



HAL
open science

Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française

M. Chabbert, E. Devouche, P. Rozenberg, J. Wendland

► **To cite this version:**

M. Chabbert, E. Devouche, P. Rozenberg, J. Wendland. Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. *L'Encéphale*, 2021, 47 (4), pp.326-333. 10.1016/j.encep.2020.06.016 . hal-04584502

HAL Id: hal-04584502

<https://hal.science/hal-04584502v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française

Validation of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE) in a French population

Margaux Chabbert^{a*}, Emmanuel Devouche^a, Patrick Rozenberg^b, Jacqueline Wendland^a

^a Université de Paris, LPPS, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

^b Département de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Poissy-Saint-Germain, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy Cedex, France

* **Pour correspondance** : Margaux Chabbert

Université de Paris, LPPS, F-92100 Boulogne-Billancourt, France

e-mail : margaux.chabbert@hotmail.fr

Résumé

Objectif. La perception négative du vécu subjectif de l'accouchement par la femme peut avoir de nombreuses conséquences sur l'état psychologique de la mère et sur les relations précoces mère-bébé. À ce jour il n'existe aucun outil validé auprès d'une population française permettant d'évaluer cette expérience de manière multidimensionnelle. Cette étude a pour objectif de valider le Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA) auprès d'une population française. **Méthodes.** L'échantillon se compose de 256 femmes recrutées en maternité. La structure du QEVA a été explorée par un modèle d'équations structurales exploratoire (ESEM). Une analyse de la consistance interne a été menée sur les sous-scores des facteurs identifiés et la validité concurrente a été appréciée avec l'Inventaire de Détresse Péri-traumatique (PDI) via une corrélation et son test t associé. **Résultats.** Le modèle d'équations structurales appliqué au QEVA a révélé une structure à 4 dimensions. L'analyse des qualités psychométriques a mis en évidence une bonne consistance interne, avec une valeur alpha observée variant entre .69 et .86 selon la dimension considérée. Le QEVA présente également une bonne validité concurrente avec les scores de détresse péri-traumatique ($r=.51$). **Conclusion.** Cet outil, simple d'utilisation et bien accepté par les mères, devrait permettre aux professionnels de santé de non seulement dépister les mères ayant un vécu difficile de l'accouchement et un besoin de soutien, mais aussi d'adapter leur prise en charge en fonction des dimensions du vécu de l'accouchement et des difficultés associées (émotions pendant l'accouchement, interactions avec les professionnels de santé, premiers instants avec le bébé, ou émotions pendant le post-partum).

Mots Clés : évaluation, vécu de l'accouchement, questionnaire, validation, dépistage

Abstract

Background. A woman's negative perception of her subjective childbirth experience can have consequences on the mother's psychological state and on early mother-baby relationships. To date, there is no validated tool in France allowing to evaluate childbirth experience in a multidimensional way. The aim of this study is to validate the Questionnaire Assessing the Childbirth Experience (QEVA) in a French sample of mothers. This tool was developed in a previous study where the authors combined 25 items into 6 dimensions: representations and expectations, sensory perceptions, feeling of control, perceived social support (medical staff and partner), emotions (positive and negative) and first moments with the baby. **Methods.** The sample included 256 women recruited in a maternity ward. Sociodemographic and obstetric characteristics of our sample were compared to those of the French national perinatal survey. The structure of the QEVA with 17 items was explored by an exploratory structural equation modeling (ESEM). An analysis of the internal consistency was conducted on the sub-scores of the identified factors, and the concurrent validity was assessed with the Peri-traumatic Distress Inventory (PDI) through a correlation and its associated t-test. **Results.** The characteristics of our sample and those of the national perinatal survey do not differ on age, marital status, parity, cannabis use, infertility treatment, epidural and baby weight, in favour of the good representativeness of our sample. The study of the QEVA structure revealed a 4-dimensional structure. Analysis of the psychometric qualities showed a good internal consistency, with an observed alpha value ranging from .69 to .86. The QEVA also shows a good concurrent validity with the peri-traumatic distress scores ($r=.51$). **Conclusion.** To date, the QEVA is the first standardized tool allowing a multidimensional evaluation of the subjective experience of childbirth. It has been validated on a French population using an exploratory structural equation modeling. This tool, which is simple to use and well accepted

by mothers, enables health professionals not only to screen mothers experiencing difficult childbirth and in need of support, but also to adapt health care according to the dimensions of the birth experience and its associated difficulties (emotions during the birth, interactions with health professionals, first moments with the baby, or post-partum emotions).

Keywords: assessment, childbirth experience, evaluation tools, validity, screening

Introduction

La communauté scientifique actuelle reconnaît la nécessité de considérer l'expérience de l'accouchement comme un élément important pour la santé psychologique des femmes (1). En effet, cette expérience peut avoir des effets positifs ou négatifs, immédiats ou à long terme sur leur vie, leurs relations, leur bien-être et leur santé (2,3). Une expérience négative de l'accouchement pour la femme a été identifiée comme un prédicteur important de la dépression du post-partum (4) ou de l'état de stress post-traumatique du post-partum (5). Ce vécu peut également avoir un impact non seulement sur la qualité des relations précoces mère-bébé (6), mais aussi sur la relation conjugale (7). La prévalence des expériences négatives de l'accouchement varie d'une étude à l'autre (8) : les pourcentages retrouvés oscillent entre 6 et 44 % (9–12). Cette importante variation dans la prévalence peut s'expliquer par les différentes méthodes d'évaluation du vécu de l'accouchement utilisées (13). Ceci invite à évaluer plus précisément l'expérience de l'accouchement afin de mieux identifier les vécus négatifs et de pouvoir offrir aux femmes concernées une prise en charge optimale.

