



HAL
open science

Évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse : effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci

Marine Leclerc

► **To cite this version:**

Marine Leclerc. Évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse : effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539336

HAL Id: dumas-01539336

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539336v1>

Submitted on 14 Jun 2017

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 - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**EVALUATION DE LA PEUR DE
L'ACCOUCHEMENT EN FIN DE GROSSESSE**

*ET EFFET DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE
ET A LA PARENTALITE SUR CELLE-CI*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marine LECLERC

Née le 18 avril 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**EVALUATION DE LA PEUR DE
L'ACCOUCHEMENT EN FIN DE GROSSESSE**

*ET EFFET DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE
ET A LA PARENTALITE SUR CELLE-CI*

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marine LECLERC

Née le 18 avril 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



Je tiens à remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de mon mémoire :

Chloé Barasinski, ma directrice, pour m'avoir conseillé et guidé tout au long de mon travail de recherche ;

Sylvain Gony, mon codirecteur, pour son soutien et son temps consacré à mon mémoire ;

Candy Auclair, pour son aide et sa collaboration à ce projet ;

Hélène Cocho, pour ses conseils avisés.

Je remercie également :

Mes parents, ma famille et mes amis pour leurs encouragements ;

Alexandre pour son soutien ;

Adèle, Audrey, Julie, Manon, Morgane et Yoann pour ces magnifiques quatre années passées ensemble.

Glossaire

EPA : Echelle d'évaluation de la peur de l'accouchement.

FCS : Fausse couche spontanée.

GEU : Grossesse extra-utérine.

HAS : Haute autorité de santé.

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

MFIU : Mort fœtale in utéro.

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé.

PMI : Protection maternelle et infantile.

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité.

PPO : Psychoprophylaxie obstétricale.

STAI : Inventaire de l'anxiété état-trait

URSS : Union des républiques socialistes soviétiques.

W-DEQ: Wijma delivery expectancy/experience questionnaire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	1
I. La préparation à la naissance et à la parentalité.....	2
1. Historique de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	2
2. Objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	4
3. Organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	5
4. Evaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité	7
II. Peur et anxiété durant la grossesse.....	10
1. La peur de l'accouchement	10
2. Evaluation de la peur de l'accouchement	11
3. Evaluation de l'anxiété.....	12
POPULATION ET METHODE	2
I. Objectifs principal et secondaire.....	14
II. Critères de jugement	14
III. Type d'étude	14
IV. Durée de l'étude	14
V. Lieu de l'étude	14
VI. Population cible	14
VII. Population source.....	15
VIII. Critères de sélection des sujets.....	15
IX. Le recueil des données	15
X. L'informatisation	18
XI. L'analyse des données	19
XII. Aspects éthique et réglementaire	20
RESULTATS	21
DISCUSSION	42
CONCLUSION	48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Historiquement, la douleur lors de l'accouchement reste une des principales craintes des femmes. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des siècles derniers. De nos jours, les techniques d'analgésie péridurale ont permis de diminuer considérablement le ressenti douloureux durant le travail d'accouchement. En France, la majorité des femmes ont recours à l'analgésie péridurale durant le travail. Cependant, malgré cette prise en charge de la douleur, l'accouchement reste un évènement anxigène pour la plupart des femmes. Il se rattache à des craintes profondes, personnelles, familiales et culturelles, et reste un événement important dans la vie de la femme et du couple.

En parallèle, durant le vingtième siècle, des séances anténatales ont été développées dont le but premier était de limiter la douleur des parturientes durant le travail. Ces séances ont beaucoup évolué depuis et sont actuellement connues sous le nom de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Cependant, aucune évaluation n'a permis de mettre en avant leur impact sur la peur de l'accouchement.

Par ailleurs, très peu de moyens sont disponibles, surtout en français, pour évaluer une peur et encore moins celle liée à l'accouchement. Il paraît donc intéressant de s'interroger sur les dimensions de la peur de l'accouchement alors que nos techniques actuelles permettent de diminuer la douleur liée aux contractions utérines. De plus, il est pertinent de se demander si une action en anténatale, telle que des cours de PNP, puisse influencer la peur de l'accouchement des futures mères.

Les objectifs principal et secondaire de cette étude étaient respectivement l'évaluation de la peur de l'accouchement chez des femmes en fin de grossesse et l'effet de la PNP sur cette peur.

Pour répondre aux objectifs, nous avons réalisé une revue de littérature concernant la PNP, la peur de l'accouchement et l'anxiété durant la grossesse. Ensuite, nous avons décrit notre protocole d'étude dans la partie population et méthode. Enfin, nous avons détaillé nos résultats, suivis d'une partie de discussion et de notre conclusion.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La préparation à la naissance et à la parentalité

1. Historique de la préparation à la naissance et à la parentalité

Culturellement, l'accouchement semble inséparable de l'idée de douleur, qui représente l'une des préoccupations majeures au sein de la population générale et de la communauté obstétricale.

En 1853, la reine Victoria de Grande-Bretagne accoucha de son fils sous anesthésie au chloroforme. La crainte de la douleur lors de l'accouchement diminua alors [1].

Pavlov est à l'origine, en 1920, de la préparation à la naissance en Union des républiques socialistes soviétiques (URSS). Elle est constituée de six séances prénatales durant lesquelles la femme est conditionnée à l'accouchement et à la douleur. C'est la première forme de préparation à la naissance mise en place en Europe [2].

En 1933, Read publia en Grande-Bretagne son livre « Natural Childbirth » dans lequel il décrit sa méthode de « l'accouchement sans crainte ». Pour lui, la douleur est un stigmate de la civilisation, c'est la société qui a créé la peur de l'accouchement entraînant ainsi la douleur. Il préconise une éducation psychologique et physique des femmes pour à la fois diminuer la peur de l'accouchement et leur apprendre à se relaxer [1].

C'est en 1951 que Lamaze, après un voyage en URSS, s'inspire de la méthode russe et développe la méthode de « l'accouchement sans douleur ». Elle est composée de onze séances apprenant à la femme à maîtriser son accouchement par l'acquisition de connaissances anatomiques et physiologiques et de méthodes de relaxation [1].

Les médecins et les sages-femmes animant ces cours apprennent aux femmes à gérer leur peur de la douleur et à se relaxer à l'aide d'un travail sur le souffle. Cette préparation s'annonce comme une réelle révolution féministe et médicale car les femmes prennent alors la maîtrise de leur accouchement et deviennent actrices de celui-ci [1]. Cette époque est concomitante à l'arrivée des maris auprès de leur femme lors de la naissance.

En 1959 est créée la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) qui permet, à travers plusieurs sessions, d'éduquer les futures mères [3]. Elle comprend six séances entièrement remboursées par la sécurité sociale. Elle s'appuie sur la méthode de l'accouchement sans douleur à laquelle s'ajoute la psychologie. Ainsi, le vécu et le ressenti, jusque-là mis de côtés, prennent une place importante dans la préparation à la naissance [1].

Dans les années 1980, la PPO devient la PNP et propose un accompagnement plus global de la femme et du couple vers la parentalité. Elle se présente sous la forme de huit séances prénatales remboursées par la sécurité sociale [4]. La prise en charge de la douleur est bien sûr évoquée dans ces cours mais ne prend plus une place majoritaire comme auparavant. On comprend désormais que le futur père est complètement intégré dans cette démarche d'apprentissage. En outre, elle favorise la participation active des futurs parents dans leur projet de naissance, ainsi que l'amélioration de leurs compétences parentales [5].

Ce nouveau concept de PNP est basé sur une approche éducative des futurs parents. Elle permet de soutenir la réflexion du couple sur le projet de naissance ainsi que de favoriser les apprentissages spécifiques à des moments opportuns, comme le développement de la grossesse, la naissance, le séjour à la maternité, le retour à domicile et la première année de vie de l'enfant [6].

2. Objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité

La PNP vient en complément de la surveillance médicale d'une grossesse. Elle vise l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés [5]. Pour répondre correctement à cet objectif, la Haute autorité de santé (HAS) a élaboré, en novembre 2005, des recommandations professionnelles concernant les différentes séances de cette préparation [5].

Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance en favorisant la participation active de la femme enceinte et du couple dans leur projet de naissance. Cette démarche va plus loin qu'une simple préparation à la douleur. Elle prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle permet à la femme et au couple de renforcer leur estime de soi, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et d'action [5].

Ce contact avec la femme et le couple permet, en plus du suivi médical de grossesse, d'informer sur les différents facteurs de risque et comportements à risque ainsi que de communiquer les différentes offres du système de santé. En effet, certains troubles de la relation parent-enfant pourraient être prévenus de manière précoce en prénatal par la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement de la période anténatale à la période postnatale [5]. Une évaluation est intégrée à toutes les étapes de la démarche de la PNP pour permettre d'ajuster le suivi en fonction des demandes et des besoins de chaque membre du couple.

Ces séances se basent sur la prévention et l'éducation de la femme enceinte et du couple. Rappelons les objectifs généraux de la PNP : [6]

- Développer un réseau de professionnels coordonnés autour de la femme enceinte ;
- Accompagner la femme enceinte et le couple dans leurs décisions concernant la santé, la grossesse, les modalités d'accouchement et la durée du séjour en maternité ;
- Donner les connaissances nécessaires à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel ;
- Encourager l'adoption par le couple de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant ;

- Renforcer la confiance en soi chez le couple face à la grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau-né ;
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile ;
- Soutenir la cellule familiale en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent ;
- Promouvoir la santé du nouveau-né et du nourrisson en ce qui concerne l'alimentation, la sécurité et le développement psychomoteur ;
- Prévenir les troubles de la relation mère-enfant et la dépression du post-partum ;
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents.

3. Organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité

Les recommandations de la HAS sur cette préparation concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'interagir avec les femmes enceintes et leur famille : sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes (gynécologues, obstétriciens, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres), infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychologues, assistantes sociales. Un travail en réseau paraît indispensable dans un tel dispositif pour assurer une continuité et une cohérence du suivi autour de la femme enceinte [6].

La PNP s'adresse à toute femme enceinte et tout couple. Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques de chaque futur parent [6]. Les séances peuvent être dispensées dans la maternité où la femme souhaite accoucher, en cabinet libéral, dans un centre de PMI mais aussi à domicile quand la femme enceinte ne peut pas se déplacer.

Une enquête nationale sur les pratiques et les conditions de travail des sages-femmes a été réalisée en 2004 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

Les auteurs ont retrouvé que 30% des sages-femmes hospitalières animaient au moins une séance de PNP au cours d'une journée de travail. En secteur libéral, la PNP était l'un des actes le plus courant avec 86% des sages-femmes libérales qui le réalisaient dont 69,4% au domicile des femmes. Les sages-femmes en PMI pratiquaient cet acte à 56,5% [7].

Actuellement, aucune donnée de la littérature ne permet de proposer un nombre, une fréquence ou une durée optimale pour les séances de PNP, ni de définir une taille idéale d'un groupe de participants.

La durée d'une séance doit suffire à donner toutes les informations nécessaires à la femme et au couple et s'adapte selon le thème abordé et la technique éducative utilisée [6]. Elle est donc très variable d'une structure à l'autre ainsi que d'un professionnel à un autre.

Le nombre de participants peut varier selon le type d'activité proposé mais doit toujours favoriser la participation active de chacun des futurs parents. La séance peut être individuelle, en groupe limité à deux ou trois personnes, ou collective avec un minimum de trois et jusqu'à six personnes maximum [7]. Le futur père peut également participer à toutes ces séances, qu'elles soient individuelles ou en groupe.

