

Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes

Assessment of the Fear of Childbirth of Women during Their Pregnancies

S. Riquet · M. Henni · P. Fremondriere

© Lavoisier SAS 2020

Résumé La peur de l'accouchement et la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ont été évaluées chez des femmes enceintes. Cent vingt femmes ont été incluses et 40 d'entre elles ont participé à des séances de PNP. L'échelle d'Évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) a été utilisée. Le score moyen à l'EPA est de 43,21. Le score des primipares est significativement ($p = 0,043$) supérieur à celui des multipares. Sur la période prénatale, le troisième trimestre est la période où le niveau de peur est significativement le plus élevé ($p = 0,02$). Avoir participé à des séances de PNP ne permet pas de réduire significativement le niveau de peur évalué par l'EPA. Des perspectives entre la peur de l'accouchement et le stress périnatal sont abordées.

Mots clés Peur de l'accouchement · Stress périnatal · Grossesse · Éducation prénatale

Abstract The fear of childbirth (FOC) and antenatal and parenthood education (APE) sessions were evaluated in pregnant women. One hundred and twenty women were included and 40 of them participated in APE sessions. The FOC assessment scale (EPA) was used. The average EPA score is 43.21. This score is significantly higher in primiparas ($P = 0.043$) rather than in multiparas. During the prenatal period, the 3rd trimester is the period where FOC score is significantly the highest ($P = 0.02$). Participating the APE sessions did not significantly reduce the level of FOC esti-

mated with EPA. Perspectives between the FOC and perinatal stress are discussed.

Keywords Fear of childbirth · Perinatal stress · Pregnancy · Antenatal education

Introduction

Dans la population générale, environ 80 % des femmes enceintes expriment de la peur à la perspective d'accoucher [1]. Une peur excessive et persistante de l'accouchement est appelée tocophobie. Il s'agit d'un trouble anxieux relativement méconnu qui s'accompagne de conduites d'évitement durant la grossesse pouvant devenir invalidantes tant au niveau émotionnel que somatique [2]. Cette phobie de l'accouchement serait relativement fréquente. Elle toucherait plus de 20 % des femmes enceintes de façon légère à modérée et 6 à 11 % pour une phobie sévère et invalidante [3,4]. Ces dernières pouvant conduire la future mère à ne pas pouvoir donner naissance à son enfant par voie basse en faisant une demande de césarienne sans indication médicale [5,6]. La peur de l'accouchement est déclenchée par l'appréhension ou la survenue de l'accouchement ou d'éléments qui y sont reliés. Lorsque cette peur devient pathologique, elle se différencie des autres phobies, car l'objet de sa cause peut difficilement être évité lorsque la femme décide de continuer la grossesse. Dans les situations les plus extrêmes, certaines femmes peuvent avoir recours à un avortement [7]. La tocophobie est reconnue depuis 1997 dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce terme a été utilisé pour la première fois en 2000 par une équipe psychiatrique au Royaume-Uni. Dans la littérature, la tocophobie est dite primaire chez les nullipares avant même la conception pour celles qui craignent d'être enceintes et pour les primipares qui anticipent les événements liés à l'accouchement. La tocophobie secondaire peut être consécutive, pour les multipares, à un traumatisme lors d'un accouchement antérieur. Une peur de l'attachement pour l'enfant à venir et un syndrome dépressif

S. Riquet (✉) · M. Henni (✉) · P. Fremondriere (✉)
École de maïeutique UFR SMPM, Aix-Marseille Université,
F-13284 Marseille, France
e-mail : sebastien.riquet@univ-amu.fr,
melissa.henni13@gmail.com, pierre.fremondriere@univ-amu.fr

S. Riquet
UR 3412, Laboratoire éducations et pratiques de santé,
Université Sorbonne Paris-Nord, F-93017 Bobigny, France

P. Fremondriere
Aix-Marseille Université, CNRS, EFS, ADES UMR 7268,
F-13284 Marseille, France

peuvent représenter des éléments symptomatiques d'une dépression prénatale et être associés à une troisième forme de tocophobie. Ces trois formes entraînent des comportements d'évitement chez la future mère vis-à-vis de l'accouchement.

Il est cependant difficile de savoir jusqu'à quel point la tocophobie est fréquente sur notre territoire, car très peu d'études en France sont disponibles. La définition de la tocophobie varie au sein de ces études. Elles traitent d'ailleurs plus d'une peur modérée de l'accouchement que de la tocophobie elle-même [2]. Sur le plan diagnostique, les auteurs conviennent de distinguer la tocophobie de la simple peur de l'accouchement. Cette distinction s'apprécie quantitativement par des échelles psychométriques. Un score supérieur ou égal à 100 avec le Delivery Expectancy Questionnaire de Wijma (W-DEQ) permet d'identifier la tocophobie de même qu'un score supérieur ou égal à 60 avec le Fear of Birth Scale (FOBS) [8,9]. Même si plusieurs études traitent de la peur de l'accouchement, rares sont celles qui l'évaluent directement. Les chercheurs utilisent avec le W-DEQ et le FOBS des outils psychométriques qui visent à estimer la tocophobie. Le Delivery Fear Scale (DFS) permet quant à lui de mesurer la peur de l'accouchement pendant le déroulement du travail et non durant la grossesse [10]. Dans la littérature, seul le Traumatic Event Scale (TES) évalue réellement les réactions de peur intense liées à l'accouchement à venir. Il est élaboré sur des critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) appliqués à l'accouchement comme un événement anticipé lui permettant d'être spécifique de la peur de l'accouchement [11]. En 2011, Béland et al. ont validé une adaptation francophone des propriétés psychométriques du TES traduit par : « Échelle d'évaluation de la peur de l'accouchement » (EPA) chez les femmes enceintes [12].