L'expérience de l'accouchement est définie par Aktaş *et al.* (14) comme un concept multidimensionnel, dans laquelle la douleur, le stress, la tristesse, le bonheur et la joie sont vécus ensemble. La subtilité de ce concept est caractérisée par la combinaison de dimensions telles que le « contrôle », la « douleur », le « soutien » ou encore le mélange possible d'émotions à la fois positives et négatives (15). Ayers *et al.* (16) pointent également son caractère intimement subjectif, relevant de la perception individuelle de l'événement. Larkin

et al. (15), dans leur analyse conceptuelle de l'expérience de l'accouchement, ont souligné sa diversité et sa complexité. Ils l'ont défini comme « (un événement) de vie individuel, intégrant des processus psychologiques et physiologiques subjectifs interdépendants, influencés par les contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques » (15) (p. 49; trad). En d'autres termes, la littérature s'accorde à décrire l'accouchement comme un événement complexe à mesurer (13,15,17). De nombreux outils ont été créés, mais la plupart des instruments existants se concentrent sur la satisfaction de la femme par rapport aux soins reçus pendant l'accouchement (18), plutôt que sur leur perception globale de l'événement, y compris dans sa dimension subjective (13). La notion de satisfaction, dérivée des modèles biomédicaux de l'accouchement, n'est pas souvent clairement définie, et la distinction entre la satisfaction de la prise en charge et la satisfaction associée à l'expérience de l'accouchement est ambiguë (19).

En France, il existe actuellement quatre outils pour évaluer le vécu de l'accouchement. Le premier instrument français date de 2003 et porte sur l'évaluation de la satisfaction des femmes à l'égard des soins en maternité (20). Si ce questionnaire présente des qualités psychométriques suffisantes et permet une première prise en compte du vécu des femmes pour améliorer la qualité des soins, il ne se focalise que sur la notion de satisfaction et ne propose pas l'évaluation de certains aspects jugés importants dans le vécu de cet événement. Précisément, il ne permet pas d'appréhender les émotions qui apparaissent pourtant comme un facteur prédictif important du vécu subjectif de l'accouchement chez la femme (21,22), pas plus que le sentiment de contrôle perçu (9,23,24), ou encore l'expérience des premiers instants avec le bébé (10,25) et la place du conjoint dans l'événement (24,26). En 2010, Floris *et al.* (27) ont traduit et validé le *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire* (28), qui mesure le degré de satisfaction lors de l'accouchement. S'il prend en compte de nombreuses dimensions, comme la douleur, le sentiment de contrôle, le soutien du partenaire

et des soignants, là encore, les émotions ne sont pas évaluées. Les auteurs soulignent également la complexité d'une traduction d'échelle, initialement adaptée à une population anglo-saxonne, et la nécessité de modéliser les réajustements transculturels (29). En 2014, Ramanah *et al.* (30) ont élaboré et validé un nouveau questionnaire de mesure de la qualité des soins. Ce questionnaire est multidimensionnel et adapté à la culture francophone, mais n'évalue pas les premiers instants avec le bébé, la relation avec le conjoint, les émotions ou encore le contrôle perçu lors de l'accouchement. Il est par ailleurs uniquement adapté à la période du post-partum immédiat. Ces trois outils reflètent ce que l'on retrouve au niveau international, à savoir une absence de consensus quant à l'évaluation du vécu de l'accouchement et une difficulté à définir les caractéristiques et dimensions de ce vécu, ayant abouti à la construction de simples échelles évaluant l'expérience de 0 à 10 jusqu'à de nombreux outils plus complexes (31). En 2016, le QEVA, questionnaire développé en français par Carquillat *et al.* (17) permet d'évaluer le vécu subjectif de l'accouchement par les femmes selon quatre dimensions et 24 items. On remarque que cet outil est le premier à investiguer l'accouchement à la fois comme un événement subjectif et multidimensionnel mais également adapté au contexte francophone. Toutefois, le QEVA est un instrument clinique qui n'a pas fait l'objet d'une validation par une approche confirmatoire.

L'absence d'un outil robuste et validé pour l'évaluation du vécu de l'accouchement en France est une question d'actualité, alors que de nombreuses femmes font part d'un vécu négatif ou d'un manque de prise en compte de leurs souhaits, comme en témoigne le récent rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) rendu public en juin 2018 qui décrit 26 recommandations pour lutter contre les violences durant le suivi gynécologique et obstétrical (32). Ainsi, un outil d'évaluation du vécu de l'accouchement permettrait aux soignants de repérer les femmes ayant un vécu négatif de l'accouchement, d'identifier les dimensions touchées par l'expérience négative et de mieux prendre en charge les femmes

concernées en suite de couches et en post-partum. Cette étude a donc pour objectif de valider le QEVA auprès d'une population de mères françaises.

