	24,1
	Chaleur	48,2
	Manque de confort	30
	Bruit	42,4
Vécu de l'accouchement	Autre	15,9
	Pire que ce qu'elle imaginait	38,2
	Mieux que ce qu'elle imaginait	36,5
	Traumatisant psychologiquement	35,3
	Traumatisant physiquement	37,6
	Traumatisant en général	48,53
Délai au bout duquel Elle a pu prendre son bébé dans les bras	Moins de 30 min de l'accouchement	28,2
	Plus de 30 min	15,3
	Plus de 2h	56,5

Nous avons constaté qu'uniquement 28,2% (n=48) des femmes ont pu prendre leur nouveau-né dans les bras dès l'accouchement. Dans plus de la moitié des cas (5,6%, n=96), le premier contact physique entre la mère et le nouveau-né n'a été possible que lors de la sortie de la salle de travail c'est-à-dire deux heures après l'accouchement.

Nous avons objectivé une association significative entre le traumatisme physique et l'épisiotomie ($p=0,001$), la césarienne en urgence ($p<10^{-3}$), les examens vaginaux à répétition ($p=0,002$) et la douleur ressentie lors de l'accouchement ($p<10^{-3}$). Un accouchement vécu comme traumatisme psychique était significativement associé à une grande angoisse pendant la grossesse ($p=0,003$), internet et les médias comme source d'information

($p=0,011$), et encore ici à la césarienne en urgence ($p=0,01$) et à la douleur ressentie lors de l'accouchement ($p=0,05$). Des facteurs sembleraient être protecteurs comme l'information reçue par les professionnels ($p=0,049$), une bonne relation avec le personnel soignant ($p<10^{-3}$) et les explications reçues pendant le travail ($p=0,007$) (voir tableau 3).

Enfin, les principaux facteurs de risque d'un vécu traumatique de l'accouchement étaient : la révision utérine : OR=7,04 IC 95% [0,27-177,68]; La césarienne en urgence: OR=3,04 IC 95% [0,94-9,85] et l'accouchement par voie basse : OR=2,13 IC 95% [0,45-10,14] (voir le tableau 4).

Tableau 3 : Répartition des femmes selon la nature du traumatisme vécu lors de l'accouchement et les circonstances du déroulement de la naissance.

Vécu de l'accouchement	Traumatisme physique			Traumatisme psychique			Traumatisant d'une manière générale		
	Oui (n)	Non (n)	p	Oui (n)	Non (n)	p	Oui (n)	Non (n)	p
Pas d'informations	8	20	0,276	6	22	0,093	10	18	0,051
Source d'informations utilisée média /internet	18	20	0,160	20	18	0,011	26	12	0,001
Source d'informations: professionnelles de la santé	13	24	0,721	8	29	0,049	15	22	0,15
Beaucoup d'angoisse pendant la grossesse	49	78	0,665	53	74	0,003	65	62	0,802
A accouché à l'endroit prévu	50	89	0,34	47	92	0,392	63	76	0,14
Connaissait l'identité de son accoucheur	17	35	0,376	22	30	0,204	26	26	1
A pu avoir des informations détaillées sur l'évolution de son travail le jour de l'accouchement	27	59	0,089	22	64	0,007	34	52	0,008
Bonne relation avec le personnel soignant	55	96	0,353	45	106	<10⁻³	67	84	0,06
Le nombre d'heures passées dans la salle de travail > 12	9	13	0,735	12	10	0,043	13	9	0,358
Nombre d'examen vaginaux subits pendant le travail > 5	33	26	<10⁻³	30	29	0,002	40	19	<10⁻³
A eu une Césarienne en urgence	21	44	<10⁻³	23	42	0,01	33	32	1

Tableau 4 : Etude des facteurs ayant influé sur le vécu traumatique de l'accouchement exprimé par les femmes.