Les conséquences immédiates d'une peur, même modérée, de l'accouchement sont une souffrance psychologique tout au long de la période prénatale marquée par de l'anxiété, des troubles du sommeil et de la fatigue [13]. À court terme, ces femmes gèrent moins facilement la douleur durant le travail. Un travail prolongé durant l'accouchement, un risque accru d'extractions instrumentales, de césariennes en urgence et avoir une expérience négative autour de la naissance peuvent y être associés. La peur de l'accouchement a également été démontrée comme facteur de risque de survenue d'une dépression du post-partum (DPP) [14–17]. Pour l'OMS, la période prénatale et la naissance sont encore trop souvent des expériences entachées de vécus négatifs pour les femmes ; c'est pourquoi elle promeut depuis 2017 des soins pour une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement. Une expérience positive pour la grossesse est définie comme la préservation de l'intégrité physique et socio-culturelle, l'impression de vivre une grossesse ressentie comme normale par la femme, un bon vécu du travail et de l'accouchement et la jouissance d'une maternité heureuse

[18,19]. En France, pour répondre à cette orientation, l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité : médecins, sages-femmes, infirmières puéricultrices, auxiliaires, psychologues, assistants des services sociaux, entre autres, peuvent s'appuyer sur les recommandations éditées en 2005 par la Haute Autorité de santé (HAS) concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Les séances de PNP doivent notamment permettre à la femme enceinte de renforcer sa confiance en soi face à la grossesse et l'accouchement et s'assurer qu'elle bénéficie d'un soutien affectif durant cette période [20]. Le dernier schéma régional de santé 2018–2023 de l'ARS région Sud renforce la prise en compte de la dimension psychosociale autour de la grossesse [21]. L'ensemble des orientations internationales, nationales et régionales donnent aujourd'hui la priorité aux soins de santé centrés sur le bien-être des femmes pour des issues maternelles et périnatales positives. Dans cette perspective, l'école de maïeutique de Marseille a conduit pour la première fois au Gynépôle une évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes qui font suivre leurs grossesses dans les CHU marseillais regroupant les maternités de l'hôpital de la Conception et de l'hôpital Nord. La participation à des séances de PNP par les femmes enceintes a été prise en compte dans cette évaluation, avec pour objectif d'identifier si ces séances ont eu un effet sur la peur de l'accouchement durant la période prénatale.

Matériel et méthode

Population

Les critères d'inclusion étaient : les femmes enceintes primipares ou multipares présentant une grossesse unique, les femmes majeures, comprenant la langue française écrite et parlée et ayant accepté de répondre anonymement.

Les critères d'exclusion étaient : les femmes présentant une grossesse multiple, les mineures, les majeures juridiquement protégées, les femmes ayant été hospitalisées au cours de la grossesse, une contre-indication à un accouchement par voie basse, la non-compréhension de la langue française et celles ayant refusé de participer.

Les femmes enceintes étaient suivies pour leurs grossesses dans les CHU marseillais par des sages-femmes hospitalières. Elles étaient référées aux médecins obstétriciens des CHU pour des consultations spécialisées dans le cas d'une pathologie de la grossesse qui n'a pas nécessité une hospitalisation. Les séances de PNP étaient dispensées soit au cabinet médical de sages-femmes libérales ou dans les CHU par des sages-femmes hospitalières. Dans les CHU, les séances étaient de type classique en groupe. En cabinet libéral, elles pouvaient être individuelles ou en groupe ; les sages-femmes

libérales proposant diverses approches : classique, aquatique ou encore sophrologique.

Questionnaire

L'outil de recueil utilisé est l'échelle d'EPA. Elle est adaptée du TES et a été validée au Québec [12]. Les indices de validation de l'EPA sont un alpha Cronbach à 0,87 indiquant une bonne cohérence interne et une homogénéité pour chacun des facteurs ainsi que pour les items qui les composent. L'analyse factorielle avec un Comparative Fit Index (CFI) à 0,96, un Tucker-Lewis Index (TLI) à 0,98 et un Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) à 0,05 indique une excellente modélisation des données dans toute leur complexité permettant de généraliser l'EPA à une population francophone.

L'EPA est composée de cinq facteurs :

- F1. L'anticipation d'un trauma : l'accouchement paraît comme une expérience éprouvante où la femme est malmenée physiquement, elle a peur pour elle et son enfant de mourir ou d'être blessés, elle se sent angoissée, impuissante et horrifiée ;
- F2. Les intrusions cognitives : la femme enceinte est envahie par des pensées, des rêves et des images déplaisantes à propos de l'accouchement qui lui provoquent une détresse physique et psychologique ;
- F3. L'évitement : la femme essaie d'éviter les pensées, les situations ou les conversations qui pourraient lui faire penser à l'accouchement et a de la difficulté à imaginer les étapes de l'accouchement ;
- F4. L'émoussement : la femme a une diminution des réactions émotionnelles négatives ou positives et un manque d'intérêt ;
- F5. L'hyperstimulation : la femme a de la difficulté à se concentrer, à s'endormir et se sent tendue.

