

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2015

N° 2015 PA 06 6063

THESE

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'Etat**

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Mme Nolwenn LAGADEC

NEE LE 09 AOUT 1988 à Lyon 2ème

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 OCTOBRE 2015

**Qualité de vie et bien-être des femmes enceintes : Revue de
la littérature**

JURY

DIRECTRICE DE THESE : Docteur IBANEZ Gladys

PRESIDENT DU JURY : Professeur MAGNIER Anne-Marie

Professeur LAFORTUNE Jean

Docteur CHASTANG Julie

Docteur LAZIMI Gilles

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE

1. ALAMOWITCH Sonia NEUROLOGIE – Hôpital TENON
2. AMARENCO Gérard NEURO-UROLOGIE – Hôpital TENON
3. AMSELEM Serge GENETIQUE / INSERM U.933 – Hôpital TROUSSEAU
4. ANDRE Thierry SERVICE DU PR DE GRAMONT – Hôpital SAINT-ANTOINE
5. ANTOINE Jean-Marie GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
6. APARTIS Emmanuelle PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. ARLET Guillaume BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
8. ARRIVE Lionel RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. ASSOUAD Jalal CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
10. AUCOUTURIER Pierre UMR S 893/INSERM – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. AUDRY Georges CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE – Hôpital TROUSSEAU
12. BALLADUR Pierre CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
13. BAUD Laurent EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI – Hôpital TENON
14. BAUJAT Bertrand O.R.L. – Hôpital TENON
15. BAZOT Marc RADIOLOGIE – Hôpital TENON
16. BEAUGERIE Laurent GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
17. BEAUSSIER Marc ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
18. BENIFLA Jean-Louis GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
19. BENSMAN Albert NEPHROLOGIE ET DIALYSE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
20. BERENBAUM Francis RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
21. BERNAUDIN J.F. HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
22. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry NEURO-PEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
23. BOCCARA Franck CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. BOELLE Pierre Yves INSERM U.707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
25. BOFFA Jean-Jacques NEPHROLOGIE ET DIALYSES – Hôpital TENON
26. BONNET Francis ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital TENON
27. BORDERIE Vincent Hôpital des 15-20
28. BOUDGHENE Franck RADIOLOGIE – Hôpital TENON
29. BREART Gérard GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
30. BROCHERIOU Isabelle ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TENON

31. CABANE Jean MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. CADRANEL Jacques PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON
33. CALMUS Yvon CENTRE DE TRANSPL. HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. CAPEAU Jacqueline UMRS 680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
35. CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes URGENCES PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
36. CARBONNE Bruno GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. CARETTE Marie-France RADIOLOGIE – Hôpital TENON
38. CARRAT Fabrice INSERM U 707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
39. CASADEVALL Nicole IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
40. CHABBERT BUFFET Nathalie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
41. CHAZOUILLERES Olivier HEPATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
42. CHRISTIN-MAITRE Sophie ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
43. CLEMENT Annick PNEUMOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
44. COHEN Aron CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
45. CONSTANT Isabelle ANESTHESIOLOGIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
46. COPPO Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. COSNES Jacques GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
48. COULOMB Aurore ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – Hôpital TROUSSEAU
49. CUSSENOT Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
50. DAMSIN Jean Paul ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
51. DE GRAMONT Aimery ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
52. DENOYELLE Françoise ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital TROUSSEAU
53. DEVAUX Jean Yves BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
54. DOUAY Luc HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. DOURSOUNIAN Levon CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
56. DUCOU LE POINTE Hubert RADIOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
57. DUSSAULE Jean Claude PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
58. ELALAMY Ismaïl HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TENON
59. FAUROUX Brigitte UNITE DE PNEUMO. PEDIATRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
60. FERON Jean Marc CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO. – Hôpital SAINT-ANTOINE
61. FEVE Bruno ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
62. FLEJOU Jean François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHO.- Hôpital SAINT-ANTOINE
63. FLORENT Christian HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
64. FRANCES Camille DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE – Hôpital TENON
65. GARBARG CHENON Antoine LABO. DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU

66. GIRARD Pierre Marie MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
67. GIRARDET Jean-Philippe GASTROENTEROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
68. GOLD Francis NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
69. GORIN Norbert HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
70. GRATEAU Gilles MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
71. GRIMPREL Emmanuel PEDIATRIE GENERALE – Hôpital TROUSSEAU
72. GRUNENWALD Dominique CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
73. GUIDET Bertrand REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
74. HAAB François UROLOGIE – Hôpital TENON
75. HAYMANN Jean Philippe EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TENON
76. HENNEQUIN Christophe PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
77. HERTIG Alexandre NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
78. HOURY Sidney CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON
79. HOUSSET Chantal UMRS 938 et IFR 65 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
80. JOUANNIC Jean-Marie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
81. JUST Jocelyne CTRE DE L'ASTHME ET DES ALLERGIES – Hôpital TROUSSEAU
82. LACAINE François CHIR. DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON (Surnombre)
83. LACAU SAINT GIULY Jean ORL – Hôpital TENON
84. LACAVE Roger HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
85. LANDMAN-PARKER Judith HEMATOLOGIE ET ONCO. PED. – Hôpital TROUSSEAU
86. LAPILLONNE Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
87. LAROCHE Laurent OPHTALMOLOGIE – CHNO des 15/20
88. LE BOUC Yves EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
89. LEGRAND Ollivier POLE CANCEROLOGIE – HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
90. LEVERGER Guy HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
91. LEVY Richard NEUROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
92. LIENHART André ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
93. LOTZ Jean Pierre ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital TENON
94. MARIE Jean Pierre DPT D'HEMATO. ET D'ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
95. MARSAULT Claude RADIOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
96. MASLIAH Jöelle POLE DE BIOLOGIE/IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
97. MAURY Eric REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
98. MAYAUD Marie Yves PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
99. MENU Yves RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
100. MEYER Bernard ORL ET CHRI. CERVICO-FACIALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)

101. MEYOHAS Marie Caroline MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital SAINT-ANTOINE
102. MITANCHEZ Delphine NEONATOLOGIE –Hôpital TROUSSEAU
103. MOHTI Mohamad DPT D’HEMATO. ET D’ONCO. MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
104. MONTRAVERS Françoise BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital TENON
105. MURAT Isabelle ANESTHESIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
106. NETCHINE Irène EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
107. OFFENSTADT Georges REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
108. PAQUES Michel OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
109. PARC Yann CHIRURGIE DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
110. PATERON Dominique ACCUEIL DES URGENCES – Hôpital SAINT-ANTOINE
111. PAYE François CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
112. PERETTI Charles Siegfried PSYCHIATRIE D’ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
113. PERIE Sophie ORL – Hôpital TENON
114. PETIT Jean-Claude BACTERIOLOGIE VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
115. PIALOUX Gilles MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital TENON
116. PICARD Arnaud CHIRURGIE. MAXILLO-FACIALE ET STOMATO. – Hôpital TROUSSEAU
117. POIROT Catherine HISTOLOGIE A ORIENTATION BIO. DE LA REPRO. – Hôpital TENON
118. RENOLLEAU Sylvain REANIMATION NEONATALE ET PED. – Hôpital TROUSSEAU
119. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE – Hôpital ROTHSCHILD
120. RODRIGUEZ Diana NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
121. RONCO Pierre Marie UNITE INSERM 702 – Hôpital TENON
122. RONDEAU Eric URGENCES NEPHROLOGIQUES – Hôpital TENON
123. ROSMORDUC Olivier HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
124. ROUGER Philippe Institut National de Transfusion Sanguine
125. SAHEL José Alain OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
126. SAUTET Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
127. SCATTON Olivier CHIR. HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
128. SEBE Philippe UROLOGIE – Hôpital TENON
129. SEKSIK Philippe GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
130. SIFFROI Jean Pierre GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES – Hôpital TROUSSEAU
131. SIMON Tabassome PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
132. SOUBRANE Olivier CHIRURGIE HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
133. STANKOFF Bruno NEUROLOGIE – Hôpital TENON
134. THOMAS Guy PSYCIATRIE D’ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
135. THOUMIE Philippe REEDUCATION NEURO-ORTHOPEDIQUE – Hôpital ROTHSCHILD

136. TIRET Emmanuel CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
137. TOUBOUL Emmanuel RADIOTHERAPIE – Hôpital TENON
138. TOUNIAN Patrick GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital TROUSSEAU
139. TRAXER Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
140. TRUGNAN Germain INSERM UMR-S 538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
141. ULINSKI Tim NEPHROLOGIE/DIALYSES – Hôpital TROUSSEAU
142. VALLERON Alain Jacques UNITE DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
143. VIALLE Raphaël ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
144. WENDUM Dominique ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
145. WISLEZ Marie PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE

1.	ACAR Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
2.	AGUT Henri	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
3.	ALLILAIRE Jean-François	PSYCHIATRIE ADULTES
4.	AMOUR Julien	ANESTHESIE REANIMATION
5.	AMOURA Zahir	MEDECINE INTERNE
6.	ANDREELLI Fabrizio	MEDECINE DIABETIQUE
7.	ARNULF Isabelle	PATHOLOGIES DU SOMMEIL
8.	ASTAGNEAU Pascal	EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE
9.	AURENGO André	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
10.	AUTRAN Brigitte	IMMUNOLOGIE ET BIOLOGIE CELLULAIRE
11.	BARROU Benoît	UROLOGIE
12.	BASDEVANT Arnaud	NUTRITION
13.	BAULAC Michel	ANATOMIE
14.	BAUMELOU Alain	NEPHROLOGIE
15.	BELMIN Joël	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE Ivry
16.	BENHAMOU Albert	CHIRURGIE VASCULAIRE Surnombre
17.	BENVENISTE Olivier	MEDECINE INTERNE
18.	BITKER Marc Olivier	UROLOGIE
19.	BODAGHI Bahram	OPHTALMOLOGIE
20.	BODDAERT Jacques	MEDECINE INTERNE/GERIATRIE
21.	BOURGEOIS Pierre	RHUMATOLOGIE
22.	BRICAIRE François	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
23.	BRICE Alexis	GENETIQUE/HISTOLOGIE
24.	BRUCKERT Eric	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
25.	CACOUB Patrice	MEDECINE INTERNE
26.	CALVEZ Vincent	VIROLOGIE
27.	CAPRON Frédérique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
28.	CARPENTIER Alexandre	NEUROCHIRURGIE
29.	CATALA Martin	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
30.	CATONNE Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
31.	CAUMES Eric	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
32.	CESSELIN François	BIOCHIMIE

33.	CHAMBAZ Jean	INSERM U505/UMRS 872
34.	CHARTIER-KASTLER Emmanuel	UROLOGIE
35.	CHASTRE Jean	REANIMATION MEDICALE
36.	CHERIN Patrick	CLINIQUE MEDICALE
37.	CHICHE Laurent	CHIRURGIE VASCULAIRE
38.	CHIRAS Jacques	NEURORADIOLOGIE
39.	CLEMENT-LAUSCH Karine	NUTRITION
40.	CLUZEL Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
41.	COHEN David	PEDOPSYCHIATRIE
42.	COHEN Laurent	NEUROLOGIE
43.	COLLET Jean-Philippe	CARDIOLOGIE
44.	COMBES Alain	REANIMATION MEDICALE
45.	CORIAT Pierre	ANESTHESIE REANIMATION
46.	CORNU Philippe	NEUROCHIRURGIE
47.	COSTEDOAT Nathalie	MEDECINE INTERNE
48.	COURAUD François	INSTITUT BIOLOGIE INTEGRATIVE
49.	DAUTZENBERG Bertrand	PHYSIO-PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
50.	DAVI Frédéric	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
51.	DEBRE Patrice	IMMUNOLOGIE
52.	DELATTRE Jean-Yves	NEUROLOGIE (<i>Fédération Mazarin</i>)
53.	DERAY Gilbert	NEPHROLOGIE
54.	DOMMERMES Marc	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
55.	DORMONT Didier	NEURORADIOLOGIE
56.	DUYCKAERTS Charles	NEUROPATHOLOGIE
57.	EYMARD Bruno	NEUROLOGIE
58.	FAUTREL Bruno	RHUMATOLOGIE
59.	FERRE Pascal	IMAGERIE PARAMETRIQUE
60.	FONTAINE Bertrand	NEUROLOGIE
61.	FOSSATI Philippe	PSYCHIATRIE ADULTE
62.	FOURET Pierre	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
63.	FOURNIER Emmanuel	PHYSIOLOGIE
64.	FUNCK BRENTANO Christian	PHARMACOLOGIE
65.	GIRERD Xavier	THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
66.	GOROCHOV Guy	IMMUNOLOGIE
67.	GOUDOT Patrick	STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
68.	GRENIER Philippe	RADIOLOGIE CENTRALE
69.	HAERTIG Alain	UROLOGIE Surnombre
70.	HANNOUN Laurent	CHIRURGIE GENERALE
71.	HARTEMANN Agnès	MEDECINE DIABETIQUE

72.	HATEM Stéphane	UMRS 956
73.	HELFT Gérard	CARDIOLOGIE
74.	HERSON Serge	MEDECINE INTERNE
75.	HOANG XUAN Khê	NEUROLOGIE
76.	ISNARD Richard	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
77.	ISNARD-BAGNIS Corinne	NEPHROLOGIE
78.	JARLIER Vincent	BACTERIOLOGIE HYGIENE
79.	JOUVENT Roland	PSYCHIATRIE ADULTES
80.	KARAOUI Mehdi	CHIRURGIE DIGESTIVE
81.	KATLAMA Christine	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
82.	KHAYAT David	ONCOLOGIE MEDICALE
83.	KIRSCH Matthias	CHIRURGIE THORACIQUE
84.	KLATZMANN David	IMMUNOLOGIE
85.	KOMAJDA Michel	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
86.	KOSKAS Fabien	CHIRURGIE VASCULAIRE
87.	LAMAS Georges	ORL
88.	LANGERON Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
89.	LAZENNEC Jean-Yves	ANATOMIE/CHIRURURGIE ORTHOPEDIQUE
90.	LE FEUVRE Claude	CARDIOLOGIE
91.	LE GUERN Eric	INSERM 679
92.	LEBLOND Véronique	HEMATOLOGIE CLINIQUE
93.	LEENHARDT Laurence	MEDECINE NUCLEAIRE
94.	LEFRANC Jean-Pierre	CHIRURGIE GENERALE
95.	LEHERICY Stéphane	NEURORADIOLOGIE
96.	LEMOINE François	BIOTHERAPIE
97.	LEPRINCE Pascal	CHIRURGIE THORACIQUE
98.	LUBETZKI Catherine	NEUROLOGIE
99.	LUCIDARME Olivier	RADIOLOGIE CENTRALE
100.	LUYT Charles	REANIMATION MEDICALE
101.	LYON-CAEN Olivier	NEUROLOGIE Surnombre
102.	MALLET Alain	BIostatistiques
103.	MARIANI Jean	BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
104.	MAZERON Jean-Jacques	RADIOTHERAPIE
105.	MAZIER Dominique	INSERM 511
106.	MEININGER Vincent	NEUROLOGIE (<i>Fédération Mazarin</i>) Surnombre
107.	MENEGAUX Fabrice	CHIRURGIE GENERALE
108.	MERLE-BERAL Hélène	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE Surnombre
109.	MICHEL Pierre Louis	CARDIOLOGIE
110.	MONTALESCOT Gilles	CARDIOLOGIE

111.	NACCACHE Lionel	PHYSIOLOGIE
112.	NAVARRO Vincent	NEUROLOGIE
113.	NGUYEN-KHAC Florence	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
114.	OPPERT Jean-Michel	NUTRITION
115.	PASCAL-MOUSSELARD Hugues	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
116.	PAVIE Alain	CHIR. THORACIQUE ET CARDIO-VASC. Surnombre
117.	PELISSOLO Antoine	PSYCHIATRIE ADULTE
118.	PIERROT-DESEILLIGNY Charles	NEUROLOGIE
119.	PIETTE François	MEDECINE INTERNE Ivry
120.	POYNARD Thierry	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
121.	PUYBASSET Louis	ANESTHESIE REANIMATION
122.	RATIU Vlad	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
123.	RIOU Bruno	ANESTHESIE REANIMATION
124.	ROBAIN Gilberte	REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry
125.	ROBERT Jérôme	BACTERIOLOGIE
126.	ROUBY Jean-Jacques	ANESTHESIE REANIMATION Surnombre
127.	SAMSON Yves	NEUROLOGIE
128.	SANSON Marc	ANATOMIE/NEUROLOGIE
129.	SEILHEAN Danielle	NEUROPATHOLOGIE
130.	SIMILOWSKI Thomas	PNEUMOLOGIE
131.	SOUBRIER Florent	GENETIQUE/HISTOLOGIE
132.	SPANO Jean-Philippe	ONCOLOGIE MEDICALE
133.	STRAUS Christian	EXPLORATION FONCTIONNELLE
134.	TANKERE Frédéric	ORL
135.	THOMAS Daniel	CARDIOLOGIE
136.	TOURAINÉ Philippe	ENDOCRINOLOGIE
137.	TRESALLET Christophe	CHIR. GENERALE ET DIGEST./MED. DE LA REPRODUCTION
138.	VAILLANT Jean-Christophe	CHIRURGIE GENERALE
139.	VERNANT Jean-Paul	HEMATOLOGIE CLINIQUE Surnombre
140.	VERNY Marc	MEDECINE INTERNE (<i>Marguerite Bottard</i>)
141.	VIDAILHET Marie-José	NEUROLOGIE
142.	VOIT Thomas	PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
143.	ZELTER Marc	PHYSIOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE

1. ABUAF Nisen	HÉMATOLOGIE/IMMUNOLOGIE - Hôpital TENON
2. AIT OUFELLA Hafid	RÉANIMATION MÉDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
3. AMIEL Corinne	VIROLOGIE –Hôpital TENON
4. BARBU Véronique	INSERM U.680 - Faculté de Médecine P. & M. CURIE
5. BERTHOLON J.F.	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital SAINT-ANTOINE
6. BILHOU-NABERA Chrystèle	GÉNÉTIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. BIOUR Michel	PHARMACOLOGIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
8. BOISSAN Matthieu	BIOLOGIE CELLULAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. BOULE Michèle	PÔLES INVESTIGATIONS BIOCLINIQUES – Hôpital TROUSSEAU
10. CERVERA Pascale	ANATOMIE PATHOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. CONTI-MOLLO Filomena	Hôpital SAINT-ANTOINE
12. COTE François	Hôpital TENON
13. DECRE Dominique	BACTÉRIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
14. DELHOMMEAU François	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
15. DEVELOUX Michel	PARASITOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
16. ESCUDIER Estelle	DEPARTEMENT DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
17. FAJAC-CALVET Anne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
18. FARDET Laurence	MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
19. FERRERI Florian	PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
20. FLEURY Jocelyne	HISTOLOGIE/EMBRYOLOGIE – Hôpital TENON
21. FOIX L'HELIAS Laurence	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
22. FRANCOIS Thierry	PNEUMOLOGIE ET REANIMATION – Hôpital TENON
23. GARCON Loïc	HÉPATO GASTRO-ENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. GARDERET Laurent	HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
25. GAURA SCHMIDT Véronique	BIOPHYSIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
26. GEROTZIAFAS Grigorios	HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital TENON
27. GONZALES Marie	GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU

28. GOZLAN Joël	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
29. GUEGAN BART Sarah	DERMATOLOGIE – Hôpital TENON
30. GUITARD Juliette	PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
31. HENNO Priscilla	PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. JERU Isabelle	SERVICE DE GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
33. JOHANET Catherine	IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. JOSSET Patrice	ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
35. JOYE Nicole	GENETIQUE – Hôpital TROUSSEAU
36. KIFFEL Thierry	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. LACOMBE Karine	MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
38. LAMAZIERE Antonin	POLE DE BIOLOGIE – IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
39. LASCOLS Olivier	INSERM U.680 – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
40. LEFEVRE Jérémie	CHIRURGIE GENERALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
41. LESCOT Thomas	ANESTHESIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Stagiaire)
42. LETAVERNIER Emmanuel	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI. – Hôpital TENON
43. MAUREL Gérard	BIOPHYSIQUE /MED. NUCLEAIRE – Faculté de Médecine P.& M. CURIE
44. MAURIN Nicole	HISTOLOGIE – Hôpital TENON
45. MOHAND-SAID Saddek	OPHTALMOLOGIE – Hôpital des 15-20
46. MORAND Laurence	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. PARISSET Claude	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
48. PETIT Arnaud	Hôpital TROUSSEAU (Stagiaire)
49. PLAISIER Emmanuelle	NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
50. POIRIER Jean-Marie	PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
51. RAINTEAU Dominique	INSERM U.538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
52. SAKR Rita	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON (Stagiaire)
53. SCHNURIGERN Aurélie	LABORATOIRE DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
54. SELLAM Jérémie	RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. SEROUSSI FREDEAU Brigitte	DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital TENON
56. SOKOL Harry	HEPATO/GASTRO – Hôpital SAINT-ANTOINE
57. SOUSSAN Patrick	VIROLOGIE – Hôpital TENON
58. STEICHEN Olivier	MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
59. SVRCEK Magali	ANATOMIE ET CYTO. PATHOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
60. TANKOVIC Jacques	BACTERIOLOGIE/VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE

61. THOMAS Ginette BIOCHIMIE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
62. THOMASSIN Isabelle RADIOLOGIE – Hôpital TENON
63. VAYLET Claire MEDECINE NUCLEAIRE – Hôpital TROUSSEAU
64. VIGOUROUX Corinne INSERM U.680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
65. VIMONT-BILLARANT Sophie BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
66. WEISSENBURGER Jacques PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE

1. ANKRI Annick	HÉMATOLOGIE BIOLOGIQUE
2. AUBRY Alexandra	BACTERIOLOGIE
3. BACHELOT Anne	ENDOCRINOLOGIE
4. BELLANNE-CHANTELOT Christine	GÉNÉTIQUE
5. BELLOCQ Agnès	PHYSIOLOGIE
6. BENOLIEL Jean-Jacques	BIOCHIMIE A
7. BENSIMON Gilbert	PHARMACOLOGIE
8. BERLIN Ivan	PHARMACOLOGIE
9. BERTOLUS Chloé	STOMATOLOGIE
10. BOUTOLLEAU David	VIROLOGIE
11. BUFFET Pierre	PARASITOLOGIE
12. CARCELAIN-BEBIN Guislaine	IMMUNOLOGIE
13. CARRIE Alain	BIOCHIMIE ENDOCRINIENNE
14. CHAPIRO Élise	HÉMATOLOGIE
15. CHARBIT Beny	PHARMACOLOGIE
16. CHARLOTTE Frédéric	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
17. CHARRON Philippe	GÉNÉTIQUE
18. CLARENCON Frédéric	NEURORADIOLOGIE
19. COMPERAT Eva	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
20. CORVOL Jean-Christophe	PHARMACOLOGIE
21. COULET Florence	GÉNÉTIQUE
22. COUVERT Philippe	GÉNÉTIQUE
23. DANZIGER Nicolas	PHYSIOLOGIE
24. DATRY Annick	PARASITOLOGIE
25. DEMOULE Alexandre	PNEUMOLOGIE
26. DUPONT-DUFRESNE Sophie	ANATOMIE/NEUROLOGIE
27. FOLLEZOU Jean-Yves	RADIOTHÉRAPIE
28. GALANAUD Damien	NEURORADIOLOGIE
29. GAY Frédéric	PARASITOLOGIE

30. GAYMARD Bertrand	PHYSIOLOGIE
31. GIRAL Philippe	ENDOCRINOLOGIE/MÉTABOLISME
32. GOLMARD Jean-Louis	BIostatISTIQUES
33. GOSSEC Laure	RHUMATOLOGIE
34. GUIHOT THEVENIN Amélie	IMMUNOLOGIE
35. HABERT Marie-Odile	BIOPHYSIQUE
36. HALLEY DES FONTAINES Virginie	SANTÉ PUBLIQUE
37. HUBERFELD Gilles	EPILEPSIE - CORTEX
38. KAHN Jean-François	PHYSIOLOGIE
39. KARACHI AGID Carine	NEUROCHIRURGIE
40. LACOMBLEZ Lucette	PHARMACOLOGIE
41. LACORTE Jean-Marc	UMRS 939
42. LAURENT Claudine	PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT/ADOLESCENT
43. LE BIHAN Johanne	INSERM U 505
44. MAKSUD Philippe	BIOPHYSIQUE
45. MARCELIN-HELIOT Anne Geneviève	VIROLOGIE
46. MAZIERES Léonore	RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
47. MOCHEL Fanny	GÉNÉTIQUE / HISTOLOGIE (stagiaire)
48. MORICE Vincent	BIostatISTIQUES
49. MOZER Pierre	UROLOGIE
50. NGUYEN-QUOC Stéphanie	HEMATOLOGIE CLINIQUE
51. NIZARD Jacky	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
52. PIDOUX Bernard	PHYSIOLOGIE
53. POITOU BERNERT Christine	NUTRITION
54. RAUX Mathieu	ANESTHESIE (stagiaire)
55. ROSENHEIM Michel	EPIDEMIOLOGIE/SANTÉ PUBLIQUE
56. ROSENZWAJG Michelle	IMMUNOLOGIE
57. ROUSSEAU Géraldine	CHIRURGIE GENERALE
58. SAADOUN David	MEDECINE INTERNE (stagiaire)
59. SILVAIN Johanne	CARDIOLOGIE
60. SIMON Dominique	ENDOCRINOLOGIE/BIostatISTIQUES
61. SOUGAKOFF Wladimir	BACTÉRIOLOGIE

- 62. TEZENAS DU MONTCEL Sophie
- 63. THELLIER Marc
- 64. TISSIER-RIBLE Frédérique
- 65. WAROT Dominique

BIostatISTIQUES et INFORMATIQUE MEDICALE
PARASITOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PHARMACOLOGIE



REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Marie MAGNIER,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre implication dans le département de médecine générale avec conviction et bienveillance permet aux internes de progresser tout au long de leur cursus.

A Monsieur le Professeur Jean LAFORTUNE,

Je suis très heureuse de vous compter parmi les membres de jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre enseignement dispensé avec sérénité et professionnalisme au cours de ces années d'internat.

Au Dr Gladys Ibanez,

Je suis très reconnaissante de l'aide que tu m'as apportée en acceptant de diriger ma thèse. Ta gentillesse, ta disponibilité et ta rigueur m'ont beaucoup aidée. J'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés.

Au Dr Julie Chastang,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai beaucoup apprécié ton enthousiasme communicatif pour la médecine générale, et ton implication dans l'enseignement et le tutorat.

Au Dr Gilles Lazimi,

Je suis très heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Je vous remercie pour l'accompagnement que vous m'avez dispensé ces six derniers mois, votre soutien en toutes circonstances, et vos conseils avisés pour une meilleure prise en charge de patients.

Au Dr Mady Denantes,

Je te remercie pour ce stage durant lequel tu m'as beaucoup appris. Merci de m'avoir aidée et conseillée ces derniers mois dans mes choix. Merci de transmettre ton goût pour une médecine générale toujours plus compétente et toujours plus humaine.

A tous les professionnels de santé qui travaillent sur le projet « bien-être », Pr Marc Dommergues, Docteur Hector Falcoff, Docteur Sarah Robert, Docteur Nicolas Hommey, Dr Jean Sébastien Cadwallader, Françoise Dumez, Nathalie Baunot, Anne Guilberteau, Emilie Bisette, Elisabeth Hausherr, Aline Ceylan, Marie Finet, Marie Thomas, Mythily Suthesapalan, Sam Rohani,

Je vous remercie pour votre implication, pour vos idées et vos conseils au sein de ce projet. Le travail pour améliorer la prise en charge des femmes vulnérables se poursuit !

Au Dr André Soares, au Dr Joseph Flom, à tous les médecins qui m'ont encadrée durant mes différents stages hospitaliers,

Un grand merci de transmettre aux internes vos compétences et votre conscience professionnelle.

A mes parents,

Je vous remercie pour tout le soutien et l'accompagnement durant ces longues années d'étude, pour avoir fait de notre famille un lieu aimant.

A Loïc, Gwenaëlle, Nicolas, Héloïse et Léonie,

Merci pour ces liens uniques et la joie partagée.

A ma belle famille,

Merci de m'avoir si bien accueillie, je suis heureuse d'agrandir la famille Bertellemy!

A mes amis d'externat, Marine, Valérie, Alexandre, Charlotte, Florian,

Toutes ces heures de travail partagées font aussi le médecin que je suis aujourd'hui, et ont fait naître de belles amitiés.

A mes amis d'ici et d'ailleurs en France : Marion, Jérémy, Victoire, Charbel, Gwenn Ann, Charlène, Raoul, Anne-Lise, Alexis, Camille, Pierre, Laure, Eric, Elsa, JP, François et tant d'autres,

C'est toujours un plaisir de vous retrouver, merci pour vos encouragements.

A Octave,

Cette thèse t'est dédiée. Merci pour ton amour de chaque jour, ton soutien tout au long de ces années d'études. Le plus beau reste à venir !

Table des matières

I. INTRODUCTION	9
II. GENERALITES	11
A. LE CONCEPT DE BIEN-ETRE ET QUALITE DE VIE	11
1. <i>Les définitions de la santé</i>	<i>11</i>
2. <i>Définition de la Qualité de vie</i>	<i>12</i>
3. <i>Définition du Bien-être</i>	<i>14</i>
4. <i>Echelles de qualité de vie</i>	<i>14</i>
B. LA GROSSESSE EN FRANCE	18
1. <i>Quelques chiffres</i>	<i>18</i>
2. <i>Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité</i>	<i>18</i>
3. <i>Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse</i>	<i>19</i>
C. CONSEQUENCES DE LA SANTE MENTALE DES FEMMES ENCEINTES	20
III. METHODE	22
A. TYPE D'ETUDE, OBJECTIFS	22
B. SELECTION DES ARTICLES.....	22
1. <i>Les équations de recherche</i>	<i>23</i>
2. <i>Recherche complémentaire.....</i>	<i>23</i>
3. <i>Critères d'inclusion</i>	<i>24</i>
4. <i>Critères d'exclusion</i>	<i>25</i>
C. QUALITE DES ARTICLES.....	25
D. ANALYSE STATISTIQUE.....	26
IV. RESULTATS	27
A. SELECTION DES ARTICLES.....	27
B. CARACTERISTIQUES DES ARTICLES RETENUS	28
C. QUALITE DE VIE DES FEMMES ENCEINTES :	29
1. <i>Caractéristiques des textes sélectionnés :</i>	<i>29</i>

2.	<i>Présentation des résultats</i>	30
3.	<i>Commentaires sur les résultats</i>	36
D.	FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITE DE VIE	44
1.	<i>Caractéristiques des textes retenus</i>	44
2.	<i>Présentation des résultats</i>	45
3.	<i>Déterminants de la qualité de vie des femmes enceintes</i>	53
V.	DISCUSSION	57
A.	RESUME DES RESULTATS	57
1.	<i>Qualité de vie des femmes enceintes</i>	57
2.	<i>Facteurs associés à la qualité de vie des femmes enceintes</i>	57
B.	FORCES DE L'ETUDE	58
C.	LIMITES DE L'ETUDE	59
1.	<i>Méthode</i>	59
2.	<i>Résultats</i>	60
3.	<i>Applicabilité à la population des femmes enceintes françaises</i>	62
D.	VALIDITE EXTERNE	62
1.	<i>Données en France</i>	62
2.	<i>Dans les pays en voie de développement</i>	63
3.	<i>Symptômes dépressifs au cours de la grossesse</i>	64
4.	<i>Qualité de vie en post-partum</i>	65
5.	<i>Comparaison avec la population générale</i>	66
6.	<i>Qualité de vie du partenaire</i>	67
E.	PERSPECTIVES	67
VI.	CONCLUSION	71
VII.	BIBLIOGRAPHIE	73
VIII.	ANNEXES	79
A.	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DU SF-36	79
B.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DU SF-12	84

C. ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DU WHOQOL BREF	85
D. ANNEXE 4 : GRILLE STROBE STATEMENT	87
RESUME	89

LISTE DES ABREVIATIONS

IC : Intervalle de Confiance

IDH : Indice de Développement Humain

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MeSH : Medical Subject Headings

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

SF-36: Medical outcome study short form-36

SF-12: Medical outcome study short form-12

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life- Bref

I. Introduction

La grossesse est un évènement physiologique dans la vie d'une femme et est le plus souvent accueillie avec joie. Cependant, c'est aussi une période de transition où les changements physiques et émotionnels sont considérables. Même lors d'une grossesse non compliquée, ces modifications peuvent altérer la qualité de vie des femmes enceintes.

Le mal-être psychologique durant la grossesse a des répercussions à la fois sur l'issue de la grossesse, les complications néonatales, sur la santé mentale maternelle au moment du post-partum, et sur le développement psychomoteur de l'enfant (Da Costa D, 2010) (Diego MA, 2004) (Ibanez, 2014).

Le vécu de la grossesse varie en fonction de facteurs psycho-sociaux tels que les conditions financières du foyer, le soutien du partenaire, le désir de grossesse, la culture de la femme enceinte (Chang SR, 2009). La santé mentale des femmes enceintes peut également varier selon les symptômes physiques liés à la grossesse et leur environnement.

Les soins de santé durant la grossesse ont pour but d'optimiser la santé maternelle et fœtale. Se préoccuper de la qualité de vie liée à la santé durant la grossesse doit être un objectif des professionnels de santé. De plus, l'évolution actuelle de la médecine tend à accroître la place du bien-être des patients, au profit d'une pratique centrée sur le patient dans son environnement.

Dans les dernières décennies, l'évaluation de la qualité de vie durant la grossesse et le post-partum s'est développée au sein d'essais cliniques. Cependant, ce sujet reste

méconnu par les professionnels de santé. Il n'existe pas, à notre connaissance, de revue de la littérature sur ce sujet.

La présente étude a pour objectif de synthétiser les connaissances actuelles sur la qualité de vie des femmes enceintes dans des pays développés. Elle s'intéresse également aux différents facteurs influençant leur bien-être.

II. Généralités

A. Le concept de bien-être et qualité de vie

1. Les définitions de la santé

La définition de la santé a beaucoup évolué au cours du temps.

Tout au long du 20^{ème} siècle, la santé a été définie sur le plan biomédical, par l'absence de maladie. Ce modèle se concentre sur le corps, les anomalies qu'il présente, et les traitements à envisager. Il intègre peu ou pas les dimensions de prévention, de santé mentale, d'environnement social.

Par la suite, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a défini la santé en 1947 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ce modèle définit la santé dans un champ plus global, en intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales. (OMS, Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946)

Cette notion a été reprise en 1986 dans la charte d'Ottawa. On a alors défini la santé comme « la mesure dans laquelle une personne ou un groupe peut réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et s'adapter aux changements et au milieu. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » (OMS, Health Promotion: A discussion document on the concept and principles, 1984)

La santé mentale a donc fait son apparition comme un élément à part entière de la santé, et non plus comme spécificité de la psychiatrie. Elle se définit comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

2. Définition de la Qualité de vie

La qualité de vie a été définie par l'OMS en 1993 : « La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Cette définition décrit la qualité de vie comme la satisfaction au sein des différents domaines de l'existence. C'est une notion individuelle : chacun, bien portant ou malade, a sa perception de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre.

Barbara K. Haas, aux Etats-Unis, a effectué une revue de la littérature sur la définition de la qualité de vie. Ses recherches avaient abouti à la définition suivante de la qualité de vie comme « une évaluation multidimensionnelle de la vie de tous les jours d'un individu, dans le contexte culturel dans lequel il vit et les valeurs qui y sont

rattachées. La qualité de vie est avant tout un sens subjectif du bien-être, incluant les dimensions physiques, psychologiques, sociales, et spirituelles. Dans certains cas, des indicateurs objectifs peuvent compléter la mesure, ou servir d'évaluation indirecte de la qualité de vie dans le cas de personnes inaptes à évaluer leur bien-être ». (Haas B. K., 1999)

Pour l'Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) mesurer la qualité de vie dans la population implique l'étude de paramètres subjectifs en lien avec la satisfaction de vie et de déterminants objectifs ayant trait au développement humain (santé, éducation, vie sociale), aux conditions socio-économiques (qualité de l'emploi, niveau de revenus) et au cadre de vie (environnement, accès aux services) (Amiel, Godefroy, Lollivier, & INSEE, 2013).

En médecine, la recherche clinique s'est beaucoup intéressée à étudier la qualité de vie liée à la santé. La santé étant un des domaines essentiels de l'existence, c'est un paramètre qui influe beaucoup sur la qualité de vie générale. Elle est alors souvent synonyme de « santé perceptuelle » ou de « santé subjective ». Elle reste multidimensionnelle, et prend en compte les domaines physiques (autonomie et activités physiques), psychologiques (anxiété, dépression, émotion), relationnels (familiaux, sociaux, professionnels), symptomatiques (répercussion de la maladie et de son traitement) et des aspects plus particuliers tels que la sexualité ou l'image de soi.

3. Définition du Bien-être

Pour beaucoup d'auteurs, qualité de vie et bien-être sont synonymes. Ce sont en effet des notions assez proches.

Pour d'autres, il existe une nuance. D'après le « Center for Disease Control and Prevention » (CDC) aux Etats-Unis : le bien-être est une notion positive qui reflète le fait que les gens se sentent bien. Il comprend des jugements de satisfaction de la vie et des sentiments allant de la dépression à la joie. Il intègre santé mentale et santé physique. Il est mesuré par des échelles comme la « General Well-Being Schedule ». Il s'intègre dans la dimension positive de la santé mentale, avec un aspect subjectif, qui ne peut-être évalué que par le patient lui-même. Il s'oppose à la qualité de vie liée à la santé par le fait que celle-ci est souvent centrée sur les défauts de fonctionnement (douleur, sentiments négatifs...)

4. Echelles de qualité de vie

Le mode d'administration diffère selon les études : l'échelle peut être auto-administrée (un questionnaire est remis au sujet qui en prend connaissance et y répond sans aide) ou administrée par un enquêteur.

On distingue les instruments de mesure génériques (SF-36, WHOQOL-BREF...), qui peuvent être administrés à des sujets ayant des problèmes de santé très variés, voire à des sujets en bonne santé de la population générale, et les instruments de mesure spécifiques des sujets (VHC : Hepatitis quality of life questionnaire (HQLQ),

Cancer : EORTC QLQC30, ...) Ces derniers sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile. Il n'existe pour le moment pas d'échelle de qualité de vie spécifique couramment validée durant la grossesse.

- Le Medical outcome study short form-36 item health survey, aussi connu sous l'acronyme SF-36 ou MOS SF-36.

Il comporte 36 questions, 8 dimensions. Celles-ci sont expliquées dans le tableau I et la figure 1.