L'entretien prénatal individuel ou en couple se déroule lors du premier trimestre de la grossesse. Il est prévu par le plan périnatalité de 2005-2007 [7] et doit être proposé systématiquement par le professionnel de santé qui confirme la grossesse à la femme enceinte. Le futur père doit être encouragé à participer à cet entretien. Il permet de présenter et mettre en place les différentes séances de PNP ainsi que d'identifier les besoins des futurs parents et de définir les compétences parentales à développer [8]. Il aide également à dépister les situations de vulnérabilité (addictions, précarité, violence conjugale, etc.) et les difficultés qui pourraient advenir afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la femme enceinte ou du couple [6].

Cet entretien pourra être suivi par sept séances prénatales individuelles, en couple ou en groupe. De nombreuses approches sont proposées en France : une préparation classique, la piscine, l'hypnose, l'haptonomie, la relaxation, la sophrologie, le yoga, etc.

En France, la HAS prévoit que l'entretien puis les sept séances prénatales de quarante-cinq minutes minimum soient prises en charge par l'assurance maladie [6].

Des séances postnatales sous forme de guidance, de soutien individuel ou encore de séances collectives lors du séjour à la maternité et au retour à la maison sont également prises en charge. Elles assurent l'accompagnement de la création du lien parent-enfant ainsi que la pérennité des compétences développées en prénatal et à la maternité. Ces séances permettent également de compléter les connaissances des parents et de les accompagner dans l'apprentissage des soins et de l'alimentation du nouveau-né. De plus, ce suivi permet de rechercher les signes de dépression postnatale et de la dépister [5].

Le groupe de travail formé pour rédiger les recommandations de la HAS considère que la PNP devrait être poursuivie :

- A la maternité après la naissance en prenant en compte les besoins des femmes et des couples ;
- Systématiquement en cas de sortie précoce ;
- En cas de besoins particuliers décelés pendant la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez un des parents ou chez l'enfant [6].

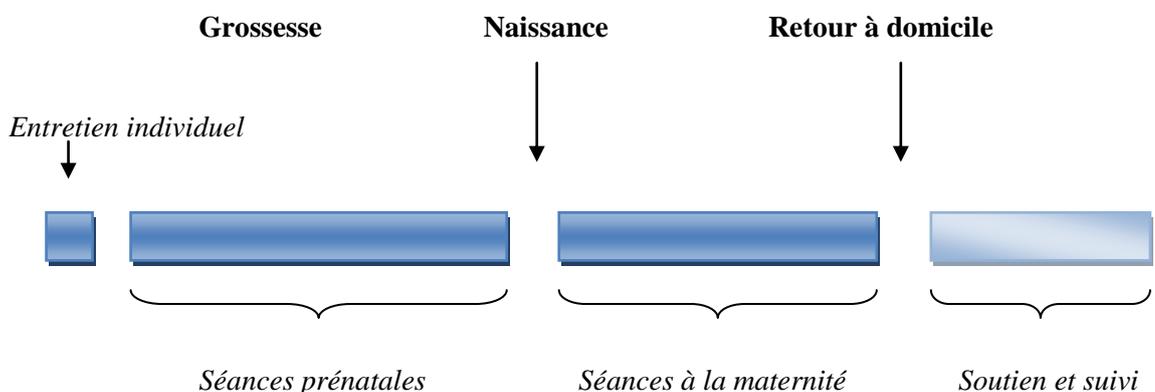


Figure 1 : Planification de la préparation à la naissance et à la parentalité d'après les recommandations professionnelles de la HAS [6]

4. Evaluation de la préparation à la naissance et à la parentalité

L'Enquête nationale périnatale de 2003 [8] par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a rapporté que la PNP a été suivie par 66,6% des

primipares et 24,9% des multipares. Cette étude a pu constater que les trois quarts des femmes avaient suivi une préparation dans la maternité où elles avaient accouché.

De plus, 20% des primipares n'ayant pas eu recours à la PNP disaient qu'aucune préparation ne leur avait été proposée [3].

La même enquête a été réalisée en 2010, après la mise en place du plan périnatalité de 2005-2007. L'entretien individuel précoce était encore peu diffusé : 21,4% des femmes déclaraient l'avoir eu, soit 30,7% chez les primipares et 14,3% chez les multipares. Cet entretien était réalisé le plus souvent par une sage-femme en maternité pour 49,8% des femmes ou par une sage-femme libérale pour 35,3% d'entre elles. Par ailleurs, la participation à la PNP avait augmenté, aussi bien chez les primipares que chez les multipares par rapport à 2003, avec respectivement 72,9% et 28,4% d'entre elles ayant suivi des cours de PNP [9].

Une méta-analyse a été publiée dans la Cochrane data base en 2011 [10]. Cette étude menée par Gagnon et Sandall visait à évaluer l'efficacité de la PNP sur :

- les connaissances des femmes sur la périnatalité,
- l'anxiété,
- la douleur durant le travail,
- la participation active aux prises de décisions durant le travail et l'accouchement,
- l'utilisation de médicaments durant le travail,
- l'implication du partenaire,
- le taux d'allaitement,
- la capacité aux soins du nouveau-né,
- le soutien à la fonction parentale,
- les adaptations psychologiques et sociales après la naissance,
- les interventions obstétricales.

Les neuf études retenues dans cette méta-analyse ne contenaient aucune donnée sur l'anxiété, le taux d'allaitement maternel ni le soutien à la fonction parentale. Cependant étaient mesurés le niveau de connaissances des femmes, le contrôle de soi, la capacité aux soins du nouveau-né ainsi que certaines données concernant le travail et la naissance.

Dans trois des études incluses dans la méta-analyse, les auteurs ont trouvé des effets bénéfiques sur l'acquisition des connaissances des femmes et du couple.

Les auteurs d'une autre étude de la méta-analyse ont retrouvé une durée du travail plus courte pour les femmes ayant reçu une éducation prénatale.

La méta-analyse comprend également des études à faible niveau de preuve qui ont montré un bénéfice de la préparation sur l'établissement de la relation parent-enfant, cependant ces résultats font l'objet de biais importants.

Bien qu'un grand nombre de femmes et de couples participent à des cours de PNP, les bénéfices de cette éducation restent incertains tant sur les futurs parents que sur le nouveau-né. La qualité de la méthode des études reste faible, modérée, voire incertaine. De plus, avec des différences de données et de résultats, cette méta-analyse ne permet pas de proposer une analyse de sous-groupes pour vérifier les effets de la PNP sur les fondements théoriques de l'éducation, les approches pédagogiques à adopter ou les effets sur un groupe de population spécifique.

Les auteurs ont conclu qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de preuve scientifique suffisante permettant de recommander ou non le suivi d'une PNP.

II. Peur et anxiété durant la grossesse

1. La peur de l'accouchement

Donner naissance représente un évènement magnifique mais s'avère également être un moment potentiellement anxiogène pour la femme enceinte. De nombreux auteurs ont travaillé sur la peur et l'anxiété de l'accouchement.

Une peur excessive et persistante de l'accouchement, aussi appelée tocophobie est un trouble anxieux relativement méconnu qui s'accompagne de conduites d'évitement durant la grossesse ou l'accouchement [11]. Les femmes peuvent développer cette tocophobie avant même la conception, suite à un traumatisme lors d'un précédent accouchement ou secondairement à un état dépressif durant la grossesse [12].

Une revue de littérature publiée par Denis et Callahan sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) et l'accouchement classique a permis d'attester que l'accouchement pouvait se révéler être un événement traumatique pour certaines femmes. Une minorité d'accouchées développent même des symptômes psychopathologiques en post-partum, aussi appelé ESPT [13].

La peur de l'accouchement est donc présente chez de nombreuses femmes enceintes et peut déclencher un stress maternel et fœtal durant la grossesse, allant jusqu'à la demande par la femme elle-même d'une césarienne pour la naissance de l'enfant [14]. L'étude de Storksens et al. a montré l'impact d'une précédente expérience négative de la naissance sur la peur de l'accouchement suivant à l'aide du questionnaire Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (W-DEQ) version A [15]. Ils ont trouvé une forte association entre une précédente expérience négative, comme une complication obstétricale, et la peur de l'accouchement suivant.

L'accouchement par voie basse est un évènement douloureux pour une femme à cause des contractions utérines, des touchers vaginaux réguliers et répétés et des éventuelles lésions des parties molles. Pour la plupart des parturientes, la naissance est associée à l'une des douleurs la plus intense [16].

Aksoy a réalisé une étude sur la relation entre la peur de l'accouchement et la connaissance des femmes sur l'analgésie de l'accouchement chez les femmes multipares avec une expérience positive de la naissance [14]. Neuf-cent multipares ont été incluses dans l'étude, cinq-cent-vingt-cinq d'entre elles avaient des connaissances à propos de l'analgésie de l'accouchement et les trois-cent-soixante-seize autres n'en possédaient aucune. Elles ont toutes rempli un questionnaire permettant de diagnostiquer la peur de l'accouchement. Il en résulte que le pourcentage de femmes diagnostiquées avec une peur de l'accouchement était significativement plus élevé chez les femmes n'ayant que très peu de connaissances sur l'analgésie de l'accouchement que chez les autres.

2. Evaluation de la peur de l'accouchement

La peur de l'accouchement est fréquente chez les femmes enceintes, cependant peu d'instruments validés sont disponibles, notamment en français, pour pouvoir évaluer ce ressenti.

Béland et al. ont adapté et validé en français québécois, en 2011, une échelle mesurant l'intensité de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes : le Traumatic Event Scale (TES) [17].

La première étude a permis d'évaluer la qualité, la fidélité ainsi que la validité de cet instrument. Elle a été menée sur une population de soixante-cinq femmes ayant un enfant âgé de trente-six mois. Le questionnaire a été rempli a posteriori de l'accouchement et comprenait des renseignements socio-démographiques ainsi que les questionnaires d'évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) et des inquiétudes de Penn State évaluant la tendance à s'inquiéter. Les résultats montraient que plus les mères avaient tendance à s'inquiéter avec le questionnaire de Penn State, plus la peur d'accoucher était élevée avec l'EPA.

La seconde étude vérifiait les propriétés psychométriques de l'échelle. Pour cela, deux-cent-quatre femmes enceintes primipares à environ 27,55 semaines de grossesse ont complété le questionnaire d'EPA et de Penn State adapté à l'accouchement. Celui-ci a été amélioré pour évaluer les inquiétudes spécifiques à l'accouchement.

Les résultats de ces deux études indiquaient que les vingt et un items composant l'EPA étaient liés. Cinq facteurs corrélés de la peur de l'accouchement étaient mesurés :

- l'anticipation d'un accouchement traumatique (quatre items, l'accouchement paraît être une expérience éprouvante, où la femme est malmenée physiquement ; la parturiente a peur de mourir ou d'être blessé, elle se sent angoissée et impuissante) ;
- l'intrusion (cinq items, la femme a des pensées, des images déplaisantes et fait des rêves déplaisants à propos de l'accouchement ; tout ce qui lui fait penser à ce moment provoque une détresse psychologique et physique chez elle) ;
- l'évitement (trois items, la femme évite les pensées, les émotions, les conversations, les activités, les lieux ou les personnes qui pourraient lui faire penser à l'accouchement ; elle a du mal à imaginer les étapes importantes de l'accouchement) ;
- l'émoussement (quatre items, la femme a perdu son intérêt pour certaines activités, se sent isolée, ne trouve plus de sens à son avenir, est moins affectueuse qu'auparavant) ;
- l'hyperstimulation (cinq items, la femme a de la difficulté à se concentrer, elle se sent tendue, sur le qui-vive, réagit fortement aux événements inattendus).