Ils regroupent 21 items cotés sur une échelle de Likert en 4 points de réponses de « pas du tout » à « souvent ». La cotation va de 21 à 84 points, avec une moyenne à 52,5 points sans *cut off*, et un score élevé indique un niveau élevé de peur.

Mode de collecte des données

L'étude s'est étendue sur six mois, de juin à novembre 2019. La première partie du questionnaire a permis de recueillir les caractéristiques des participantes (Tableau 1) et la seconde partie consistait à remplir l'EPA. Les questionnaires étaient anonymes. Ils étaient distribués par une secrétaire des services de consultation des maternités du Gynépôle aux femmes lors de leurs rendez-vous de suivi de grossesse. Ils étaient ensuite rendus à la sage-femme lors de la consultation une fois remplis.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques comportent une description de la population étudiée et une comparaison entre les primipares et les multipares sur la peur de l'accouchement et sur les trois trimestres de grossesse. Les facteurs et les items de l'EPA ont été analysés par le test de Student. Une évaluation comparant la peur de l'accouchement entre les femmes ayant participé ou non à des séances de PNP a également été réalisée. L'analyse a été effectuée avec le logiciel SPSS 23.0. Le seuil de significativité retenu est p inférieur à 0,05.

Résultats

Analyse descriptive de la population

Cent vingt femmes enceintes ont été incluses. Cinquante-sept sont des primipares et 63 des multipares. La moyenne d'âge est de 28 ans pour les primipares et de 30 ans pour les multipares, avec un minimum de 18 ans chez les primipares et de 22 ans chez les multipares. L'âge maximum est respectivement de 43 et 48 ans. Quarante-vingt-onze pour cent des femmes vivent avec le père de l'enfant. Elles sont moins de 10 % à vivre seules. Plus de la moitié ont fait des études supérieures (60 %) et sont originaires de France (58 %). Soixante-sept pour cent n'ont pas suivi de séances de PNP et 57 % sont dans leur troisième trimestre de grossesse au moment de la remise du questionnaire. Trente-quatre pour cent ont une pathologie liée à la grossesse : hypertension artérielle (HTA), diabète gestationnel (DG), menace d'accouchement prématuré (MAP) légère ou anémie (Tableau 1).

Évaluation générale de la peur de l'accouchement

L'échantillon étudié ($n = 120$) a un score moyen obtenu à l'EPA de 43,21 points avec un score minimum à 26 et un maximum à 61.

Les primipares ont un score moyen supérieur de 3,24 points à celui des multipares. Leurs scores minimum et maximum sont supérieurs respectivement de 2 et 5 points. L'EPA des primipares est significativement ($p = 0,043$) plus élevée.

Pour les trois trimestres de grossesse, le score moyen le plus élevé est celui du troisième trimestre (T3) à 42,72 points, et il est significativement ($p = 0,02$) différent des deux autres périodes prénatales. Au deuxième trimestre (T2), le score moyen d'EPA est le plus bas, des trois trimestres, avec un score maximum à 54.

Les scores moyens à l'EPA ne sont pas significativement différents entre les femmes qui ont participé à des séances de PNP et celles qui n'y ont pas participé. Les femmes ayant

Tableau 1 Caractéristiques de la population ($n = 120$)			
	Pop. totale n(%) 120(100)	Primipares n(%) 57(47,5)	Multipares n(%) 63(52,5)
Âge (ans)			
18–24	33(27,5)	27(47,37)	6(9,5)
25–35	65(54,17)	24(42,1)	41(65,1)
> 35	22(18,33)	6(10,53)	16(25,4)
Statut conjugal			
Seule	11(9,17)	8(14,1)	3(4,8)
En couple	34(28,33)	19(33,33)	15(23,8)
Mariée	75(62,5)	30(52,63)	45(71,42)
Niveau d'études			
Non scolarisée	6(5)	3(5,3)	3(4,8)
CAP, BEP	22(18,3)	7(12,28)	15(23,81)
Lycée	20(16,7)	11(19,29)	9(14,3)
Études supérieures	72(60)	36(63,16)	36(57,14)
Origine			
Afrique subsaharienne	3(2,5)		3(4,8)
Comores	8(6,66)		8(12,7)
Europe	4(3,33)		4(6,35)
France	70(58,33)	33(57,9)	37(58,7)
Maghreb	35(29,17)	24(42,1)	11(17,46)
Âge gestationnel			
1 ^{er} trimestre de grossesse	15(12,5)	12(21,1)	3(4,8)
2 ^e trimestre de grossesse	36(30)	13(22,81)	23(36,51)
3 ^e trimestre de grossesse	69(57,5)	32(56,14)	37(58,73)
Pathologie durant la grossesse			
Non	79(65,83)	37(65)	42(66,66)
Oui	41(34,17)	20(35)	21(33,33)
Participation à des séances de PNP			
Non	80(66,7)	35(61,4)	45(71,4)
Oui	40(33,3)	22(38,6)	18(28,6)

BEP : brevet d'études professionnelles ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

participé à ces séances ont des scores à l'EPA plus bas (Tableau 2).