Méthode

[Procédure](#)

Le recrutement a été réalisé de manière régulière entre mars 2018 et mai 2019, à raison d'un jour par semaine, au sein de la maternité de niveau III de l'hôpital de Poissy Saint-Germain-en-Laye qui réalise plus de 4 500 naissances par an. Nous avons procédé à un recrutement systématique au sein de cet hôpital, c'est-à-dire que la recherche a été proposée à toutes les femmes présentes sur ces jours et répondant aux critères d'inclusion. Toutes les femmes étaient rencontrées le matin en suites de couche, entre le premier et le sixième jour après leur accouchement. Les femmes qui acceptaient de participer se voyaient remettre par le psychologue chercheur une lettre d'information et un cahier de passation incluant le formulaire de consentement et l'ensemble des outils de mesure. Une fois rempli, le cahier de passation pouvait être rendu le jour même au psychologue chercheur ou être déposé dans une boîte prévue à cet effet au sein du service, avant leur sortie de la maternité.

[Participants](#)

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une femme majeure (plus de 18 ans) ; avoir accouché à terme (entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée) ; être suivies en suites de couche dans le service de maternité et avoir donné son consentement libre et éclairé par écrit. Concernant les critères de non-inclusion, les femmes visées par les articles L. 1121-5 à L. 1121-6 et L. 1122-7 (mineures, majeures protégées) ; les femmes n'ayant pas une maîtrise suffisante de la langue française ou ayant des troubles de l'audition ne leur permettant pas d'entendre une consigne, des troubles cognitifs empêchant la compréhension des consignes données dans le cadre de l'étude ; les femmes ayant accouché prématurément ou dont l'enfant a été hospitalisé en néonatalogie ; les femmes ayant eu une grossesse multiple ou vécu le deuil du conjoint ou d'un enfant lors de la grossesse n'ont pas été incluses dans l'étude. Sur

les 577 femmes auxquelles la recherche a été proposée, 402 ont accepté de participer à l'étude, 275 ont répondu aux questionnaires et 256 participantes (44,4 %) ont finalement été incluses suite à l'exclusion des questionnaires comportant des données manquantes. Afin d'explicitier le déroulement du recrutement et le nombre de participantes, un graphique de flux a été construit (Figure 1). Les pourcentages se réfèrent au nombre de femmes ayant accouché pendant le recrutement.

Cahier de passation

Le cahier de passation comprenait plusieurs sections regroupant des données sociodémographiques et gynéco-obstétricales :

- Une première partie investigue des données sociodémographiques (l'âge, le statut marital, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'étude et des informations similaires concernant le conjoint).
- Une seconde partie permet d'obtenir des informations médico-psychologiques (les traitements actuels dont psychotropes, les consommations de substances avant et pendant la grossesse, les antécédents de diagnostic de dépression ou autre trouble psychiatrique, les événements de vie marquants tels que : agression, accident, décès d'un proche, licenciement, séparation).
- Une troisième partie concerne l'histoire gynécologique de la femme et des données concernant la grossesse (parcours d'aide médicale à la procréation, arrêt de travail anticipé, menace d'accouchement prématuré, complications lors de la grossesse) et l'accouchement (les données obstétricales, une échelle de douleur lors de l'accouchement de 0 à 10, la présence du conjoint lors de l'accouchement, les complications perçues, le poids du bébé). L'accès au dossier médical par le psychologue chercheur a permis de vérifier certaines informations lorsque cela était nécessaire.

Instruments de mesure

Mesure du vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement a été évalué au moyen du Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement (QEVA) qui permet d'identifier les femmes ayant une expérience négative de l'accouchement (17). Dans leur étude princeps, Carquillat *et al.* (17) ont exploré la structure de 17 items du QEVA, parmi les 25 items et les six dimensions initiales. Sur les 17 items sélectionnés, ils n'en ont retenu que 13, quatre items ayant présenté des saturations ne permettant pas de les relier clairement à l'une des dimensions du questionnaire. Dans la mesure où nous adoptons une approche confirmatoire et que les 17 items originaux nous paraissent avoir leur place dans le questionnaire sur un plan clinique, nous avons décidé de conduire la validation sur les 17 items.

Mesure de la détresse émotionnelle péri-traumatique

Le *Peritraumatic Distress Inventory* (PDI) est une échelle d'auto-évaluation de 13 items permettant d'évaluer l'intensité de la détresse péri-traumatique en post-natal immédiat (33). La puissance du score de détresse émotionnelle péri-traumatique serait prédictive d'une évolution vers un trouble de stress post-traumatique (34). Ce questionnaire est donc un bon prédicteur de l'apparition de symptômes post-traumatiques en post-partum. Chacun des 13 items est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total correspond à la somme de tous les items. Un score à partir de 15 indique une détresse significative. Cet outil, traduit et validé en français (20), a servi à évaluer la validité concurrente du QEVA.

[Analyses statistiques](#)

Les données sociodémographiques et gynéco-obstétricales de notre population ont été comparées aux données de l'enquête nationale périnatale de Blondel *et al.* (35) au moyen d'un test du χ^2 . La structure du QEVA a été explorée par un modèle d'équations structurales exploratoire (ESEM) (36,37). Une analyse de la consistance interne (alpha de Cronbach) a été menée sur les sous-scores des dimensions identifiées. Enfin, la validité concurrente a été appréciée via une corrélation et son test t associé.

[Éthique](#)

Le projet de recherche a reçu l'avis favorable du comité d'éthique CER-PD (Comité d'Éthique de la Recherche) de Paris Descartes (avis n°2018-45). Un formulaire de consentement signé a été recueilli pour toutes les participantes. Dans le cadre de l'étude, les principes éthiques et déontologiques propres au statut de psychologue-chercheur ont été respectés. Les recommandations de l'OMS (2011) concernant l'éthique dans la recherche auprès de participants humains, ainsi que la Déclaration d'Helsinki (OMS, 2002) ont également été respectées. Lorsqu'une participante exprimait une détresse par rapport à son accouchement, et ce, avant ou après la passation du questionnaire, une rencontre avec les psychologues du service était systématiquement proposée.