Cet instrument de mesure francophone permet par conséquent d'évaluer la peur de l'accouchement mais également d'en présenter les caractéristiques psychométriques ([annexe I](#)).

3. Evaluation de l'anxiété

L'anxiété est un état de tension interne, relativement désagréable, qui revêt trois composantes principales : la perception d'un danger imminent (réel ou indéterminé), une attitude d'attente envers ce danger (anxiété anticipatoire), et un malaise psychologique lié à la conscience d'une impuissance face à ce danger [18].

Avec cette définition, il est tout à fait judicieux de considérer l'accouchement comme un événement anxiogène pour la femme enceinte.

Dans les années 1980, Spielberger a approfondi le concept d'anxiété, déjà introduit par Cattell. Selon lui, l'anxiété peut se diviser en deux notions bien distinctes. L'anxiété-trait est une anxiété liée au trait de personnalité de chaque individu, qui se réfère donc à des différences interindividuelles stables. Cela correspond à des sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude qu'un sujet ressent habituellement.

L'anxiété-état, quant à elle, correspond à l'état émotionnel d'une personne lié à une situation particulière. Cela équivaut donc au niveau d'anxiété en réponse à une situation dangereuse ou menaçante. Cette anxiété-état s'élève face à un danger ou une menace mais diminue lors d'une séance de relaxation [19].

Un outil diagnostique, l'inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y) regroupant deux échelles distinctes a été élaboré en anglais puis traduit et validé dans de nombreuses langues dont le français. Le STAI permet d'évaluer l'anxiété-état (STAI Forme Y-A) à travers le ressenti du sujet « à l'instant, juste en ce moment » et l'anxiété-trait (STAI Forme Y-B) en notant ce qu'éprouve le sujet « généralement ». Les échelles comprennent vingt items chacune [19]. Cet outil a été utilisé par de nombreux auteurs pour évaluer l'état d'anxiété de patients, et peut être utilisé pour les femmes enceintes ([annexe II](#)).

Par ailleurs, l'étude de Béland et al. a montré un lien significatif entre la peur de l'accouchement et diverses mesures générales d'anxiété. Söderquist et al. ont même obtenu des résultats similaires en corrélant le TES et le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [20].

POPULATION ET METHODE

I. Objectifs principal et secondaire

L'objectif principal était d'évaluer la peur de l'accouchement en fin de grossesse.

L'objectif secondaire, quant à lui, permettait d'évaluer l'effet de la préparation à la naissance et à la parentalité, lors de la grossesse en cours, sur cette peur.

II. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était les scores continus obtenus à l'EPA chez des femmes en fin de grossesse.

Le critère de jugement secondaire était les scores continus obtenus à l'EPA chez des femmes en fin de grossesse en fonction de leur participation ou non à des séances de PNP lors de la grossesse en cours.

III. Type d'étude

Une étude transversale de type descriptive et à visée étiologique a été réalisée.

IV. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 18 décembre 2015 au 10 mars 2016.

V. Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans une maternité de type II de la région d'Auvergne.

VI. Population cible

La population cible était définie par toute femme enceinte, ayant plus de dix-huit ans, avec un fœtus singleton en présentation céphalique et un terme supérieur ou égal à trente-six semaines d'aménorrhées.

VII. Population source

La population source était définie par toute femme enceinte, ayant plus de dix-huit ans, avec un fœtus singleton en présentation céphalique, un terme supérieur ou égal à trente-six semaines d'aménorrhées et étant suivie pour sa grossesse dans la maternité de type II de la région d'Auvergne.

VIII. Critères de sélection des sujets

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient:

- Toute femme enceinte ayant plus de dix-huit ans ;
- Parlant et comprenant le français ;
- Suivie dans la maternité de type II de la région d'Auvergne ;
- A un terme supérieur ou égal à trente-six semaines d'aménorrhées ;
- Avec un fœtus singleton en présentation céphalique ;
- Et volontaire pour participer à l'étude.

2. Critères d'exclusion

Certaines femmes ont été exclues de l'étude si l'on retrouvait :

- Une mort fœtale in utéro ;
- Une contre-indication à un accouchement par voie basse.

IX. Le recueil des données

1. Les variables recueillies

Les variables recueillies comprenaient des renseignements socio-démographiques et cliniques :

- L'âge ;
- La situation maritale : célibataire, pacsée, mariée, divorcée, veuve ;
- Le niveau d'étude : non scolarisée, primaire, collège/CAP/BEP, lycée, enseignement supérieur ;

- La consommation de tabac avant la grossesse ;
- La consommation de tabac durant la grossesse ;
- La consommation d'alcool en début de grossesse ;
- La consommation de cannabis en début de grossesse ;
- L'existence d'antécédents de dépression (dont le baby-blues et la dépression du post-partum) ;
- La prise d'un traitement actuel.

Elles comprenaient également des antécédents médicaux et obstétricaux :

- Les antécédents obstétricaux d'interruptions volontaires de grossesses, de fausses couches spontanées, de grossesses extra-utérines, de morts fœtales in utéro, d'accouchements;
- Les antécédents de pathologies gravidiques durant une ou des grossesse(s) précédente(s) ainsi que durant la grossesse actuelle ;
- Le vécu d'une expérience négative durant une précédente grossesse ou un précédent accouchement ;
- Le type de préparation à la naissance et à la parentalité si effectuée pendant une précédente grossesse et au cours de la grossesse actuelle;
- Le terme de la grossesse à la date où les femmes ont complété le questionnaire.

2. L'outil de recueil des données

La peur de l'accouchement a été évaluée par l'auto-questionnaire EPA ([Annexe I](#)), composé de vingt-et-une questions réparties en cinq dimensions et validé en français québécois. Celui-ci a donc été revu par des français et des québécois afin de modifier les termes inappropriés. Les questions sont réparties en deux groupes permettant de répondre à deux interrogations :

- « comment envisagez-vous votre accouchement ? » (items cotés de 1-Pas du tout à 4-Tout à fait) ;
- « comment vous sentez-vous actuellement ? » (items cotés de 1-Pas du tout à 4-Souvent).

L'EPA permet d'obtenir des scores pour les dimensions suivantes : hyperstimulation (score compris entre 5 et 20), intrusion cognitive (score compris entre 5 et 20), anticipation d'un trauma (score compris entre 4 et 16), émoussement émotionnel (score compris entre 4 et 16), évitement (score compris entre 3 et 12). Un score total compris entre 21 et 84 est également calculé.

Les scores sont obtenus en faisant la somme des cotations des items de chaque dimension, un score élevé représentant une peur importante.

L'état d'anxiété a, quant à lui, été évalué par l'auto-questionnaire STAI-Y ([Annexe II](#)), composé de quarante items sur l'état d'anxiété habituel (vingt items) et actuel (vingt items) et validé en français. Chaque item est coté sur une échelle de Likert à quatre points (Non, Plutôt non, Plutôt oui, Oui). Ce questionnaire permet de différencier l'anxiété-trait, qui correspond à des différences interindividuelles stables dans la tendance à l'anxiété, et l'anxiété-état, qui s'élève en situation de danger physique ou de stress psychologique.

L'inventaire d'anxiété état/trait forme Y (STAI-Y) comporte donc deux échelles : STAI-YA évaluant en vingt items ce que les sujets ressentent actuellement et STAI-YB évaluant également en vingt items ce qu'ils ressentent habituellement. Deux scores sont ainsi obtenus, compris entre 0 et 80, en faisant la somme des items correspondant à chaque sous-échelle, un score élevé représentant une anxiété importante.

Ce questionnaire permettra de prendre en compte cette anxiété dans l'évaluation de la peur à l'accouchement.

On retrouve une anxiété :

- Très élevée si le score est supérieur à 65 ;
- Elevée si le score est compris entre 56 et 65 ;
- Moyenne si le score est compris entre 46 et 55 ;
- Faible si le score est compris entre 36 et 45 ;
- Très faible si le score est inférieur ou égal à 35.

Il sera considéré que la femme interrogée lors de l'étude est anxieuse si son score obtenu au STAI est supérieur ou égal à 46.

Les femmes ont été sollicitées lors de leur consultation du neuvième mois de grossesse avec une sage-femme. Afin de maximiser le pourcentage de répondants, les patientes

ont été sollicitées individuellement en salle d'attente. Elles ont ensuite pu déposer le questionnaire dans une urne ou l'envoyer à l'aide d'une enveloppe préaffranchie au service de Santé Publique du Centre Hospitalier Universitaire de la région d'Auvergne. Aucune donnée nominative concernant les femmes n'a été relevée.

3. Le circuit des données

Le questionnaire et la lettre d'information ([Annexe III](#)) ont été distribués par les sages-femmes aux femmes enceintes durant leur consultation du neuvième mois. Les femmes ont ensuite complété le questionnaire et l'ont soit déposé dans une urne présente dans la salle d'attente des consultations obstétriques, soit renvoyé par courrier à l'aide de l'enveloppe préaffranchie.

Ces documents étaient gardés dans une urne scellée puis récupérés hebdomadairement par l'étudiant pour la saisie des données.

X. L'informatisation

1. La saisie des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Epidata© version 3.1.

2. Le codage des données

Les modalités de réponses des variables qualitatives nominales étaient codées par des numéros 1 à 5, comme par exemple : le statut marital où étaient codés célibataire en 1, pacsé en 2, marié en 3, divorcé en 4 et veuf 5 ou bien le niveau d'études où l'on retrouvait non scolarisé en 1, primaire en 2, collège/CAP/BEP en 3, lycée en 4 et enseignement supérieur en 5.

Pour les modalités de réponses des variables qualitatives binaires, oui était codé 1, quant au non il était codé 0.

Les différentes modalités de réponses des deux tableaux de l'évaluation de la peur de l'accouchement ont été codées de telle manière : pas du tout en 1, un peu en 2, beaucoup en 3 ainsi que tout à fait en 4 pour le premier tableau puis pas du tout en 1, rarement en 2, parfois en 3 et souvent en 4.

Le tableau d'évaluation de l'anxiété actuelle comprend quatre modalités de réponses dont le non est codé 1, plutôt non 2, plutôt oui 3 et oui 4. Pour le second tableau concernant l'anxiété habituelle, les modalités de réponses sont également codées de 1 à 4 dont l'ordre est le suivant : presque jamais, parfois, souvent, presque toujours.

3. Le contrôle qualité

L'absence de doublon et les éventuelles erreurs de saisie ont été vérifiées par la personne effectuant la saisie des données.

XI. L'analyse des données

1. Les groupes comparés

Deux groupes ont été comparés : le premier était composé de femmes enceintes ayant suivi une PNP quel que soit le type de préparation pour la grossesse actuelle et le second n'en ayant pas fait.

2. Les tests statistiques utilisés

Une analyse descriptive de l'échantillon global, puis des groupes exposés et non exposés (préparation anténatale : oui/non) a été effectuée.

Des tests du χ^2 (ou test exact de Fischer en cas d'effectifs théoriques inférieurs à cinq) ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives entre les groupes exposés et non exposés. Des tests non paramétriques de Mann-Whitney (variables non gaussiennes) ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives entre les deux groupes, notamment les scores aux échelles EPA et STAI.