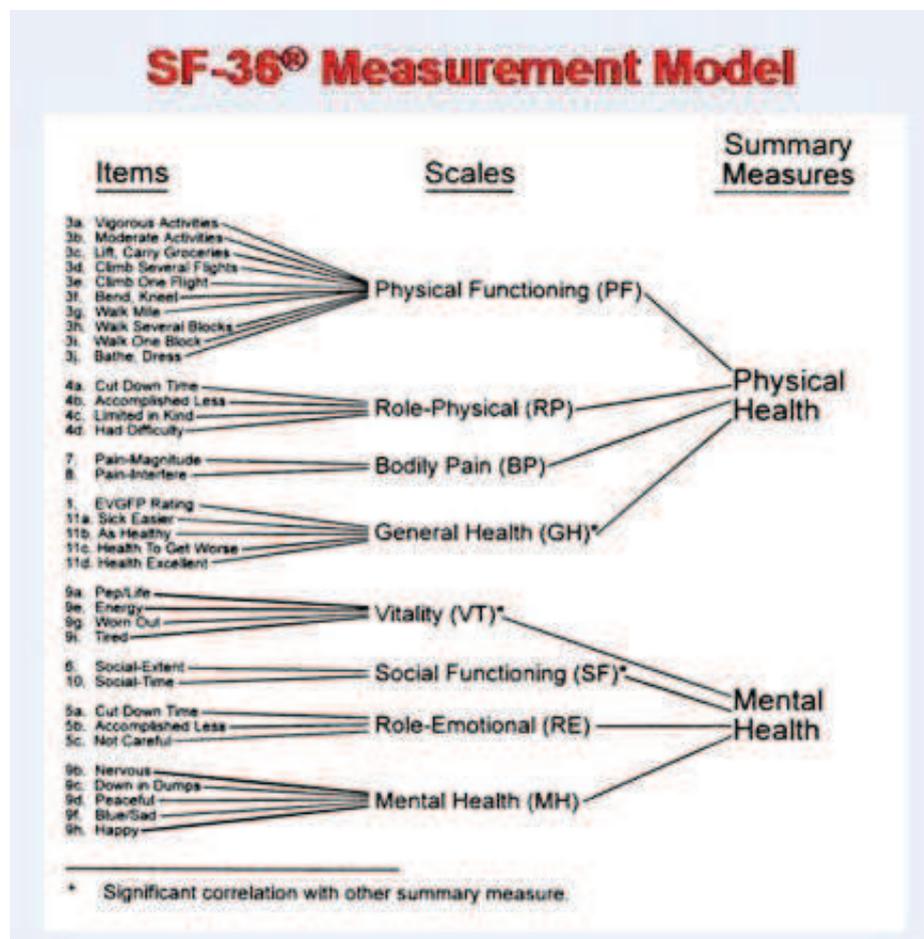
Tableau I : Différentes dimensions du SF-36 (d'après Leplège et al, 2001)

Nom des échelles (nombre d'items)	Symbole	Résumé du contenu
Activité physique (10)	PF	Mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés
Limitations dues à l'état physique (4)	RP	Mesure l'intensité de la gêne dans les activités quotidiennes, mesure les limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser
Douleurs physiques (2)	BP	Mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée
Santé perçue (5)	GH	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie
Vitalité (4)	VT	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue
Vie et relations avec les autres (2)	SF	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique
Santé psychique (5)	MH	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, émotion
Limitations dues à l'état psychique (3)	RE	Mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé
Évolution de la santé perçue (1)	HT	Évolution de la santé perçue comparée à un an avant

Un score moyen physique (PCS = Physical Composite Score) et un score moyen mental (MCS = Mental Composite Score) peuvent être calculés selon un algorithme établi.

Le SF-36 a été étudié dans de nombreuses populations et est considéré comme une échelle appropriée pour décrire la qualité de vie liée à la santé durant la grossesse.

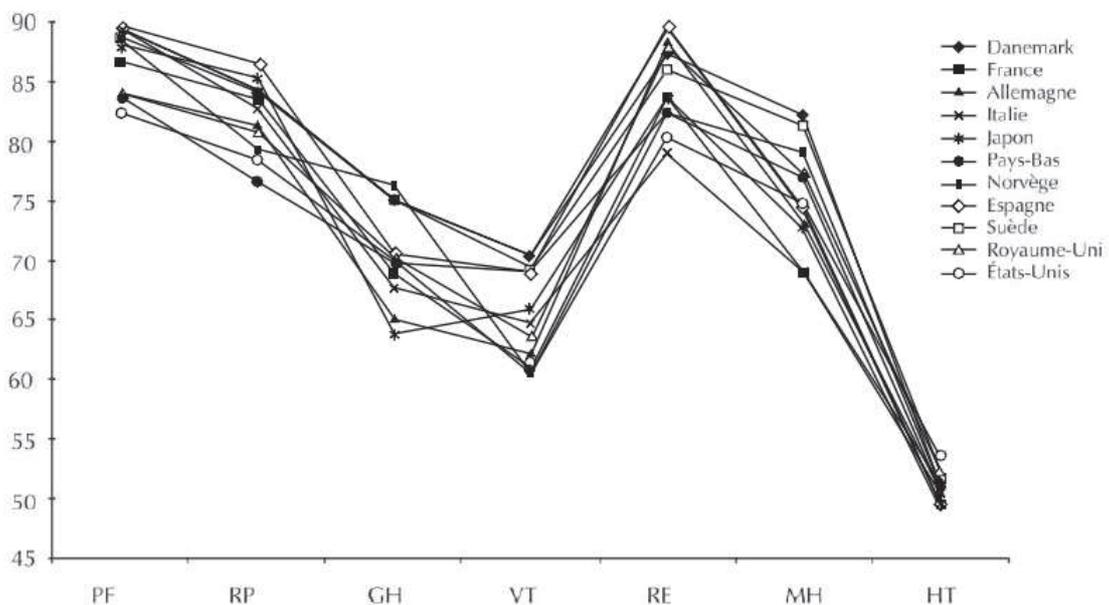
Figure 1 : Le SF-36 est composé de 36 items, 8 échelles, et 2 mesures (d'après <http://www.sf-36.org>)



Le Sf-36 est de loin l'instrument le plus utilisé. Il a été traduit et adapté dans plus de 40 pays. Des données standardisées ont été recueillies dans de nombreux pays. La

figure 2 présente les données de population générale dans onze pays ayant adapté le SF-36.

Figure 2 : Données de population générale du SF-36 pour 11 pays (GANDEK B, 1998)
PF : activité physique ; RP : limitations dues à l'état physique ; GH : santé perçue ; VT : vitalité ; RE : limitations dues à l'état psychique ; MH : santé psychique ; HT : évolution de la santé perçue



En annexe 1 figure le questionnaire du SF-36 traduit en français.

- Le WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life-Bref

Il s'agit d'une autre échelle standardisée d'auto-évaluation subjective. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire de 26 questions. Elle évalue la qualité de vie globale et la santé générale perçue. Ses résultats sont regroupés en 4 domaines : santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement.

En annexe 3 figure le questionnaire du WHOQOL-Bref traduit en français.

B. La grossesse en France

1. Quelques chiffres

Comme le tableau ci dessus le montre, il y a actuellement entre 810 000 et 830 000 naissances par an en France.

L'âge moyen à l'accouchement est de 30 ans.

Tableau II : Données épidémiologiques données par l'INSEE pour la France hors Mayotte (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

Année	Naissances vivantes	Taux de natalité pour 1000 habitants
2014	813000	12,3
2013	811510	12,4
2012	821047	12,6
2011	823394	12,7
2010	832799	12,9

2. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité

De grand progrès ont été faits ces trente dernières années sur le plan médical. La mortalité materno-fœtale a beaucoup diminué : la mortalité périnatale est passée de

35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances.

Cependant, très axés sur le modèle de santé biomédical, les professionnels de santé ont été amenés à surmédicaliser la grossesse et la naissance. En oubliant que c'est un état physiologique, l'accompagnement psychologique et humain a été négligé.

Le dernier plan « périnatalité » de 2005-2007 a donc incité à recentrer le parcours de la grossesse sur une prise en charge plus globale, plus humaine. Il a notamment créé l'entretien individuel du 4^{ème} mois ou entretien prénatal précoce comme un temps privilégié d'écoute et d'information des futurs parents. Il insiste sur une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance : l'expression des attentes des parents, de leurs besoins et des vulnérabilités éventuelles.

La qualité de vie durant la grossesse est devenue un composant essentiel de la santé qui élargit les préoccupations traditionnelles centrées sur la morbidité et l'espérance de vie.

3. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse

La place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse a augmenté ces dernières années. Ceci est en partie dû à la baisse du nombre de gynécologues médicaux en libéral.

D'après les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010, le médecin généraliste réalise la déclaration de grossesse pour 22,4 % des femmes. Cette proportion est plus importante chez les femmes défavorisées (30%). Dans 23,8% il a réalisé une partie du suivi de grossesse. (Blondel & Kermarrec, 2011)

Il joue donc un rôle non négligeable dans le suivi, la surveillance et le diagnostic anténatal au premier trimestre.

C. Conséquences de la santé mentale des femmes enceintes

Le mal-être des femmes pendant la grossesse a à la fois des conséquences obstétricales, un retentissement sur leur moral en post-partum, et des conséquences sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Les émotions maternelles influencent le développement du fœtus. Il est actuellement bien décrit que les complications durant la grossesse et même les pathologies néonatales peuvent être liées à des problèmes psychologiques. Fausses-couches spontanées, menaces d'accouchement prématuré, petits poids de naissance, pré éclampsie peuvent être induits par l'anxiété maternelle. (Da Costa D, 2010) (Badr LK, 2005) (Arck PC, 2001)

Jusqu'à 10% des femmes enceintes souffrent de dépression durant la grossesse. On a pu prouver que cette dépression était un facteur prédictif de dépression du post-partum (Neter E, 1995).

Enfin, on a montré un lien statistique entre les perturbations émotionnelles comme le stress et la dépression durant la grossesse d'une part, et les problèmes

comportementaux et relationnels chez l'enfant d'autre part (O'Connor TG, 2002)
(Ibanez, 2014).

III. Méthode

A. Type d'étude, objectifs

Cette étude a consisté en une revue systématique de la littérature. En fonction de paramètres prédéfinis, des articles pertinents en rapport avec le sujet ont été sélectionnés parmi les résultats donnés par des équations de recherche au sein de la base de données MEDLINE.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le bien-être et la qualité de vie des femmes enceintes dans des pays développés.

L'objectif secondaire était de décrire les facteurs associés au bien-être et à la qualité de vie des femmes enceintes.

B. Sélection des articles

La recherche a été effectuée sur la base de données médicale MEDLINE. Les mots-clefs utilisés sont les traductions anglaises des mots français « qualité de vie » et « grossesse ».

Une première sélection a été faite sur la lecture des titres puis une deuxième sur la lecture des résumés et enfin une dernière sur la lecture de l'article en entier. Les publications « reliées » aux articles sélectionnés ont également été examinées.

1. Les équations de recherche

Plusieurs équations de recherche ont été utilisées pour interroger la base MEDLINE via pubmed.

Nous avons effectué la première partie de la recherche en utilisant les termes Mesh. La qualité de vie est un terme MeSH existant depuis 1977.

Equation de recherche 1 : "Quality of life"[Mesh] AND "Pregnancy"[Mesh]

Le « bien-être » (Well-being), l'estime de soi, ne sont pas des termes MeSH. Cependant, il nous a paru utile d'effectuer une recherche en utilisant ces mots-clefs afin de pouvoir retrouver certains articles traitant de la qualité de vie sans l'énoncer comme telle.

Nous avons effectué cette nouvelle recherche via l'outil de recherche « Single Citation Matcher », en recherchant ces mots-clefs dans le titre.

Equation de recherche 2 : « Pregnancy »[Title] AND « well-being » [Title]

Equation de recherche 3 : « Pregnancy » [Title] AND « self esteem » [Title]

Equation de recherche 4 : « Pregnancy » [Title] AND « satisfaction » [Title]

2. Recherche complémentaire

Lors de l'affichage des résultats de recherche sur pubmed, la section « find related data » affiche des références d'autres articles en lien avec les articles retrouvés.

Nous avons donc examiné les articles apparaissant dans cette section et sélectionné ceux pertinents.

Nous avons également effectué une recherche manuelle par l'analyse de la bibliographie de l'ensemble des articles retenus pour compléter nos données.

3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion comprenaient les articles écrits en anglais dont l'objectif principal était de décrire le bien-être des femmes durant la grossesse ou de rechercher les facteurs influençant leur qualité de vie.

Nous n'avons considéré que les articles portant sur une étude originale.

Les pays développés ont été choisis comme base d'étude dans un souci d'uniformité des situations épidémiologiques.

Pour définir la liste des pays de développement comparable à la France, les pays ayant un indice de développement humain (IDH) supérieur à 0,7 ont été retenus. Cette valeur seuil d'IDH permet de sélectionner les pays ayant un IDH élevé ou très élevé. La liste donnée par l'Organisation des Nations Unis (ONU) est disponible en ligne. (Malik, 2015)

4. Critères d'exclusion

Les études ne comportant pas de mesures de qualité de vie par une échelle générique ou spécifique étaient exclues d'office. Ceci implique que les études ayant exploré la qualité de vie ou de bien-être via une question unique ont été exclues.

Les études portant sur des populations spécifiques (femmes ayant une maladie chronique ou une grossesse compliquée) ont également été exclues de l'analyse.

Nous avons choisi de ne pas fixer de critères d'exclusion concernant la période de publication, la mesure de la qualité de vie étant un paramètre étudié depuis peu.

C. Qualité des articles

Pour chaque article, on a utilisé une grille de lecture afin d'établir un score méthodologique. Les lignes directrices STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) ont été créées pour écrire et lire les études observationnelles (suivi de cohorte, études cas-témoins, études transversales). Elles permettent de standardiser le contenu des articles de type observationnel. Elles servent à la fois de grille d'évaluation pour permettre une lecture critique de l'article publié et à la fois d'en améliorer la rédaction. On a donc établi un score méthodologique coté sur 22 points à partir de ces lignes directrices.

Les lignes directrices STROBE figurent en annexe 4.

D. Analyse statistique

Afin de pouvoir comparer les études entre elles, nous avons organisé les résultats selon leur réponse aux objectifs de l'étude :

- Les études décrivant la qualité de vie des femmes enceintes
- Les études étudiant les facteurs associés à la qualité de vie des femmes enceintes

Pour les études en lien avec l'objectif principal, la classification a été effectuée en fonction de l'échelle de qualité de vie utilisée, afin de faciliter les comparaisons, puis par ordre alphabétique d'auteur. Les échelles mesurant le bien-être et la satisfaction de la vie ont été regroupées à la fin du tableau V.

Lorsque l'étude portait sur une comparaison entre deux échelles de qualité de vie, nous avons retenu uniquement l'échelle servant de Gold Standard.

Dans le cas des études cas-témoin, pour étudier la qualité de vie des femmes enceintes, nous avons retenu le groupe « témoins » comme le plus représentatif de la population générale, considérant que l'ensemble des sujets de l'étude « cas-témoin » aurait entraîné un biais de sélection trop important.

Pour les études en lien avec l'objectif secondaire, la classification a été effectuée selon le domaine des facteurs étudiés influençant la qualité de vie (physique, psychique, sociodémographique), puis par ordre alphabétique d'auteur.

IV. Résultats

A. Sélection des articles

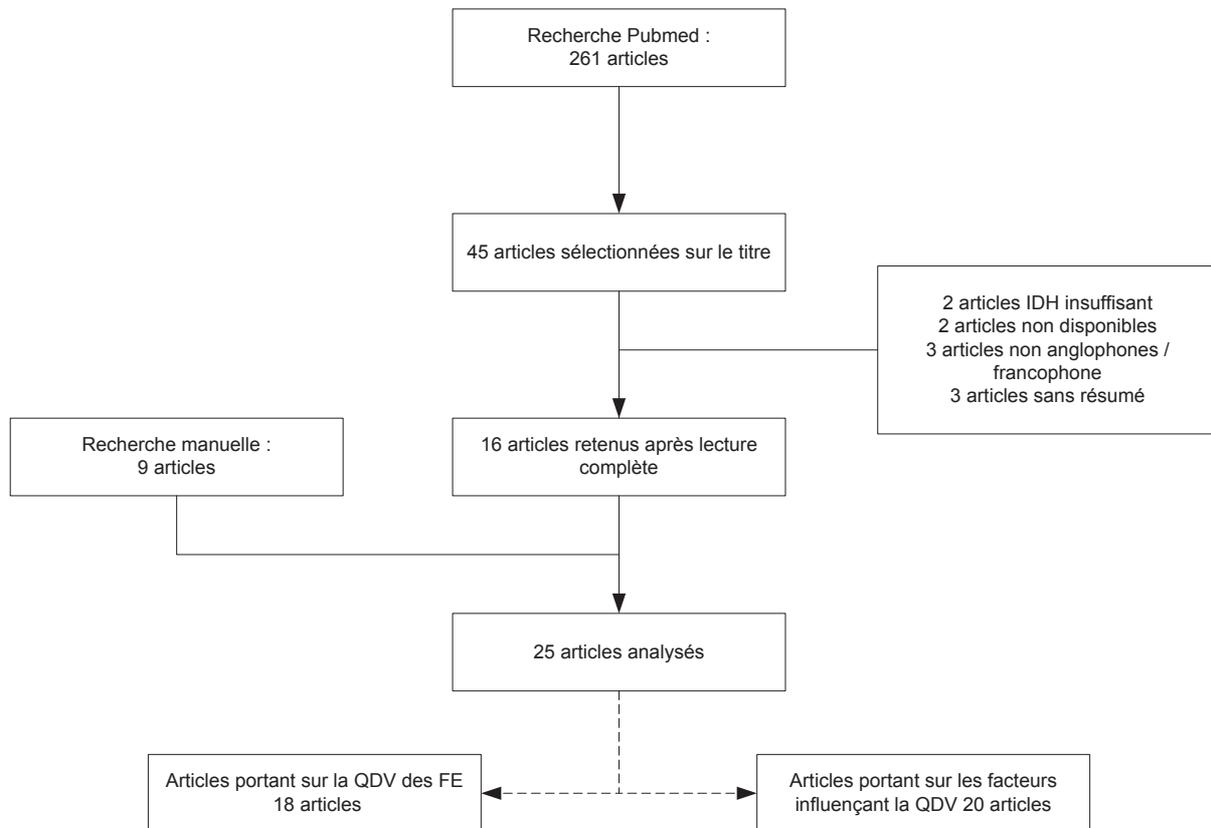
La sélection des articles a été décrite dans la figure 3. Sur les 261 articles initialement retrouvés, 25 ont été sélectionnés pour notre analyse.

11 articles ont été obtenus via l'équation de recherche "Quality of life"[Mesh] AND "Pregnancy"[Mesh].

5 articles ont été obtenus via l'équation de recherche « Pregnancy »[Title] AND « well-being » [Title]

Aucun article n'a été retenu via l'équation de recherche « Pregnancy » [Title] AND « satisfaction » [Title] ni via l'équation de recherche « Pregnancy » [Title] AND « self esteem » [Title].

Figure 3 : Organigramme de sélection des études (QDV : Qualité de vie ; FE : Femmes enceintes ; IDH : Indice de Développement Humain)



B. Caractéristiques des articles retenus

Les études ont été menées dans différents pays :

-Canada : 4 articles (Zacharia, 1994) (Vinturache, 2015) (Mota & al, 2008) (Da Costa & al, 2010)

-USA : 4 articles (Jennifer & al, 2005) (Liu & al, 2013) (Setse & al, 2009) (Haas & al, 2005)

-Chine : 2 articles (Chan & al, 2010) (Lau & Yin, 2011)

-Iran : 2 articles (Abbasi & al, 2014) (Shishehgar & al, 2014)

-Norvège: 2 articles (Dyrdal & al, 2011) (Johannessen & al, 2014)

- Taiwan : 2 articles (Chang & al, 2014) (Wang & al, 2013)
- Allemagne : 1 article (Elsenbruch & al, 2007)
- Australie : 1 article (Goodwin & al, 2000)
- Italie : 1 article (De Pascalis & al, 2012)
- Japon : 1 article (Nakamura & al, 2012)
- République tchèque : 1 article (Vachkova & al, 2013)
- Royaume-Uni : 1 article (Jommen & Martin, 2005)
- Suède : 1 article (Sjöström & al, 2004)
- Suisse : 1 article (Koletzko & al, 2015)
- Turquie : 1 article (Kisa & al, 2014)

C. Qualité de vie des femmes enceintes :

1. Caractéristiques des textes sélectionnés :

Les articles sélectionnés en lien avec l'objectif principal sont parus entre 1994 et 2015. Les échantillons de femmes enceintes inclus étaient compris entre 115 et 67355 femmes incluses.