Les femmes ayant une pathologie liée à la grossesse ont significativement ($p = 0,002$) un niveau d'hyperstimulation (F5) ressentie en lien avec la peur de l'accouchement plus élevé que les femmes sans pathologie. Les femmes vivant seules ressentent également un niveau d'hyperstimulation significativement plus élevé que les femmes vivant en couple ($p = 0,021$) et que celles qui sont mariées ($p = 0,011$). Les femmes de moins de 25 ans comparées au 25–35 ans ont aussi significativement ($p = 0,025$) un niveau d'hyperstimulation ressentie plus élevé. Elles présentent aussi significativement ($p = 0,046$) un comportement d'évitement (F3) plus élevé, comparées aux plus de 35 ans.

Les femmes non scolarisées anticipent significativement ($p = 0,014$) un ressenti plus élevé d'un trauma lié à l'accouchement (F1) comparées à celles ayant eu une scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans. De même, les femmes ayant un niveau d'études supérieures anticipent significativement (niveau post-bac ; $p = 0,034$), voire très significativement (niveau baccalauréat ; $p = 0,001$), un ressenti plus élevé d'un trauma lié à l'accouchement comparées aux femmes ayant un niveau d'études professionnelles (CAP–BEP). Ces situations sont presque similaires entre ces différents niveaux d'études pour l'hyperstimulation (F5) : à nouveau, les femmes non scolarisées présentent significativement ($p = 0,027$) une hyperstimulation ressentie plus élevée, comparées à celles ayant eu une scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans. Ces

Tableau 2 Évaluation des scores ^a de la peur de l'accouchement (EPA)				
Peur de l'accouchement	Score moyen	Score minimum	Score maximum	<i>p</i>
Pop. totale (<i>n</i> = 120)	43,21	26	61	
Gestité				0,043
Primipares (<i>n</i> = 57)	43,05	26	61	
Multipares (<i>n</i> = 63)	39,81	24	56	
Âge gestationnel				0,02
T1 (<i>n</i> = 15)	40,8	24	56	
T2 (<i>n</i> = 36)	38,9	25	54	
T3 (<i>n</i> = 69)	42,72	24	61	
Participation à des séances de PNP				NS
Non (<i>n</i> = 80)	41,65	26	61	
Oui (<i>n</i> = 40)	40,72	24	56	

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité ; T1 : premier trimestre de grossesse ; T2 : deuxième trimestre de grossesse ; T3 : troisième trimestre de grossesse ; NS : résultats non significatifs

^a Score EPA compris entre 21 et 84 points

différences sont également observées chez les femmes ayant un niveau d'études supérieures comparées aux femmes ayant un niveau professionnel. Elles présentent significativement (niveau baccalauréat ; $p = 0,035$), voire très significativement (niveau post-bac ; $p = 0,003$), une hyperstimulation ressentie plus élevée.

Comparaisons détaillées de l'EPA entre primipares et multipares

Durant la période prénatale, deux critères de l'EPA sont significativement augmentés ($p = 0,005$) chez les primipares comparés aux multipares : l'anticipation d'un traumatisme (F1) et l'hyperstimulation (F5). Plus spécifiquement, les primipares ont nettement plus peur pour elles et leurs enfants de mourir ou d'être blessés (item 3, $p = 0,005$) et se sentent plus angoissées, impuissantes ou horrifiées (item 5, $p = 0,003$) (F1). Elles se sentent particulièrement tendues (item 20, $p = 0,015$) et réagissent fortement aux événements inattendus (item 21, $p = 0,001$) (F5). Les trois autres facteurs : les intrusions cognitives (F2), l'évitement (F3) et l'émoussement (F4) ne sont pas significativement différents entre primipares et multipares. Les multipares ont une détresse psychologique ($p = 0,032$) et physique ($p = 0,005$) significativement plus augmentée pour le F2 (items 8 et 9) que les primipares, qui elles ont significativement ($p = 0,002$) plus de difficulté à imaginer des étapes importantes de l'accouchement (item 12) pour le F3 (Tableau 3).

Comparaisons détaillées de l'EPA entre les trois trimestres de grossesse

Certains facteurs qui composent l'EPA sont significativement plus élevés à certains trimestres de grossesse. Le F1

sur l'anticipation d'un trauma lié à l'accouchement est significativement ($p = 0,03$) plus élevé au T3. Le F2 sur la présence d'intrusions cognitives est significativement ($p = 0,008$) plus élevé au premier trimestre (T1). Le comportement d'évitement du F3 est également très significativement ($p = 0,001$) plus élevé au T1, ne l'est plus au T2 et redevient ($p = 0,017$) durant le T3. Les deux autres facteurs, l'émoussement (F4) et l'hyperstimulation (F5), ne présentent pas de différences significatives associées à un trimestre de la période prénatale (Tableau 3).

Comparaisons détaillées de l'EPA entre les femmes ayant participé ou non à des séances de PNP

La participation à des séances de PNP n'a pas d'effet significatif entre les cinq facteurs qui composent l'EPA pour les femmes ayant participé ou non à des séances. Une seule intrusion cognitive (item 7) est significativement ($p = 0,003$) plus élevée chez les femmes ayant participé à des séances de PNP : elles ont soudainement une peur intense en imaginant leur accouchement en cours (Tableau 3).