Pour tout test statistique bilatéral utilisé, un risque alpha de 5% a été retenu.

Des corrélations entre les dimensions de la peur de l'accouchement et l'état d'anxiété des femmes ont été recherchées (coefficients de corrélation de Spearman, les variables étant non gaussiennes).

Des analyses multivariées par régression linéaire ont été envisagées pour prendre en compte les facteurs de confusion (anxiété, tabagisme, etc.) ou les facteurs pronostiques cliniquement pertinents (antécédent de dépression, prise d'anxiolytiques ou d'anti-dépresseurs, etc.). Les effectifs étaient insuffisants pour pouvoir les faire.

3. Le logiciel d'analyse utilisé

Les logiciels d'analyses utilisés étaient Epi Info© version 7, Microsoft Excel© 2007 et SAS© version 9.4.

XII. Aspects éthique et réglementaire

Cette étude a obtenu un avis éthique du Comité de Protection des Personnes Sud Est 6 (2016/CE08) qui stipulait que : « cette étude, ne comportant que des contraintes minimales, ne soulève donc pas de problème éthique particulier » ([Annexe IV](#)).

La confidentialité et l'anonymat des femmes sélectionnées ont été respectés.

L'accord du chef de service ainsi que de la coordinatrice de la maternité ont été obtenus pour la mise en place de l'étude sur place.

RESULTATS

I. Taux de réponses

Il a été distribué soixante-douze questionnaires et cinquante-sept ont été récupérés. Un taux de réponses de 79,17% a donc été retrouvé. A noter cependant que trois questionnaires ont été exclus de l'étude en raison du terme : les femmes l'avaient rempli à moins de trente-six semaines d'aménorrhées. Cinquante-quatre questionnaires ont donc pu être analysés pour cette étude.

II. Analyse descriptive global et par groupe

Les femmes interrogées avaient un âge moyen de 30,2 ans avec un écart type associé de 4,4 et il était retrouvé un âge minimal de 20 ans et maximal de 40 ans.

Parmi elles, il a été retrouvé 35,2% (n=19) de célibataires, 22,2% (n=12) de pacsées, 40,7% (n=22) de mariées et 1,9% (n=1) de divorcées.

Il est également retrouvé que 11,1% des femmes avaient un niveau collège/CAP/BEP, 25,9% un niveau lycée et 63,0% un niveau enseignement supérieur.

L'âge moyen ainsi que le statut marital des femmes interrogées n'étaient pas significativement différents entre les femmes ayant participé à des cours de PNP et les autres (respectivement $p=0,142$ et $p=0,193$).

Une différence statistiquement significative était tout de même retrouvée quant au niveau d'étude des femmes enceintes ($p=0,027$). Il était plus élevé pour les femmes ayant participé à des cours de PNP (Tableau I).

Tableau I : Renseignements socio-démographiques selon participation à la PNP

	PNP : Oui (n=34) PNP : Non (n=20)		p-value
	n (%)	n (%)	
Age (en années) : m (ET)	29,6 (3,8)	31,2 (5,2)	0,142
Statut marital :			0,193
Célibataire	15 (44,1)	4 (20,0)	
Pacsée	7 (20,6)	5 (25,0)	
Mariée	12 (35,3)	10 (50,0)	
Divorcée	0 (0)	1 (5,0)	
Niveau d'études :			0,027
Collège / CAP / BEP	1 (2,9)	5 (25,0)	
Lycée	8 (23,5)	6 (30,0)	
Enseignement supérieur	25 (73,5)	9 (45,0)	

Douze des femmes interrogées soit 22,2% ont déclaré consommer du tabac avant la grossesse. Elles fumaient en moyenne 14,8 cigarettes par jour associé à un écart type de 15,8. En comparaison au pourcentage précédent, 11,1% (n=6) des femmes fumaient pendant leur grossesse avec une consommation moyenne de 6 cigarettes par jour et un écart type de 3,7. Cela faisait donc 50% de femmes fumeuses arrêtant la consommation de tabac au cours de la grossesse actuelle.

Sept des femmes soit 13% d'entre elles ont bu de l'alcool en début de grossesse à hauteur de 3 verres par semaines en moyenne avec un écart type de 2,3. Quant à la consommation de cannabis, une femme enceinte (1,9%) seulement a déclaré fumer en moyenne un joint par semaine.

La consommation de tabac avant ou pendant la grossesse actuelle ainsi que celle d'alcool ou de cannabis en début de grossesse n'étaient pas statistiquement différentes entre les femmes ayant participé à des cours de PNP et les autres (Tableau II).

Tableau II : Dépendances selon la participation à la PNP

	PNP : Oui (n=34)	PNP : Non (n=20)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-value</i>
Tabac avant la grossesse :			<i>0,174</i>
Non	24 (70,6)	18 (90,0)	
Oui	10 (29,4)	2 (10,0)	
Tabac actuellement :			<i>1,000</i>
Non	30 (88,2)	18 (90,0)	
Oui	4 (11,8)	2 (10,0)	
Consommation d'alcool en début de grossesse :			<i>1,000</i>
Non	30 (88,2)	17 (85,0)	
Oui	4 (11,8)	3 (15,0)	
Consommation de cannabis en début de grossesse :			<i>1,000</i>
Non	33 (97,1)	20 (100)	
Oui	1 (2,9)	0 (0)	

Concernant la prise médicamenteuse, 31,5% (n=17) des femmes avaient une prescription de fer au moment du remplissage du questionnaire. Plus d'un cinquième des gestantes interrogées (22,2% ; n=12) prenaient un traitement contre un reflux gastro-œsophagien.

Seulement 5,56% (n=3) des répondantes prenaient du phloroglucinol. On retrouve également pour trois femmes une prise de Lévothyrox®, de magnésium, ainsi que de l'homéopathie. Une femme (1,85%) prenait du duphalac, de la doxylamine, du Lovenox® ou bien de la rovamycine (Tableau III).

Tableau III : Traitements actuels

<i>Par traitement</i>	<i>n</i>
Traitement(s) actuel(s) :	
SUPPLEMENTATION EN FER	17
TRAITEMENT ANTI-REFLUX <i>Alginat de sodium, oméprazole, ranitidine</i>	12
DUPHALAC	1
PHLOROGLUCINOL	3
DOXYLAMINE	1
LEVOTHYROX®	3
LOVENOX®	1
ROVAMYCINE	1
SUPPLEMENTATION VITAMINIQUE <i>Elevit®, Gynéfam®, Oligobiane®, Oligobiane fer cuivré®</i>	6
HOMEOPATHIE	3
MAGNESIUM	4

On retrouvait un antécédent de dépression chez 9,3% (n=5) des gestantes. L'antécédent de dépression chez les femmes enceintes interrogées n'était pas lié au suivi de cours anténataux (p=1,000) (Tableau IV).

Tableau IV : Antécédent de dépression selon la participation à la PNP

	PNP : Oui (n=34) PNP : Non (n=20)		<i>p-value</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Dépression :			<i>1,000</i>
Non	31 (91,2)	18 (90,0)	
Oui	3 (8,8)	2 (10,0)	

Dans leurs antécédents obstétricaux, 9,3% (n=5) des femmes avaient une interruption volontaire de grossesse (IVG) et 16,7% (n=9) une fausse couche spontanée (FCS).

Vingt-six femmes soit 51,9% d'entre elles attendaient leur premier enfant durant le remplissage du questionnaire, tandis que 39,2% (n=21) étaient enceintes de leur second enfant et 9,3% (n=5) avaient déjà accouché plus de deux fois.

Nous ne retrouvons pas de lien statistique entre l'antécédent d'interruption volontaire de grossesse ou de fausse couche spontanée et la participation ou non à des cours de PNP (respectivement $p=1,000$ et $p=0,712$).

Parmi les femmes interrogées, 73,5% (n=25) de nullipares participaient à des cours de PNP tandis que les femmes ayant déjà accouché une fois ne participaient pas à ces cours à hauteur de 85% (n=17). La parité a donc un lien significatif avec le suivi ou non de cours de PNP ($p<0,0001$) (Tableau V).

Tableau V : Antécédents obstétricaux selon la participation à la PNP

	PNP : Oui (n=34)		PNP : Non (n=20)		p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
IVG :					<i>1,000</i>
Non	31 (91,2)	18 (90,0)			
Oui	3 (8,8)	2 (10,0)			
Fausse couche :					<i>0,712</i>
Non	29 (85,3)	16 (80,0)			
Oui	5 (14,7)	4 (20,0)			
Accouchement(s) précédent(s) :					<i><0,0001</i>
Non	25 (73,5)	3 (15,0)			
Oui	9 (26,5)	17 (85,0)			

Au cours des précédentes grossesses, 23,1% (n=6) des femmes ont présenté une pathologie obstétricale. Trois patientes ont indiqué avoir eu un diabète gestationnel, une a décrit avoir eu un col raccourci, une autre, une cholestase gravidique et une, un retard de croissance intra-utérin suivi d'un accouchement prématuré.

Le fait d'avoir eu une pathologie au cours d'une précédente grossesse n'était pas en lien avec la participation à des cours de PNP ($p=1,000$) (Tableau VI).

Tableau VI : Antécédents de pathologies obstétricales selon la participation à la PNP

	PNP : Oui ($n=9$)	PNP : Non ($n=17$)	<i>p-value</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Pathologies au cours des grossesses précédentes :			<i>1,000</i>
Non	7 (77,8)	13 (76,5)	
Oui	2 (22,2)	4 (23,5)	

Au cours des précédentes grossesses, 12,5% ($n=3$) des femmes interrogées déclaraient avoir eu une expérience négative telle que des démangeaisons causées par une cholestase gravidique ou bien des nausées durant toute la grossesse.

Onze femmes soit 39,3% d'entre elles ont déclaré avoir vécu une expérience négative durant un accouchement précédent : une césarienne en urgence, une hémorragie de la délivrance, un personnel non à l'écoute, une péridurale non ou trop efficace, une brèche, une épisiotomie, une naissance prématurée ou bien un baby-blues.

Vivre une expérience négative au cours d'une précédente grossesse n'était pas lié au suivi de séances de PNP ($p=0,529$), tout comme le vécu d'une expérience négative lors d'un précédent accouchement ($p=0,419$) (Tableau VII).

Tableau VII : Expériences négatives durant une précédente grossesse ou un précédent accouchement selon la participation à la PNP

	PNP : Oui ($n=9$)	PNP : Non ($n=17$)	<i>p-value</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Expérience négative au cours d'une précédente grossesse :			<i>0,529</i>
Non	9 (100)	14 (82,4)	
Oui	0 (0)	3 (17,6)	
Expérience négative au cours d'un précédent accouchement :			<i>0,419</i>
Non	4 (44,4)	11 (64,7)	
Oui	5 (55,6)	6 (35,3)	

Les femmes ayant déjà accouché ont déclaré avoir suivi des séances de PNP pour 69,2% (n= 18) d'entre elles dont : 88,9% (n=16) ont suivi des cours classiques, 11,1% (n=2) des cours d'haptonomie et 5,6% (n=1) ont fait des séances en piscine ou de la sophrologie.

Le fait d'avoir participé à des cours de PNP lors d'une précédente grossesse n'avait pas de lien avec celui d'en suivre lors de la grossesse en cours ($p=0,190$) (Tableau VIII).