Variable étudiée	Odds Ratio	Intervalle de confiance 95%
Grossesse désirée	1,532	[0,294-7,989]
Information sur le déroulement d'un accouchement reçue	0,608	[0,249-1,484]
Épisiotomie	1,409	[0,481-4,127]
Révision Utérine	7,046	[0,279-177,68]
Accouchement voie basse	2,136	[0,450-10,145]
Accouchement Forceps	1,967	[0,227-17,021]
Césarienne en urgence	3,047	[0,942-9,858]
Travail long (>12 heures)	-0,953	[0,342-2,657]
Examens vaginaux répétés (> 10)	1,074	[0,374-3,079]
Accoucheur identifié par la patiente	1,576	[0,749-3,318]
Mauvaise relation avec le personnel soignant	2,311	[0,740-7,217]
Explications sur le déroulement du travail données	-0,632	[0,320-1,247]
Douleur intense durant le travail	1,943	[0,737-5,122]
Mari présent le jour de l'accouchement	1,270	[0,560-2,880]

Vécu du post partum :

Les femmes ont déclaré que la première nuit après l'accouchement s'était bien passée dans 22,4% des cas (n=38), s'est moyennement bien passée dans 44,1% des cas (n=75), et s'est mal passée dans 33,5% des cas (n=57). Au cours de cette première nuit, elles ont été aidées par les membres de leur famille dans 61,8% des cas (n=105), par leurs voisines de chambre (38,8%), et par le personnel soignant dans 26,5% des cas (n=45). Dans 17% des cas, les femmes rapportent n'avoir reçu aucune aide durant cette première nuit.

Elles ont pu allaiter leur nouveau-né durant les premières heures qui suivaient l'accouchement dans 75,3% (n=128). Cependant, aucune des femmes interrogées n'a pu initier l'allaitement avant sa sortie de la salle de travail soit en moyenne deux heures après l'accouchement.

Dix-sept pour cent (n=30) avaient reçu des informations quant à l'allaitement de la part d'un personnel de la santé. Les femmes ont trouvé l'allaitement éprouvant, très difficile ou difficile dans 25,9% des cas (n=44). Les facteurs reliés à la difficulté de l'allaitement mis en évidence dans cette enquête étaient la primiparité (p=0,004) et le vécu traumatisant psychologiquement lors de l'accouchement (p=0,045). Les facteurs significativement protecteurs étaient l'expérience antérieure d'allaitement (p=0,037) et les conseils délivrés par les soignants (p=0,016).

Les femmes ont déclaré qu'après le retour à domicile elles recevront l'aide de leur mari dans 82,4% des cas (n=140) et celui de leur famille dans 79,4% (n=135). Elles ont rapporté qu'elles pensaient que leur sexualité après l'accouchement allait se dégrader dans 14,7% des cas (n=25), ne pas changer dans 38,2% (n=65) et s'améliorer dans 47,1% des cas (n=80).

DISCUSSION

Cette enquête sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement représente à notre connaissance une première en Tunisie. Le taux de réponse était important (80%). Le questionnaire utilisé n'a pas été validé par des publications antérieures mais ce qui était intéressant c'est qu'il a été élaboré par une équipe multidisciplinaire permettant à la fois d'aborder les aspects physiques et psychologiques du vécu de la naissance. Les résultats de ce travail nous permettent de discuter les déterminants du vécu de la naissance sur un échantillon de femmes tunisiennes prises en charge dans une structure publique et en conséquence cibler les interventions préventives futures. La principale constatation était l'importance de l'anxiété ressentie par les parturientes au cours de leur grossesse. La principale source d'angoisse était « l'accouchement » (74%) ce dernier étant souvent associé à l'idée de mort.

Il est vrai que la notion d'anxiété reste difficile à estimer avec précision, en grande partie du fait du manque de consistance dans la définition. L'anxiété spécifique de la grossesse est étroitement liée à l'« anxiété état », soit l'anxiété vécue de façon transitoire en lien avec une situation particulière. Ces définitions ne sont pas encore complètement individualisées (5). La prévalence estimée varie ainsi entre 13 à 54 % (6,7). Au-delà,

d'une estimation de prévalence, nous nous sommes ici principalement intéressés à la détermination de facteurs pouvant expliquer l'anxiété exprimée dans cette enquête. Nous pensons que, le manque d'information ou encore la qualité de l'information reçue concernant les modalités du déroulement du travail et de l'accouchement expliquent ou aggravent l'angoisse des parturientes. Ainsi, uniquement 37 femmes (21,5%) ont eu accès à des informations scientifiques et personnalisées par des professionnels. Ailleurs, la majorité des femmes (79%) ont eu recours à d'autres sources d'informations telles que les médias et les réseaux sociaux où les récits obstétricaux dramatiques sont principalement rapportés.

