

Qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins.

R. Borsali¹, N. Chaouech², N. Mechergui², N. Ladhari², I. Youssef².

1. *GMT de Ben Arous*
2. *Service de Pathologie Professionnelle et d'Aptitude au Travail, Hôpital Charles Nicolle.*

RÉSUMÉ

Introduction : La grossesse représente un état physiologique caractérisé notamment par des modifications corporelles et psychiques actuellement bien connues. Par ailleurs, le travail en milieu de soins expose à des contraintes professionnelles particulières. Aussi, certaines contraintes sociales sont parfois surajoutées. Ainsi, la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins pourrait être altérée. Peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de vie de ces femmes exerçant dans ce secteur particulier.

L'objectif de ce travail était d'étudier la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins.

Méthodes : Etude descriptive, transversale et rétrospective, menée auprès des femmes enceintes exerçant à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis, durant la période allant du 1er avril 2016 jusqu'au 31 mai 2016. L'évaluation de la qualité de vie était basée sur le questionnaire MOS SF36.

Résultats : Nous avons colligé au total 50 femmes enceintes avec un taux de réponse de 100%. Elles étaient âgées en moyenne de $31,3 \pm 4,9$ ans. Le terme moyen de la grossesse était de $21,7 \pm 9$ semaines d'aménorrhée. Vingt-huit femmes enceintes étaient primipares. L'ancienneté professionnelle moyenne était de $4,6 \pm 3,9$ ans. Il s'agissait de 40 personnels de soins, sept ouvrières et trois secrétaires. Elles exerçaient dans des services à caractère chirurgical dans 16 cas, médical dans 32 cas et de radiologie dans deux cas.

Selon le MOS SF36, les dimensions RP, VT et RE et les scores résumés physique et mental étaient altérés. Les facteurs extraprofessionnels associés à une qualité de vie altérée étaient l'absence d'une aide au domicile et la primiparité. Les facteurs professionnels associés à une qualité de vie altérée étaient le travail aux services de chirurgie ou de médecine aigue ($p=0,03$, $p=0,002$ et $p=0,004$), la catégorie professionnelle en tant que professionnel de la santé ($p=0,02$), la durée du trajet domicile/travail supérieure à 45 minutes ($p=0,015$), les gardes de jour de 7h à 19h ($p=0,01$), la levée d'objets lourds ($p=0,02$) et la position debout prolongée ($p=0,03$, $p=0,009$ et $p=0,03$), la perception du travail comme monotone ou stressant ou la qualification de son ambiance comme modérée à mauvaise (p respectifs de 0,008 (BP) ; 0,01 (RE) ; 0,04 (SCM) ; 0,006 (MH) ; 0,01(BP) et 0,006(MH)) et l'arrêt du travail pour cause de maladie ($p=0,05$ (RP) et $p<0,001$ (SCP)).

Conclusion : La qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins semblait être altérée. Le médecin du travail peut jouer un rôle capital pour la promotion de cette qualité de vie.

Mots clés : Qualité de vie, travail, milieu de soins, grossesse.

INTRODUCTION

La grossesse représente un état physiologique caractérisé notamment par des modifications corporelles et psychiques actuellement bien connues. Ces modifications peuvent influencer la qualité de vie des femmes enceintes, même lorsque le déroulement de la grossesse est normal. Par ailleurs, le travail en milieu de soins expose à des contraintes professionnelles multiples : temporelle, organisationnelle, physique, biologique, chimique et qui sont souvent cumulées [1-2]. Aussi, certaines contraintes sociales sont parfois surajoutées. L'Organisation Mondiale de la Santé a défini, en 1993, le concept de qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » [3]. Ainsi, la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins pourrait être altérée. Peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de cette dimension chez ces femmes exerçant dans ce secteur particulier.

L'objectif de ce travail était d'étudier la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins.

METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et rétrospective. Toutes les femmes enceintes exerçant à l'hôpital Charles Nicolle (HCN) de Tunis – de façon permanente ou temporaire – pendant la période allant du 1^{er} avril au 31 mai 2016 étaient incluses. Celles qui étaient en arrêt de travail au moment de l'enquête avaient été exclues.

La participation à cette enquête était volontaire avec respect de l'anonymat. Une fiche préétablie avait servi pour le recueil des données sociodémographiques, cliniques et professionnelles. Pour l'évaluation de la qualité de vie, nous avons utilisé le questionnaire Medical Outcome Study Short Form 36-items (MOS SF36) traduit et validé en arabe dialectal, qui a été administré par un même enquêteur (en l'occurrence moi-même).