Tableau VIII : Participation à des cours de PNP lors d'une précédente grossesse selon la participation à la PNP

	PNP : Oui	PNP : Non	<i>p-value</i>
	(n=9)	(n=17)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Cours de préparation à la naissance et à la parentalité suivis lors des précédentes grossesses :			<i>0,190</i>
Non	1 (11,1)	7 (41,2)	
Oui	8 (88,9)	10 (58,8)	

Six femmes sur les cinquante-quatre interrogées ont déclaré avoir fait un baby-blues au décours d'un précédent accouchement soit 23,1% d'entre elles. Aucune femme interrogée n'avait d'antécédent de dépression du post-partum.

On ne retrouvait pas de lien statistiquement significatif entre un antécédent de baby-blues et la participation ou non à des cours de PNP ($p=0,064$) (Tableau IX).

Tableau IX : Antécédent de baby-blues selon la participation à la PNP

	PNP : Oui	PNP : Non	<i>p-value</i>
	(n=9)	(n=17)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Baby-blues au décours d'un précédent accouchement :			<i>0,064</i>
Non	9 (100)	11 (64,7)	
Oui	0 (0)	6 (35,3)	

Quatorze femmes, soit 25,9% des interrogées présentaient une pathologie lors du remplissage du questionnaire tel qu'un diabète gestationnel, une menace d'accouchement prématurée, une hypertension, une para-phlébite ou bien une pathologie thyroïdienne.

La participation ou non à des cours de PNP n'était pas lié à la présence d'une pathologie lors de la grossesse actuelle de la femme ($p=1,000$) (Tableau XI).

Tableau XI: Pathologies au cours de la grossesse actuelle selon la participation à la PNP

	PNP : Oui	PNP : Non	<i>p-value</i>
	(<i>n=34</i>)	(<i>n=20</i>)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Pathologies au cours de la grossesse actuelle :			<i>1,000</i>
Non	25 (73,5)	15 (75,0)	
Oui	9 (26,5)	5 (25,0)	

Le terme moyen de la grossesse au remplissage du questionnaire était de 38 semaines d'aménorrhées avec un écart type de 1,1.

L'analyse descriptive de l'échantillon global a également montré que 63% ($n=34$) des femmes interrogées avaient participé à des cours de PNP pour la grossesse actuelle, dont 73,5% attendaient leur premier enfant et les autres 26,5% avaient déjà accouché au moins une fois.

Parmi elles, 82,4% ($n=28$) ont assisté à des cours de PNP classique tandis que 11,8% ($n=4$) prenaient des cours en piscine, 5,9% ($n=2$) des cours de sophrologie ou du chant prénatal, 2,9% ($n=1$) faisaient du yoga ou de l'haptonomie et 8,8% ($n=3$) avaient fait de l'acupuncture.

III. Evaluation de la peur de l'accouchement

1. Globale

Deux femmes parmi celles interrogées n'ont pas répondu à un des items de l'EPA. La moyenne obtenue pour le score total de l'EPA par les cinquante-deux femmes ayant répondu entièrement au questionnaire de l'étude était de 36,1 (écart-type de 10,3) avec une minimale de 22 et une maximale de 71 (sachant que le score total est compris entre 21 et 84).

Quant aux cinq facteurs de la peur de l'accouchement, il était retrouvé une moyenne :

- De 10,6 pour l'hyperstimulation avec un écart-type associé de 3,5 (score compris entre 5 et 20) ;
- De 7,4 pour l'intrusion cognitive avec un écart-type associé de 3,3 (score compris entre 5 et 20) ;
- De 8,5 pour l'anticipation d'un accouchement traumatique avec un écart-type associé de 2,5 (score compris entre 4 et 16) ;
- De 5,4 pour l'éroussement émotionnel avec un écart-type associé de 2,1 (score compris entre 4 et 16) ;
- De 4,2 pour l'évitement avec un écart-type associé de 2,0 (score compris entre 3 et 12) (Tableau XII).

Tableau XII : Evaluation de la peur de l'accouchement

<i>Peur de l'accouchement (EPA)</i>	<i>n</i>	<i>m (ET)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Hyperstimulation	54	10,6 (3,5)	5	20
Intrusion cognitive	53	7,4 (3,3)	5	18
Anticipation d'un trauma	54	8,5 (2,5)	4	15
Emoussement émotionnel	54	5,4 (2,1)	4	13
Evitement	53	4,2 (2,0)	3	12
Score total	52	36,1 (10,3)	22	71

2. Selon la participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Le score total obtenu par les femmes ayant participé à des séances de PNP était de 36,3 (écart-type de 10,0) tandis que celui des femmes n'en ayant pas pris était de 35,7 (écart-type de 10,9). Ce score n'était pas significativement différent entre les femmes ayant participé à des séances de PNP et les autres ($p=0,594$).

Les scores obtenus aux cinq facteurs de l'EPA ne révélaient également pas de lien significatif entre la peur de l'accouchement et la participation ou non à la PNP (Figure 2).

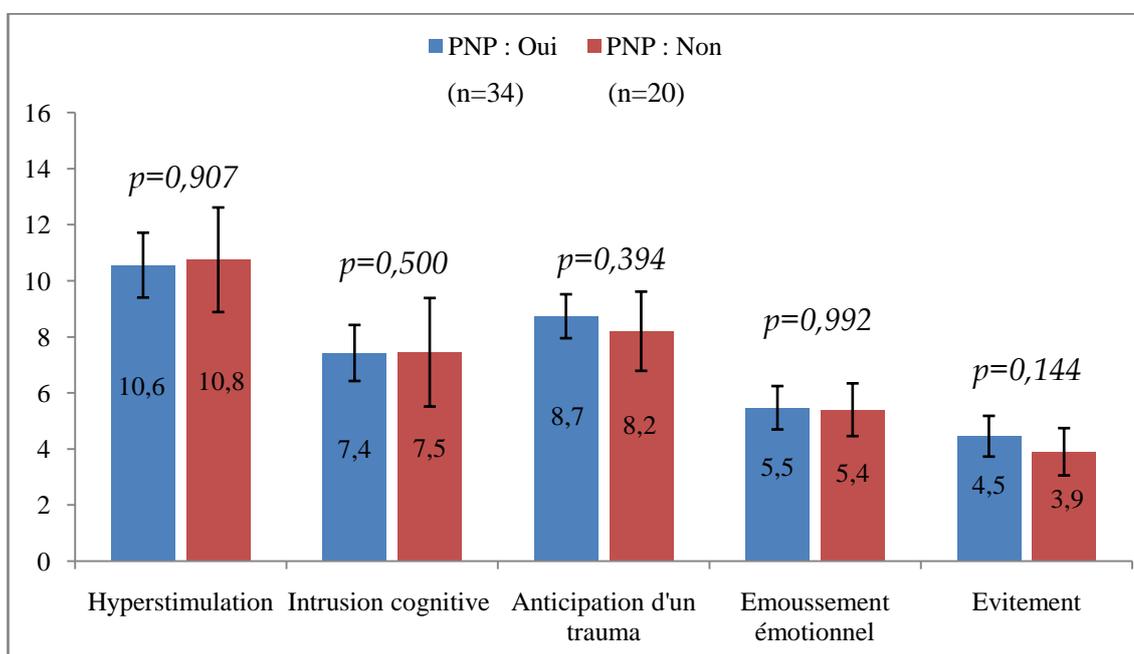


Figure 2 : Score des cinq dimensions de l'EPA selon la participation à la PNP ¹

3. Selon la parité

Le score total obtenu à l'EPA était de 36,5 (écart-type de 9,9) pour les nullipares et de 35,7 (écart-type de 10,9) pour les femmes ayant déjà accouché au moins une femme. Ce score indique que la peur de l'accouchement n'était pas significativement différente selon la parité des femmes interrogées ($p=0,654$).

¹ Les barres d'erreurs verticales des figures représentent l'intervalle de confiance à 95%.

La totalité des cinq dimensions de l'EPA n'étaient également pas liées de manière significative à la parité d'après les scores obtenus (Figure 3).

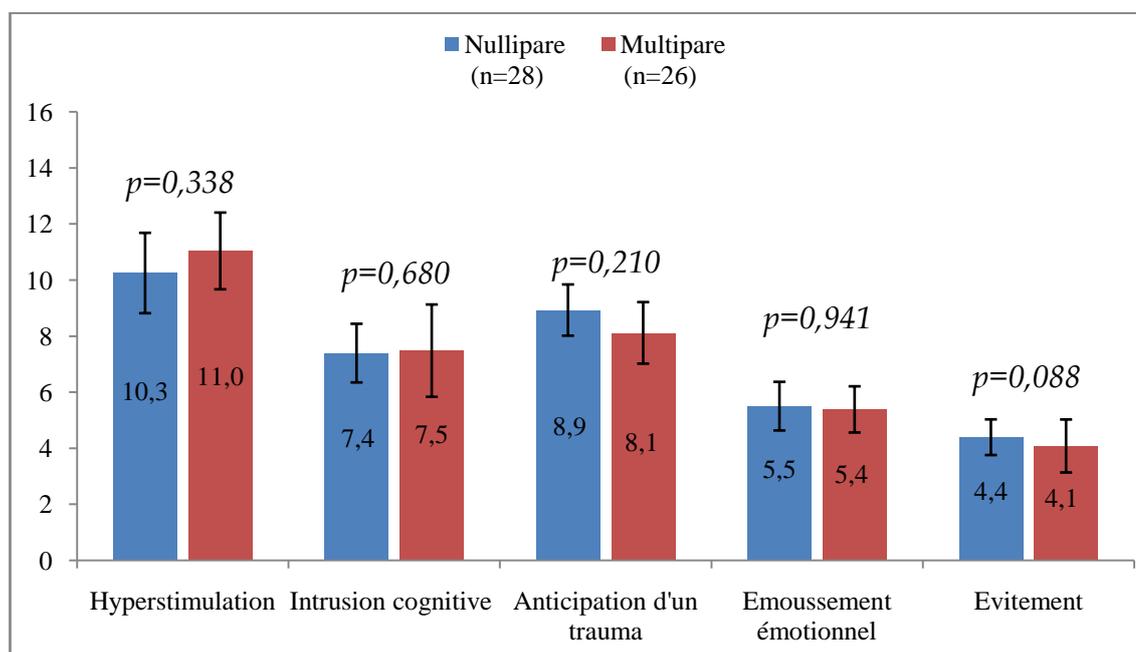


Figure 3 : Score des cinq dimensions de l'EPA selon la parité

4. Selon un antécédent de baby-blues

Par manque d'effectif dans le groupe « présence d'un baby-blues au décours d'un précédent accouchement » ($n < 10$), il a été impossible de rechercher une relation entre la peur de l'accouchement et un antécédent de baby-blues au décours d'un précédent accouchement (Tableau XIII).

Tableau XIII : Evaluation de la peur de l'accouchement selon un antécédent de baby-blues

Peur de l'accouchement (EPA)	Baby-blues au décours d'un précédent accouchement	
	Oui (n=6)	Non (n=20)
	m (ET)	m (ET)
Hyperstimulation	13,3 (2,9)	10,4 (3,3)
Intrusion cognitive	9,7 (6,1)	6,8 (3,0)
Anticipation d'un trauma	9,2 (3,1)	7,8 (2,6)
Emoussement émotionnel	5,7 (2,7)	5,3 (1,9)
Evitement	4,5 (2,5)	3,9 (2,3)
Score total	42,3 (10,4)	33,4 (10,3)

5. Selon le vécu d'expériences négatives

Un lien entre le vécu d'une expérience négative d'une femme au cours d'une précédente grossesse et la peur de l'accouchement n'a pu être montré du fait d'un manque de puissance ($n < 10$).