Résultats

[Analyse des données sociodémographiques et gynéco-obstétricales](#)

Les caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de notre échantillon de 256 femmes sont présentées dans le Tableau 1 et comparées avec les données de la dernière enquête nationale périnatale en France publiée en 2016 (35).

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, comparées aux données de l'enquête périnatale, notre échantillon ne diffère pas du point de vue de la répartition des âges des femmes au moment de l'accouchement ou du statut marital, mais les participantes ont en moyenne un niveau d'étude plus élevé ($p=.001$) et une plus grande proportion exerce un emploi ($p<.001$). On observe dans notre échantillon une répartition primipares/multipares analogue à celle de l'enquête nationale, mais une plus grande proportion de femmes a vécu au moins une Intervention Volontaire de Grossesse (IVG) ($p<.001$). En ce qui concerne la grossesse actuelle, les femmes de notre échantillon se distinguent par une moindre consommation de tabac ($p=.003$), mais ne diffèrent pas sur la consommation de cannabis, ni sur le recours à un traitement pour infertilité. Enfin, on observe dans notre échantillon une plus grande proportion d'accouchements déclenchés ($p<.001$), par césarienne ($p=.033$) ainsi que d'accouchements instrumentaux ($p=.003$). Notons également que, pour le poids du bébé,

seule donnée de naissance dont nous disposons, la répartition observée est très proche de celle de référence.

Étude de la structure factorielle

L'étude de la structure sous-jacente aux données a été testée au moyen d'un modèle d'équations structurales exploratoire (ESEM). Le modèle d'équations structurales étant une technique confirmatoire, il suppose de spécifier un modèle a priori posant clairement toutes les relations attendues entre les mesures et de le tester sur un échantillon de taille suffisante (36,37). En ce qui concerne la taille de l'échantillon, ces analyses sont soumises à deux contraintes : avoir plus de 200 sujets, et au moins davantage de sujets que 'huit fois le nombre de variables + 50' (38). Avec 256 femmes enceintes et 17 items, l'échantillon répond aux deux exigences de taille. L'analyse factorielle exploratoire de l'étude princeps ayant identifié 4 dimensions, nous avons choisi d'explorer plusieurs solutions factorielles afin de déterminer si la solution à quatre facteurs se révèle la plus ajustée aux données.

Comparaison de plusieurs solutions factorielles

Qualité de l'ajustement

Nous avons exploré quatre solutions factorielles différentes : à trois, quatre, cinq et six facteurs. Pour évaluer la qualité de l'ajustement des ESEM réalisées, nous nous sommes appuyés sur plusieurs indices. Pour les indices *Tucker-Lewis Index* (TLI) et *Comparative Fit Index* (CFI), Marsh *et al.* (39) indiquent que l'on peut utiliser les valeurs repère de .90 et .95 pour témoigner respectivement d'un ajustement acceptable et excellent. Pour l'indice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), ces auteurs préconisent de prendre .05 et .08 comme valeurs repère d'un ajustement bon et raisonnable respectivement. En nous basant sur les recommandations de Marsh *et al.* (39), nous avons exclu de trois facteurs la solution qui était associée à une valeur CFI de .89, une valeur TLI de .83 et une valeur RMSEA de .07, donc en dessous des valeurs repère. Avec des valeurs CFI et TLI supérieures à .97, et des valeurs RMSEA inférieures à .03, l'ajustement des trois autres solutions factorielles peut être qualifié d'excellent.

Analyse des saturations

L'analyse des saturations sur les solutions à six et cinq facteurs met en évidence à chaque fois que les items saturent sur quatre facteurs, avec une certaine constance d'une solution à l'autre. En effet, les items I01 à I04 ressortent toujours sur un facteur, les items I06 à I10 sur un deuxième facteur et les trois suivants (I11 à I13) sur un troisième facteur. La différence entre les trois solutions factorielles se joue sur l'item I05 et les quatre derniers items : ils saturent sur trois facteurs différents dans la solution à six facteurs (trois sur un facteur, puis les deux autres respectivement sur les deux facteurs restants) ; ils saturent sur deux facteurs différents dans la solution à cinq facteurs (quatre sur un facteur, puis le cinquième sur l'autre facteur). Ainsi, nous avons retenu la solution à quatre facteurs dont les saturations sont présentées dans le Tableau 2. Un premier facteur comporte cinq items (1,2,3,4,5). Ce facteur a été nommé « émotions pendant l'accouchement » du fait du contenu clinique des items les plus saturés. Un deuxième facteur comporte également cinq items (6, 7, 8, 9 et 10) et a été intitulé « interactions avec les professionnels de santé » du fait du contenu clinique des items les plus saturés. Un troisième facteur comporte trois items (11, 12, 13). Nous l'avons nommé facteur « premiers instants avec le bébé », car il rassemble des items évoquant les premiers moments avec le bébé durant l'accouchement et l'accord entre les attentes de la femme par rapport à ces premiers instants et la réalité. Enfin, un quatrième facteur comporte quatre items (14, 15, 16, 17). Nous l'avons intitulé « émotions pendant la période du post-partum », car il rassemble des items évoquant les émotions de la femme rétrospectivement, au moment de la passation du questionnaire. La lecture de ces quatre facteurs sera développée en discussion.