Le MOS SF36 comporte 36 items regroupés dans huit dimensions : « Fonctionnement physique (PF) », « Limitations dues à l'état physique (RP) », « Douleurs physiques (BP) », « Santé générale (GH) », « Vitalité (VT) », «

Limitations dues à l'état mental (RE) », « Vie et relation avec les autres (SF) », et « Santé mentale (MH) ». Chaque dimension peut comporter deux à 10 items et est exprimée par un score. Un score résumé physique (SCP) et un score résumé mental (SCM) peuvent être calculés. Le SCP est la somme des scores obtenus aux quatre dimensions physiques suivantes : PF, RP, BP et GH divisée par quatre. Le SCM est la somme des scores obtenus aux dimensions psychiques suivantes : VT, SF, RE et MH divisée par quatre. Les scores ont été standardisés tels que 0 correspond à la pire qualité de vie et 100 à la meilleure qualité de vie. Un score inférieur à 50 indique une qualité de vie altérée [4-6].

Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel 2010 et analysées au moyen du logiciel SPSS version 19.0. Nous avons calculé des fréquences absolues et des pourcentages pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, nous avons calculé des moyennes et des écarts-types. Les comparaisons de 2 moyennes sur séries indépendantes ont été effectuées par le test non paramétrique de Mann et Whitney. Les comparaisons de pourcentages sur séries indépendantes ont été effectuées par le test du chi-deux de Pearson. Dans les tests statistiques, le degré de signification statistique p indiquait une différence significative lorsqu'il était inférieur à 0,05.

RESULTATS

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 50 femmes enceintes exerçant dans les différents services hospitaliers de l'HCN de Tunis avec un taux de réponse de 100%.

1. Données sociodémographiques et cliniques :

Les femmes enceintes étaient âgées en moyenne de $31,3 \pm 4,9$ ans avec des extrêmes allant de 21 à 45 ans. Leur niveau d'instruction était universitaire dans 40 cas (80%). Sur le plan social, au moins un enfant à charge était retrouvé dans 17 cas (34%). Une aide à domicile était retrouvée dans 28 cas (56%). Par ailleurs, un endettement était rapporté dans 27 cas (54%). La durée moyenne du trajet du domicile vers le travail était de $49,4 \pm 30,8$ minutes. Sur le plan clinique, 28 femmes enceintes (56%) étaient primipares. Le terme moyen de la

grossesse était de $21,7 \pm 9$ semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de 2 et 38 SA. Les femmes enceintes étaient suivies dans 48 cas (chez un gynécologue (46 cas) et chez une sage-femme (deux cas)). Les termes respectifs des grossesses non suivies étaient de trois et quatre SA. Le nombre moyen de consultations pré-natales était de $4,94 \pm 2,75$ avec des extrêmes de zéro et 15. Des antécédents pathologiques personnels étaient retrouvés chez 21 femmes enceintes (42%) dont des antécédents de stérilité primaire chez deux cas, d'épilepsie chez un cas et de complications au cours des grossesses antérieures chez 18 cas.

2. Données professionnelles :

L'ancienneté professionnelle moyenne était de $4,6 \pm 3,9$ ans avec des extrêmes allant de un mois à 13 ans. Elle était inférieure ou égale à trois ans dans 26 cas.

Il s'agissait de 40 personnels de soins (21 infirmières (dont trois archivistes), neuf médecins, neuf techniciennes et une instrumentiste), sept ouvrières et trois secrétaires. Elles exerçaient dans des services à caractère chirurgical dans 16 cas (32%), médical dans 32 cas (dont 10 cas dans des services de médecine aiguë) et de radiologie dans deux cas (une instrumentiste et un agent de guichet).

Les femmes enceintes étaient titulaires dans 39 cas (78%). Les femmes enceintes exerçant à l'HCN de façon temporaire étaient résidentes dans des services de médecine (cinq cas), médecin en stage dans le cadre d'un diplôme universitaire (un cas), technicienne (deux cas), infirmière (un cas), infirmière (un cas) et ouvrière (un cas). Les contraintes professionnelles rapportées sont détaillées dans le tableau I.

Les femmes enceintes percevaient leur travail comme monotone dans 39 cas (78%) et stressant dans 35 cas (70%). Elles qualifiaient l'intensité de leur activité de : modérée (22 cas), intense (19 cas), très intense (huit cas) et faible (un cas) et l'ambiance du travail de : moyenne (25 cas), bonne (16 cas), mauvaise (six cas) et très bonne (trois cas). Un soutien par les collègues était rapporté dans 13 cas (26%).