On retrouvait cependant une moyenne de score total à 38,3 (associé à un écart-type de 11) pour les trois femmes ayant vécu ce type d'expérience durant la grossesse et à 35,3 (associé à un écart-type de 11,1) pour les femmes n'en ayant pas vécu.

Le score total obtenu par les femmes ayant vécu une expérience négative au cours d'un précédent accouchement était de 39,1 (écart-type de 12,8), tandis qu'il était retrouvé à 33,2 (écart-type de 8,9) pour les femmes n'ayant pas eu ce vécu. Ce score ne révélait donc pas de lien significatif entre la peur de l'accouchement et le vécu d'une expérience négative au cours d'un précédent accouchement ($p=0,200$).

Les scores obtenus aux dimensions de l'EPA ne montraient pas de lien significatif entre la peur de l'accouchement et le vécu d'une telle expérience (Figure 4).

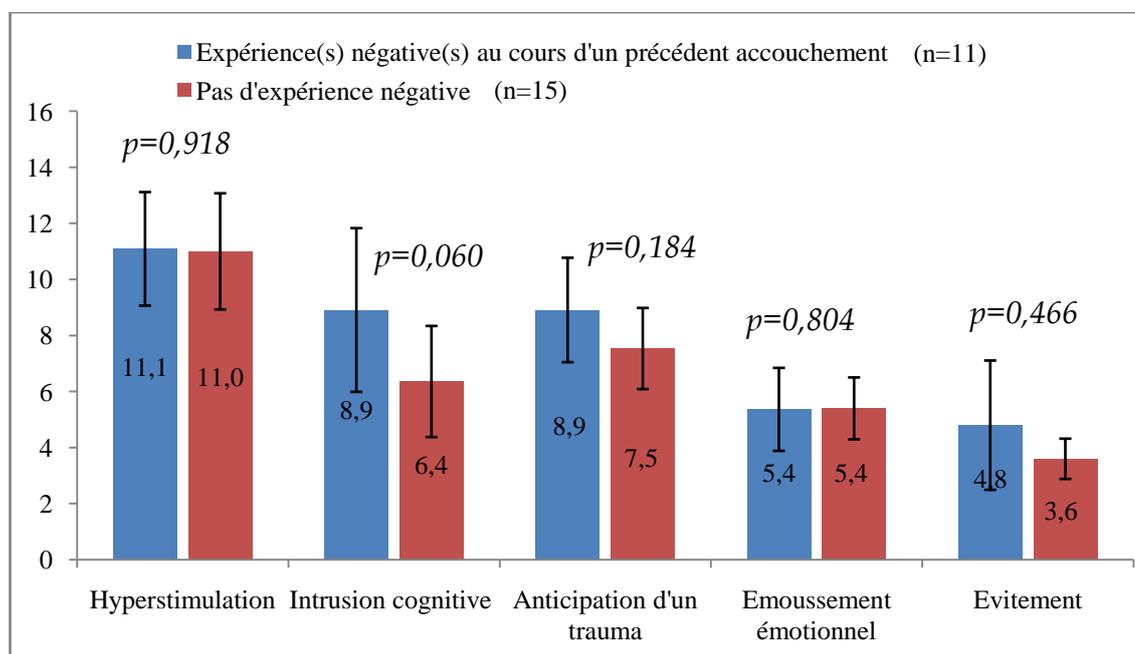


Figure 4 : Score des cinq dimensions de l'EPA selon le vécu d'expériences négatives durant un précédent accouchement

6. Selon des pathologies au cours de la grossesse actuelle

Le score total obtenu à l'EPA ne révélait aucun lien significatif entre la présence d'une pathologie au cours de la grossesse et la peur de l'accouchement ($p=0,129$). Ce score était de 40,8 (écart-type de 14,0) pour les femmes présentant une pathologie et de 34,5 (écart-type de 8,4) pour les autres.

Il a été cependant retrouvé un lien significatif entre la présence d'une pathologie durant la grossesse et la dimension de l'évitement de la peur de l'accouchement ($p=0,026$) (Figure 5).

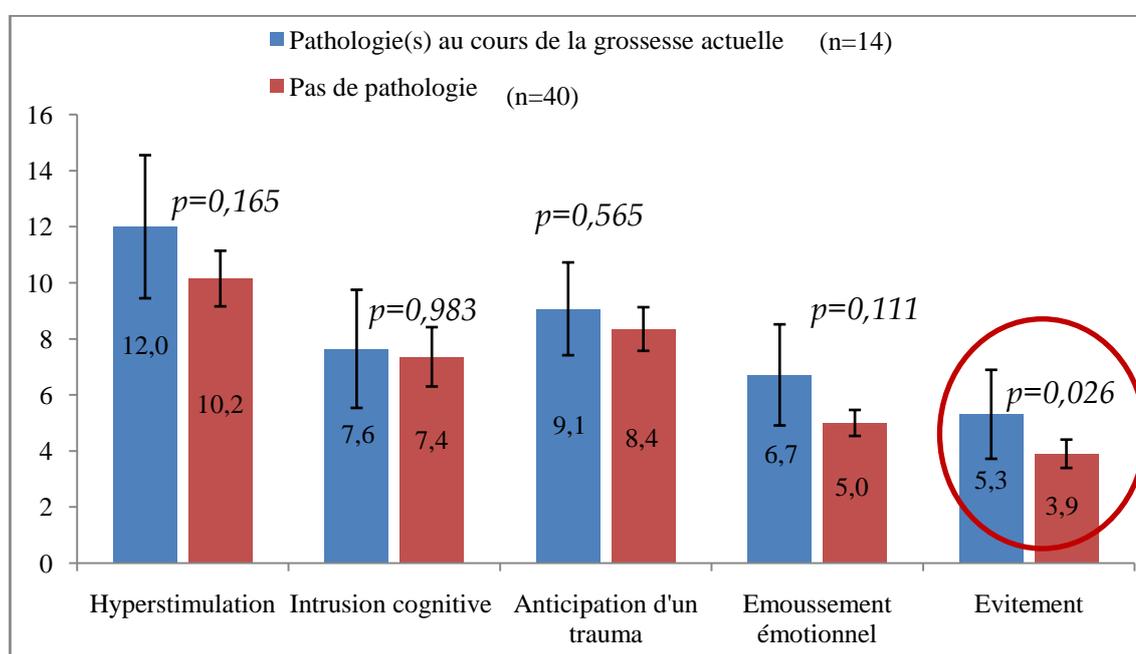


Figure 5 : Score des cinq dimensions de l'EPA selon la présence d'une pathologie durant la grossesse

7. Selon la participation à des séances de PNP durant les précédentes grossesses

Avec un effectif inférieur à dix, il a été impossible d'analyser un quelconque lien entre la peur de l'accouchement et la participation à des séances de PNP lors d'une précédente grossesse. On retrouvait une moyenne de score total à 34,8 (écart-type associé de 11,0) pour les femmes ayant suivi des cours de PNP et à 37,4 (écart-type associé de 11,1) pour celles n'en ayant pas pris.

IV. Evaluation de l'anxiété

1. Globale

Pour rappel, le STAI permet d'évaluer deux types d'anxiété :

- L'anxiété actuelle, au moment de la grossesse, dite anxiété-état ;
- L'anxiété habituelle, dite anxiété-trait.

Parmi les cinquante-quatre femmes ayant participé à l'étude on retrouvait des scores moyens de 37,4 (écart-type associé de 12,2) pour l'anxiété-état et de 38,6 (écart-type associé de 10,2) pour l'anxiété-trait (Tableau XIV).

Tableau XIV : Evaluation de l'anxiété

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	<i>n</i>	<i>m (ET)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Anxiété Etat (STAI-YA)	54	37,4 (12,2)	20	68
Anxiété Trait (STAI-YB)	54	38,6 (10,2)	21	58

Scores compris entre 0 et 80

Parmi les femmes interrogées, il a donc été retrouvé 27,8% de femmes étant anxieuses au remplissage du questionnaire et 29,6% étant de nature anxieuse habituellement (Tableau XV).

Tableau XV : Anxiété trait et état

	<i>n</i>	<i>%</i>
Anxiété Etat (STAI-YA)		
Non anxieuse (score < 46)	39	72,2
Anxieuse (score ≥ 46)	15	27,8
Anxiété Trait (STAI-YB)		
Non anxieuse (score < 46)	38	70,4
Anxieuse (score ≥ 46)	16	29,6

2. Selon la participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Les scores obtenus lors de l'étude ne montraient pas de lien significatif entre le fait de participer à des séances de PNP et le niveau d'anxiété de la femme, que ce soit pour l'anxiété état ou l'anxiété trait (Tableau XVI).

Tableau XVI : Scores continus et seuils d'anxiété selon la participation à la PNP

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	PNP : Oui (n=34)	PNP : Non (n=20)	<i>p-value</i>
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>	
Scores continus :			
Anxiété Etat (STAI-YA)	36,2 (11,6)	39,4 (13,2)	0,43
Anxiété Trait (STAI-YB)	38,5 (10,6)	38,9 (9,7)	0,99
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Anxiété Etat (STAI-YA) :			0,36
Non anxieuse (score < 46)	26 (76,5)	13 (65,0)	
Anxieuse (score ≥ 46)	8 (23,5)	7 (35,0)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			0,20
Non anxieuse (score < 46)	26 (76,5)	12 (60,0)	
Anxieuse (score ≥ 46)	8 (23,5)	8 (40,0)	

3. Selon la parité

Il a été montré que le niveau d'anxiété, habituel et au moment du remplissage du questionnaire, des femmes enceintes n'était pas significativement lié à la parité (Tableau XVII).

Tableau XVII : Scores continus et seuils d'anxiété selon la parité

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Nullipare (n=28)	Multipare (n=26)	<i>p-value</i>
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>	
Anxiété Etat (STAI-YA)	36,7 (12,8)	38,1 (11,7)	0,53
Anxiété Trait (STAI-YB)	38,1 (10,9)	39,3 (9,4)	0,63
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-value</i>
Anxiété Etat (STAI-YA) :			0,64
Non anxieuse (score < 46)	21 (75,0)	18 (69,2)	
Anxieuse (score ≥ 46)	7 (25,0)	8 (30,8)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			0,44
Non anxieuse (score < 46)	21 (75,0)	17 (65,4)	
Anxieuse (score ≥ 46)	7 (25,0)	9 (34,6)	

4. Selon un antécédent de baby-blues

Le nombre de femmes ayant vécu un baby-blues au décours d'un précédent accouchement étant trop faible (n=6), il était impossible de déterminer si cette expérience avait un lien avec l'anxiété état et trait (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Scores continus selon un antécédent de baby-blues

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Baby-blues au décours d'un précédent accouchement	
	Oui (n=6)	Non (n=20)
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>
Anxiété Etat (STAI-YA)	43,1 (12,6)	36,6 (11,3)
Anxiété Trait (STAI-YB)	40,8 (8,6)	38,8 (9,8)

5. Selon le vécu d'expériences négatives

➤ *Expériences négatives au cours d'une précédente grossesse*

L'effectif des femmes ayant vécu une expérience négative au cours d'une précédente grossesse étant insuffisant (n=3), il a été impossible d'analyser le lien entre ce vécu et le niveau d'anxiété des femmes enceintes (Tableau XIX).