Étude de la consistance interne

La consistance interne d'un outil permet d'apprécier l'erreur de mesure, c'est-à-dire d'estimer l'intervalle dans lequel se situe le score 'vrai'. La consistance interne de chacune des quatre dimensions du QEVA identifiées via l'ESEM a d'abord été testée au moyen du coefficient alpha de Cronbach. La valeur alpha observée varie entre .69 et .86 selon la dimension considérée (cf. Tableau 3) témoignant d'une bonne consistance interne. L'analyse par item

met en évidence la corrélation positive de tous les items et au moins a .50 avec le sous-score total sans l'item (Tableau 3). Aucune suppression d'item n'entraîne de réelle augmentation de la valeur de l'alpha.

Étude de la validité concourante

Les corrélations du QEVA avec les scores du PDI s'avèrent positives et significatives ($r=.51$ ($t(254)=9.3$, $p<.0001$, $IC95 \%=[.41 ; .60]$), indiquant qu'un vécu négatif de l'accouchement (score QEVA élevé) s'accompagne d'un risque plus élevé de détresse émotionnelle péri-traumatique.

Discussion

Cette étude présente la validation, selon une méthode confirmatoire, auprès d'une population française d'un outil multidimensionnel d'évaluation du vécu de l'accouchement. Cet outil, développé par Carquillat *et al.* (17), présente des qualités psychométriques très satisfaisantes et permet d'envisager sa diffusion et son utilisation par les professionnels de santé en périnatalité. Le modèle d'équations structurales appliqué sur notre échantillon abouti à une structure à quatre dimensions qui reprennent partiellement la structure des six dimensions incluses dans la version originale à 25 items (17).

La première dimension a été identifiée comme « les émotions pendant l'accouchement » et est composée de cinq items. La présence de l'item « l'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie » est inattendue car l'item renvoie à la peur du prochain accouchement. Cette peur d'accoucher de nouveau est, en effet, une peur qui se déclenche au moment de l'accouchement et non pas après (40). On retrouve dans la littérature une association importante entre le vécu subjectif négatif de l'accouchement et la peur d'un prochain accouchement (41). La peur de l'accouchement a également été mise en évidence comme un facteur de vulnérabilité chez les nullipares face au vécu subjectif de l'accouchement (42).

La deuxième dimension, que nous avons choisi de nommer « interactions avec les professionnels de santé », est composée de cinq items. Pour deux d'entre eux (« je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant » et « je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés »), nous retrouvons les thèmes du sentiment de contrôle perçu et de la satisfaction du déroulé de l'événement. Ces thèmes sont étroitement liés aux échanges avec les professionnels de santé qui pourront informer la femme des décisions prises et dialoguer avec elle. Ce sont également les professionnels de santé qui pourront avoir un impact sur le déroulé de l'événement et donc sur la satisfaction perçue. Connaissant aujourd'hui l'impact de la qualité des interactions avec les soignants durant l'accouchement sur le développement de symptômes post-traumatiques en post-partum (43), leur rôle et leur implication dans cet événement sont primordiaux.

La troisième dimension appelée « premiers instants avec le bébé » comporte trois items. Cette dimension, trop rarement intégrée dans les questionnaires d'évaluation du vécu de l'accouchement, nous paraît pourtant essentielle. En effet, l'importance de ces premiers instants partagés dans le vécu de l'accouchement a été soulignée dans des études précédentes (10,24,44). Ainsi, il a été montré que le fait de toucher le bébé et d'être avec lui immédiatement après la naissance améliore l'expérience de l'accouchement (24). On retrouve également dans ce facteur la thématique de la satisfaction des attentes en rapport avec les premiers instants avec le bébé. Lorsque les attentes de la femme sont comblées, elle vit une expérience plus positive et son niveau de satisfaction sera plus élevé (45,46).

Enfin, la quatrième dimension, « émotions pendant la période du post-partum », comprend quatre items. Cette dimension prend en compte les émotions et les sentiments de la femme, rétrospectivement, au moment de la passation du questionnaire. Cette passation peut avoir lieu

quelques jours après l'accouchement, mais également après plusieurs semaines ou mois. Quelques études ont exploré l'impact du temps sur le souvenir de l'accouchement. Selon Waldenström, le souvenir global de l'expérience de la naissance devient plus négatif avec le temps (47). En revanche, Stadlmayr *et al.* (48) ont montré que certains aspects des souvenirs de l'accouchement chez les femmes s'améliorent avec le temps. Une étude plus récente a mis en évidence que les femmes ont tendance à se souvenir clairement de l'expérience de l'accouchement même cinq ans après la naissance (49). Étant donné la diversité de ces résultats, il conviendrait de réaliser une recherche future sur l'évolution dans le temps du souvenir du vécu de l'accouchement, ce qui permettrait de préciser les tendances observées dans les études précitées.