Le besoin d'un aménagement du poste de travail vu l'état de grossesse a été manifesté par

32 femmes enceintes (64%). Il a été formulé dans une demande au chef de service dans 16 cas et a été approuvé chez neuf cas avec un allégement des tâches (six cas) et/ou une éviction des gardes (cinq cas). L'allégement des tâches correspondait à la diminution du nombre de malades pris en charge (chez une infirmière de réanimation), à l'ajout d'un collègue (chez une résidente et chez une infirmière d'orthopédie), par l'exemption de l'examen des patients atteints de rubéole et de varicelle (chez une dermatologue) et par l'affectation à poste de travail moins contraignant (affectation à la salle d'échographie chez une instrumentiste de radiologie et à la zone de tri chez une infirmière des urgences). La mutation à un poste de travail non exposant aux radiations ionisantes était systématique chez l'instrumentiste de radiologie. Au moins un arrêt du travail pour cause de maladie était noté dans 29 cas (58%). Le nombre moyen de jours d'arrêt du travail était de 7 jours avec des extrêmes de deux et 42 jours. Par ailleurs, aucune consultation au service de médecine du travail n'était entreprise durant la grossesse.

3. Etude de la qualité de vie:

La qualité de vie des femmes enceintes exerçant à l'HCN de Tunis mesurée par le MOS SF36 semblait être altérée. En effet, parmi les huit dimensions étudiées du MOSSF36, trois étaient altérées (moyenne du score inférieure à 50) : il s'agissait des dimensions RP, VT et RE. De même, pour les deux scores résumés (SCP et SCM) (score inférieur à 50) (Tableau II).

Parmi les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la qualité de vie étudiées, l'absence d'aide à domicile et la primiparité constituaient les facteurs statistiquement liés à une qualité de vie altérée (p respectifs de 0,03 (SF) et de 0,01 (RP)). Par ailleurs, les femmes enceintes qui avaient au moins un enfant à charge avaient une meilleure qualité de vie ($p=0,003$) (Tableau III).

Concernant les caractéristiques professionnelles, les facteurs mis en cause dans l'altération de la qualité de vie étaient : le travail aux services de chirurgie ou de médecine aiguë ($p=0,03$, $p=0,002$ et $p=0,004$), la catégorie professionnelle en tant que professionnel de la santé non administratif ($p=0,02$), la durée du trajet domicile/travail supérieure à 45 minutes ($p=0,015$), les gardes de jour de 7h à 19h

($p=0,01$), la levée d'objets lourds ($p=0,02$) et la position debout prolongée ($p=0,03$, $p=0,009$ et $p=0,03$).

Les femmes enceintes qui percevaient leur travail comme monotone ou stressant ou qui qualifiaient son ambiance de modérée à mauvaise semblaient avoir une qualité de vie altérée (p respectifs de 0,008 (BP) ; 0,01 (RE) ; 0,04 (SCM) ; 0,006 (MH) ; 0,01(BP) et 0,006(MH)).

L'arrêt du travail pour cause de maladie constituait un facteur associé négativement à la qualité de vie ($p=0,05$ (RP) et $p<0,001$ (SCP)) (Tableau IV).

DISCUSSION

D'après notre étude, la qualité de vie des femmes enceintes exerçant à l'HCN de Tunis pendant la période allant du 1^{er} avril 2016 jusqu'au 31 mai 2016, mesurée par le MOS SF36, semblait être altérée. En effet, les scores moyens résumés physique (SCP) et mental (SCM) étaient respectivement de 47,7 et 46,7. À notre connaissance, il s'agit du premier travail qui s'est intéressée à l'étude de la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins mesurée par un questionnaire standardisé et validé. Toutefois, certaines limites méthodologiques sont à considérer, se rapportant notamment au caractère transversal rétrospectif de l'étude, à la courte période de recueil des données et au faible effectif retenu. Par ailleurs, en considérant les caractéristiques du travail en milieu de soins [2,7], l'étude des répercussions spécifiques du travail dans ce secteur sur la qualité de vie des femmes enceintes devrait être approchée par des enquêtes comparatives entreprises auprès de femmes enceintes travaillant dans des secteurs professionnels différents.