Discussion

Nous avons trouvé dans la littérature seulement quatre études qui ont utilisé l'EPA, en plus de l'étude qui a servi à sa validation psychométrique. Les scores obtenus à l'EPA dans notre échantillon ($n = 120$) de 24 à 61 points avec une moyenne à 43,21 sont dans la moyenne de ceux retrouvés dans la littérature avec des moyennes entre 31,31 et 63,48, oscillant de 26 à 67 points [12,22–25]. Cependant, ces études ne comparent pas toutes les mêmes paramètres en lien avec la peur de l'accouchement. Nos résultats confirment

Tableau 3 Comparaisons détaillées des moyennes à l'EPA entre primipares et multipares et entre les femmes ayant participé ou non à des séances de PNP ($n = 120$)

Facteurs	Items	Primi-pares		Multi-pares		PNP oui		PNP non		Items	Facteurs
		$n = 57$	$n = 63$	$n = 40$	$n = 80$	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne		
		Moyenne	Moyenne	p	p	p	p				
F1 Anticipation d'un trauma	1. L'accouchement sera une expérience éprouvante	3	2,8	NS	0,005	2,3	2,2	NS	NS		
	2. Pendant l'accouchement, je vais me sentir malmenée physiquement	2,2	2	NS		2,4	2,2	NS	NS		
	3. Pendant l'accouchement, je vais vraiment avoir peur que moi ou mon enfant mourions ou soyons blessés	2,5	2	0,005		2,3	2	NS	NS		
	4. Pendant l'accouchement, je vais me sentir angoissée, impuissante ou horrifiée	2,5	2	0,003		2,9	2,9	NS	NS		
	5. Des pensées et des images déplaisantes à propos de l'accouchement m'envahissent	1,9	1,9	NS	NS	1,9	1,9	NS	NS		
	6. Je fais des rêves déplaisants à propos de l'accouchement	1,5	1,6	NS		1,6	1,5	NS	NS		
	7. Soudainement, je me sens comme si l'accouchement était en cours et je suis envahie par un sentiment de peur intense	1,4	1,5	NS		1,8	1,3	0,003	NS		
F2 Intrusions cognitives	8. Tout ce qui me fait penser à mon accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense	1,2	1,5	0,032		1,4	1,3	NS	NS		
	9. Ce qui me fait penser à l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (ex. : accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration)	1	1,4	0,005		1,3	1,2	NS	NS		
	10. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement	1,5	1,6	NS	NS	1,6	1,5	NS	NS		
	11. J'essaie d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui pourraient me faire penser à l'accouchement	1,3	1,1	NS		1,1	1,2	NS	NS		
	12. J'ai de la difficulté à imaginer des étapes importantes de l'accouchement	2,2	1,6	0,002		1,8	1,9	NS	NS		
	13. J'ai perdu mon intérêt pour des activités qui me plaisaient avant ma grossesse	1,8	1,8	NS	NS	1,7	1,9	NS	NS		
	14. Je me sens isolée ou coupée des autres	1,7	1,7	NS		1,6	1,7	NS	NS		
F3 Évitement	15. Ma capacité à aimer ou à être affectueuse est réduite	1,5	1,4	NS		1,4	1,5	NS	NS		
	16. J'ai le sentiment que mon avenir n'a plus de sens	1,3	1,2	NS		1,2	1,2	NS	NS		
	17. J'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille la nuit	3,2	3	NS	0,005	3,2	3	NS	NS		
	18. Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison	2,8	2,7	NS		3	2,6	NS	NS		
	19. J'ai de la difficulté à me concentrer	2,5	2,3	NS		2,3	2,4	NS	NS		
	20. Je me sens toujours tendue et sur le qui-vive	2,5	2,1	0,015		2,4	2,2	NS	NS		
	21. Je réagis fortement aux événements inattendus	2,7	2	0,001		2,4	2,3	NS	NS		
F4 Émoussement											
F5 Hyperstimulation											

EPA : évaluation de la peur de l'accouchement ; NS : résultats non significatifs ; PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

que l'EPA est significativement plus élevée chez les primipares, comme une étude précédente ayant considéré la parité [22]. La taille de notre échantillon est presque triplée comparée aux deux études ayant apprécié l'effet d'une participation à des séances de PNP. La participation à ces séances semble ne pas avoir d'effet significatif chez les femmes enceintes sur la peur de l'accouchement [23,24]. Les scores à l'EPA sont pourtant plus bas après la participation à ces séances que ceux avant cette participation dans l'étude antérieure ayant réalisé un pré- et posttest [24]. Dans notre étude, les contenus et les diverses méthodes de PNP n'ont pas été détaillés et étudiés. Par exemple, il est montré que l'utilisation de l'hypnose durant les séances de PNP n'est pas significative sur la peur de l'accouchement [24]. Les effets de l'éducation prénatale restent mal connus et difficiles à évaluer selon la méta-analyse de la Cochrane qui y est consacrée [26]. En France, l'effet des séances de PNP précisément sur la peur de l'accouchement reste à établir. En utilisant des questionnaires qui permettent de qualifier la douleur, des auteurs ont démontré que la peur de la douleur en lien avec l'accouchement est significativement moins fréquente chez les femmes participant à ces séances [27,28]. Cela ne détermine pourtant pas le recours à une analgésie qu'elles pourront demander lors de l'accouchement. Gosselin et al. n'ont pas mis en évidence de lien entre la peur d'accoucher mesurée chez des nullipares durant la grossesse avec l'EPA et le recours à une analgésie au cours du travail. Un haut niveau de peur semble toutefois lié à davantage de douleur perçue à la naissance chez les femmes accouchant par voie basse sans analgésie péridurale [25].