Concernant le design des études choisies, sept étaient des études transversales (Chan & al, 2010) (Da Costa & al, 2010) (Jomeen & Martin, 2005) (Mota & al, 2008) (Shishehgar & al, 2014) (Zacharia, 1994) (Kisa & al, 2014) ; une étude était de type cas-témoins (Nakamura & al, 2012) ; dix études étaient de type longitudinale de cohorte (Abbasi & al, 2014) (Chang SR, 2009) (De Pascalis & al, 2012) (Dyrdal & al,

2011) (Eisenbruch & al, 2007) (Haas & al, 2005) (Sjöström & al, 2004) (Vinturache, 2015) (Vachkova & al, 2013) (Wang & al, 2013).

En ce qui concerne le trimestre de grossesse, six études portaient sur le 1^{er} trimestre ; sept études portaient sur le deuxième trimestre ; dix études portaient sur le 3^{ème} trimestre ; deux études portaient sur la grossesse en globalité.

Pour mesurer la qualité de vie, neuf études ont utilisé la SF-36, trois études ont utilisé le SF-12, deux études la WHOQOL Bref, une étude le Health Index, une autre le Duke Health Profile, une étude le Sexual Quality of life Questionnaire female. Le bien-être a été mesuré dans une étude par le General Well-Being. La satisfaction de la vie a été mesurée par le Satisfaction With Life Scale.

La qualité méthodologique a été cotée de 11 à 20 parmi les articles sélectionnés.

2. Présentation des résultats

Nous avons d'abord présenté l'ensemble des résultats répondant à l'objectif principal sur le tableau III.

Tableau III : Qualité de vie des femmes enceintes

Auteur, Année, Référence	Objectif de l'étude	Type d'étude	Population étudiée	Taille de l'échantillon	Taux de réponse	Echelle de QDV utilisée, score maximum	Résultats principaux	Qualité méthodologique: STROBE Statement /22
Chan OK et al. (2010) Chine	Etudier la prévalence des nausées et des vomissements durant la grossesse, leur degré de sévérité et leur relation avec la QDV	Etude transversale	FE entre 10 et 14 SG attendant pour des soins anténataux dans une service d'obstétrique universitaire de Hong Kong, de décembre 2006 à février 2007	418	94,70%	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36), Score maximum=100	Valeurs non données Comparées à la population générale, les FE de l'étude présente en moyenne des scores de QDV statistiquement plus bas ($p<0,001$), excepté pour la santé générale ($p=0,1$).	17
Chang et al. (2014) Taiwan	Etudier les changements de QDV en terme de santé durant la grossesse durant 3 périodes (Pré-grossesse au début de grossesse T1; au milieu de grossesse T2; et milieu à la fin de la grossesse T3), rechercher un lien entre le stade de la grossesse, les facteurs obstétricaux et la QDV	Etude longitudinale de cohorte (1er, 2ème et 3ème trimestres)	FE d'un centre médical de Taipei, ≤ 16 SG, recrutées entre 2009 et 2010 de façon consécutive	410	83,30%	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36), Score maximum=100	Avant la grossesse: PCS=61,95; MCS=58,47 ; PF=73,35 ; RP=41,43 ; BP=81,30 ; GH=63,90 ; VT=49,63 ; SF=70,59 ; RE=61,86 ; MH=65,59 T1 : PCS = 61; MCS=58 ; PF=73 ; RP=42 ; BP=62 ; GH=64,5 ; VT=49 ; SF=71 ; RE=62,5 ; MH=65,5 T2: PCS=55; MCS=62; PF=63; RP=36,5; BP=55; GH =66,5; VT =50,5; SF =70; RE =61; MH =66 T3 : PCS=47,5 ; MCS= 66 ; PF=63 ; RP=31 , BP =48 ; GH =68 ; VT=51,5 , SF=69 ; RE=59,5 ; MH =67 La QDV sur le plan physique décroît tout au long de la grossesse: diminution du PCS et de l'activité physique ($p<0,001$). La QDV sur le plan mental s'améliore durant la grossesse: augmentation de la MCS et vitalité entre le 1er et le 2nd trimestre ($p<0,001$), pas de changement entre le 2nd et le 3ème trimestre de grossesse. Les scores de fonctionnement social et limitations liées à la santé mentale augmentent entre le début et le milieu de grossesse ($p<0,001$, $p=0,03$) mais diminuent du milieu à la fin de la grossesse ($p<0,001$, $p=0,001$). Les scores de PCS, MSC, MSC et les 8 domaines de la SF36 étaient plus bas en début de grossesse que avant la grossesse ($p<0,001$).	19
Da Costa D et al. (2009) Canada	Evaluer la QDV durant la grossesse et identifier les déterminants influant sur celle-ci	Etude transversale	FE recrutées au 3ème trimestre (28/40 SG) dans des cabinets de gynécologie-obstétriques affiliés au McGill University Health Centre et à département d'échographie du Jewish General Hospital (JGH) à	245	66,60%	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36), Score maximum=100	PF = 56,7; RP = 37,0; BP = 61,7; GH = 78,1; VT = 49,5; SF = 74,2; RE = 75,2; MH = 74,2. Les FE au 3ème trimestre avaient des scores de QDV significativement plus bas sur 5 dimensions de la SF36: activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, vitalité, et fonctionnement social comparées aux femmes canadiennes du même âge ($p<0,05$)	17

Nakamura Y. et al. (2012) Japon	Explorer la QDV des femmes enceintes hospitalisées comparées aux patientes suivies en ambulatoire, et aux jeunes femmes japonaises non enceintes	Enquête transversale, Cas-témoins	FE venant de 46 centres d'obstétriques ambulatoires au Japon, patientes hospitalisées après 22SG et patientes en ambulatoire du 2nd et 3ème trimestres; entre mars et décembre 2009	1261; 692 femmes finalement incluses	66,10%	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36) Version 2, Score maximum=100	<p>Patientes ambulatoires: BP=61,0; GH=70,9; VT=56,7; SF=71,2; RE=73,5; MH=69,6;</p> <p>Les FE en ambulatoires ont des scores de QDV plus bas que les femmes non enceintes au Japon pour les douleurs physiques, le fonctionnement social, et les limitations liées à la santé mentale, mais un score plus haut sur le plan de la santé générale. (p<0,001)</p>	16
Eisenbruch S. et al. (2006) Allemagne	Etudier les effets du soutien social durant la grossesse sur les symptômes dépressifs, la QDV, les conséquences sur la grossesse	Etude transversale, et prospective	FE au 1er trimestre entre 4 et 12 SG, suivies à l'hôpital "Charité" à Berlin, et dans 100 cabinets d'obstétriques privés de Berlin, entre 2002 et 2004	978	91,60%	Medical Outcomes Study, Short Form 12 (SF-12), Score maximum=100	<p>Valeurs non données</p> <p>Les FE des 3 groupes de soutien social avaient QDV réduite sur le plan physique comparées aux femmes allemandes du même âge (p<0,001)</p>	19
Mota N. et al. (2008) Canada	Examiner la prévalence des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des abus de substance, comparer la HRQOL pour les femmes actuellement enceintes, (FE), les femmes enceintes l'an passé (PY) et femmes non enceintes (NP)	Etude transversale nichée dans une étude transversale répétée	Femmes âgées de 18 à 44 ans faisant parties de l'étude NESARC conduite entre 2001 et 2002	12056	81,20%	Medical Outcomes Study, Short Form 12 (SF-12), Score maximum=100	<p>FE: Score mental=52,36 ; Score physique=50,51 PY: Score mental=50,47 ; Score physique=53,85 NP: Score mental=51,41 ; Score physique=53,82</p> <p>FE /NP ont un score de QDV mentale plus élevée que les PY, FE ont un score de QDV sur le plan physique plus bas que PY</p>	19
Vinturache A. et al. (2015) Canada	Etudier les effets du mode de conception (AC: PMA et SC: conception spontanée) sur la QDV liée à la santé pendant la grossesse et au post-partum	Etude longitudinale de cohorte (<25SG; 34-36SG; 4 mois de post partum) au sein de la "All Our Babies study"	FE recrutées pour la "All Our Babies study", avant 25SG, au sein de cabinets de soins primaires, via des affiches communautaires, et à travers un laboratoire de santé publique de la ville de mai 2008 à Décembre 2010 à Calgary	3388	99% initialement	Medical Outcomes Study, Short Form 12 (SF-12), Score maximum=100	<p>FE avant conçu spontanément: T2: PCS=50,31; MCS=51,08; T3: PCS=44,73; MCS=54,21; PP: PCS=54,38; MCS=51,47</p> <p>Tous les scores de QDV tout au long de la grossesse étaient au dessous d'une déviation standard (10 points) de la moyenne qui est de 50.</p>	18

Shishehgar S. et al. (2014) Iran	Décrire l'impact de la QDV sur le stress durant la grossesse	Enquête transversale	FE des 3 trimestres de grossesse, d'août à octobre 2012, suivies à l'hôpital de Shahyar	210	Inconnu	WHO-QOL-BREF Questionnaires, Score maximum=100	Le score moyen de QDV était de 64.4 ± 11.3; Soit une qualité de vie moyenne.	15
Vachkova E et al. (2013) République Tchèque	Valider une nouvelle échelle spécifique d'évaluation de QDV chez les FE en observant les résultats des 2 échelles et en les comparant.	Etude longitudinale et évaluation d'un test diagnostic	FE au 1er trimestre avant 16SG consultant auprès de gynécologues privés de la ville de Hradec Kralove	225	90,60%	WHO-QOL-BREF Questionnaires, Score maximum= ? (habituellement normalisé sur 100)	Santé physique: T1=3.81, T2=3.83, T3=3.45 Psychologique: T1=3.96, T2=3.91, T3=3.97 Relations sociales: T1=4.17, T2=4.07, T3=3.96, Environnement: T1=3.88, T2=3.85, T3=3.82 L'évaluation de la QDV globale et la satisfaction en rapport avec l'état de santé ne change pas mais la QDV liée aux relations sociales (p<0,05) et l'environnement (p<0,05) tend à diminuer.	11
Sjöström H. et al. (2004) Suède	Décrire la perception de bien être des FE durant la grossesse et en PP et explorer le lien avec leur sens de la cohérence	Etude longitudinale (10-12 SG; 34-36 SG; 8 semaines en PP)	FE de 4 services de gynécologies obstétriques de la banlieue de Stockholm, incluses de façon consécutive	177	67,80%	Etat de santé: the Health Index (HI) Sous-échelles sur 4 Score total maximum=36	T1 : Energie=2.8; Humeur=3.2 ; Asthénie=2.25 ; Solitude=3.6 ; Sommeil=3.4 ; Vertiges=3.5 ; Confort intestinal=3.15 ; Douleur=3.4 ; Mobilité=3.9 ; total = 28.5, T3 : Energie=2.8 ; Humeur=3.2 ; Asthénie=2.3 ; Solitude=3.5 ; Sommeil=2.75 ; Vertiges=3.4 ; Confort intestinal=3.2 ; Douleur=2.8 ; Mobilité=3.1 ; total= 26.8, PP : Energie=3.1 ; Humeur=3.2 ; Asthénie=2.5 ; Solitude=3.4 ; Sommeil=3.1 ; Vertiges=3.5 ; Confort intestinal=3.5 ; Douleur=3.3 ; Mobilité=3.9 ; total= 28.8 Leur bien-être était moins bien à 34–36SG qu'à 10–12SG et 8 semaines après l'accouchement (p<0,001). Au 3ème trimestre, les FE avaient des scores de QDV plus bas que la population de référence (29.; p<0,01).	16
Wang P et al. (2013) Taiwan	Evaluer la QDV durant et après la grossesse; déterminer le lien entre la QDV prénatale d'une part et les naissances prématurées et les hypotrophies à la naissance d'autre part	Etude longitudinale de cohorte (25-29SG T3a, 30-34 SG T3b, après 34SG T3c, 4 à 6 semaines en post-partum PP)	FE recrutées après 24 SG attendant pour une consultation anténatale dans un hôpital de Chiayi, de février 2010 à Octobre 2011	265	78,86%	Duke Health Profile (DUKE) Score maximum=100	Perception de santé physique: T3a = 59,55 ; T3b = 55,84; T3c = 50,77; PP = 70,00 Perception de santé mentale : T3a = 68,99 ; T3b = 70,41; T3c = 69,28; PP = 69,60 Perception de santé sociale : T3a = 65,20 ; T3b = 64,87; PP = 60,25 La QDV sur le plan physique diminue au cours du 3ème trimestre (p<0,001), et s'améliore en PP. Stabilité de la composante mentale durant la grossesse. (NS) Pour la santé sociale: variation entre T3a et PP : p<0,001 Pour la santé générale: Sur le plan de la santé générale: la QDV diminuait au cours du 3ème trimestre. la proportion de FE rapportant une mauvaise santé générale (score de 0 à 50) augmente de 15,5% à 20,1% et à 26,9% puis diminue à 21% en PP.	20

Kisa S et al. (2014) Turquie	Examiner l'impact de la vie sexuelle sur les ajustements conjugaux	Etude transversale	FE entre 30 et 40 SG, dans le service d'obstétrique de l'hôpital public de la région de Gaziantep entre le 1er Décembre 2011, et le 30 Janvier 2011	769	78,90%	Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F) Score maximum=100	La médiane du score total SQLQ était de 35.5/100, la médiane du score MAS (Marital Adjustment Scale) était de 41.	17
Zacharia R. (1994) Canada	Explorer l'impact de l'attachement mère-fille et mari-femme et le support social sur le bien-être psychologique des femmes enceintes durant la grossesse	Etude transversale	FE recrutées au cours de séances de préparation à l'accouchement, à partir de 28SG	115	95%	General Well-being Schedule (GWB) Score maximum=110	Une détresse importante étaient expérimentée par 11,3% des FE (score de bien-être psychologique entre 0 et 60); Une détresse modérée par 9,6% (score entre 61 et 72) et un bien être positif par 79,1% (score entre 73 et 110);	15
Dyrdal GM et al. (2011) Norvège	Etudier la satisfaction des femmes durant la grossesse et le post partum; étudier la relation entre satisfaction de vie (LS) et la satisfaction relationnelle (RS) à travers le temps	Etude longitudinale, cohorte au sein de la MoBa (18SG, 22SG, 30SG, PP 6 mois, 18 mois, 36 mois)	FE participant l'étude de cohorte MoBa (Norwegian Mother and Child Cohort Study), entre 1999 et 2005, avec 100000 FE recrutées par courrier au moment de l'échographie de 18SG	67355	92-95%, PP: 87% puis 77%	Satisfaction With Life Scale (SWLS) Score maximum=7	Life satisfaction: T2= 5.62, T3 = 5.70, PP1 = 5.73, PP3 = 5.42. Leur satisfaction concernant la vie augmentée durant la grossesse et en PP (t (49,817) = 20.02, p<0.001);	17

Liste des abréviations : FE: Femmes enceintes ; QDV: Qualité de vie ; SG: semaines de grossesse ; PCS: Physical Component Summary ; MCS: Mental Component Summary ; T1 : Premier trimestre ; T2 : Deuxième trimestre ; T3 : Troisième trimestre ; PP : Post-partum. PF : pour « Physical Functioning » soit l'activité physique ; RP : « Role-Physical » pour les limitations dues à l'état physique ; BP : « Bodily Pain » pour la douleur physique ; GH : « General Health » pour la santé générale perçue ; VT : « Vitality » pour la vitalité vitalité ; SF : « Social Functioning » pour le fonctionnement social; RE : « Role-Emotional » pour les limitations dues à l'état psychique ; MH : « Mental Health » pour la santé psychique.

3. Commentaires sur les résultats

a) *Modification de qualité de vie par rapport aux femmes non enceintes*

Plusieurs études rapportaient des qualités de vie plus basses au cours de la grossesse que dans la période précédant la grossesse (Chan & al, 2010). Certaines études précisait une baisse concernant la composante physique, et un maintien voir une augmentation de la composante mentale par rapport à la période préconceptionnelle (Chang SR, 2009).

Plusieurs études ont comparé leurs résultats obtenus pour la qualité de vie aux résultats de la population générale comparable. Les femmes enceintes présentaient des scores de qualité de vie plus bas, surtout sur la composante physique, mais une santé générale conservée (Da Costa D, 2010) (Nakamura & al, 2012) (Elsenbruch & al, 2007) (Sjöström & al, 2004).

Sur les histogrammes ci-dessous, nous avons présenté les résultats des deux études qui comparaient de façon chiffrée leurs résultats obtenus aux valeurs de référence de la population générale.