Limites de l'étude

Les caractéristiques de notre échantillon ont été comparées à celles de l'enquête périnatale nationale. Cette comparaison a mis en évidence des différences quant au niveau d'étude, à la situation professionnelle, ou à la consommation de tabac, différences qui peuvent être expliquées par le fait que le recrutement de notre échantillon a été réalisé de manière monocentrique et dans une maternité dont le niveau socio-économique de la population est plutôt moyen-élevé. Nous observons également dans notre échantillon davantage de déclenchements de l'accouchement, plus de césariennes et plus d'accouchements instrumentaux. Ces différences peuvent être liées au fait que l'étude s'est déroulée dans une maternité de niveau 3, plus à même de prendre en charge des grossesses pathologiques et des césariennes d'urgence ou programmées, alors que les données nationales incluent des maternités de tous niveaux (I, II et III). En revanche, les deux populations ne diffèrent pas sur l'âge, le statut marital, la parité, la consommation de cannabis, le traitement de l'infertilité, l'emploi de la péridurale et le poids du bébé, ce qui est en faveur de la bonne représentativité de notre échantillon. Si le caractère monocentrique est une limite, mener l'étude sur une seule

maternité a permis d'étudier un groupe important et relativement homogène de femmes, et avec un excellent taux d'inclusion (44 %).

Conclusion et implications cliniques

À ce jour, le QEVA constitue le premier outil standardisé d'évaluation multidimensionnel du vécu subjectif de l'accouchement et validé en langue française par une approche confirmatoire. Cet outil, facile à administrer et à coter, peut être utilisé par les professionnels de santé et de santé mentale en périnatalité. Il permet d'obtenir un profil pour chaque femme avec un score pour chacune des quatre dimensions et donc d'identifier les femmes plus à risque dans une dimension ou une autre. Les 4 dimensions du QEVA caractérisent cet événement de manière plus qualitative, favorisant la distinction entre vécu positif et vécu négatif et offrant ainsi l'opportunité d'une prise en charge plus ciblée.

L'identification d'un score seuil n'est pas nécessaire pour cet outil qui se veut être un premier support de discussion entre le professionnel et la femme qui vient d'accoucher. Dans ce cas, l'évaluation pourrait alors être complétée d'outils évaluant la santé mentale de la femme, comme par exemple la *City Birth Trauma Scale* (CBTS), un questionnaire récent d'évaluation des symptômes de stress post-traumatique selon les critères du DSM-5, et spécifique à la période post-partum (50). Une évaluation globale pourra aider le professionnel dans la mise en place en post-partum d'une prise en charge adaptée lorsque cela est nécessaire.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*. 2010;26(3):357–66.

2. Simkin P. Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*. 1991;18(4):203–10.
3. Molgora S, Fenaroli V, Saita E. The association between childbirth experience and mother's parenting stress: The mediating role of anxiety and depressive symptoms. *Women Heal*. 2020;60(3):341–51.
4. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112–23.
5. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Front Psychol*. 2017;8(APR):1–10.
6. Chabbert M, Wendland J. The experience of childbirth and perceived sense of control by women during delivery: impact on early mother–infant. *Rev médecine périnatale*. 2016;8(4):199–206.
7. Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest T, Ayers S, Weidner K, *et al*. The impact of post-partum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. *Front Psychol*. 2018;9(SEP):1–10.
8. Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J Matern Neonatal Med [Internet]*. 2019;0(0):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1583740>
9. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31(1):17–27.
10. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–9.
11. Sigurdardottira VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottire H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*. 2017;30(6):450–9.
12. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 2017;31(2):103–9.
13. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–19.
14. Aktaş S, Aydın R. The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(2):176–92.
15. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25(2).
16. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: Current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008;29(4):240–50.
17. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–11.
18. Alfaro Blazquez R, Ferrer Ferrandiz E, Pardo Moya S, Gea Caballero V, Corchon S. Translation, adaptation and psychometric validation of the preterm birth experience

- and satisfaction scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery*. 2018;66(June):148–54.
19. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: A comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13.
 20. Gerbaud L, Mascart M, Belgacem B, Lejeune M, Lacombe C, Prunayre M, *et al*. Développement d'un auto-questionnaire évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités. *J Gynecol Obstet Biol la Reprod*. 2003;32:139–56.
 21. Dixon L, Skinner J, Foureur M. The emotional journey of labour-Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*. 2014;30(3):371–7.
 22. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1–8.
 23. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. 2012;28(1):39–44.
 24. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(1):24–34.
 25. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*. 2017;51:33–9.
 26. Leeners B, Görres G, Block E, Hengartner MP. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *J Psychosom Res*. 2016;83:27–32.
 27. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010;58(1):13–22.
 28. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: Dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Heal Care*. 2001;10(1):17–22.
 29. Beck CT, Bernal H, Froman RD. Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Res Nurs Heal*. 2003;26(1):64–73.
 30. Ramanah R, Dumont A, Schepens F, Traore M, Gaye A, Schaal J-P, *et al*. Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins. *Gynécologie Obstet Fertil*. 2014;42:477–82.
 31. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1).
 32. Bousquet D, Couraud G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. In: Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2018. p. 164. Available from: <http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/>
 33. Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, *et al*. The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1480–5.
 34. Jehel L, Paterniti S, Brunet A, Louville P, Guelfi JD. L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agressions. *Encephale*. 2006;32(6):953–6.

35. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Rapport. 2016.
36. Asparouhov T, Muthén B. Exploratory structural equation modeling. Vol. 16, Structural Equation Modeling. 2009. 397–438 p.
37. Booth T, Hughes DJ. Exploratory Structural Equation Modeling of Personality Data. *Assessment*. 2014;21(3):260–71.
38. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 2013. 1–1018 p.
39. Marsh HW, Lüdtke O, Muthén B, Asparouhov T, Morin AJS, Trautwein U, *et al*. A New Look at the Big Five Factor Structure Through Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychol Assess*. 2010;22(3):471–91.
40. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318–24.
41. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. 2014;30(2):145–8.
42. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJS. Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale* [Internet]. 2016;42(2):191–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.007>
43. McKenzie-McHarg K, Crockett M, Olander EK, Ayers S. Think pink! A sticker alert system for psychological distress or vulnerability during pregnancy. *Br J Midwifery*. 2014;22(8):590–5.
44. Ulfsdottir H, Nissen E, Ryding EL, Lund-Egloff D, Wiberg-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–7.
45. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*. 2015;4(6):31–7.
46. Blomquist JL, Quiroz LH, MacMillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;28(5):383–8.
47. Waldenström U. Women's Memory of Childbirth at Two Months and One Year after the Birth. *Birth*. 2003;30(4):248–54.
48. Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Bürgin D, *et al*. Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2006;27(4):211–24.
49. Takehara K, Noguchi M, Shimane T, Misago C. A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1–7.
50. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*. 2018;9(SEP):1–8.

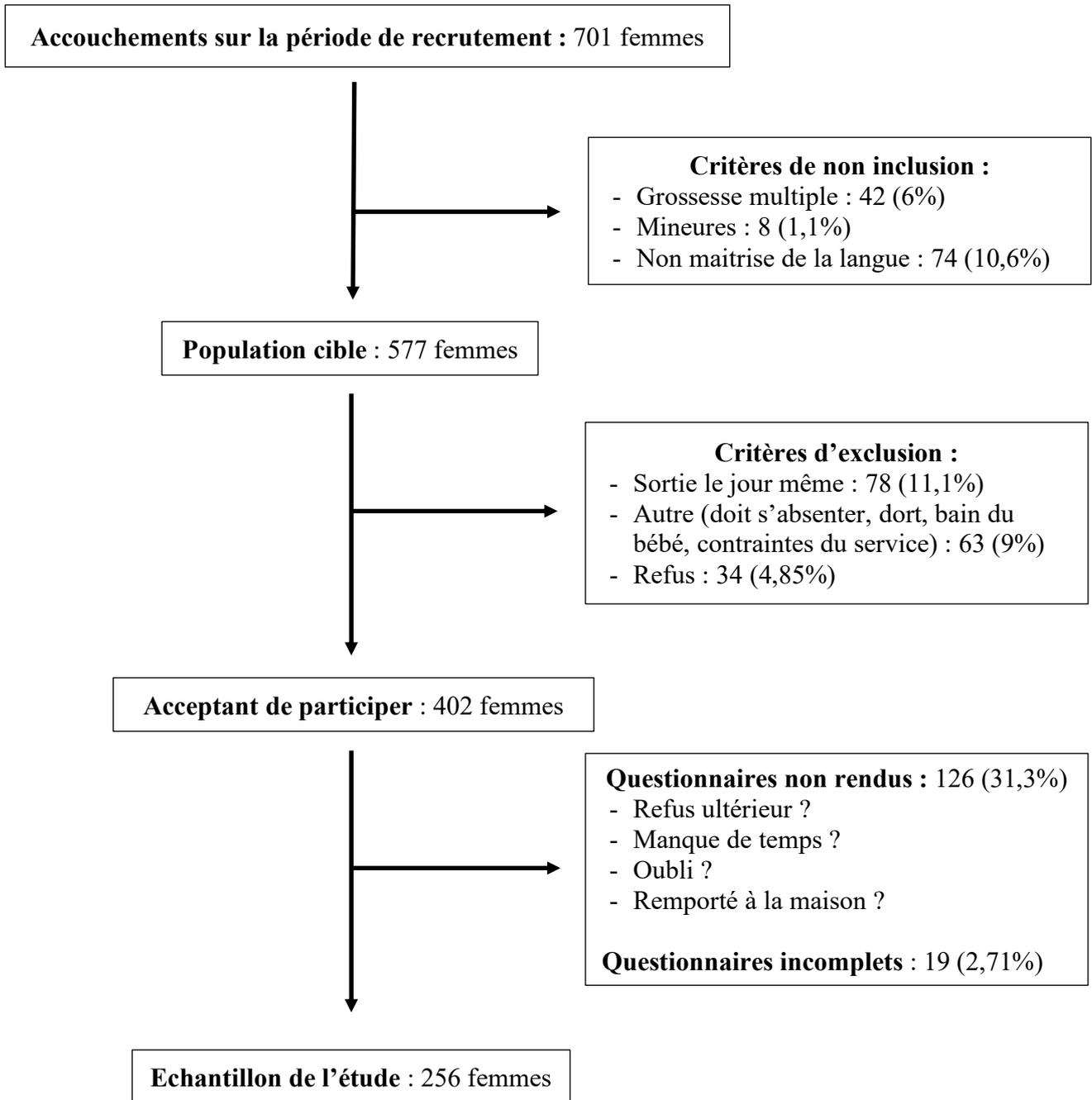


Figure 1 : Graphique de flux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de l'échantillon. Comparaison avec les données du rapport périnatal 2016.