Tableau XIX: Scores continus selon le vécu d'expériences négatives durant une précédente grossesse

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Expérience(s) négative(s) au cours d'une précédente grossesse	
	Oui (n=3)	Non (n=23)
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>
Anxiété Etat (STAI-YA)	53,7 (9,1)	36,1 (10,5)
Anxiété Trait (STAI-YB)	49,0 (2,6)	38,0 (9,3)

Cependant, lorsque l'anxiété était catégorisée avec un seuil diagnostique supérieur ou égal à 46, il a été montré que les femmes ayant vécu une expérience négative durant une précédente grossesse avaient un score d'anxiété les considérant comme anxieuses contrairement aux autres femmes (Tableau XX).

Tableau XX : Seuils d'anxiété selon le vécu d'expériences négatives durant une précédente grossesse

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Expérience(s) négative(s) au cours d'une précédente grossesse		
	Oui (n=3)	Non (n=23)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-value</i>
Anxiété Etat (STAI-YA) :			<i>0,022</i>
Non anxieuse (score < 46)	0 (0)	18 (78,3)	
Anxieuse (score ≥ 46)	3 (100)	5 (21,7)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			<i>0,032</i>
Non anxieuse (score < 46)	0 (0)	17 (73,9)	
Anxieuse (score ≥ 46)	3 (100)	6 (26,1)	

➤ *Expériences négatives au cours d'un précédent accouchement*

Les résultats montraient également que les femmes ayant vécu une expérience négative durant un précédent accouchement avaient un score continu plus élevé au STAI-YA, tout en restant en dessous du seuil considéré comme de l'anxiété (p=0,039) (Tableau XXI).

Tableau XXI : Scores continus selon le vécu d'expériences négatives durant un précédent accouchement

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Expérience(s) négative(s) au cours d'un précédent accouchement		
	Oui (n=11)	Non (n=15)	
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>	<i>p-value</i>
Anxiété Etat (STAI-YA)	44,1 (10,7)	33,7 (10,6)	0,039
Anxiété Trait (STAI-YB)	43,0 (8,0)	36,6 (9,7)	0,081

Le fait d'avoir vécu une expérience négative au cours d'un précédent accouchement n'était pas lié significativement avec le fait d'être ou de ne pas être anxieuse (Tableau XXII).

Tableau XXII : Seuils d'anxiété selon le vécu d'expériences négatives durant un précédent accouchement

<i>Anxiété (STAI-Y)</i>	Expérience(s) négative(s) au cours d'un précédent accouchement		
	Oui (n=11)	Non (n=15)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-value</i>
Anxiété Etat (STAI-YA) :			0,218
Non anxieuse (score < 46)	6 (54,5)	12 (80,0)	
Anxieuse (score ≥ 46)	5 (45,5)	3 (20,0)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			0,419
Non anxieuse (score < 46)	6 (54,5)	11 (73,3)	
Anxieuse (score ≥ 46)	5 (45,5)	4 (26,7)	

6. Pathologies grossesse actuelle

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre la présence d'une pathologie durant la grossesse des femmes et leur niveau d'anxiété que ce soit l'anxiété état et l'anxiété trait (Tableau XXIII).

Tableau XXIII : Scores continus et seuils d'anxiété selon la présence d'une pathologie durant la grossesse

Pathologie(s) au cours de la grossesse actuelle			
Anxiété (STAI-Y)	Oui (n=14)	Non (n=40)	p-value
	<i>m (ET)</i>	<i>m (ET)</i>	
Anxiété Etat (STAI-YA)	41,6 (13,6)	35,9 (11,5)	0,188
Anxiété Trait (STAI-YB)	42,8 (10,4)	37,2 (9,8)	0,078
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p-value</i>
Anxiété Etat (STAI-YA) :			0,498
Non anxieuse (score < 46)	9 (64,3)	30 (75,0)	
Anxieuse (score ≥ 46)	5 (35,7)	10 (25,0)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			0,308
Non anxieuse (score < 46)	8 (57,1)	30 (75,0)	
Anxieuse (score ≥ 46)	6 (42,9)	10 (25,0)	

7. PNP précédentes grossesses

Le fait d'avoir participé à des cours de PNP durant une précédente grossesse n'est pas significativement lié au niveau d'anxiété des femmes enceintes, que ce soit leur anxiété habituel ou l'anxiété ressentie au remplissage du questionnaire (Tableau XXIV).

Tableau XXIV : Seuils d'anxiété selon la participation à la PNP durant une précédente grossesse

Lors des précédentes grossesses			
Anxiété (STAI-Y)	PNP : Oui (n=18)	PNP : Non (n=8)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Anxiété Etat (STAI-YA) :			0,667
Non anxieuse (score < 46)	13 (72,2)	5 (62,50)	
Anxieuse (score ≥ 46)	5 (27,8)	3 (37,5)	
Anxiété Trait (STAI-YB) :			1,000
Non anxieuse (score < 46)	12 (66,7)	5 (62,50)	
Anxieuse (score ≥ 46)	6 (33,3)	3 (37,5)	

V. Lien entre peur de l'accouchement et anxiété

1. Globale

L'étude a montré qu'une femme anxieuse au cours de la grossesse présentait une peur de l'accouchement plus élevée qu'une femme non anxieuse ($p=0,003$) (Figure 6).

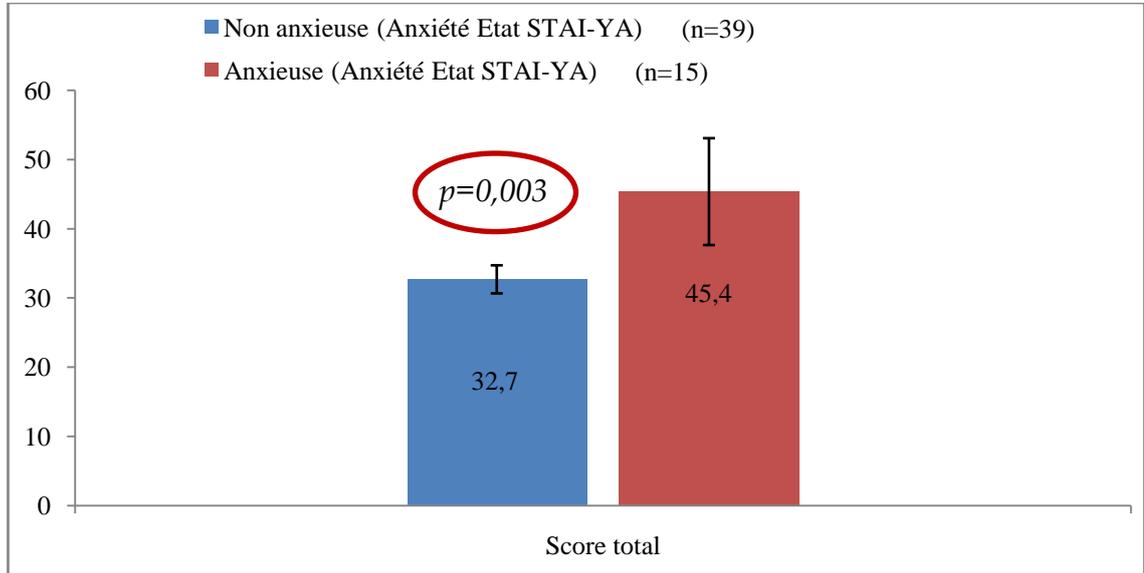


Figure 6 : Lien peur de l'accouchement – STAI-YA

Ce lien entre anxiété et peur était également vérifiée pour l'ensemble des cinq dimensions de l'EPA (Figure 7).

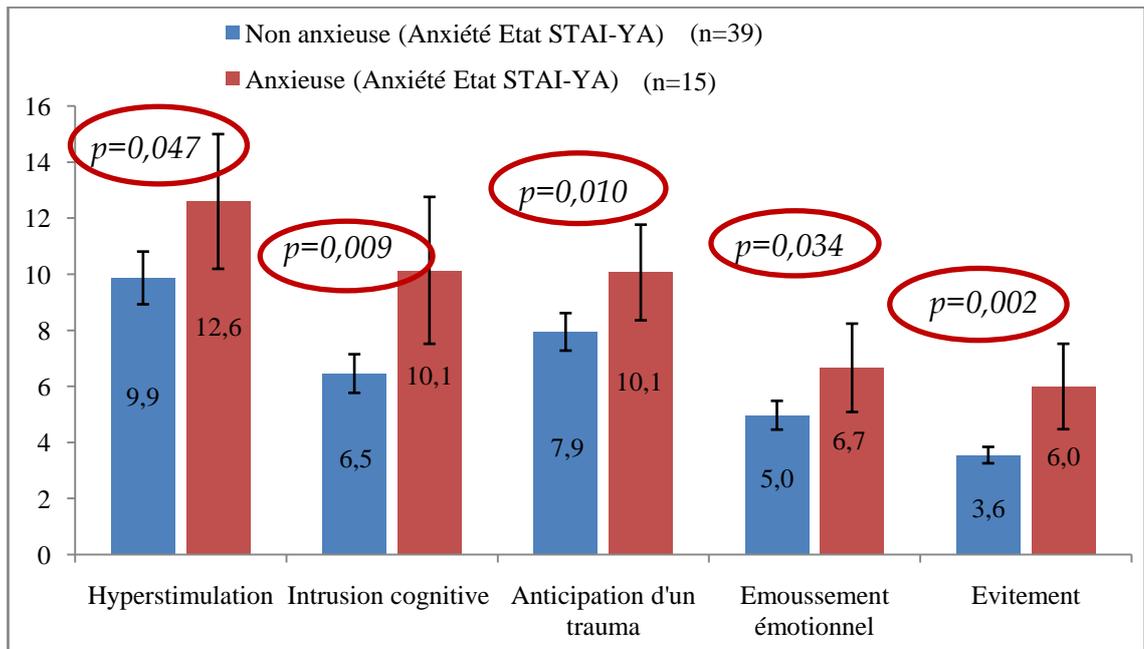


Figure 7 : Lien cinq dimensions de l'EPA – STAI-YA

Il a également été révélé qu'une femme anxieuse de manière habituelle présentait une peur de l'accouchement plus élevée ($p=0,006$) (Figure 8).