La qualité de vie est un concept complexe et multidimensionnel. De nombreuses échelles mesurant la qualité de vie sont actuellement disponibles. Nous avons utilisé le MOS SF36 devant son caractère générique évaluant une population générale sans particularité. Les questionnaires spécifiques sont plutôt orientés vers une pathologie particulière. De plus, il s'agit d'un instrument largement utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie [4-6,8,9].

Dans la revue systématique de la littérature de M. MORIN et al(2005 à 2015) portant sur l'évaluation de la qualité de vie des femmes enceintes-tout facteur confondu et indépendamment de leur catégorie professionnelle- avait inclus 75 articles. Des questionnaires différents étaient utilisés, dont le MOS SF36. Les auteurs avaient conclu que la qualité de vie des femmes enceintes était moins bonne que celle de la population générale [10]. De même, nos résultats suggéraient cette altération de la qualité de vie chez les femmes enceintes en milieu de soins avec altération des scores moyens des dimensions «limitations due à l'état physique RP», «vitalité VT », «limitations due à l'état mental RE», et des scores résumés physique et mental. Ces mêmes dimensions et les scores résumés étaient les plus fréquemment altérés. Ces résultats pourraient être expliqués par les modifications corporelles et psychiques spécifiques à la grossesse et par les caractéristiques particulières du travail en milieu de soins [1-2].

Parmi les facteurs associés à la qualité de vie étudiés dans notre enquête, l'absence d'une aide à domicile et la primiparité avaient constitué les facteurs extraprofessionnels mis en cause dans l'altération de la qualité de vie. Les dimensions «vie et relations avec les autres SF» et «limitations due à l'état physique RP» étaient les plus associées. Ces résultats pourraient être expliqués par le vécu de la première grossesse et par le besoin de conciliation vie personnelle - vie professionnelle. Toutefois, avoir au moins un enfant avait constitué un déterminant d'une qualité de vie meilleure. Ce résultat pourrait être expliqué d'une part par l'adaptation de la femme à la nouvelle grossesse et d'autre part par l'absence de pathologies de la fertilité.

Concernant les facteurs professionnels liés à la qualité de vie, le travail aux services de chirurgie ou de médecine aiguë ou comme professionnel de la santé, la durée du trajet domicile/travail supérieure à 45 minutes, les gardes de jour de 7h à 19h, la levée d'objets lourds, la position debout prolongée, la perception du travail comme monotone ou stressant et de son ambiance comme moyenne à mauvaise et l'arrêt du travail pour cause de maladie avaient constitué les facteurs associés à une qualité de vie altérée.

Le travail aux services de chirurgie et de médecine aigue ou comme personnel de soins avait influencé négativement les dimensions « vie et relations avec les autres SF », « limitations dues à l'état mental RE», le score résumé mental SCM et « limitations dues à l'état physique RP » respectivement. Ceci pourrait être expliqué par la charge mentale liée au travail dans de tels services et aussi par la difficulté de la conciliation vie personnelle-vie professionnelle [11-13].

La levée d'objet lourd ou la position debout prolongée avaient influencé négativement les dimensions « douleur physique BP » et « santé mentale GH ». Vu l'état de grossesse, l'effet décès contraintes pourrait être déduit [1].

Les femmes enceintes qui assuraient des gardes de jour de 7h à 19h avaient une qualité de vie altérée dans sa dimension « limitations dues à l'état psychique RE». Une durée de 12 heures de travail continu constitue en effet une charge de travail élevée pour une femme enceinte [14].

Aussi, la perception du travail comme stressant était liée à une qualité de vie altérée (dans son score résumé mental). Ceci pourrait être lié au stress associé à la grossesse en elle-même qui pourrait être surajouté au stress au travail [15].

La perception négative de l'ambiance du travail avait influencé négativement les dimensions « douleurs physiques BP » et « santé psychique MH ». Pour le volet psychique, cette association paraît prévisible. Toutefois, pour le volet physique, cette association pourrait être fortuite ou expliquée par la somatisation du stress vécu. L'arrêt du travail pour raison médicale était lié à une qualité de vie altérée dans ses dimensions physiques : «limitations liés à l'état physique RP » et « score résumé physique SCP ». En effet, cet arrêt de travail signifiait un état de maladie (soit un déroulement anormal de la grossesse, soit une autre maladie ordinaire surajoutée). Ainsi, l'altération de ces dimensions physiques semblait être justifiée. Par ailleurs, le nombre de femmes enceintes ayant manifesté le besoin d'un aménagement du poste de travail (32 cas soit 64%) et le nombre de bénéficiaires de congés de maladie (29 cas soit 58%) suggéraient un rapport avec de mauvaises conditions de travail.