Trente-quatre pour cent des femmes ont une pathologie liée à la grossesse dans notre échantillon. Les complications liées à leur santé entraînent significativement ($p = 0,002$) une hyperstimulation qui se manifeste par plus de difficultés d'endormissement et une fatigue ayant des répercussions sur leur concentration. Les études précédentes ont montré que les femmes ayant des complications durant la grossesse présentent des symptômes d'anxiété associés à une peur plus élevée de l'accouchement à l'EPA que les femmes n'ayant pas eu de complications au cours de leur grossesse. Cela est également vrai pour les femmes qui présentent des caractéristiques socio-économiques moins favorables [22–24]. Nous confirmons dans notre étude que les participantes de moins de 25 ans, qui vivent seules et ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat, ont une EPA plus élevée entraînant significativement les symptômes d'une hyperstimulation qu'elles compensent significativement par un évitement de tout ce qui peut les amener à penser à l'accouchement. Cette attitude d'évitement (F3) est principalement significative aux T1 et T3. De même, les primipares de notre étude ont significativement ($p = 0,002$) plus de difficulté à imaginer les étapes importantes de l'accouchement (item 12). Dans une étude précédente, nous avons démontré que les primipa-

res présentent au cours de la grossesse un stress plus élevé ($p < 0,001$) en lien avec les projections suivantes vis-à-vis de l'accouchement : la perspective d'une péridurale, le risque d'une épisiotomie et le fait de ne pas connaître la date exacte de l'accouchement [29]. Pour vérifier plus précisément ce lien entre la peur de l'accouchement et son facteur d'évitement qui peut entraîner un stress, les auteurs de l'EPA ont suggéré d'utiliser certaines échelles telles que le questionnaire d'évitement cognitif ou le Medical Fear Survey [12]. Cet aspect n'a pas été étudié, à ce jour, dans la littérature.

Inversement, les femmes de plus de 35 ans avec un niveau d'études baccalauréat ou post-bac ne sont pas dans l'évitement. Elles sont dans l'anticipation d'un traumatisme (F1) lié à la projection de leurs peurs de l'accouchement comme une expérience éprouvante où elles vont se sentir malmenées physiquement. Elles sont angoissées par la peur de mourir ou d'être blessées tant pour elles que pour leur enfant. Plus la perspective de l'accouchement se rapproche et plus leurs peurs sont élevées. Cette anticipation est alors significativement ($p = 0,03$) plus ressentie au T3. Nous avons mis en évidence que 45 % des primipares se perçoivent très ou énormément stressées en lien avec les projections de l'accouchement et que ce stress est lui aussi plus élevé au T3 [29]. Il semble donc cohérent dans notre étude que les scores maximums de 61 points à l'EPA soient attribués à des primipares, au T3 et pour celles qui n'ont pas participé à des séances de PNP. Les scores moyens de notre étude sont tous inférieurs de presque 10 points à la moyenne de l'EPA (à 52,5 points), ce qui nous laisse penser que la peur de l'accouchement de notre population relève d'une peur normale liée à une nécessité d'adaptation au stress face à la naissance (Tableau 2).

Sur le plan qualitatif, la peur anticipatoire et l'évitement de la peur de l'accouchement (F1 et F2) constituent deux symptômes majeurs qui permettent d'inclure la tocophobie parmi les phobies spécifiques des troubles anxieux phobiques. C'est probablement une raison qui entraîne couramment à associer anxiété et peur de l'accouchement dans la littérature. Cependant, il est convenu de dissocier l'état normal de la peur de l'accouchement et celui pathologique de la tocophobie chez la femme enceinte. Comme il convient certainement de différencier anxiété et stress. Nous situons notre prise en charge professionnelle dans la physiologie des situations périnatales. Et comme d'autres auteurs, nous préférons séparer la peur normale de l'accouchement liée à un stress d'adaptation de la tocophobie, état pathologique, résultant de troubles anxieux [2,30]. L'EPA apparaît un outil de choix pour les professionnels de la périnatalité qui prennent en charge les femmes enceintes à bas risque, car elle n'est pas un outil diagnostique de la tocophobie et ne comporte pas de *cut off* qui objective la présence d'une peur. L'anxiété relative à la grossesse augmente entre le T2 et le T3, pour connaître un nouveau pic avant l'accouchement [31]. Nous avons également observé cette même courbe avec