Ici, l'intérêt de séances spécifiques de préparation à la naissance et à la parentalité, axées sur les points sus cités, paraît évident. Ces séances semblent particulièrement indispensables dans notre contexte tunisien, devant la surcharge du planning des consultations externes dans toutes les structures publiques, un temps patient souvent diminué et une prise en charge axée principalement sur le dépistage et le traitement des pathologies obstétricales. Le concept de la préparation à la naissance et à la parentalité est déjà admis et intégré dans les politiques de santé de plusieurs pays depuis déjà plusieurs années (8,9). Il s'agit d'une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation de la femme mais aussi de son conjoint dans leur projet de naissance. Cependant, si ce concept a vu le jour dans les années 50, et qu'il est aujourd'hui largement adopté dans le monde (Etats-Unis, la France, le Canada, le Brésil, la Chine, le Mexique, la Finlande, l'Allemagne...) (8,10), il n'existe à ce jour, aucun programme similaire dans les structures publiques tunisiennes. Les résultats de cette étude soulignent les besoins des femmes et des familles pour une préparation spécifique à la naissance et à la parentalité. Nous pensons qu'un tel projet gagnerait à être mené sous l'égide d'une collaboration entre obstétriciens (sages-femmes, gynécologues) et psychologues afin d'aborder tous les aspects psychiques et somatiques de la grossesse.

Pour revenir aux principaux résultats de cette enquête, nous avons retenu que 48,2% des femmes ont vécu l'accouchement comme un traumatisme. Vu l'absence de définition spécifique au traumatisme obstétrical, nous avons opté pour accorder aux participantes la libre définition du « traumatisme ». Maintenant, si pendant l'accouchement une mère est dans une situation effrayante

où elle sent que la vie de son bébé ou la sienne sont menacées, il est attendu que l'expérience de naissance sera négative. Selon les données de la littérature, le taux de vécu traumatique de l'accouchement varie entre 20 et 34% (11,12), ce qui est moindre que le taux objectif dans cette enquête. Cependant devant l'absence de définition précise du concept de traumatisme obstétrical il reste difficile d'en estimer précisément la fréquence, avec sûrement une tendance à la sous-estimation.

Le concept de violence obstétricale, a vu le jour au début des années 2000 dans plusieurs pays d'Amérique Latine. Le Venezuela a été le pionnier en légiférant à propos du terme « violence obstétricale » en 2007. Le texte de loi du Venezuela définit la violence obstétricale comme : « *L'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie* » (13). Suite à ça, un mouvement de libération de la parole des femmes un peu partout dans le monde a eu lieu et le terme « violence obstétricale » s'est répandu dans le monde anglo-saxon et francophone jusqu'à devenir un problème de santé publique que l'Organisation Mondiale de la Santé dénonce dans une déclaration en 2014: « *partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination* » (14)9,29]]]]],»schema»:»<https://github.com/citation-style-language/schema/raw/master/csl-citation.json>». En 2017, un livre est paru en France, « *Le livre noir de la gynécologie* », rassemblant des témoignages de femmes victimes de maltraitance lors de leurs accouchements ou au cours d'une simple consultation gynécologique. Ces témoignages sont certes à relativiser, mais permettent de discuter les facteurs ou les pratiques pouvant avoir un impact négatif voir traumatisant pour les mères. Dans ce travail nous avons identifié des facteurs pouvant influencer sur le vécu de l'accouchement. Ainsi, la douleur perçue était significativement liée à un vécu négatif ($p=0,002$). Le