Figure 4 : Qualité de vie mesurée par le SF-36 au Canada

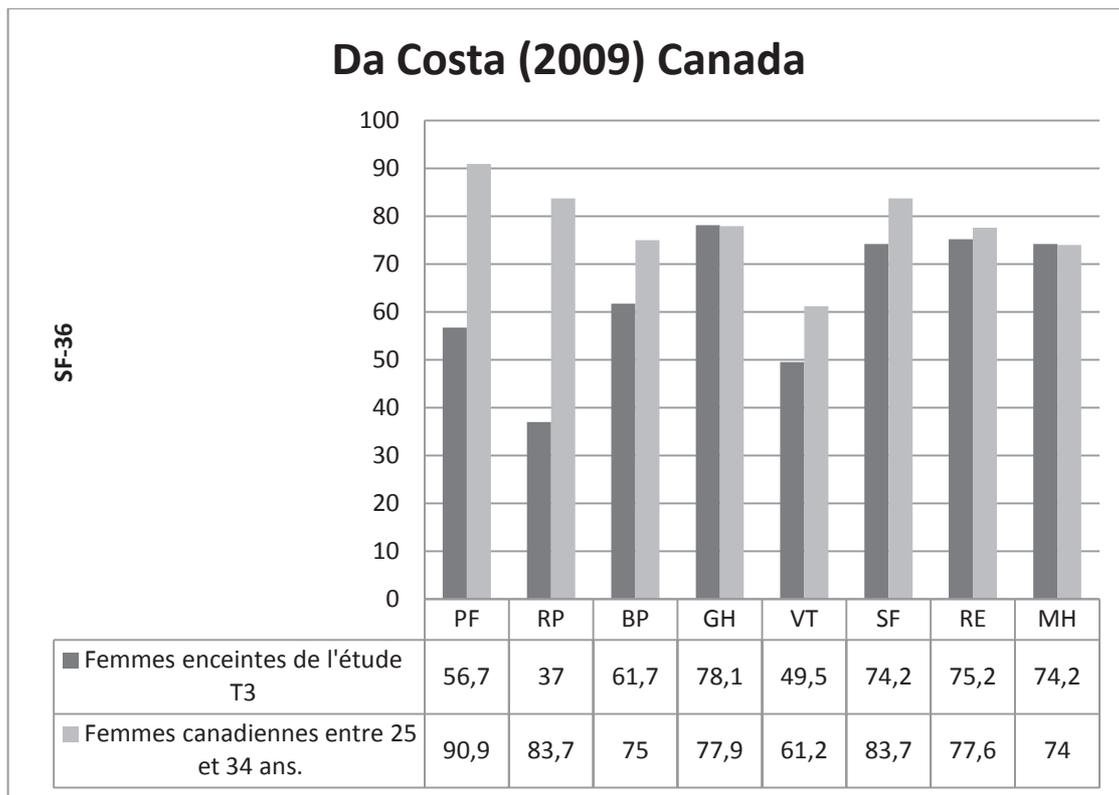
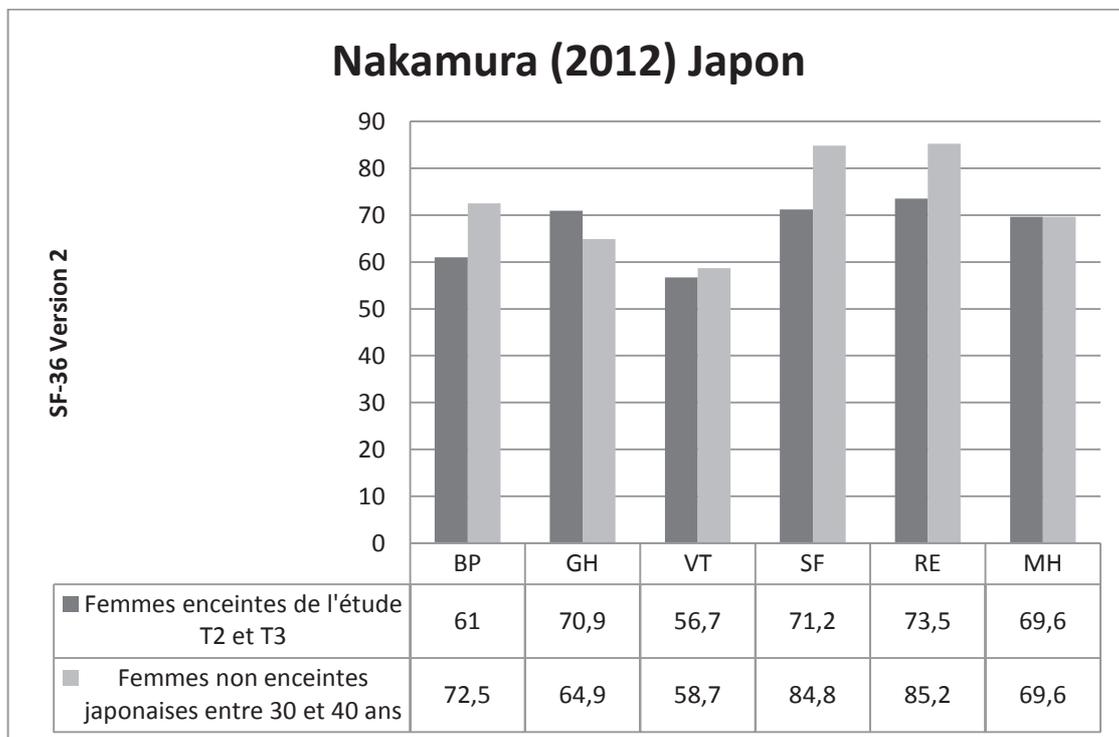


Figure 5 : Qualité de vie mesurée par le SF-36 Version 2 au Japon

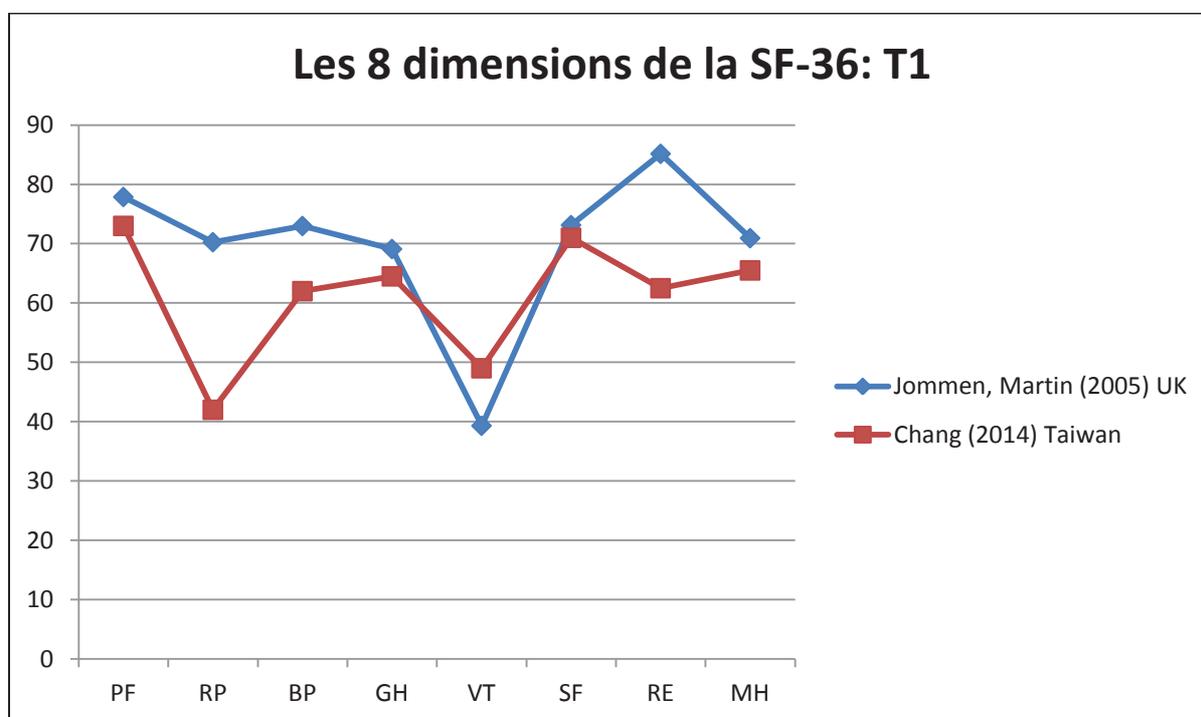


b) **Variation de la qualité de vie des femmes enceintes selon les trimestres**

(1) Valeurs des 8 dimensions du SF-36

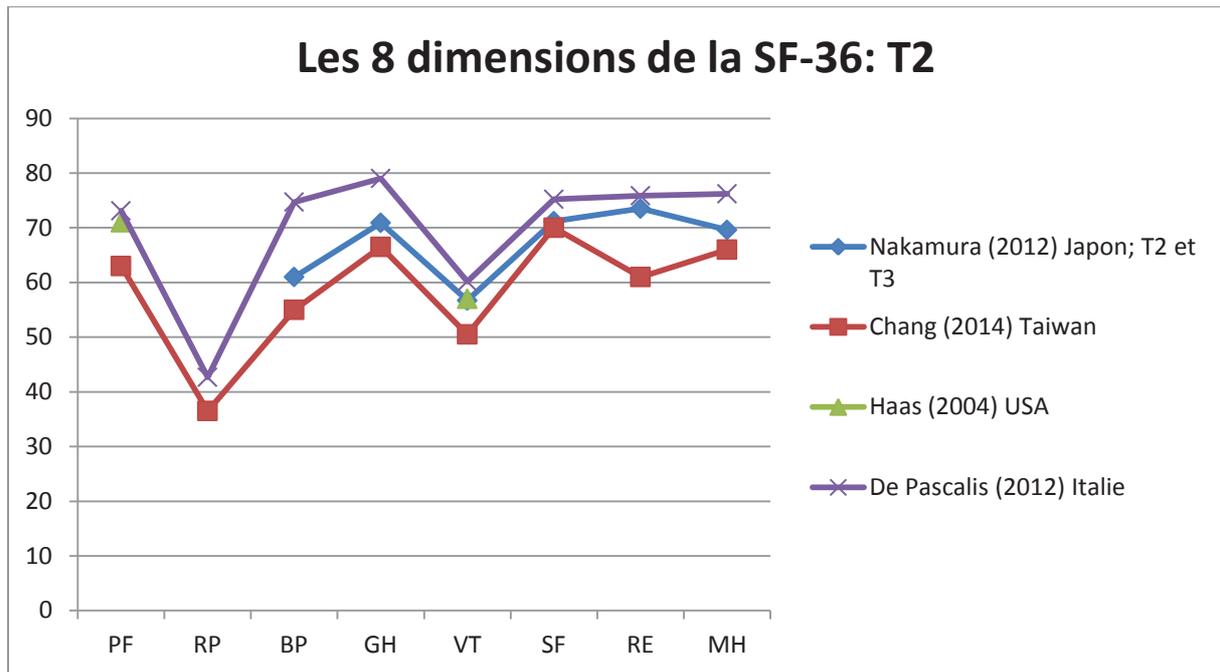
Trois tableaux ont été réalisés montrant les scores de SF-36 selon les trimestres. Seulement deux études donnaient les valeurs des scores du SF-36 au trimestre 1 (figure 6) ; quatre études donnaient les valeurs du SF-36 au trimestre 2 (figure 7) ; cinq études donnaient les valeurs au trimestre 3 (figure 3).

Figure 6 : Qualité de vie mesurée par le SF-36 au 1^{er} trimestre



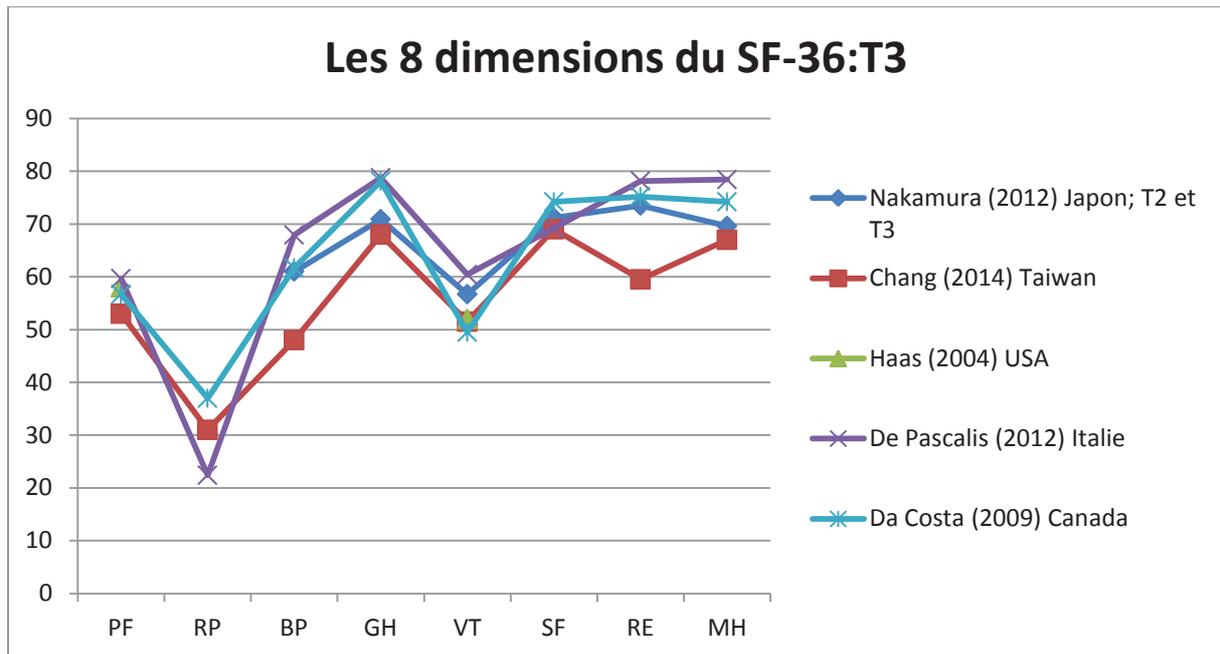
Au premier trimestre, on retrouvait des valeurs basses de façon homogène pour la vitalité entre 39 et 49. On observait des variations fortes d'un domaine à l'autre entre les deux pays. Les valeurs du RP (limitations dues à l'état physique) variaient de 42 à 70. Les valeurs du RE (limitations dues à l'état psychique) étaient aussi très différentes avec des variations entre 62 et 85.

Figure 7 : Qualité de vie mesurée par le SF-36 au 2nd trimestre



Pour les figures au 2nd et 3^{ème} trimestre, les valeurs étaient plus homogènes. Au deuxième trimestre, les valeurs les plus basses étaient également celles du RP (limitations dues à l'état physique), qui étaient de 36 et 42, et du VT (vitalité) qui étaient comprises entre 50 et 60. Les valeurs les plus élevées concernaient le BP (douleur physique), le GH (santé générale), le MH (santé psychique) avec des valeurs comprises entre 65 et 80.

Figure 8 : Qualité de vie mesurée par le SF-36 au 3ème trimestre



Au troisième trimestre, on constate une chute des valeurs du PF (activité physique) avec des valeurs entre 50 et 60, de celles du RP (limitations dues à l'état physique) comprises entre 22 et 37, et de celles du BP (douleur physique) comprises entre 48 et 67. La VT (vitalité) était également en baisse, avec des valeurs comprises entre 50 et 60. Les paramètres GH (santé générale), SF (fonctionnement social), RE (limitations dues à l'état psychique), MH (santé psychique) présentaient les valeurs les plus élevées entre 60 et 80.

Les scores de fonctionnement social du SF-36 diminuaient, surtout en fin de grossesse (Vachkova & al, 2013). On a retrouvé également une baisse de la qualité de vie sociale sur l'échelle de DUKE dans l'étude de Wang *et al.* (Wang & al, 2013).

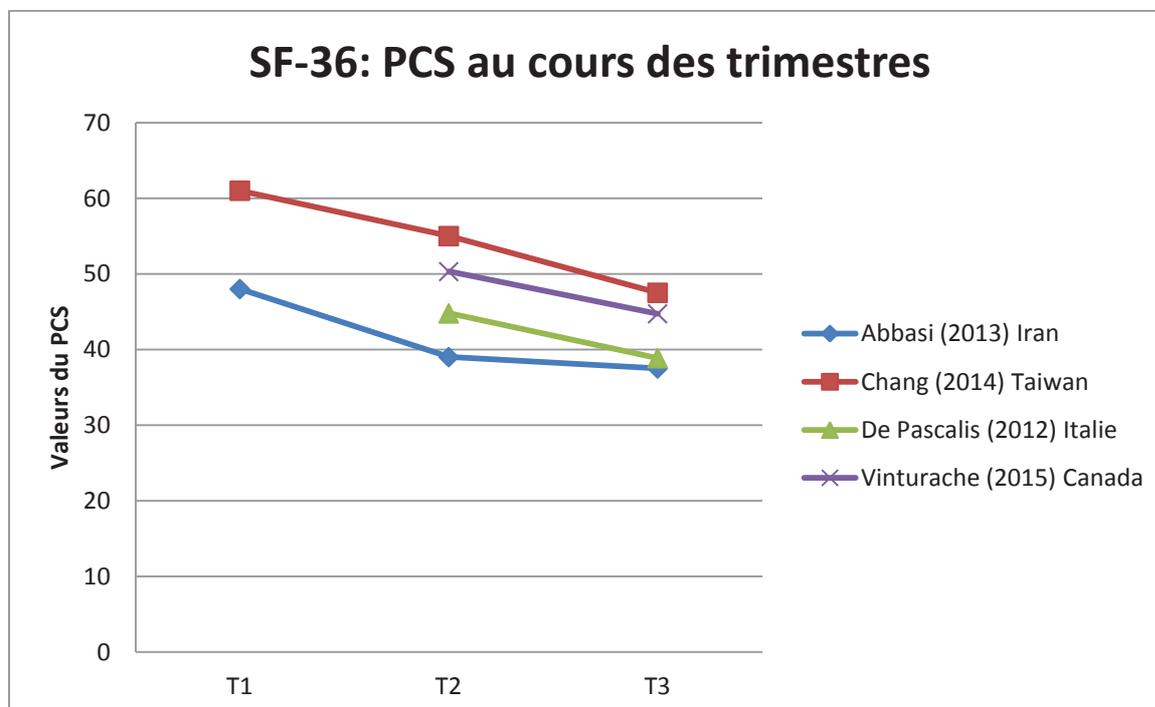
(2) Sur le plan physique :

La santé physique est reflétée par le score composite du PCS (Physical Summary Scale) et par les échelles PF : pour « Physical Functioning » soit l'activité physique ; RP : "Role-Physical" pour les limitations dues à l'état physique ; BP : « Bodily Pain » pour la douleur physique ; GH : « General Health » pour la santé générale perçue.

On observe des variations importantes des PCS au cours des trimestres. Les valeurs des variables s'étendaient :

- Au 1^{er} trimestre: valeur minimale 48, valeur maximale 61 ;
- Au 2nd trimestre : valeur minimale 39, valeur maximale 55 ;
- Au 3^{ème} trimestre : valeur minimale 37.5, valeur maximale 47.5.

Figure 9 : Valeurs du PCS du SF-36 au cours de la grossesse



Les résultats des études présentés ci-dessus indiquaient une décroissance de la qualité de vie sur le plan physique tout au long de la grossesse.

En faisant le parallèle avec les valeurs des dimensions du SF-36, la décroissance du PCS était liée à la diminution de l'activité physique, aux limitations du fonctionnement lié à la santé physique et à la douleur physique. La santé générale (GH) restait bonne tout au long de la grossesse (Wang & al, 2013).

Si on raisonne en termes de prévalence, l'étude de Haas de 2005 montrait une augmentation des femmes enceintes avec une qualité de vie basse sur le plan physique durant la grossesse : 9% des femmes de l'étude au deuxième trimestre, puis 13% au troisième trimestre (Haas & al, 2005). La proportion de femmes rapportant une mauvaise santé générale (score de 0 à 50) augmentait de 15,5% à 20,1% et à 26,9% puis diminuait à 21% en PP (Wang & al, 2013).

L'étude de Sjöström *et al.* montrait également une diminution nette du bien-être au troisième trimestre par rapport au 1^{er} trimestre avec une diminution du sommeil, et une augmentation des douleurs (Sjöström & al, 2004).

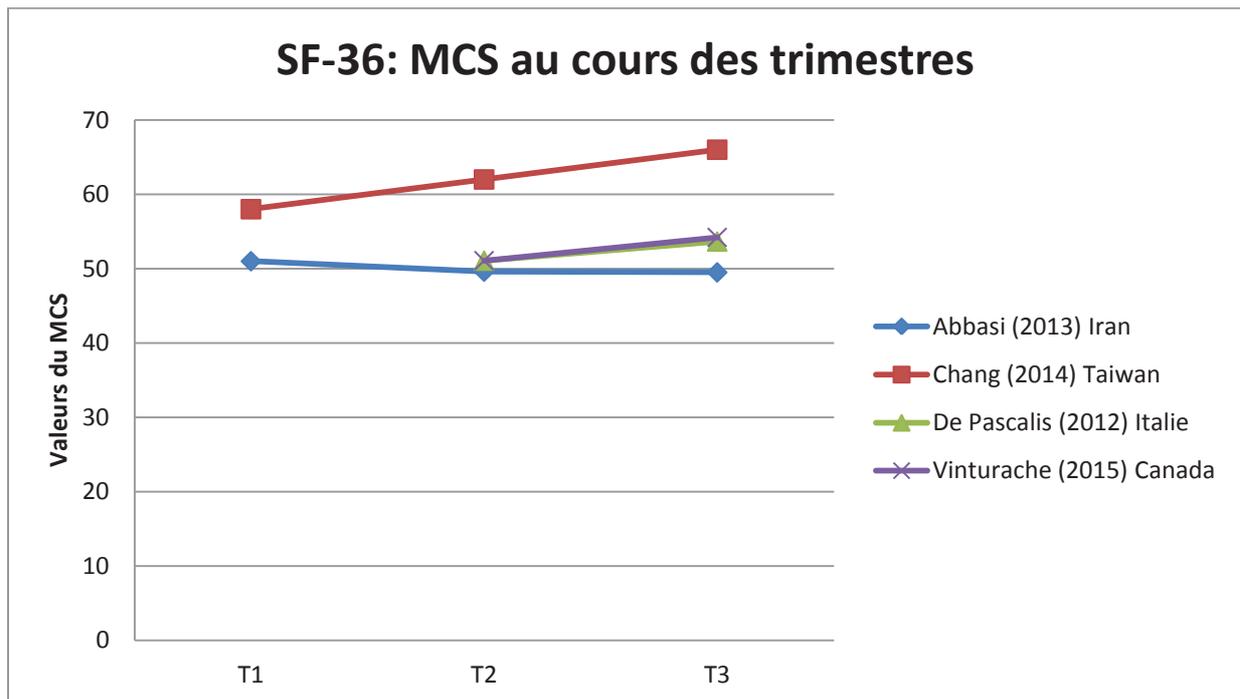
(3) Sur le plan psychique

La santé mentale est évaluée par la mesure composite du MCS (Mental Summary Scale) et par les sous-échelles de GH : « General Health » pour la santé générale perçue, de VT : « Vitality » pour la vitalité ; SF : « Social Functioning » pour le fonctionnement social; RE : « Role-Emotional » pour les limitations dues à l'état psychique ; MH : « Mental Health » pour la santé psychique.