Dans l'enquête épidémiologique descriptive de Vidal et al menée chez l'ensemble des salariées du CHU de Bordeaux (hors médecins et

personnel de recherche) ayant donné naissance en 2012, 364/447 questionnaires étaient remplis lors de la visite de reprise après maternité. Un arrêt de travail était rapporté chez 321 salariées avant 32 SA. Un lien entre l'arrêt du travail pour raison médicale ou personnelle et le travail était rapporté par 181 salariées. Cent trente salariées avaient manifesté un besoin d'aménagement de leur poste de travail du fait de la grossesse sachant qu'elles bénéficiaient déjà d'une « heure de grossesse » par jour dès le 3^{ème} mois. IL était obtenu dans 51 cas [16].

Aussi, dans l'étude descriptive et transversale (1^{er} janvier au 31 décembre 2014) de J-B Henrotin et al réalisée aux services médicaux interentreprises de santé et de travail de la région Languedoc-Roussillon chez des salariées à la visite de reprise pour maternité, 1325 questionnaires étaient remplis. Le nombre total d'arrêt de travail était de 1753. Un aménagement du poste de travail était noté dans 197 cas.

Un changement du poste de travail était rapporté dans 46 cas. Une visite spécifique grossesse auprès du médecin du travail était rapportée dans 44 cas (3,3%) dont 25 visites orientées d'un médecin traitant vers le médecin du travail. Des visites auprès du médecin du travail étaient notées dans 238 cas [17].

Dans une étude tunisienne de H. Kalboussi et al publiée en 2015 et portant sur les congés de maladie déposés à la CNAM pendant la grossesse, 347 arrêts de travail étaient colligés. 209 femmes étaient interviewées. Un aménagement du poste de travail était jugé nécessaire dans 146 cas (70%). Il a été approuvé dans 51 cas (35%) [18].

Par ailleurs, la protection de la mère, du fœtus et de l'enfant à naître est une priorité notamment au travail. Les conditions de travail des femmes enceintes devraient être considérées, notamment en milieu de soins [19-21]. La législation tunisienne place la femme enceinte parmi les salariés devant bénéficié d'une fiche de surveillance médicale spéciale [22]. L'article 48 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif stipule que le fonctionnaire de sexe féminin bénéficie, sur production d'un certificat médical, d'un congé de maternité de deux mois à plein traitement cumulable avec le congé de repos [23]. Aussi,

d'après le code du travail, le travail de nuit est interdit à la femme travailleuse pendant une période de 16 semaines au minimum avant et après accouchement, dont au moins huit avant la date probable de l'accouchement. Aucun congé légal n'est planifié avant le congé de maternité de quatre semaines après l'accouchement [24]. La création d'un comité d'étude d'un projet de modification du congé de maternité était annoncée par le premier ministre le 8 mars 2017 à l'occasion de la célébration de la journée internationale de la femme [25]. La législation française prévoit également des dispositifs de protection de la santé de la femme enceinte afin de tenir compte de son état de grossesse. Sont distinguées des actions préventives en amont de tout état de grossesse, une surveillance médicale renforcée, des mesures d'aménagement individuel du poste de travail et des conditions de travail, sur avis du médecin du travail et les mesures réglementaires, qui visent à éloigner la femme enceinte de certains travaux ou de certains environnements professionnels et à aménager ses conditions de travail [26]. En milieu de soins, le médecin du travail devrait informer les salariées en âge de procréation sur les risques professionnels encourus. Pour ce faire, l'éventuelle grossesse devrait lui être déclarée au préalable le plus précocement possible. Ainsi, il pourra agir sur certaines conditions du travail et participer à la conciliation état de grossesse-activité professionnelle. La promotion de la qualité de vie des femmes enceintes exerçant en milieu de soins sera par conséquent beaucoup plus aisée.

CONCLUSION :

La qualité de vie des femmes enceintes exerçant à l'HCN de Tunis semblait être altérée. La difficulté de conciliation état de grossesse-activité professionnelle en milieu de soins avait expliqué en grande partie les facteurs extraprofessionnels et professionnels associés à une qualité de vie altérée. Le rôle du médecin du travail-essentiellement préventif- demeure capital pour préserver cette qualité de vie, notamment dans ce secteur particulier.