rôle déterminant de la douleur dans le développement de désordres psychologique en post-partum est clairement établi dans la littérature (15,16). Ce n'est pas la sévérité de la douleur elle-même, mais la détresse émotionnelle qu'elle engendre qui aurait un effet sur le développement des désordres psychologiques (17,18). Concernant l'état de stress post traumatique, précisément, les émotions dysphoriques, prédictives des symptômes du trouble, sont linéairement liées à l'intensité de la dimension affective de la douleur (17,18). La douleur ne répondant pas aux seules règles de la neurophysiologie, il est important de prendre en considération les autres éléments qui la composent tels que l'imaginaire de la naissance et la maturité de ce concept. En effet la douleur a une composante multidimensionnelle : sensorielle, affective, cognitive et comportementale. En soi la douleur ne serait pas un problème si elle n'était pas intimement liée à une tonalité émotionnelle et affective (19). Le poids de la malédiction biblique dans le vécu des accouchements d'autre fois dans les sociétés chrétienne en est un exemple. « Tu enfanteras dans la douleur » dit la Genèse, faisant de chaque naissance l'expiation indéfiniment renouvelée de la faute de la première femme. Dans nos sociétés arabo-musulmanes la douleur a été tardivement prise en considération comparativement à d'autres pays et en particulier la douleur liée au travail et à l'accouchement. Aujourd'hui encore, en Tunisie, l'accès à la péridurale reste très insuffisant dans nos structures publiques, avec un seul centre dédié à la maternité dans le CHU Farhat Hached Sousse. Dans cette enquête, l'accès à la péridurale est pratiquement inexistant pour les parturientes. Les aspects organisationnels et financiers avec comme chef de file les moyens (humains et financiers) limités sont souvent cités pour justifier l'iniquité de l'accès à l'anesthésie péridurale entre maternités publiques et privées (où la péridurale est systématique). Ceci dit, la gestion de la douleur pendant l'accouchement devrait être abordée d'une manière plus globale et d'autres moyens que l'anesthésie peuvent être mis en place lors des séances de préparation à la naissance comme la gestion du souffle, la déambulation en salle de naissance (19). Des séances de préparation, orientées vers la dimension affective pourrait ainsi agir positivement sur la perception de la douleur.

Ensuite, mis à part la douleur, une relation significative a été mise en évidence entre certaines pratiques professionnelles et le vécu traumatique de l'accouchement comme l'épisiotomie ($p=0,039$) et la répétition des touchers

vaginaux au cours du travail ($p<10^{-3}$). Ce qui nous amène à revenir au concept de violences obstétricales abordé ci-dessus. Dans ce sens, l'OMS a émis des recommandations évoquant la nécessité de revoir l'intérêt de certaines pratiques obstétricales et d'en restreindre l'utilisation, insistant sur l'importance de la participation de la patiente dans la prise de décision quant à ces pratiques (20). L'épisiotomie ainsi que la césarienne représentent les deux pratiques les plus largement discutées (21). Le rôle de l'épisiotomie dans la prévention des déchirures périnéales sévères a été largement étudié et la quasi-totalité des études s'accordent sur le fait qu'une pratique restrictive de l'épisiotomie permet d'augmenter le taux de périnées intacts sans majoration du taux de déchirures sévère. Ainsi, un taux d'épisiotomie supérieur à 30% ne peut pas être justifié (22-25). Nous n'avons pas trouvé de publication sur le taux d'épisiotomie dans les maternités publiques Tunisiennes mais ici le taux était extrêmement élevé : 77,2%. Dans ce sens, nous insistons sur l'urgence de la formation et de la promotion de la pratique de l'accouchement à périnée intact auprès des sages-femmes et des obstétriciens de notre pays. Ceci dit, et vu qu'il est impossible de garantir à l'avance la réussite d'un accouchement à périnée intact, il nous semble fondamental d'aborder la question de l'épisiotomie (définition, anatomie intérêts, modalités) avec les femmes bien avant la mise en route du travail, en ce, lors des séances de préparation à la naissance.

Quant à la césarienne, l'OMS recommande le taux de 10% (26). Or ici, le taux était supérieur à 50%. Ce taux est égal à celui du Brésil, considéré comme le pays où le taux d'accouchement par césarienne est le plus élevé dans le monde (21). Plus encore, la décision de césarienne prise en urgence ($p= 0,05$) ainsi que le manque d'information délivrées quant à l'indication opératoire (17,3%) rendent ce constat encore plus alarmant. Il en ressort qu'il est impératif de revoir toutes les pratiques autour des césariennes en particulier les indications et les aspects éthiques dont le consentement éclairé.