le stress prénatal [29]. Dans les recherches qui ont utilisé l'EPA, 60 à 70 % des femmes enceintes ne présentent pas d'anxiété [22,23]. D'autant que la participation à des séances de PNP ne semble pas efficace pour réduire le stress perçu en prénatal comme sur la peur de l'accouchement [29]. Ces séances augmentent même significativement le stress d'avoir une épisiotomie ($p < 0,005$) et donnent des intrusions cognitives soudaines (F2, item 7, $p = 0,003$) comme si l'accouchement était en cours et où la femme enceinte est envahie par un sentiment de peur intense (Tableau 3). Une prise en charge des femmes enceintes présentant une peur très élevée de l'accouchement est recommandée par des interventions intensives de psychoéducation. Une étude comparative randomisée chez 176 femmes a démontré que cette prise en charge spécifique réduit leurs préoccupations concernant l'accouchement comparée à une PNP conventionnelle pour laquelle les préoccupations augmentent. Le contenu du traitement intensif consiste à compléter ces séances d'une information spécifique et d'un dialogue d'approche cognitive autour des expériences antérieures, du stress perçu et des fausses croyances [32]. La difficulté est peut-être de repérer ces femmes en regard du facteur d'évitement (F3). Elle est compréhensible, car les femmes enceintes ayant une peur très élevée évitent les lieux et les activités (item 11) de PNP qui renvoient à penser et à parler de l'accouchement (item 10). Évaluer l'effet de ces séances sur les femmes qui ont une peur élevée de l'accouchement si elles n'y assistent pas par stratégie d'évitement apparaît difficile. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces femmes n'ont pas participé à notre étude puisque celle-ci représente déjà une situation qui fait penser à l'accouchement, ce qui a pu contribuer à nos scores en dessous de la moyenne de l'EPA.

En France, l'entretien prénatal précoce (EPP) est obligatoire depuis mai 2020. Jusque-là, il était peu réalisé au niveau national : seules 28,5 % des femmes déclarent en avoir eu un [33]. Ce taux est semblable à notre terrain d'étude. Cette rencontre clinique au cours du T1 permet entre autres avec la femme enceinte d'identifier ses besoins et aide à dépister les situations de vulnérabilité et les difficultés qu'elle pourrait percevoir au cours de sa grossesse. Cet entretien paraît adapté pour évaluer une peur précoce de l'accouchement en orientant la discussion autour des facteurs de l'EPA en questionnant la femme enceinte sur les items qui composent l'échelle, ce qui n'a pas été investigué dans notre étude. Si cette peur apparaît très élevée, la femme enceinte devrait être orientée vers un professionnel formé à l'évaluation de la tocophobie et à sa prise en charge si le diagnostic est posé. Une peur normale de l'accouchement ($p = 0,02$) et le stress relié ($p < 0,001$) sont perçus significativement plus élevés au cours du T3. Ces perceptions devraient donc être évaluées plus particulièrement dans un programme de PNP au début du T3 même si elles ont été recherchées au quatrième mois de la grossesse. Lors de

l'EPP, il est peut-être encore trop tôt pour évaluer une peur normale de l'accouchement. Les femmes enceintes, principalement les primipares, semblent à ce moment plus stressées par les examens médicaux et la santé du fœtus que de projeter leur peur vis-à-vis de l'accouchement [29]. Nous relevons dans notre étude un faible taux de participation des femmes enceintes à des séances de PNP. Seulement 38 % des primipares et 28 % des multipares déclarent s'y rendre contre respectivement 78 % et 34 % au niveau national [33]. Nous n'avons aucun retour des participantes sur le contenu des séances. Nous ne savons pas si elles ont été interrogées sur la peur de l'accouchement et si elles ont pu travailler celle-ci avec la sage-femme par un travail personnel centré sur leurs besoins durant les séances. Avant l'accouchement, lors de la dernière séance prénatale, un temps d'échange individuel abordant la peur d'accoucher devrait être formalisé. Un entretien prénatal tardif (EPT) au début du T3 comme proposé en Belgique [34] peut être également envisagé. Il permettrait de réajuster l'évaluation et d'échanger sur la peur d'accoucher avec les nombreuses femmes enceintes qui n'ont pas suivi de PNP. Ces solutions donnent aussi l'occasion de transmettre l'information aux équipes des maternités pour accueillir la future parturiente. La conduite d'un EPT en suivant les étapes de l'entretien psychoéducatif, caractérisé par un dialogue d'approche cognitive, a prouvé son efficacité sur l'adaptation du stress en prénatal pouvant envisager de diminuer la peur normale de l'accouchement et percevoir la naissance comme une expérience positive [30]. Cette approche est transposable dans un programme de PNP par une séance individuelle. Les professionnels réalisent encore trop souvent l'EPP sur un modèle d'entretien purement informatif, et les séances de PNP sont dispensées sous forme de cours sur l'organisation de la prise en charge à la maternité sans être centrées sur l'évolution de l'expression des attentes, des besoins spécifiques et des craintes des femmes qui les suivent. Certaines femmes rapportent que ces cours sont trop théoriques, qu'elles ont de la difficulté à s'exprimer dans des cours collectifs et regrettent que le professionnel donne trop « son » avis et essaie d'orienter les choix de la future mère. L'information et la possibilité de suivre des cours individuels adaptés et personnalisés sont rarement données dans les maternités et plusieurs femmes y trouvent ces cours « pas utiles » [35,36]. Dans notre étude, 67 % des femmes n'ont pas suivi ces séances contre 25 % au niveau national. Il est relevé une diminution de la participation des multipares, notamment lorsqu'elles ont déjà suivi une PNP lors de leur première grossesse [33,35].