DECLARATION DES LIENS D'INTERET :

Les auteurs déclarent l'absence de conflits d'intérêts en rapport avec ce travail.

REFERENCES :

1. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2016;27(2):89-94.
2. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs [En ligne]. Ministère du Travail,[cité le 13/02/2013] ; [environ 12 écrans]. Disponible à l'URL : <http://www.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-010.pdf>
3. Quality of life group WHO. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, KruykenW, dir. *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlin: Springer Verlag; 1994. p.44-57.
4. Ware JE, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 healthsurvey : manual and interpretation guide. Boston:The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
5. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. 5ème édition. Boston: Health Institute, New England Medical Center;1994.
6. Le Plège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris:Estem; 2001.
7. T estud F, Abadia-Benoist G. Risques professionnels chez la femme enceinte. *Encycl Med Chir*. (Elsevier Masson, Paris), Pathologie professionnelle et de l'environnement, 16-660-A-10, 2010. 12p.
8. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. *Rev Med Interne*. 2007;28(7):458-62.
9. Bonniaud V, Guyatt G, Bonniaud P, Pérennou D, Parratte B. Choisir un questionnaire de qualité de vie. *Med Press*. 2006;35(2):281-6.
10. Morin M, Vayssiére C, Claris O, Irague F, Mallah S, Molinier L et al. Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;214:115-130.
11. Balch CM, Shanafelt T. Combating stress and burnout in surgical practice: A review. *Thorac Surg Clin*. 2011;21(3):417-30.
12. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90(3):333-7.
13. Kim Y, Chung CW. Development of the Korean Pregnancy Stress Scale. *Jpn J Nurs Sci*. 2018;15(2):113-24.
14. Chouanière D. Définitions et aspects épidémiologiques des risques psychosociaux. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2017;78:4-15.
15. DunkelSchetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*. 2011;62:531-58.
16. Vidal A, Rinaldo M, Brochard P, Baron J, Verdun-Esquer C. Grossesse et travail au CHU de Bordeaux: étude comparative de la fréquence des principales complications de la grossesse du personnel (hors personnel médical et de recherche) par rapport à la population générale. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2016;77:10-20.

- 17.** Henrotin JB, Vaissière M, Etaix M, Dziurla M, Malard S, Lafon D. Exposition aux risques professionnels pendant la grossesse : retour de services médicaux interentreprises. La Revue Sage Femme. 2018;17(2):67-77.
- 18.** Kalboussi H, Bannour D, Kacem I, Debbabi F, Haj Salah H, Mrizak N. Influence des facteurs professionnels sur l'absentéisme de la femme enceinte dans la région du centre tunisien. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2015;76:468-77.
- 19.** Haute autorité de santé. Recommandations : Comment mieux informer les femmes enceintes ? L'essentiel sur l'information des femmes enceintes (Avril 2005). La revue Sage-femme. 2005;4:226-36.
- 20.** Lafon D, Falcy M, Ganem Y, Le Bacle C, Nikolova N, Campo P et al. Grossesse et travail [en ligne]. INRS, [09/2010] ; [environ 12 écrans]. Disponible à l'URL:<http://www.google.INRS>
- 21.** Ministère des solidarités et de la santé. Note d'information n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2018/67 du 9 mars 2018 relative à la protection de la santé des femmes enceintes exerçant dans les établissements publics sanitaires,sociaux ou médico-sociaux [En ligne]. Ministère des solidarités et de la santé, [15/2/2018] ; [environ 12 écrans]. Disponible à l'URL :http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/03/cir_43209.pdf
- 22.** République tunisienne. Fiche de surveillance médicale spéciale. Journal Officiel de La République Tunisiene du 7 Août 2009.
- 23.** République tunisienne. Article 48 de la loi n° 83-112 du 12 décembre 1983, portant statut général des personnels de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics à caractère administratif. Journal Officiel de La République Tunisiene du 16 décembre 1983.
- 24.** Décret-loi n° 2011-115 du 2 novembre 2011. Protection de la maternité. Code du Travail. Tunis: Imprimerie Officielle de la République Tunisiene; 2011. p.44-45.
- 25.** Premier ministre. Mot du premier ministre lors de la célébration de la journée internationale de la femme [En ligne]. Ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes âgées, [20 mars 2017] [2 écrans]. Disponible à l'URL : <http://mot du premier ministre www.femmes.gov.tn>
- 26.** Doliger MO, Liadet F, Bouhnik AM, Falleri-Garoste R. Rôle du médecin du travail dans la protection de la grossesse. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2011;72:319-326.