Ensuite, les examens vaginaux répétés pendant le travail (touchers vaginaux) sont régulièrement mal vécus par les femmes. Dans les témoignages que nous avons recueillis, le mot « *affreux* » se répétait plusieurs fois en réponse aux questions relatives aux touchers vaginaux. Ce geste, bien qu'il représente pour les professionnels un acte nécessaire à une prise en charge obstétricale de qualité,

peut représenter pour la femme une intrusion dans son intimité, touchant une partie du corps propre à la sexualité accentuant ainsi le vécu traumatique de l'accouchement surtout si ce geste est répété à plusieurs reprises et en dehors de tout consentement (27).

Pour participer à l'amélioration du vécu de l'accouchement dans notre maternité nous pouvons travailler à améliorer nos pratiques professionnelles et les axer plus sur le respect de l'autonomie de la femme au cours du travail. En exemple, nous pouvons travailler au réaménagement des lieux. Les concevoir de telle manière à permettre à la femme d'être accompagnée par un membre de sa famille (idéalement le père) mais aussi de déambuler librement pendant le travail. De même, nous aurons à travailler sur la promotion des pratiques professionnelles respectueuses de l'intimité et de l'anatomie des femmes. Nous aurons aussi à impliquer les parturientes dans la prise de décision, à garantir une information éclairée ainsi qu'un consentement préalable à tous geste obstétrical.

Nous abordons ici, la problématique de la séparation entre la mère et le nouveau-né qui reste de pratique presque systématique dans nos maternités. Ainsi, dans notre étude, dans plus de la moitié des cas le premier contact physique entre mère et nouveau-né n'a eu lieu que deux heures après l'accouchement. Classiquement le nouveau-né est directement récupéré par la sagefemme après la naissance, habillé et directement placé dans un berceau loin de sa mère. Nous n'avons pas réussi à trouver un justificatif scientifique à cette pratique. Aucune, publication ne statue sur le bénéfice de cette séparation. Au contraire ce sont les bienfaits du contact immédiat communément appelé « *peau à peau* » qui ne sont plus à prouver. Ce contact immédiat permet d'initier et de prolonger la durée de l'allaitement maternel exclusif, de réguler la température du nouveau-né, de renforcer les interactions précoces entre mère et enfant (28). Ainsi en 2018, l'OMS recommande que les nouveau-nés, hors complications néonatales, soient placés en contact peau à peau immédiatement après leur naissance et ce pour une durée minimale d'une heure (29). La séparation entre les mères et leurs nouveaux nés dans notre étude explique le retard de la première mise au sein. Ainsi, aucune des femmes interrogées n'a pu initier l'allaitement avant sa sortie de la salle de travail soit en moyenne deux heures après l'accouchement.

Nous retenons des résultats de notre enquête deux principaux constats. Le premier était l'anxiété générale que vivent les parturientes pendant la grossesse. Cette anxiété peut être en partie expliquée par le manque d'informations et à un temps d'écoute presque inexistant lors des consultations de suivi prénatal exclusivement axées sur le dépistage des pathologies obstétricales. La mise en place d'un programme spécifique à la préparation à la naissance et à la parentalité permettra de répondre aux questionnements des futures mamans et de délivrer des informations adéquates. De même, un tel programme permettra de créer un espace d'écoute et d'humaniser la prise en charge dès la naissance dans nos structures. Par ailleurs, nous pensons que d'autres facteurs personnels, culturels et sociétaux peuvent influencer sur cette angoisse généralisée. Des enquêtes nationales peuvent spécifiquement identifier ces facteurs.