Les valeurs du MCS s'étendaient de la façon suivante:

- Au premier trimestre : valeur minimale 51 et valeur maximale 58
- Au deuxième trimestre : valeur minimale 49.05 et valeur maximale 62
- Au troisième trimestre : valeur minimale 49.5 valeur maximale 66.

Figure 10 : Valeurs du MCS du SF-36 au cours de la grossesse



En grande majorité dans les études étudiant le SF36, la qualité de vie mentale des femmes enceintes augmentait ou était stable au cours des trimestres.

Dans l'étude de Dyrdal *et al.*, la satisfaction de vie des femmes enceintes augmentait durant la grossesse (Dyrdal & al, 2011).

c) **Variation de la qualité de vie selon les pays**

Si l'on s'intéresse aux résultats des dimensions du SF-36, les pays ayant les meilleurs résultats étaient l'Italie et le Canada. Puis on retrouvait le Japon et les USA. Le pays ayant les moins bons résultats était Taiwan.

Si on s'intéresse maintenant aux études via les scores de PCS et MCS de la SF-36, le où ces scores étaient le plus élevé était Taiwan. Puis venaient le Canada, et l'Italie. L'Iran était le pays obtenant les moins bon scores.

Pour information, les valeurs de l'IDH des pays cités précédemment sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : IDH des pays cités précédemment pour l'année 2013, exceptés pour Taiwan marqué par *, n'appartenant pas à l'ONU, où les valeurs sont celles calculées par le gouvernement en 2010.

IDH Taiwan*	0,925*
IDH USA	0.914
IDH Canada	0.902
IDH Royaume-Uni	0.892
IDH Japon	0.890
IDH Italie	0.872
IDH Iran	0.749

Pour les scores agrégés de PCS et MSC, on constate qu'ils décroissent selon les pays de façon similaire à la décroissance de l'IDH. Ce phénomène ne s'observe pas sur les dimensions non agrégées du SF-36.

D. Facteurs influençant la qualité de vie

1. Caractéristiques des textes retenus

Dix-neuf articles ont été retenus pour avoir étudié les facteurs influençant la qualité de vie des femmes durant leur grossesse.

Sept articles n'ont pas été décrits précédemment : (Liu & al, 2013) (Zacharia, 1994) (Goodwin & al, 2000) (Johannessen & al, 2014) (Koletzko & al, 2015) (Lau & Yin, 2011) (Setse & al, 2009). Ils ont également été écrits entre 1994 et 2015. Il s'agit de cinq études transversales et deux études longitudinales. Elles comportaient des échantillons compris entre 72 et 1613 femmes enceintes. Trois études s'intéressaient au 1^{er} trimestre, deux études au deuxième trimestre, et cinq études au troisième trimestre. Pour mesurer la qualité de vie, les scores qui ont été utilisés sont le SF-36 (2 études), le SF-12, le General Well-Being Schedule, la Satisfaction With Life Scale, le Body Cathexis Scale, le St Mark Score. Le score de qualité méthodologique STROBE était compris entre 15 et 21 pour ces nouvelles études.

2. Présentation des résultats

Nous avons présenté les résultats portant sur les facteurs qui influençaient la qualité de vie des femmes enceintes dans le tableau V. Dans un second temps, les résultats ont été présentés de façon simplifiée dans les tableaux VI à VIII.

Tableau V : Facteurs influençant la qualité de vie des femmes enceintes

Auteur, Année, Pays	Objectif de l'étude	Type d'étude	Population étudiée	Taille de l'échantillon	Taux de réponse	Echelle de QDV utilisée	Facteurs dont le lien avec la QDV est étudié (significatif: * p<0,05)	Autres échelles utilisées	Résultats principaux	Qualité méthodologique: STROBE /22
Facteurs sociodémographiques										
Dyrdal GM et al. (2011) Norvège	Etudier la satisfaction des femmes durant la grossesse et le post partum; étudier la relation entre satisfaction de vie (LS) et la satisfaction relationnelle (RS) à travers le temps	Etude longitudinale, cohorte, nichée dans un autre étude de cohorte (Recrutement SG30, PP 6 mois, 18 mois, 36 mois)	FE participant l'étude de cohorte MoBa (Norwegian Mother and Child Cohort Study), entre 1999 et 2005, avec 100000 FE recrutées par courrier au moment de l'échographie de 18 SG	67355	92-95%, PP: 87% puis 77%	Satisfaction With Life Scale (SWLS)	Satisfaction relationnelle*	Satisfaction relationnelle : Relationship Satisfaction Scale	La RS prédit le changement de LS plus que l'inverse.	17
Eisenbruch S. et al. (2006) Allemagne	Etudier les effets du soutien social durant la grossesse sur les symptômes dépressifs, la QDV, les conséquences sur la grossesse	Etude transversale, et prospective	FE au 1er trimestre entre 4 et 12 SG, suivies à l'hôpital "Charité" à Berlin, et dans 100 cabinets d'obstétriques privé de Berlin, entre 2002 et 2004	978	91,6 %	Medical Outcomes Short Form 12 (SF-12)	Le soutien social*	Evaluation du support social: 22-item version of the social support questionnaire;	Un faible soutien social était associé statistiquement à une QDV réduite (Pour PCS: F = 11.53, P < 0.001; Pour MCS: F = 90.60, P < 0.001). Au contraire, le groupe ou le soutien social était élevé avait une meilleure QDV. (p<0,001)	19
Haas JS et al. (2004) USA	Identifier les changements dans l'état de santé des femmes enceintes	Etude longitudinale: cohorte (avant 20 SG; 24/28SG; 32/36SG; 8/12 semaines en PP)	FE recrutées avant 16 SG dans des cabinets affiliés à 6 centres publics et privés de la baie de San Francisco, recrutées entre mai 2001 et juin 2002	2854	63%	Medical Outcomes Short Form 36 (SF36): "physical function" et "vitality"	Age, ethnité, statut marital, Niveau d'éducation, IMC, obésité* Problèmes financiers*, Manque d'exercice physique durant la grossesse*, Symptômes dépressifs*, Tabagisme durant les 3 mois précédents la conception (OR=1.04; IC (0.65-1.68)), Histoire de dépendance à l'alcool (OR=1.55; IC (1.00-2.39)) Les indigestions étaient associées à une mauvaise fonction physique (OR=1.49; IC(1.04-2.13)), Vertiges (OR=2.06; IC(1.57-2.71)),	Facteurs associés à un mauvais état de santé: problèmes financiers (OR=2.11; IC (1.49-2.98)), fonction physique faible avant la grossesse (OR=1.99; IC (1.37-2.88)), symptômes dépressifs (OR=2.30; IC (1.61-3.29)), obésité (OR=1.70; IC (1.16-2.48)), manque d'exercice physique (OR=1.12; IC (0.77-1.63)), Tabagisme durant les 3 mois précédents la conception (OR=1.04; IC (0.65-1.68)), Histoire de dépendance à l'alcool (OR=1.55; IC (1.00-2.39)) Les indigestions étaient associées à une mauvaise fonction physique (OR=1.49; IC(1.04-2.13)), Vertiges (OR=2.06; IC(1.57-2.71)),	20	

<p>Li Liu et al. (2013) USA</p>	<p>Déterminer s'il y a une différence de qualité de vie en début de grossesse parmi des femmes enceintes d'ethnies différentes</p>	<p>Etude transversale à partir des données de l'étude Health Status in Pregnancy (HIP)</p>	<p>FE de l'étude HIP, recrutées avant 14 SG entre le 24/07/2004 et le 31/05/2005, suivies dans 2 centres de suivi gynécologique ambulatoires universitaires de Baltimore City</p>	<p>195</p>	<p>88%</p>	<p>Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36)</p>	<p>Race</p>	<p>dépendance à l'alcool*, Symptômes associés à la grossesse* Antécédents médicaux Complications durant la grossesse</p>	<p>lombalgie (OR=1.71; IC(1.27-2.31)), essoufflement (OR=1.32; IC(1.02-1.71)), étaient liés à un score de vitalité bas. Vertiges, indigestion, essoufflement, troubles du sommeil étaient associés aux symptômes dépressifs.</p> <p>Patientes noires: PF= 58; SF= 52; BP= 69; GH= 71; VT=47; SF=72; RE=63; MH=79</p> <p>Patientes blanches: PF= 77; RP= 78; BP= 83; GH= 83; VT= 58, SF= 87; RE= 89; MH= 83</p> <p>Les femmes noires ont des scores significativement plus de bas de QDV sur le plan de l'activité physique (p<0,001) , sur la limitation liée à l'état physique (p<0,001), sur la douleur physique (p=0,02), sur la vitalité (p=0,01), sur le fonctionnement social (p=0,002), sur les limitations liées à l'état mental (p<0,001)</p> <p>Après ajustement sur les symptômes dépressifs, le support social, l'IMC, ces différences ne sont plus statistiquement significatives.</p>
<p>Wang P et al. (2013) Taiwan</p>	<p>Evaluer la QDV durant et après la grossesse: déterminer le lien entre la QDV prénatale d'une part et les naissances prématurées et les hypotrophies à la naissance d'autre part</p>	<p>Etude longitudinale de cohorte (25-29SG, 30-34 SG, après 34SG, 4 à 6 semaines en post-partum)</p>	<p>FE recrutées après 24 SG attendant pour une consultation anténatale dans un hôpital de Chiayi, de février 2010 à Octobre 2011</p>	<p>265</p>	<p>78,86 %</p>	<p>Duke Health Profile (DUKE)</p>	<p>Emploi*, Satisfaction d'être enceinte*, Niveau d'études*, Primipares*, Age</p>	<p>Emploi: b= -4.05, p<0,001 pour la santé mentale; b= -3.06 p=0,002 pour la santé sociale; b= -3.39, p=0,001 pour la santé en générale</p> <p>Satisfaction d'être enceinte: b=8.70, p=0,01 pour la composante mentale et b=6.94, p=0,03 pour la santé générale</p> <p>Niveau d'éducation b=-2.10, p=0,04 pour la composante mentale</p> <p>Primipares: b=0.04, p=0,04 pour la santé générale</p>	<p>20</p>
<p>Zachariah R. (1994) Canada</p>	<p>Explorer l'impact de l'attachement mère-fille et mari-femme et le support social sur le bien être psychologique des femmes enceintes durant la</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>FE recrutées au cours de séances de préparation à l'accouchement, à partir de 28SG</p>	<p>115</p>	<p>95%</p>	<p>General Well-being Schedule (GWB)</p>	<p>Attachement mari-femme*, Attachement mère-fille*, Absence total de soutien, Support émotionnel, Age de la FE*, Nombre de mois de mariage, SG, Nombre de grossesses</p>	<p>Attachement mère-fille et mari-femme: Prenatal Self Evaluation Questionnaire (PSEQ); Relationship With Mother (RMO); Relationship with Husband (RHU) Support social: Norbeck Social</p>	<p>15</p> <p>Le bien être psychologique était corrélé positivement au support émotionnel (r=0,21, p<0,05), statut socio-économique (r=0,22, p<0,05) et l'âge des femmes (r=0,28, p<0,01);</p> <p>L'attachement mari-femme est le plus prédictif du bien-être (beta=0,42, p<0,001), puis l'âge, puis l'attachement Mère-fille (beta=,1597, p,0487). Après ajustement, plus de relation significative entre bien être psychologique et support social.</p>

	grossesse							précédentes, Statut socio-économique.	Support Questionnaire (NSSQ)	
Facteurs physiques										
Chan OK et al. (2010) Chine	Etudier la prévalence des nausées et vomissements durant la grossesse (NVP) et leur degré de sévérité et leur relation avec la QDV	Etude transversale	FE entre 10 et 14 SG attendant pour des soins anténataux dans une unité obstétrique universitaire de Hong Kong, de décembre 2006 à février 2007	418	94,7 %	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36)	Nausées et Vomissements*	Chinese Pregnancy Unique Quantification of Emesis (PUQE) score	FE sans symptômes de NVP: PCS: 67,92 ; MCS 68,36 FE avec symptômes modérés: PCS: 56,93 ; MCS 60,86 FE avec symptômes sévères: PCS: 50,01 ; MCS: 50,23 Les variations entre les PCS et MCS des 3 groupes sont toutes significatives. (p<0.01) Tous les domaines et dimensions de QDV sont affectés par les NVP et leur sévérité. (p<0,05) Facteurs influençant sur le PCS: Stade de la grossesse (bêta=-7.79, p<0,001), expérience d'infertilité (bêta=-6.39, p=0,03). Facteurs influençant sur l'activité physique: Stade de la grossesse (bêta=-10.86; p<0,001) et PMA (bêta=-7.92, p=0,03). Facteurs prédictifs du MCS: stade de la grossesse (bêta=3.31, p<0,001), parité (bêta= -7.12, p=0,01), condition médicale bêta= -4.08, p=0,04). Facteur influençant la santé mentale: condition médicale (bêta= -2.19, p=0,003). Facteur influençant la QDV globale: Stade de la grossesse (bêta=1.64, p=0,01), grossesse désirée (bêta= 5.52, p=0,04), condition médicale (bêta=-5.29, p<0,001).	17
Chang et al. (2014) Taiwan	Etudier les changements de QDV en terme de santé durant la grossesse pendant 3 périodes, rechercher un lien entre le stade de la grossesse, les facteurs obstétricaux et la HRQoL	Etude longitudinale de cohorte (1er, 2ème et 3ème trimestres)	FE d'un centre médical de Taipei, ≤16SG, recrutées entre 2009 et 2010 de façon consécutive	410	83,3 %	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36)	Stade de la grossesse*, PMA*, Gravité, Avortements spontanés, Parité*, Grossesse désirée*		FE ayant fait une PMA: PCS: 40,0 puis 35,97 MCS: 52,32 puis 53,02 FE ayant conçu spontanément: PCS: 44,78 puis 38,86. MCS: 51,08 puis 53,65 Score de bien être physique significativement plus bas dans le groupe PMA que dans le groupe conception spontanée (P=0.033) dans les catégories: limitations liées à la santé physique, vitalité, fonctionnement social. Les scores de bien-être physique des FE ayant fait une PMA diminuaient au cours de la grossesse, de façon plus importante que les FE ayant conçus	19
De Pascalis L. et al. (2012) Italie	Comparer les variations de QDV pendant la grossesse entre les couples qui ont conçu spontanément et les couples qui ont réalisés une PMA	Etude de cohorte prospective (22SG; 32SG)	Couples suivis au Santa Maria Nuova Hospital, à Reggio Emilia, entre le 11/09/2009 et le 25/05/2011; recrutés à l'échographie de 22SG pour les couples "témoins", recrutés sur le registre du centre de PMA par	230 individus ART couples and 58 couples who conceived spontaneously	87,79 %	Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36)	Procréation médicalement assistée*		FE ayant fait une PMA: PCS: 40,0 puis 35,97 MCS: 52,32 puis 53,02 FE ayant conçu spontanément: PCS: 44,78 puis 38,86. MCS: 51,08 puis 53,65 Score de bien être physique significativement plus bas dans le groupe PMA que dans le groupe conception spontanée (P=0.033) dans les catégories: limitations liées à la santé physique, vitalité, fonctionnement social. Les scores de bien-être physique des FE ayant fait une PMA diminuaient au cours de la grossesse, de façon plus importante que les FE ayant conçus	19

Goodwin A et al. (2000) Australie	Comparer la perception du corps et le bien-être psychologique entre des FE faisant de l'exercice et d'autres non	Etude prospective longitudinale (17SG, 30SG)	un échantillon de 72 volontaires parmi 126 FE entre 14 et 20 SG recrutées via les séances de préparation à l'accouchement, journaux, MKDE	72	90,2 %	General Health Questionnaire (GHQ-28)	Exercice physique*	Satisfaction corporelle et de son image: Body Cathexis Scale	Différence significative de bien-être psychologique de manière générale ($p=0,03$), de bien-être lié aux symptômes somatiques ($p=0,03$), de bien-être lié à l'anxiété et l'insomnie ($p=0,04$) entre les groupes "exercice" et "pas d'exercice".	14
Johannesson HH et al. (2014) Norvège	Evaluer l'association entre les différents types d'incontinence anale et la QDV en fin de grossesse (4 dernières semaines de la grossesse)	Etude transversale	Primipares de plus de 18 ans, en post partum suivies dans 2 maternités entre septembre 2009 et décembre 2010	1571	50%	Fecal Incontinence Quality of Life Score (FIQL)	Incontinence anale*	Incontinence anale: St Mark's score	573 FE en fin de grossesse ont des symptômes d'incontinence anale (37%); 1/3 des FE rapportant une incontinence rapportaient une réduction de QDV dans le domaine "adaptation". L'incontinence anale influençait surtout sur les domaines de QDV de "comportement d'adaptation" ($p<0,005$) et "embarras, confusion" ($p<0,01$). La dépression n'était associée que lorsque les FE expérimentaient la combinaison des 3 symptômes (OR=13 IC (3.2–51))	21
Nakamura Y. et al. (2012) Japon	Explorer la QDV des femmes enceintes hospitalisées comparées aux patientes suivies en ambulatoire, et aux jeunes femmes japonaises non enceintes	Enquête transversale, Cas-témoins	FE venant de 46 centres d'obstétriques ambulatoires au Japon, patientes hospitalisées après 22SG et patientes en ambulatoires du 2nd et 3ème trimestres; entre mars et décembre 2009	1261; 692 femmes finales inclus	66,1 %	Medical Outcomes Short Form 36 (SF36) version 2	Confort* Hospitalisation*	Echelle visuelle analogique de confort	La sensation de confort et les 6 domaines de HRQOL sont significativement plus bas pour les patientes hospitalisées que pour les FE en ambulatoire et que les femmes non enceintes ($p<0,05$ et $p=0,001$). Une corrélation significative a été retrouvée entre confort subjectif et QDV dans les domaines de vitalité ($p<0,001$) et dans le domaine de santé mentale ($p<0,001$)	16

Vinturache A et al. (2015) Canada	Etudier les effets du mode de conception sur la QDV liée à la santé pendant la grossesse et au post-partum	Etude longitudinale de cohorte (<25SG; 34-36SG; 4 mois de post partum) au sein de la "All Our Babies study"	FE recrutées pour la "All Our Babies study", avant 25SG, au sein de cabinets de soins primaires, via des affiches communautaires, et à travers un laboratoire de santé publique de la ville de mai 2008 à Décembre 2010 à Calgary	3388	99% initial	Medical Outcome Study, Short Form 12 (SF-12)	Procréation médicale assistée* Age maternel Gravidité IMC avant grossesse* Fonction physique avant grossesse* Fonction mentale avant grossesse		Avant 25 SG, les femmes AC (ayant fait une PMA) montraient une meilleure QDV sur le plan mentale ($p > 0,05$) mais un score de santé physique plus faible ($p = 0,031$) que les femmes SC (conception spontanée). A 34-36SG, une différence persiste pour les symptômes physiques entre les 2 Groupes ($p < 0,05$). Pas de différence de QDV liée à la santé en post-partum.	18
--	--	---	---	------	-------------	--	---	--	--	----