	Échantillon N=256		Enquête nationale périnatale 2016		p
	n	%	%		
Données sociodémographiques					
Âge de la femme					
< 20	1	0.5	1.6		.12
20-34	193	75.5	77.1		
35-39	46	18.0	17.3		
≥ 40	16	6.0	4.0		
Statut marital					
En couple	244	95.1	94.8		.92
Célibataire	12	4,9	5.2		
Niveau d'étude					
Niveau collège	6	2.3	7.9		.001
Enseignement pro court	26	10.2	15.1		
Bac	46	18.0	21.6		
Bac +2	48	18.7	19.3		
Bac +4	57	22.3	18.2		
Bac +5 et plus	73	28.5	17.9		
Situation professionnelle					
En emploi	200	78.4	68.1		<.001
Chômage	21	8.2	16.8		
Femme au foyer ou congé parental	19	7.5	12.1		
Étudiante	13	5.1	2.1		
Autre situation	2	0.8	0.9		
Situation professionnelle du partenaire					
En emploi	226	93.4	87.9		<.001
Chômage	9	3.7	9.9		
Étudiant	2	0.8	0.9		
Autre situation	5	2.0	1.3		
Caractéristiques gynécologiques					
Parité					
Primipare	118	46.1	42.2		.21
Multipare	138	53.9	57.8		
Antécédents de grossesse					
Pas d'IVG	194	75.8	83.6		<.001
IVG	62	24.2	16.4		
Grossesse actuelle					
Consommation de tabac					
Oui	25	9.8	16.6		.003
Non	231	90.2	83.4		
Consommation de cannabis					
Oui	2	0.8	2.1		.14
Non	254	99.2	97.9		
Traitement de l'infertilité					
Oui	20	7.8	6.9		.56
Non	236	92.2	93.1		
Accouchement					
Déclenchement					
Oui	93	36.3	22.0		<.001
Non	163	63.7	78.0		
Péridurale					
Oui	211	82.3	82.7		.91
Non	45	17.7	17.3		
Mode d'accouchement					
Voie basse	190	74.2	79.6		.033
Césarienne	66	25.8	20.4		
Accouchement instrumental					
Oui	47	18.4	12.2		.003
Non	209	81.6	87.8		
Poids du bébé (g.)					
2000 – 2499	13	5.1	5.0		.96
2500 – 2999	54	21.1	21.2		
3000 – 3499	104	40.6	40.5		
3500 – 3999	70	27.3	26.3		
≥ 4000	15	5.9	7.0		

^a Rapport portant sur une population de 10 971 à 13 124 femmes selon la donnée considérée.

Tableau 2. ESEM sur les 17 items du QEVA avec un modèle à 4 facteurs.

En gras les saturations >.30. Pour I03 et I14, la saturation la plus élevée est soulignée.

Items		Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
I01	Je me sentais inquiète	0.56	0.01	-0.01	0.08
I02	Je me sentais en sécurité	0.67	0.10	0.03	-0.11
I03	J'ai ressenti des sensations bizarres	<u>0.27</u>	0.07	0.05	0.10
I04	Je me sentais confiante	0.84	-0.02	-0.03	0.02
I15	L'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie	0.32	0.06	0.05	0.20
I06	L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante	0.06	0.83	-0.10	-0.07
I07	Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi	-0.04	0.84	-0.02	-0.01
I08	Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait	-0.09	0.76	0.03	0.06
I09	Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant	0.03	0.56	0.01	0.19
I10	Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés	0.18	0.53	0.04	0.23
I11	J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante	-0.04	-0.02	0.78	0.04
I12	J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie	0.00	0.05	0.86	-0.09
I13	Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher	0.15	-0.03	0.71	0.04
I14	J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement	0.08	0.14	0.02	<u>0.28</u>
I15	Je suis fière de moi	0.21	-0.13	-0.03	0.51
I16	J'ai des regrets	0.02	0.03	-0.01	0.77
I17	J'ai un sentiment d'échec	-0.08	0.06	0.03	0.76

Tableau 3. Analyse de la consistance interne des 17 items.

Version à 17 items	Score moyen	IC95%	Alpha (IC95%) ^a	ESM ^b	Corrélation item-test	Alpha si item supprimé
Les émotions pendant l'accouchement						
Sous-score	10.76	10.37 -11.15	.69 (.64)	1.76		
I01	2.57	2.44 - 2.7			0.73	0.61
I02	1.50	1.41 - 1.58			0.63	0.65
I03	2.67	2.54 - 2.8			0.60	0.70
I04	1.87	1.77 - 1.97			0.76	0.59
I05	2.15	2.02 - 2.28			0.67	0.66
Interactions avec les professionnels de santé						
Sous-score	6.61	6.3 -6.92	.86 (.83)	0.94		
I06	1.28	1.21 - 1.35			0.81	0.82
I07	1.26	1.19 - 1.33			0.82	0.82
I08	1.27	1.19 - 1.34			0.79	0.82
I09	1.40	1.32 - 1.49			0.78	0.82
I10	1.41	1.31 - 1.5			0.81	0.81
Premiers instants avec le bébé						
Sous-score	4.23	3.97 -4.5	.81 (.77)	0.95		
I11	1.25	1.17 - 1.33			0.83	0.75
I12	1.46	1.34 - 1.57			0.88	0.70
I13	1.53	1.41 - 1.65			0.87	0.76
Emotions différées						
Sous-score	5.35	5.11 -5.58	.71 (.65)	1.03		
I14	1.21	1.15 - 1.27			0.57	0.72
I15	1.28	1.21 - 1.35			0.69	0.66
I16	1.57	1.47 - 1.67			0.85	0.58
I17	1.29	1.21 - 1.37			0.79	0.58

^a borne inférieure de l'IC. ^b Erreur standard de mesure.

Note : La cotation des items I01, I03, I15, I16 et I17 est inversée : plus le score est élevé, plus l'expérience de l'accouchement est négative.