Tableau I : Contraintes professionnelles rapportées par les femmes enceintes.

Contraintes professionnelles	Nombre	Pourcentage
Contraintes posturales	50	100
Horaires atypiques*	33	66
Bruit	31	62
Effectif des collègues faisant la même tâche ≤2	26	52
Risque chimique	23	46
Durée du trajet domicile - travail ≥ 45 minutes	17	34

* : Garde de jour : de 7h à 19 h (23 cas), Garde de nuit : de 19h à 7h (quatre cas), Garde de 8h à 14h du lendemain (sept cas), Travail posté et de nuit (un cas).

Tableau II : Qualité de vie des femmes enceintes exerçant à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis

	Moyenne des scores±écart-type	Valeur minimale du score	Valeur maximale du score	n	Pourcentage
Dimensions					
PF	59,8±21,7	20	100	15	30
RP	24±33,5	0	100	36	72
BP	52±21,8	0	100	22	44
GH	54,6±21,3	0	83	13	26
VT	32,6±18,9	0	80	39	78
SF	56,9±24,5	0	100	16	32
RE	38,6±38,9	0	100	30	60
MH	59,9±17,2	16	92	13	26
Scores résumés					
SCP	47,7±17,3	9	91	29	58
SCM	46,7±19,3	10	93	31	62

n : nombre de femmes enceintes avec score altéré (score<50),

PF : Fonctionnement physique, RP : Limitations dues à l'état physique, BP : Douleurs physiques, GH : Santé générale, VT : Vitalité, RE : Limitations dues à l'état mental, SF : Vie et relation avec les autres, MH : Santé mentale, SCP : score résumé physique, SCM : score résumé mental.

Tableau III : Facteurs sociodémographiques et cliniques associés à la qualité de vie

Dimensions*	PF	RP	BP	GH	SCP	VT	SF	RE	MH	SCM
Facteurs socio-démographiques										
Et cliniques										
Aide à domicile										
Oui	7/21	19/9	10/18	9/19	15/13	20/8	5/23	15/13	5/23	16/12
Non	8/14	17/5	12/10	4/18	14/8	19/3	11/11	15/7	8/14	15/7
p	0,27	0,16	0,30	0,48	0,73	0,35	0,03	0,45	0,20	0,49
Primiparité										
Oui	6/22	24/4	10/18	10/18	19/9	20/8	7/21	17/11	7/21	16/12
Non	9/13	12/10	12/10	3/19	10/12	19/3	9/13	13/9	6/16	15/7
p	0,13	0,01	0,18	0,07	0,11	0,20	0,23	0,90	0,85	0,42
Nombre d'enfants										
≥1	6/11	10/7	9/8	0/17	8/9	15/2	6/11	10/7	5/12	11/6
=0	9/24	26/7	13/20	13/20	21/12	24/9	10/23	20/13	8/25	20/13
p	0,55	0,13	0,36	0,003	0,26	0,21	0,72	0,90	0,69	0,77

PF : Fonctionnement physique, RP : Limitations dues à l'état physique, BP : Douleurs physiques, GH : Santé générale, VT : Vitalité, RE : Limitations dues à l'état mental, SF : Vie et relation avec les autres, MH : Santé mentale, SCP : score résumé physique, SCM : score résumé mental, p : degré de signification statistique.

*Dimension présentée sous forme d'un rapport (n/n) où n : nombre de femmes enceintes avec score altéré (score<50) et n' : nombre de femmes enceintes avec score non altéré (score≥ 50).