Conclusion

À l'approche de la naissance, il est fréquent que les femmes expriment de la peur concernant l'accouchement. Les scores

moyens que nous avons obtenus à l'EPA, inférieurs à la moyenne de l'échelle, démontrent un niveau normal de peur de l'accouchement dans notre échantillon. Les séances de PNP n'ont pas démontré d'effet sur cette peur, mais peu de femmes y ont participé. Dans les maternités, les programmes dits « standard et classiques » de PNP hérités de la préparation à l'accouchement sont peu adaptés à cet objectif. Le cours sur la douleur et l'accouchement, des éléments qui focalisent la peur, est souvent positionné trop tard au T3, et plusieurs femmes expriment ne pas avoir pu le suivre car elles ont accouché avant [35,36]. Un programme de PNP associant des séances collectives et un temps d'échange individuel au début du T3 sur un modèle psychoéducatif avec le professionnel permettrait à chaque femme d'envisager spécifiquement sa situation qui a évolué au cours de la grossesse, comme la peur de l'accouchement à l'approche du jour de la naissance. Des séances postnatales à la maternité sont recommandées par la HAS [20]. La peur de l'accouchement et le stress prénatal ont également des répercussions immédiates après la naissance [16,17]. Nous avons observé que le vécu de l'accouchement reste le facteur le plus stressant durant le court séjour en maternité pour 45 % des mères [37]. Nous devrions étudier si une peur de l'accouchement durant la période prénatale augmente en post-partum précoce le stress perçu des mères du vécu de l'accouchement.

Des recherches supplémentaires, pour une même population par un suivi longitudinal, qui croisent les échelles que nous avons utilisées : EPA, Antenatal Perceived Stress Inventory (APSI) et Post-Delivery Perceived Stress Inventory (PDPSI), sont nécessaires pour étayer nos résultats.

Remerciements Nous remercions Guy Palmaccio, professeur certifié, pour ses relectures et corrections apportées au texte. Émilie Bernard, Camille Coste et Carole Zakarian pour leurs collaborations à nos études précédentes qui nous permettent de croiser ici nos résultats

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Saisto T, Halmesmäki E (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82:201–8
- Petit P (2015) Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivocomportementale : à propos d'un cas clinique. *J Ther Comport Cogn* 25:3–11
- Hofberg K, Ward MR (2003) Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 79:505–10
- Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Bidens Study Group (2014) Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc* 5:99–106
- Di Renzo GC (2003) Tocophobia: a new indication for cesarean delivery? *J Matern Fetal Neonatal Med* 13:217
- Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J (2004) Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv* 59:601–16
- Hofberg K, Brockington I (2000) Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* 176:83–5
- Wijma K, Wijma B, Zar M (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 19:84–97
- Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 27:560–7
- Alehagen S, Wijma K, Wijma B (2001) Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80:315–20
- Söderquist J, Wijma K, Wijma B (2004) Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord* 18:127–42
- Béland M, Chabot K, Goulet Gervais L, et al (2012) Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement. *Encéphale* 38:336–44
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, et al (2009) Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38:567–76
- Adams S, Eberhard-Gran M, Eskild A (2012) Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2,206 women with intended vaginal delivery. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 119:1238–46
- Laursen M, Johansen C, Hedegaard M (2009) Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 116:1350–5
- Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH (2013) Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the First Baby Study. *Birth* 40:289–96
- Pazzagli C, Laghezza L, Capurso M, et al (2015) Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant Ment Health J* 36:62–74
- Organisation mondiale de la santé (2017) Les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. OMS, Genève
- World Health Organization (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, Geneva
- Haute Autorité de santé (2005) Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. HAS, Saint-Denis La Plaine
- Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (2018) Schéma régional de santé 2018–2023. ARS PACA, Marseille
- Perier S, Gautier J, O'Reilly A, Séjourné N (2016) Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de l'accouchement : une étude exploratoire. *J Ther Comport Cogn* 26:170–79
- Leclerc M (2016) Évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse. Mémoire DE Sage-femme. Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand
- Gille E (2014) L'hypnose est-elle un recours contre les peurs de l'accouchement ? Mémoire DE sage-femme. Université de Lorraine, Nancy
- Gosselin P, Chabot K, Béland M, et al (2016). La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatiques et les symptômes dépressifs post-partum. *Encéphale* 42:191–6
- Gagnon AJ, Sandall J (2007) Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD002869
- Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, et al (2013) The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci* 6:61–8
- Wuitchik M, Hesson K, Bakal DA (1990) Perinatal predictors of pain and distress during labor. *Birth* 17:186–91

29. Riquet S, Coste C, Zakarian C (2019) Évaluation du stress perçu par les femmes faisant suivre leurs grossesses au Gynécopôle de Marseille. *Rev Sage-femme* 18:189–98
30. Razurel C (2015) Se révéler et se construire comme mère. Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg
31. Dayan J (2007) Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. *Revue de synthèse. J Gynecol Obstet Biol Reprod* 36:549–61
32. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, et al (2001) A randomized controlled trial of intervention in fear of child-birth. *Obstet Gynecol* 98:820–6
33. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P (2017) Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Inserm-DREES, France
34. Sancho-Rossignol A, Nanzer N, Etter JF (2010) L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité. DARES, Genève
35. Union nationale des associations familiales (2010) Enquête périnatale « regard de femmes sur leur maternité ». UNAF, Paris
36. Tempier M (2016) Étude de la satisfaction des femmes ayant suivi une préparation à la naissance et à la parentalité « classique » dans une maternité de type 3 en Aquitaine. Mémoire DE sage-femme. Université de Bordeaux, Bordeaux
37. Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S (2017) Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynécopôle de Marseille. *Sante Publique* 29:611–22