Le deuxième constat était le vécu souvent négatif et traumatisant de l'accouchement. Une prise en conscience générale de ce constat est urgente. Ainsi, cette prise de conscience doit inclure les professionnels de santé, les décideurs, les institutions mais aussi les femmes, les familles et la société. Parallèlement, à la lutte contre la mortalité périnatale, les politiques de santé doivent travailler sur l'amélioration des conditions de la naissance dans nos structures publiques. Ce qui implique l'inclusion de séances de préparation à la naissance dans le cadre du programme national de périnatalité ; l'amélioration des conditions de travail dans les maternités publiques avec investissement pour améliorer les locaux mais aussi le recrutement de plus de professionnels de santé et soulager des équipes en surcharge de travail, permettre une équité dans l'accès à la péridurale et à la prise en charge de la douleur pendant le travail d'une manière générale

Le manque de moyens humains et financiers est certes un handicap majeur à l'accompagnement adéquat autour de la naissance mais ne peut être considéré comme unique explication. Nous avons en effet mis en évidence une corrélation significative entre certaines pratiques professionnelles et le vécu traumatique, d'où l'urgence de discuter la légitimité de ces pratiques. Nous insistons ici sur l'importance du concept du libre choix, sur la nécessité d'avoir le consentement des femmes avant la pratique de tout geste obstétrical tels que les examens vaginaux et l'épisiotomie, l'importance de la participation de la parturiente à la prise de décision concernant sa santé. De

même, nous devons en tant que professionnels promouvoir la prise en charge psychologique pendant la grossesse ; l'accompagnement de la diade mère-enfant tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Enfin, la mère mais aussi le père doivent aussi être des membres actifs à part entière dans la promotion de cet accompagnement et seule une collaboration étroite entre tous les intervenants autour de la naissance nous permettrait d'œuvrer pour un avenir meilleur.

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête mettent en évidence une Angoisse maternelle fréquente pendant la grossesse en partie expliquée par le manque d'information. De même, il s'avère que le vécu de l'accouchement est souvent négatif voire traumatisant et fait intervenir plusieurs facteurs. Nous pouvons intervenir sur des facteurs modifiables avec l'instauration d'une préparation spécifique à la naissance et l'amélioration des pratiques professionnelles. Cependant, la question gagnera à être discutée et traitée sur le plan national, culturel et sociétal.

REFERENCES

1. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J TherComportCogn*. 2009;19(4):116-9.
2. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçus par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *RevMed Per*. 2016;8(4):199-206.
3. Dayan J. Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J GynecolObstetBiolReprod*. 2007;36(6):549-61.
4. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite.
5. Tsartsara E, WJohnson MP. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *J Psych Obst Gyn*. 2006;27:173-182.
6. Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 2008;108:101-11.
7. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch WomensMent Health*. 2014;17(5):443-54.
8. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 juill 2007 [cité 31 août 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
9. Preparation_naissance_recos.pdf [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
10. Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. [internet]. [cité 12 janvier 2012]. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735/PDF/memoire_poirier.pdf
11. Johanna E, SoetMA, Brack G, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*. 2003;30(122-124).
12. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *J Reprod Infant Psych*. 2019 ; 11(4):221-228.
13. Franeczek M-L. Violence obstétricale: essai de définition à partir de la littérature scientifique. [Internet]. [cité 12 sept 2015]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490>.
14. Organisation mondiale de la santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. [Internet]. [cité 29 sept 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=7EE249FB548AFABE8DEB87B56655301E?sequence=1.
15. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*. 2000;39:35-51.
16. Boudou M, Teissedre F, Walburg V, Chabrol H. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Enceph*. 2007;33(5):805-10
17. Boudou M, Sejourne N, Chabrol H. Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms. *GynecolObstetFertil*. 2007;35(11):1136-42.
18. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
19. Bouquet E. La représentation de la douleur de l'accouchement. [Internet]. [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01365389/document>.
20. Chalmers B. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-7.
21. Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 24(47):47-55.
22. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs

- selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1993;342(8886-8887):1517-8.
23. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta ObstetGynecolScand*. 2004;83(4):364-8.
 24. Koskas M, Caillod A-L, Fauconnier A, Bader G. Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *GynecolObstetFertil*. 2009;37(9):697-702.
 25. Liljestrand J. Épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse : Commentaire de la BSG. [Internet]. [cité 10 juin 2014]. Disponible sur: <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-4>.
 26. Betran AP, Torloni MR, ZHANG JJ. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2015;123:10-12.
 27. Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2005;21(3):267-77.
 28. World Health Organisation. WHO recommendation on skin-to-skin contact. [Internet]. [cité 10 Decembre 2012]. Disponible sur: <https://extranet.who.int/topics/care-newborn-infant>
 29. Moore E, Gene C, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16; 5: CD003519.