Tableau IV : Facteurs professionnels associés à une qualité de vie altérée

Dimensions*	PF	RP	BP	GH	SCP	VT	SF	RE	MH	SCM
Facteurs professionnels										
Service										
Chirurgie, médecine aigue	10/16	20/6	14/12	7/19	17/9	23/3	12/14	21/5	6/20	21/5
Autres services	5/19	16/8	8/16	6/18	12/12	16/8	4/20	9/15	7/17	10/14
p	0,17	0,42	0,14	0,87	0,27	0,06	0,03	0,002	0,62	0,004
Catégorie professionnelle										
Professionnels de la santé	13/31	34/10	20/24	11/33	26/18	34/10	15/29	27/17	11/33	28/16
Secrétaires	2/4	2/4	2/4	2/4	3/3	5/1	1/5	3/3	2/4	3/3
p	0,84	0,02	0,57	0,66	0,67	0,73	0,39	0,59	0,66	0,51
Durée du trajet domicile - travail										
>45 minutes	6/11	11/6	8/9	5/12	9/8	13/4	6/11	9/8	8/9	10/7
≤45 minutes :	9/24	25/8	14/19	8/25	20/13	26/7	10/23	21/12	5/28	21/12
p	0,55	0,41	0,75	0,69	0,60	0,85	0,72	0,46	0,01	0,74
Garde de jour de 7h à 19h										
oui	7/16	16/7	13/10	7/16	15/8	18/5	10/13	18/5	5/18	16/7
non	8/19	20/7	9/18	6/21	14/13	21/6	6/21	12/15	8/19	15/12
p	0,95	0,72	0,1	0,5	0,34	0,96	0,10	0,015	0,52	0,30
Levée d'objets lourds										
oui	9/16	19/6	15/10	8/17	16/9	21/4	10/15	18/7	8/17	18/7
non	6/19	17/8	7/18	5/20	13/12	18/7	6/19	12/13	5/20	13/12
p	0,35	0,52	0,02	0,33	0,39	0,30	0,22	0,08	0,33	0,14
Position debout prolongée										
oui	11/25	29/7	17/19	13/23	22/14	28/8	14/22	25/11	9/27	25/11
non	4/10	7/7	5/9	0/14	7/7	11/3	2/12	5/9	4/10	6/8
p	0,89	0,03	0,46	0,009	0,47	0,95	0,09	0,03	0,79	0,08
Travail monotone										
oui	13/26	28/11	21/18	11/28	24/15	31/8	13/26	27/12	12/27	27/12
non	2/9	8/3	1/10	2/9	5/6	8/3	3/8	3/8	1/10	4/7
p	0,33	0,95	0,008	0,50	0,34	0,63	0,70	0,01	0,14	0,04
Travail stressant										
oui	12/23	26/9	17/18	10/25	21/14	29/6	13/22	24/11	9/26	26/9
non	3/12	10/5	5/10	3/12	8/7	10/5	3/12	6/9	4/11	5/10
p	0,312	0,58	0,32	0,52	0,66	0,20	0,23	0,05	0,94	0,006

PF : Fonctionnement physique, **RP** : Limitations dues à l'état physique, **BP** : Douleurs physiques, **GH** : Santé générale, **VT** : Vitalité, **RE** : Limitations dues à l'état mental, **SF** : Vie et relation avec les autres, **MH** : Santé mentale, **SCP** : score résumé physique, **SCM** : score résumé mental. **p** : degré de signification statistique.*Dimension présentée sous forme d'un rapport (n/n') où n : nombre de femmes enceintes avec score altéré (score<50) et n' : nombre de femmes enceintes avec score non altéré (score≥ 50).

Tableau IV : Facteurs professionnels associés à une qualité de vie altérée (Suite).

Dimensions*	PF	RP	BP	GH	SCP	VT	SF	RE	MH	SCM
Facteurs professionnels										
Ambiance du travail										
très bonne	0/3	3/0	0/3	1/2	1/2	3/0	0/3	2/1	0/3	2/1
bonne	5/11	13/3	6/10	11/5	11/5	10/6	6/10	8/8	4/12	7/9
moyenne	6/19	15/10	10/15	13/12	13/12	21/4	8/17	15/10	4/21	17/8
mauvaise	4/2	5/1	6/0	4/2	4/2	5/1	2/4	5/1	5/1	5/1
p	0,13	0,26	0,01	0,55	0,55	0,29	0,65	0,55	0,006	0,28
Arrêt de travail pour cause de maladie										
oui	10/19	24/5	14/15	11/18	23/6	23/6	10/19	19/10	8/21	21/8
non	5/16	12/9	8/13	2/19	6/15	16/5	6/15	11/10	5/16	10/11
p	0,41	0,05	0,47	0,024	<0,001	0,79	0,65	0,34	0,76	0,07

PF : Fonctionnement physique, **RP :** Limitations dues à l'état physique, **BP :** Douleurs physiques, **GH :** Santé générale, **VT :** Vitalité, **RE :** Limitations dues à l'état mental, **SF :** Vie et relation avec les autres, **MH :** Santé mentale, **SCP :** score résumé physique, **SCM :** score résumé mental. **p** :degré de signification statistique.

*Dimension présentée sous forme d'un rapport (n/n') où n : nombre de femmes enceintes avec score altéré (score<50) et n' : nombre de femmes enceintes avec score non altéré (score≥ 50).