Facteurs psychiques

Da Costa D et al. (2009) Canada	Evaluer la QDV durant la grossesse et identifier les déterminants influant sur celle-ci	Etude transversale	FE recrutées au 3ème trimestre (28/40 SG) dans des cabinets de gynécologie-obstétriques affiliés au McGill University Health Centre et à département d'échographie du Jewish General Hospital (JGH) à Montreal	245	66.6 %	Medical Outcome Study Short Form 36 (SF36)	Age* Education* Revenu* Statut professionnel* Statut marital* Parité* SG Antécédents médicaux* Complications médicales durant la grossesse* Anxiété liée à la grossesse* Soutien du partenaire* Soutien social* Problèmes de sommeil* EPDS* Evènements de vie*	Symptômes dépressifs: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS); Evènements de vie stressants: Life Stress Event Scale, Soutien social: MOS social support survey	Analyse multivariée: Problèmes de sommeil influent sur la plupart des composants de la QDV (PF: $b = -0,17$, $p < 0,007$; RP: $b = -0,19$, $p = 0,002$; BP: $b = -0,35$, $p < 0,0001$; GH: $b = -0,21$, $p < 0,0001$; VT: $b = -0,25$, $p < 0,0001$; SF: $b = -0,26$, $p < 0,0001$, MH: $b = -0,20$, $p < 0,0001$). Une humeur dépressive était un déterminant indépendant sur 6/9 des dimensions de QDV (BP: $b = -0,13$, $p = 0,039$, GH: $b = -0,28$, $p < 0,0001$, VT: $b = -0,40$, $p < 0,0001$, SF: $b = -0,27$, $p < 0,0001$, RE: $b = -0,50$, $p < 0,0001$, MH: $b = -0,59$, $p < 0,0001$), de même l'anxiété influait sur l'activité physique et les limitations dues à l'état physique. L'expérience d'évènements de vie dans l'année écoulée influait négativement sur l'activité physique, le fonctionnement social, et les scores de santé mentale. Avoir eu une complication durant la grossesse influait sur l'activité physique et le fonctionnement social. L'âge, le statut professionnel, le niveau éducatif, problème médical n'étaient liés qu'à un seul paramètre de la SF36.	17
--	---	--------------------	--	-----	--------	--	--	---	---	----

<p>Jommen J., Martin CR. (2005) Royaume- Uni</p>	<p>Etablir la conformité de la SF-36 en début de grossesse</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>FE recrutées dans services de soins anténataux hospitaliers d'Angleterre</p>	<p>129</p>	<p>Inconu</p>	<p>Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36) Version 2</p>	<p>Dépression*, Anxiété*.</p>	<p>Symptômes dépressifs: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Anxiété: Hospital Anxiety and Depression Scale Anxiety subscale score (HADS-A)</p>	<p>15</p>
<p>Koletzo SH et al. (2015) Suisse</p>	<p>Etudier l'effet de sentiments ambivalents sur le projet de maternité sur la santé maternelle, le bien être, le stress, et les stratégies d'ajustement au stress (coping)</p>	<p>Partie 1: étude transversale + partie longitudinale avec point de suivi en post partum; partie 2: longitudinale</p>	<p>FE des 3 trimestres recrutées sur internet sur différents sites d'information en allemand, forums, sites universitaires</p>	<p>Partie 1: 208 avec point en post partum 71; partie 2: 109</p>	<p>Etude 1: 100; Etude 2: 97,61</p>	<p>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</p>	<p>Ambivalence des sentiments en lien avec la maternité* Stress spécifique à la grossesse Stratégie d'ajustement par vigilance (active) Stratégie d'ajustement par évitement* Adaptation par auto-efficacité* Symptômes dépressifs* Stress perçu* Stress spécifique à la grossesse* SG Névrologisme*</p>	<p>Symptômes dépressifs: Edinburgh Postnatal Depression, Stress (EPDS), Perceived Stress Scale (PSS) Stress spécifique à la grossesse: Prenatal Distress Questionnaire; Les stratégies d'adaptation: subscales avoidance and planning-preparation from the Revised Prenatal Coping Inventory;</p>	<p>17</p>
<p>Lau Y et al. (2011) Chine</p>	<p>Identifier les associations entre les variables démographiques, socio-économiques et obstétriques, la QDV liée à la santé, et le stress perçu.</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>FE au 2nd trimestre recrutée dans un service de soins ambulatoires affilié à l'hôpital universitaire S. Januario Hospital de décembre 2007 à juillet 2009</p>	<p>1613</p>	<p>71.4 %</p>	<p>Standard Short Form 12 Health Survey (SF12)</p>	<p>Stress perçu*</p>	<p>Association significative entre stress perçu et PCS (béta=-0,501 ; p<0,001) et MCS (b=-0,115 ; p<0,001)</p>	<p>18</p>

Setse R et al. (2008) USA	Etudier l'impact des symptômes dépressifs sur la QDV pendant la grossesse et après l'accouchement	Etude longitudinale de cohorte à partir des données de l'étude Health Status in Pregnancy (HIP)	FE de l'étude HIP, recrutées avant 14SG entre le 24/07/2004 et le 31/05/2005, suivies dans 2 centres de suivi gynécologique ambulatoires universitaires de Baltimore City	200	80% de la population éligible; taux de réponse de 93, 86, 81%	Medical Outcome Study Short Form 36 (SF-36)	Symptômes dépressifs*	Symptômes dépressifs: Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D); Soutien social: Norbeck Social Support Questionnaire	Au 1er trimestre: FE non déprimées: PF=82 ; RP=69 ; BP=77 ; GH=65 ; VT=47 ; SF=81 ; RE=87 ; MH=79 FE déprimées: PF=78 ; RP=39 ; BP=59 ; GH=51 ; VT=35 ; SF=54 ; RE=41 ; MH=57 Les FE déprimées avaient une QDV significativement moins bonne sur les dimensions de la SF36 suivantes: douleur physique, vitalité, fonctionnement social, fonctionnement liée à la santé psychique, santé mentale. Ces femmes avaient des scores de QDV de 10-23 points et 19-31 points plus bas au 2nd et 3ème trimestre respectivement	20
Shishehgar S. et al. (2014) Iran	Décrire l'impact de la QDV sur le stress durant la grossesse	Enquête transversale	FE des 3 trimestres de grossesse, d'août à octobre 2012, suivies à l'hôpital de Shahryar	210	Inconnu	WHO-QOL-BREF Questionnaires	Santé; Religion; Finance*; Environnement*; Famille; Ce que pensent les autres; Stress perçu durant la grossesse*	Stress durant la grossesse: Specific Pregnancy Stress	Relation significative entre QDV et le taux de stress (p=0,026 ; r=0,007); Lien direct entre QDV et environnement (p=0,008), finance (p=0,001) et stress dans les domaines financier et environnemental	15
Sjöström H. et al. (2004) Suède	Décrire la perception de bien être des FE durant la grossesse et en PP et explorer le lien avec leur sens de la cohérence	Etude longitudinale (10-12SG; 34-36SG; 8 semaines en PP)	FE de 4 services de gynécologies obstétriques de la banlieue de Stockholm, inclus de façon consécutive	177	67.8 %	Etat de santé: the Health Index (HI)	Sentiment de pouvoir gérer les situations stressantes: "Sense of Coherence"; Situation financière*; Age*; Parité; Complications durant la grossesse; Anxiété*; Dépression*	Anxiété et symptômes dépressifs: the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale; Capacité globale à gérer les situations stressantes: Sense of Coherence (SOC) scale,	Liens statistiques entre: HI et situation financière (b=0,24, p<0,01), le SOC (b=0,28, p<0,01), l'anxiété et la dépression plus tôt durant la grossesse (score de HAD-A et Had-D au 1er trimestre; b=0,36, p<0,001)	16

3. Déterminants de la qualité de vie des femmes enceintes

a) Facteurs sociodémographiques

Le sens des associations entre qualité de vie et facteurs sociodémographiques a été résumé dans le tableau suivant.

Le statut socio-économique était un déterminant de la qualité de vie retrouvée dans de nombreuses études. De même, la multiparité était associée à une mauvaise qualité de vie. Le soutien par le partenaire, par la mère de la femme enceinte ou par d'autres proches était primordial et influait fréquemment sur la qualité de vie des femmes enceintes.

Tableau VI : Facteurs sociodémographiques influençant la qualité de vie. En vert : les facteurs associés positivement à la qualité de vie. En rouge les facteurs associés négativement.

	Dyrdal (2011) Norvège	Elsenbruch (2006) Allemagne	Haas (2004) USA	Shishegar (2014) Iran	Wang (2013) Taiwan	Zachariah (1994) Canada	Chang (2014) Taiwan	Da Costa (2009) Canada	Sjöström (2004) Suède
Age maternel									
Parité: primiparité									
Semaines de grossesse							MC S	PCS	
Difficultés économiques									
Niveau d'éducation									
Emploi									
Statut marital									
Soutien du partenaire									
Soutien de la mère									
Soutien social									

b) ***Facteurs physiques***

La procréation médicalement assistée et les complications obstétricales étaient un facteur de mauvaise qualité de vie durant la grossesse fréquemment retrouvé. Les symptômes physiques associés à la grossesse ainsi que les complications obstétricales altéraient la qualité de vie des femmes. L'exercice physique est un facteur améliorant la qualité de vie des femmes enceintes.

Tableau VII : Facteurs physiques influençant la qualité de vie. En vert : les facteurs associés positivement à la qualité de vie. En rouge les facteurs associés négativement.

	Haas (2004) USA	Chan (2010) Chine	Chang (2014) Taiwan	De Pascalis (2012) Italie	Goodwin (2000) Australie	Johannes sen (2014) Norvège	Nakamura (2012) Japon	Vinturache (2015) Canada	Da Costa (2009) Canada
Antécédents médicaux									
Complications médicales durant la grossesse									
Hospitalisation									
Procréation médicalement assistée								MCS	PCS
IMC: Obésité									
Tabagisme durant les mois préconceptionnels									
Antécédents de dépendance à l'alcool									
Nausées et vomissements									
Essoufflements, vertiges, lombalgies...									
Incontinence anale									
Problèmes de sommeil									
Mauvaise fonction physique avant la grossesse									
Exercice physique									
Confort									

c) **Facteurs psychiques**

Un grand nombre d'études ont montré que les symptômes dépressifs, l'anxiété, et stress durant la grossesse étaient des facteurs ayant un impact négatif fort et indépendant sur la qualité de vie des femmes enceintes. La satisfaction d'être enceinte est un facteur lié à une meilleure qualité de vie.

Tableau VIII : Facteurs psychiques influençant la qualité de vie. En vert : les facteurs associés positivement à la qualité de vie. En rouge les facteurs associés négativement.

	Wang (2013) Taiwan	Chang (2014) Taiwan	Da Costa (2009) Canada	Jommen, Martin (2005) Royaume-Uni	Koletzo (2015) Suisse	Lau Y (2011) Chine	Setse (2008) USA	Shishehgar (2014) Iran	Sjöström (2004) Suède
Expérience d'infertilité									
Evènements de vie									
Symptômes dépressifs									
Anxiété, stress durant la grossesse									
Satisfaction d'être enceinte									
Grossesse désirée									
Ambivalence des sentiments en lien avec la maternité									
Névrosisme									
Stratégie d'ajustement par évitement									
Efficacité du coping									
Sens de la cohérence									

V. Discussion

A. Résumé des résultats

1. Qualité de vie des femmes enceintes

La qualité de vie des femmes enceintes était globalement moins bonne que celle de la population générale. Elle diminuait nettement au cours des trimestres, surtout sur le plan physique. C'est un point nettement retrouvé dans l'ensemble des études.

Sur le plan psychique, plusieurs études rapportaient une augmentation de la qualité de vie sur le plan mentale durant la grossesse, et d'autres une stabilité de la composante psychique.

2. Facteurs associés à la qualité de vie des femmes enceintes

La qualité de vie des femmes enceintes variait selon des facteurs d'ordre sociodémographiques tels que le niveau socio-économique, l'emploi, l'âge, la parité, le soutien social. Des facteurs physiques diminuaient le bien-être durant la grossesse tels que le recours à une procréation médicalement assistée, les symptômes physiques associés à la grossesse, les complications obstétricales. L'exercice physique était un facteur améliorant la qualité de vie des femmes enceintes. Sur le plan psychique, l'anxiété et la dépression étaient des facteurs associés à une mauvaise qualité de vie.

B. Forces de l'étude

La qualité de vie des femmes enceintes est un sujet de recherche important. En effet, elle devient actuellement un indicateur clé du suivi de grossesse, en complément de la mortalité et la morbidité. Il faut élargir nos connaissances sur l'état de santé des femmes durant la grossesse à la santé mentale positive et au bien-être. C'est une notion primordiale pour améliorer notre démarche de soins, au vue de la volonté d'apporter plus d' « humanité » dans le suivi de la grossesse, comme préconisé dans le dernier plan périnatalité.

Il s'agit de la seule étude à notre connaissance dont l'objectif était d'effectuer une synthèse des données sur la qualité de vie des femmes enceintes. Nous avons effectué une recherche exhaustive et synthèse critique de toutes les études répondant aux questions posées. Nous avons précisé la méthode de sélection des articles de façon explicite. Les articles ont été évalués par une grille méthodologique reconnue.

C. Limites de l'étude

1. Méthode

a) *Biais de recueil*

La recherche documentaire méthodique a été effectuée sur une seule base de données Medline. C'est la principale source documentaire pour les articles de recherche clinique. Cependant, cette base recense majoritairement les articles écrits en langue anglaise et donne probablement lieu à une surreprésentation anglo-saxonne. L'interrogation d'autres bases de données aurait pu améliorer le recueil d'articles en rapport avec notre sujet.

De plus, la liste des mots-clés utilisés pour l'interrogation a été élaborée de façon à rechercher les données en lien avec la notion de qualité de vie via les différents synonymes. Elle a englobé les domaines de « qualité de vie », « bien-être », « satisfaction de vie » afin de recueillir un maximum d'informations. Elle n'est peut-être pas exhaustive, certains articles n'y faisant pas référence directement.

Certains articles n'ont pas pu être obtenus via l'abonnement électronique de la faculté ou sur d'autres abonnements consultés, mais ils restent très peu nombreux (N=2).

Les études publiées en langue autre qu'en langue anglais ont été exclues. Cela concernait également un très faible nombre d'étude, ceci n'a donc probablement pas d'impact sur la qualité de notre travail (N=3).

Nous avons également exclu les articles interrogeant la qualité de vie via une question unique, considérant que c'était insuffisant pour explorer ce paramètre multifactoriel, mais ce choix peut-être reproché (N=2).

b) ***Biais d'analyse***

Pour être reproductible, l'évaluation aurait pu être faite par deux lecteurs indépendants au minimum. Dans ces cas-là, en cas de désaccord, une recherche de consensus ou l'intervention d'un tiers doit être réalisée. Cette double lecture et évaluation n'a pas été possible pour ce travail, j'ai été seule à effectuer la recherche et l'évaluation méthodologique des articles.

c) ***Biais de publication***

Les études scientifiques ont d'autant plus de chance d'être publiées que leurs résultats s'avèrent statistiquement significatifs. De ce fait la littérature biomédicale peut ne pas refléter la réalité, mais en donner un aperçu biaisé en ne publiant pas les essais où les résultats sont non significatifs. Ce biais paraît peu probable en ce qui concerne l'objectif principal, celui-ci étant descriptif pur. Il paraît en revanche possible que pour l'objectif secondaire, certaines études n'aient pas été publiées si elles n'ont pas montré de facteurs significatifs influençant la qualité de vie des femmes enceintes durant la grossesse.

2. Résultats

a) ***Biais de sélection***

Au sein même des études sélectionnées, la population incluse n'était pas toujours représentative de la population cible. Les études comportaient des perdus de vue. Peu d'études étaient multicentriques.

Sur le plan des effectifs de population, une étude ne suffit pas pour décrire le bien-être des femmes enceintes au sein d'une population d'un pays, sauf s'il s'agit d'une enquête nationale de grande envergure. Une seule étude utilisait les informations

d'une grande enquête nationale. Il est donc nécessaire de répéter ces mesures avec des échelles identiques pour vérifier la validité des résultats retrouvés.

De plus, nous avons comparé les résultats apportés par des études différentes pour lesquelles les méthodes d'inclusion de la population et le moment de recueil des informations étaient différents. Lors des études cas-témoins, nous avons sélectionné comme population de référence le groupe témoin. La comparabilité des groupes n'était donc pas toujours optimale.

b) ***Hétérogénéité des mesures***

Les échelles de qualité de vie sont nombreuses. Pour mesurer la qualité de vie des femmes enceintes, 8 échelles différentes ont été utilisées dans les études retenues. Cela rend la comparabilité entre les résultats difficile. Certaines échelles sont peu validées, car n'ont pas été testées sur de grand échantillon de population au préalable.

Nous nous sommes également heurtés à l'hétérogénéité des données rapportées par les études. Même lorsque les études utilisaient le SF-36, une échelle validée et reconnue, certaines études ne présentaient que les dimensions brutes du SF-36, d'autres uniquement les scores composites du PCS et MCS.

c) ***Biais de confusion***

Dans l'analyse des facteurs associés à la qualité de vie, de nombreux paramètres peuvent retentir sur la qualité de vie. Si certains ne sont pas pris en compte dans l'analyse multivariée, ils peuvent être source de biais de confusion. Cinq études n'ont

pas pris en compte explicitement les facteurs de confusion dans la présentation des résultats (Dyrdal & al, 2011) (Nakamura & al, 2012) (Jommen & Martin, 2005) (Vachkova & al, 2013).

d) ***Limite liée au design des études***

Un grand nombre d'articles étudiés étaient des études transversales. Ces études ne permettent pas d'établir de lien de cause à effet lors des associations. Les associations significatives n'étaient donc pas nécessairement causales.

3. Applicabilité à la population des femmes enceintes françaises

Les études analysées étaient réalisées dans des pays d'IDH élevé mais d'horizon culturel différent. Aucune étude n'a été réalisée en France. Il existe des particularités culturelles propres à chaque pays, ainsi que des différences sociologiques sur la plage du congé maternité, des assurances publiques et privées. Ceci rend la transposition des résultats à la France imparfaite.

D. Validité externe

1. Données en France

Aucune étude de qualité de vie au cours de la grossesse n'a été répertoriée en France. Cependant, une étude de grande envergure interrogeait via une question unique le bien-être psychologique. L'enquête nationale périnatale de 2010 a inclu

14326 femmes enceintes au moment de l'accouchement sur tout le territoire français. La santé mentale des femmes enceintes avait été mesurée par la question suivante : « Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ? Bien, Assez bien, Assez mal, Mal ». 8.9% des femmes avaient ressenti un mal-être psychologique au cours de la grossesse. Les femmes en situation sociale défavorisée avaient un risque accru de mal-être psychologique (Ibanez & al, 2015).

2. Dans les pays en voie de développement

Très peu d'études ont été réalisées sur la qualité de vie durant la grossesse dans les pays en voie de développement. Les études retrouvées dans ces pays étudiaient le plus souvent la morbi-mortalité. Une étude en Uganda étudiait l'impact du VIH sur la qualité de vie en comparant deux groupes de femmes enceintes de statuts sérologiques différents. L'échelle de qualité de vie utilisée était la Dartmouth COOP charts. Elle ne permet pas de comparaison avec nos résultats. (Nuwagaba-Biribonwoha & al, 2006)

Une étude a comparé optimisme/pessimisme et qualité de vie durant la grossesse dans 3 pays de 3 continents différents : Chine, Ghana, USA. L'échelle de qualité de vie choisie était le SF-12. Les femmes enceintes des USA avaient les scores d'activité physique (PF=59) et de vitalité (VT=42) les plus bas. Les femmes ghanéennes avaient les scores d'activité physique (PF=74) et de santé perçue (GH=85) les plus hauts. Les femmes chinoises avaient le score le plus bas de santé perçue (GH=72) et le score le plus haut de vitalité (VT=83). (Moyer & al, 2009) Cette étude rapportait des différences culturelles entre les 3 continents. Cependant, elle

soulignait aussi la différence d'interprétation de ces résultats, les concepts subjectifs de « bien-être », ou de « vitalité » étaient perçus et mesurés de façon très différente sur les 3 continents.

3. Symptômes dépressifs au cours de la grossesse

Parmi les études incluses, certaines ont étudié la présence de symptômes dépressifs au cours des trimestres. Pour Haas *et al.*, elle passe de 11.7% avant la grossesse, à 21% au 2nd trimestre, puis 25.2% au troisième trimestre, et redescendait à 14.2% en post-partum (Haas & al, 2005). Dans l'étude de Setse *et al.*, la proportion de femmes avec des symptômes dépressifs était de 15% au premier trimestre, 14% au second trimestre, 30% au troisième trimestre, puis 9% en post-partum (Setse & al, 2009).

D'autres études comme celles d'Evans en 2001 retrouvaient des scores de 11.8% au second trimestre, 13.6% au troisième trimestre, puis 9.2 et 8.1% en post-partum (Evans, 2001). La prévalence des symptômes dépressifs mesurée par Pajulo M. *et al.* durant la grossesse (tout trimestre confondu) était de 7.7% (Pajulo & al, 2001). La définition du seuil de l'échelle de dépression à partir duquel une femme est considérée comme ayant des symptômes dépressifs est variable d'une étude à l'autre. Ceci peut expliquer la différence de prévalence retrouvée entre les études. Ces données sont à vérifier au cours de nouvelles études. On retiendra cependant une augmentation des symptômes dépressifs au cours des trimestres, avec une prévalence des symptômes dépressifs supérieure au 3^{ème} trimestre par rapport au post-partum.

Ces chiffres semblent paradoxaux lorsqu'on les met en rapport avec la stabilité ou l'augmentation du MCS (la composante mentale de la qualité de vie) retrouvée dans les articles étudiés. En effet, les symptômes dépressifs étaient corrélés de façon négative avec la qualité de vie. Ce lien a été retrouvé au cours de plusieurs études avec un lien de causalité (Setse & al, 2009). L'impact de cette augmentation de la prévalence des symptômes dépressifs sur le MCS serait donc à étudier de façon plus approfondie au cours d'études futures.

4. Qualité de vie en post-partum

La qualité de vie des femmes en post-partum restait plus basse que pour la population générale. Leur qualité de vie sur le plan physique augmentait par rapport à la fin de la grossesse (Wang & al, 2013). Dans l'étude de Haas, les mères présentaient de meilleurs résultats pour les composantes « activité physique » et « vitalité » après la naissance. (Haas & al, 2005) La composante physique de la qualité de vie (PCS) reviendrait aux valeurs antérieures à la grossesse à partir de 6 mois en post-partum (Ngai & Ngu, 2013). Il est plus difficile de trouver un consensus sur la composante mentale de qualité de vie. Certaines études montraient une chute de la composante mentale de la qualité de vie à la naissance, avant d'augmenter progressivement au post-partum. (Ngai & Ngu, 2013) D'autres ne montraient pas de variation significative. (Wang & al, 2013)

Certains facteurs influençant la qualité de vie en post-partum sont propres au déroulement de l'accouchement et à la santé de l'enfant : mode de délivrance, hospitalisation en néonatalogie du nouveau-né.

5. Comparaison avec la population générale

Les femmes enceintes, surtout au 3^{ème} trimestre présentaient des scores de qualité de vie significativement plus bas que les femmes du même âge non enceintes, comme exposé dans les résultats. Cette différence avec la population générale était constante au cours des études.

Les résultats obtenus pour l'activité physique et la douleur des femmes enceintes peuvent être comparés à ceux obtenus pour des maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer (Da Costa & al, 2010). Par exemple, le diabète engendrait une valeur moyenne de 58 pour la catégorie « Physical Functioning » et de 64 pour « Bodily Pain » (Sprangers & al, 2000). On rappelle que dans l'étude de Da Costa au Canada, ces valeurs étaient respectivement de 56.7 et 61.7 pour les femmes enceintes, et de 90.9 et 75 pour les femmes canadiennes du même âge non enceintes.

L'INSEE rapporte une enquête réalisée en France en 2011 au sein de 10 000 adultes résidant en France métropolitaine. Ceux-ci devaient évaluer leur bien-être sur une échelle de 0 à 10. Les français évaluaient leur niveau de qualité de vie à un niveau moyen de 6.8. Seulement 7% de la population a attribué une note inférieure à 5. Le revenu, les liens sociaux, l'état de santé, le fait de ne pas être au chômage sont des indicateurs particulièrement importants pour expliquer les écarts de bien-être ressenti. Les mauvaises conditions de logement et le stress de la vie courante

réduisaient les chances de déclarer un bien-être élevé. Les risques psychosociaux au travail engendraient également une moins bonne qualité de vie (Amiel, Godefroy, Lollivier, & INSEE, 2013). Nombre de ces facteurs influençant la qualité de vie étaient également retrouvés pour les femmes enceintes au cours des études retenus. Ce sont donc des facteurs liés à la qualité de vie générale, non spécifiques à la période de la grossesse.

6. Qualité de vie du partenaire

La qualité de vie des pères était significativement plus élevée durant la grossesse et en post-partum que celle de leur compagne (Abbasi & al, 2014). Leur qualité de vie physique est significativement plus élevée. Leur qualité de vie mentale était proche, il n'y a pas de différence significative retrouvée entre eux et leur partenaire (De Pascalis & al, 2012) (Ngai & Ngu, 2013).

E. Perspectives

Il n'existe pas d'études répertoriées sur Medline portant sur la qualité de vie des femmes enceintes en France. Seule l'étude portant sur les résultats de l'enquête périnatalité de 2010 apporte un renseignement via une question unique (Ibanez & al, 2015). La qualité de vie, facteur multidimensionnel, dépend du contexte culturel et social de chaque individu. Pour mieux connaître la qualité de vie des femmes françaises et les facteurs qui lui sont associés, il est nécessaire de faire une étude en

France, à l'aide d'une échelle validée afin de comparer ces données aux résultats internationaux.

Actuellement à la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, un projet de recherche est en cours, intitulé « Bien-être des femmes enceintes » et va effectuer un travail d'évaluation de la qualité de vie des femmes enceintes. L'objectif de ce groupe de travail est de réfléchir à comment améliorer la qualité de vie des femmes enceintes en prenant en compte les facteurs de vulnérabilité.

Peu de femmes parlent spontanément de leur mal-être psychologique à un professionnel de santé. Les résultats de l'enquête périnatalité de 2010 indiquent que seuls 19% des femmes enceintes qui déclaraient un mal-être psychologique ont eu recours à un professionnel de santé (Ibanez & al, 2015). Comment mieux repérer ces femmes? Faut-il mettre en place une question systématique au cours de la grossesse de type « sur le plan psychologique, comment-vous sentez-vous au cours de votre grossesse ? ». Le suivi obstétrique qui jusqu'à récemment ne s'occupait que du bon déroulement « biologique » de la grossesse, intègre de plus en plus cette partie psychique et sociale de la santé.

Suite au plan périnatalité de 2005-2007, qui a voulu rendre le suivi de grossesse plus humain, l'entretien prénatal précoce a été créé pour donner aux femmes un temps spécifique de dialogue et d'échange avec les professionnels de santé. Selon la HAS, l'entretien prénatal précoce doit être proposé à toute femme enceinte par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. C'est une consultation qui se déroule en forme d'entretien, en présence des deux parents si possible. Elle ne

comporte pas d'examen clinique. La durée moyenne est de 45 min. Ses objectifs sont entre autres :

- d'apprécier de façon positive la santé globale de la femme enceinte (aspect somatique, psychologique et social ; explorer le vécu de la grossesse, projet de naissance...)
- repérer les facteurs de vulnérabilité somatiques, sociaux, psycho affectifs
- créer un premier lien et si besoin un travail en réseau avec des professionnels, pour proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ; discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical, adapter le suivi.

Or en 2010, l'enquête nationale périnatale constatait que seules 21,4% des femmes déclaraient avoir eu cet entretien. Ces femmes expliquaient qu'il n'était souvent pas proposé. Cette mesure phare du plan périnatalité pour mieux prendre en charge la femme enceinte dans sa globalité est difficile à mettre en application. Est-ce la bonne méthode ? Est-il efficace pour dépister ces femmes qui ressentent un mal-être psychologique durant la grossesse et qui n'en parlent pas ? Acceptent-elles de faire l'entretien prénatal précoce ?

Comment améliorer la qualité de vie des femmes enceintes ? Sur quels paramètres pouvons-nous agir en tant que professionnels de santé ? Des études sont nécessaires dans l'avenir pour démontrer de façon prospective si l'identification et la prise en charge des facteurs comme l'anxiété ou la dépression améliore la qualité de vie durant la grossesse. Il faudrait également s'intéresser aux conséquences obstétriques et au développement psychomoteur de l'enfant. En améliorant la qualité de vie des femmes enceintes, arrive-t-on à diminuer les risques de fausses-couches

spontanées, d'accouchement prématuré et améliore-t-on le développement psychomoteur de leurs enfants ?

De plus, améliorer la qualité de vie des femmes enceintes ne passe certainement pas uniquement par une prise en charge médicale. Elle nécessite probablement une approche socio-écologique. Quel réseau social associatif peut les entourer ? Quelles activités leur proposer ? Quelles aides concrètes pour la vie quotidienne peut-on leur apporter ? Les ateliers santé-ville ont travaillé sur la question, et répertorient sur le plan local quelles sont les ressources à disposition des professionnels de santé ou sociaux pour mieux aider ces femmes.

Ces perspectives d'étude représentent un enjeu important pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes et prendre en compte leur vulnérabilité psychosociale.

VI. Conclusion

Cette étude apporte une meilleure connaissance de la qualité de vie et de son évolution durant la grossesse. Les femmes enceintes présentaient une qualité de vie moindre que les femmes non enceintes du même âge. Elles présentaient une nette dégradation de la composante physique de leur qualité de vie, tout au long de la grossesse, très marquée au troisième trimestre. Sur la composante mentale, les résultats, bien que moins homogènes, montraient une stabilité voire une amélioration de leur qualité de vie. Les femmes enceintes présentaient une diminution de leur vie sociale surtout au troisième trimestre.

De nombreux facteurs étaient associés à la qualité de vie des femmes enceintes. Certains facteurs associés à un bien-être plus élevé étaient d'ordre sociodémographique (la primiparité, un niveau socio-économique favorisé, le soutien social, le soutien du partenaire). De même le désir de grossesse et un exercice physique modéré étaient des facteurs associés positivement à la qualité de vie. Une moins bonne qualité de vie était associée d'une part à des facteurs d'ordre physique (les complications durant la grossesse, la procréation médicalement assistée, l'obésité préconceptionnelle, les symptômes physiques comme les nausées et vomissements, les difficultés de sommeil) et d'autre part à des facteurs d'ordre psychique (l'anxiété, le stress durant la grossesse, les symptômes dépressifs).

Améliorer le bien-être des femmes enceintes est devenu une préoccupation des soignants. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'interroger les femmes

enceintes sur leur ressenti durant la grossesse et sur la nécessité de dépister ces facteurs influençant leur qualité de vie.

D'autres études sont nécessaires afin de mieux connaître la qualité de vie des femmes enceintes françaises et les paramètres qui l'influencent. Des études sont également nécessaires pour évaluer les mesures déjà mises en œuvre comme l'entretien prénatal précoce, dans le but de mesurer une potentielle amélioration de leur qualité de vie, et une éventuelle réduction des complications obstétricales.

VII. Bibliographie

- Abbasi, M., & al. (2014, Mars). Persian couples' experiences of depressive symptoms and health-related quality of life in the pre- and perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 35(1), 16-21.
- Amiel, M.-H., Godefroy, P., Lollivier, S., & INSEE. (2013). Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair. *INSEE PREMIERE*(1428). Récupéré sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1428
- Arck PC, R. M. (2001). Stress and immune mediators in miscarriage. *Hum Reprod*(16), 1505-11.
- Badr LK, A. B. (2005, Jul-Aug). Precursors of preterm birth: comparison of three ethnic groups in the middle East and the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.(34), 444-52.
- Blondel, B., & Kermarrec, M. (2011, Mai). *Enquête nationales périnatales 2010: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Ministère de la Santé.
- Brun, N. (2010). Enquête périnatalité: regards de femmes sur leur maternité. *UNAF*.
- Chan, O. K., & al. (2010, Décembre). Nausea and vomiting in health-related quality of life among Chinese pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 50(6), 512-518.
- Chang SR, K. N. (2009). Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.*, 47, 60-6.
- Chang, S.-R., & al. (2014, Octobre). A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2245-2256.

- Da Costa D, D. M. (2010). Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*(21), 137-148.
- Da Costa, D., & al. (2010, Juin). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 13(3), 249-257.
- De Pascalis, L., & al. (2012, Septembre). A comparison of quality of life following spontaneous conception and assisted reproduction. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 118(3), 216-219.
- Diego MA, F. T.-R. (2004). Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*(67), 63-80.
- DREES, à. p. (2011). *La situation périnatale en France en 2010: Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*.
- Dyrdal, G. M., & al. (2011). Can a Happy Relationship Predict a Happy Life? A Population-Based Study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. *Journal of Happiness Studies*, 12, 947-962.
- Elsenbruch, S., & al. (2007, Mars). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 22(3), 869-877.
- Evans, J. a. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323(7307), 257-60.
- Gandek, B., Ware, J., Aaronson, N., Alonso, J., & Apolone, G. (1998). Tests of dataquality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven

- countries : results from the IQOLA Project. , :. *J Clin Epidemiol*(51), 1149-1158.
- Goodwin, A., & al. (2000, Novembre). Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 40(4), 442-447.
- Haas, B. K. (1999, Décembre). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 6(21), 728-742.
- Haas, J. S., & al. (2005, Janvier). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 45-51.
- Ibanez, G. (2014). Santé mentale des femmes enceintes et développement de l'enfant. France: Thèse de doctorat en santé publique.
- Ibanez, G., & al. (2015). Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*(63), 85-95.
- Jennifer, S., & al. (2005, Janvier). Changes in the health status of women during and after pregnancy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 45-51.
- Johannessen, H., & al. (2014, Juillet). Anal incontinence and Quality of Life in late pregnancy: a cross-sectional study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(8), 978-987.
- Jomeen, J., & Martin, C. (2005, Septembre). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 3(59), 131-8.
- Kisa, S., & al. (2014). Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 309-322.

- Koletzko, S. H., & al. (2015, Juin). Mixed Expectations: Effects of Goal Ambivalence during Pregnancy on Maternal Well-Being, Stress, and Coping. *Applied Psychology. Health and Well-Being*.
- Lau, Y., & Yin, L. (2011, Octobre). Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*, 27(5), 668-673.
- Lepège, A., Ecosse, E., Coste, J., Pouchot, J., & Perneger, T. (2001). *Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Éditions ESTEM.
- Liu, L., & al. (2013). The effect of depression symptoms and social support on black-white differences in health-related quality of life in early pregnancy: the health status in pregnancy (HIP) study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 125.
- Malik, K. (2015). Rapport sur le développement humain 2014. (P. d. développement, Éd.) <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf>.
- Mota, N., & al. (2008, Août). The relationship between mental disorders, quality of life, and pregnancy: findings from a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 300-304.
- Moyer, C. A., & al. (2009). Optimism/pessimism and health-related quality of life during pregnancy across three continents: a matched cohort study in China, Ghana, and the United States. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(39).
- Nakamura, Y., & al. (2012). Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: comparison of hospitalized, outpatient, and non-pregnant women. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 182-188.
- Neter E, C. N.-S. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health*, 1, 51-75.

- Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(34), 157-162.
- Nuwagaba-Biribonwoha, H., & al. (2006, Août). The impact of HIV on maternal quality of life in Uganda. *AIDS Care*, 64-620.
- O'Connor TG, H. J. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*(180), 502-8.
- OMS. (1946). *Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. New York: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhague: Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe.
- Pajulo, M., & al. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 1(65), 9-17.
- Setse, R., & al. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Matern Chil Health J.*, 13, 577-87.
- Shishehgar, S., & al. (2014, Juillet). Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Global Journal of Health Science*, 6(4), 270-277.
- Sjöström, H., & al. (2004, Décembre). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1112-1118.
- Sprangers, M. A., & al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*(53), 895–907.

- Vachkova, E., & al. (2013). The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 214.
- Vinturache, A. (2015, Juillet). Health-related quality of life in pregnancy and postpartum among women with assisted conception in Canada. *Fertility and Sterility*, 104(1), 188-195.
- Wang, P., & al. (2013). Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 124.
- Zacharia, R. (1994, Novembre). Mother-daughter and husband-wife attachment as predictors of psychological well-being during pregnancy. *Clinical Nursing Research*, 3(4), 1054-7738.

VIII. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire du SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

↓ ↓ ↓
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

↓ ↓ ↓ ↓
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

↓ ↓ ↓ ↓
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care* 1992;30:473-483.

B. Annexe 2 : Questionnaire du SF-12

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité
- monter plusieurs étages par l'escalier ?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais
- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

C. Annexe 3 : Questionnaire du WHOQOL Bref

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3	La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous comment l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

D. Annexe 4 : Grille STROBE Statement

	Item No.	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Méthodes		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram

Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Qualité de vie et bien-être des femmes enceintes : Revue de la littérature

RESUME

INTRODUCTION : La qualité de vie (QDV) des femmes enceintes est devenue une préoccupation des professionnels de santé. Ce paramètre est étudié depuis peu dans les études cliniques. Il n'existait pas de synthèse sur le sujet. Le but de cette étude a été d'évaluer la QDV des femmes enceintes au cours de la grossesse et de rechercher les facteurs associés.

METHODE : Une revue systématique de la littérature sur la base de données MEDLINE a été effectuée afin de sélectionner les articles portant sur l'évaluation de la QDV des femmes enceintes dans des pays d'IDH élevés et ceux étudiant les facteurs associés.

RESULTATS : 25 articles au total ont été inclus. 18 portaient sur l'évaluation de la QDV des femmes enceintes, 20 sur les facteurs associés. Les femmes enceintes présentaient une QDV moindre que les femmes non enceintes du même âge. La composante physique de leur QDV diminuait tout au long de la grossesse. Elles présentaient une stabilité de la composante mentale voire une amélioration durant la grossesse. Les facteurs sociodémographiques associés à leur QDV étaient la parité, le statut socio-économique, le soutien social. Les facteurs physiques associés négativement étaient les complications durant la grossesse, la procréation médicalement assistée, l'obésité, les symptômes physiques comme les nausées et vomissements, les difficultés de sommeil. A l'inverse, la pratique de l'exercice physique était un facteur associé positivement à la qualité de vie. Les facteurs psychiques retrouvés étaient le désir de grossesse, l'anxiété et le stress durant la grossesse, les symptômes dépressifs.

DISCUSSION : Ce travail synthétise les connaissances actuelles sur la QDV des femmes enceintes. Il est nécessaire de le compléter par une étude française avant de pouvoir transposer ces résultats à nos patientes.

MOTS-CLES

- Qualité de vie
- Grossesse
- Facteurs de risque
- Revue de la littérature