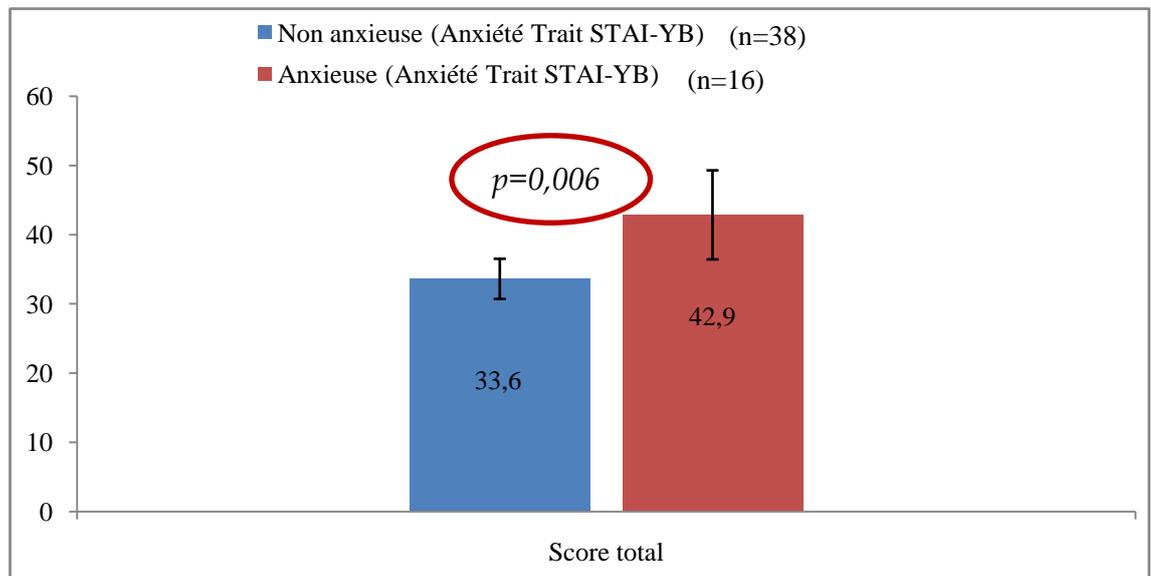


Figure 8 : Lien peur de l'accouchement – STAI-YB

Ce lien entre la peur de l'accouchement et l'anxiété-trait concernait les dimensions de l'hyperstimulation et de l'intrusion cognitive (Figure 9).

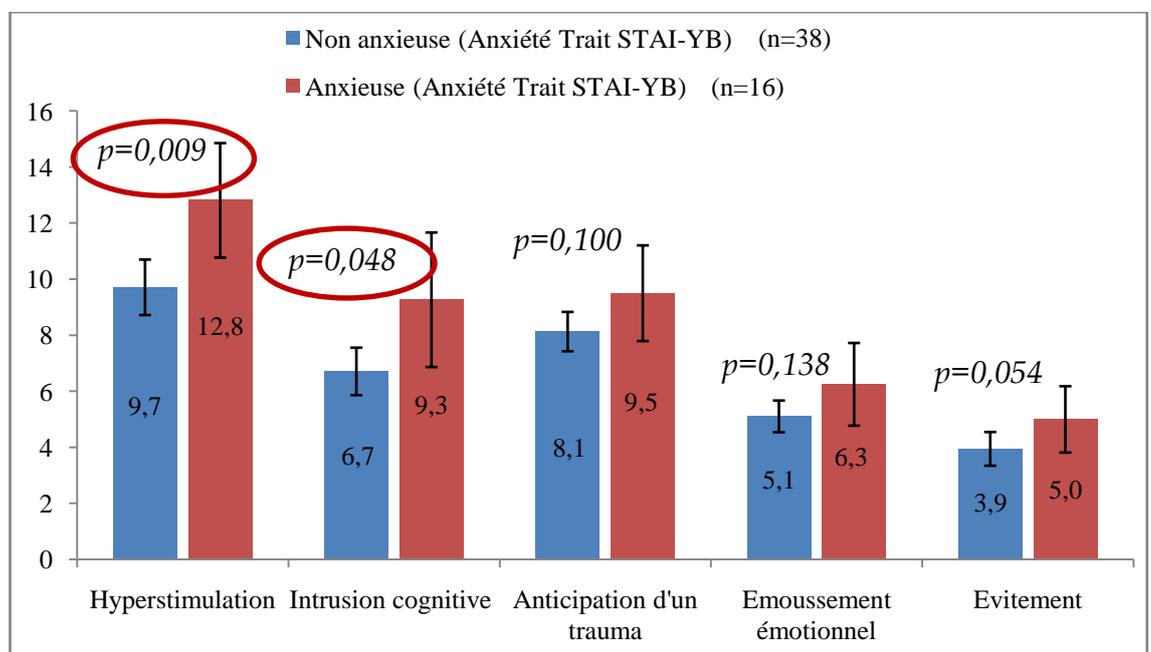


Figure 9 : Lien cinq dimensions de l'EPA – STAI-YB

2. Selon la participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Par manque d'effectif dans le groupe « anxieuse » ($n < 10$), aucun test statistique n'a pu être utilisé pour analyser un éventuel lien entre la peur de l'accouchement et l'anxiété des femmes en fonction de la participation ou non à des cours de PNP.

3. Selon la parité

De même que précédemment, aucun test statistique n'a pu être utilisé par manque d'effectif ($n < 10$) dans l'un des deux groupes. Aucun lien n'a pu être vérifié entre la peur de l'accouchement et l'anxiété des femmes en fonction de leur parité.

DISCUSSION

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la peur de l'accouchement en fin de grossesse et l'effet de la PNP sur cette peur.

Les résultats montraient un lien statistiquement significatif entre une peur plus élevée de l'accouchement et la présence d'une pathologie durant la grossesse. De plus, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les deux groupes comparés. Il ne semblerait pas avoir de lien entre le fait de participer à des séances de PNP et le niveau de peur de l'accouchement.

I. Les points forts de l'étude

La HAS recommande à tout professionnel de santé de proposer des cours de PNP de manière systématique à toute femme enceinte [6]. Cependant, les effets de l'éducation prénatale restent largement méconnus. Gagnon et Sandall, à travers leur méta-analyse de 2011 [10], n'ont retrouvé aucun résultat cohérent et aucune donnée n'était signalée concernant l'anxiété des femmes. Avec le peu de données disponibles, il paraissait alors intéressant de rechercher un éventuel lien entre une éducation prénatale et le niveau de peur et d'anxiété des femmes durant la grossesse.

Le questionnaire de l'étude a été distribué personnellement lors d'une période de stage en consultations au sein de la maternité. Cela a donc permis de mettre en avant l'importance du travail de recherche, l'implication de l'étudiant et donc d'inciter la femme à participer à cette étude.

Pour rappel, les femmes avaient deux moyens de retour du questionnaire : le remplir en salle d'attente et le déposer dans l'urne présente ou l'envoyer par courrier à l'aide d'une enveloppe préaffranchie.

A noter tout de même que 68,52% des femmes remplissaient le questionnaire sur place et le déposaient dans l'urne. L'enveloppe préaffranchie a cependant laissé la possibilité à toutes les femmes ne pouvant pas remplir le questionnaire sur place de l'envoyer par courrier. En somme, cela a donc permis d'augmenter le taux de réponses.

II. Les limites de l'étude

Le questionnaire a été distribué dans un seul et unique centre qui était une maternité publique de type II de la région d'Auvergne réalisant 1200 accouchements par an. Notre étude comporte donc un biais de sélection puisque nous n'avons recueilli qu'un faible échantillon de femmes suivies dans une seule maternité. Une étude multicentrique aurait permis de réceptionner un nombre plus important de questionnaires avec une plus grande diversité de suivis et aurait par conséquent, augmenté la pertinence de l'étude.

Par ailleurs, certains liens n'ont pu être démontrés du fait du manque d'effectif, notamment celui concernant l'anxiété et la peur de l'accouchement en lien avec la participation à des cours de PNP. Il est alors intéressant de poursuivre l'étude pour pouvoir atteindre un échantillon plus important et analyser de nouvelles données.

Aussi, les sages-femmes hospitalières ne sont pas les seules à pratiquer cette consultation du neuvième mois de grossesse. Il aurait également pu être intéressant de faire distribuer le questionnaire de l'étude par des sages-femmes libérales, des médecins généralistes faisant le suivi de femmes enceintes et des gynécologues médicaux et obstétriciens, exerçant à l'hôpital ou en libéral. Si tous ces professionnels de santé avaient distribué le questionnaire, il est probable que le nombre de réponses reçues aurait été bien plus important que celui obtenu avec ce travail de recherche. On peut également se poser la question des différences de caractéristiques de la population de femmes effectuant son suivi à l'hôpital de celles ayant un suivi en ville. Ainsi, des éventuelles différences auraient pu être montrées entre ces deux populations de femmes.

De plus, nos deux groupes (PNP : oui/non) sont statistiquement différents sur le niveau d'étude et la parité des femmes interrogées. En effet, les femmes bénéficiant de la PNP ont un niveau socio-économique favorisé (niveau éducatif élevé) et sont plus fréquemment des primipares [21,22].

Enfin, il aurait pu être intéressant de distribuer les deux échelles du STAI à un même panel de femmes mais à différents moments de leur grossesse (une fois avant les cours de PNP puis une seconde fois en fin de grossesse par exemple). Ceci aurait permis de voir si cette préparation anténatale avait un effet sur l'anxiété des femmes au cours de la grossesse.

Il a été montré dans notre étude que les femmes ayant assisté à des cours de PNP n'avaient pas un niveau d'anxiété différent de celles n'en ayant pas fait. Cependant, il pourrait être intéressant de savoir si les femmes qui ont suivis les cours de PNP avaient un niveau d'anxiété différent avant puis après ces séances.

III. Discussion

Le score moyen obtenu à l'EPA par l'ensemble des femmes incluses (n=52) était de 36,1 (écart-type associé de 10,3). Ce résultat est cohérent avec celui retrouvé par l'étude de Béland et al. ayant adapté et validé cette échelle en français [17]. Les sous-scores obtenus aux cinq dimensions de la peur de l'accouchement sont également comparables à ceux obtenus dans l'étude citée précédemment. Cependant, l'EPA ne présente pas actuellement de valeur seuil pour objectiver la présence ou non d'une phobie. Il pourrait ainsi être intéressant de définir ce point de coupure pour que l'EPA devienne un outil diagnostic.

De plus, les analyses effectuées retrouvaient une peur de l'accouchement plus élevée chez les femmes présentant une pathologie durant leur grossesse. Cette peur était plus précisément définie par la composante d'évitement : la femme avec une pathologie cherche par tout moyen à éviter tout ce qui pourrait lui faire penser à l'accouchement. Une échelle comme le questionnaire d'évitement cognitif [23] pourrait être utilisé afin de vérifier plus précisément le lien entre la peur de l'accouchement et le facteur évitement.

Dans notre étude, la peur de l'accouchement n'était pas liée à la parité des femmes enceintes. Cependant, une étude menée par Jokić-Begić et al. [24] montrait, à travers le W-DEQ, que la peur d'accoucher était plus élevée chez les femmes nullipares que chez celles ayant déjà eu un enfant.

Les résultats montraient également qu'une expérience négative durant un précédent accouchement n'était pas liée à la peur d'accoucher chez la femme enceinte.

Pourtant, un lien avait été expliqué dans une étude menée par Hofberg et Brockington [25] qui permettait de classer les différents types de tocophobie. Les auteurs retrouvaient, à travers des entretiens avec un psychiatre, que la peur d'accoucher pouvait être secondaire à un antécédent d'accouchement traumatisant ou bien stressant. Cependant, l'étude citée précédemment était qualitative et n'utilisait aucune échelle permettant d'évaluer la peur des femmes interrogées.

Notre étude n'a pas établi de lien entre la participation à des séances de PNP et la peur de l'accouchement chez les femmes en fin de grossesse. Aucune étude n'a été retrouvée montrant l'effet d'une préparation anténatale sur la peur d'accoucher. Cependant, Firouzbakht et al. ont montré à travers le Mc Gill pain questionnaire, permettant de qualifier une douleur, que les femmes suivant ce type de cours anténataux avaient moins peur de la douleur de l'accouchement que les autres [22].

L'anxiété a été évaluée dans cette étude par le questionnaire STAI. Cette échelle a démontré, lors d'une étude menée par Grant et al. [26], une bonne validité interne à diagnostiquer une anxiété chez les femmes en anténatale. Celle-ci comparait le STAI au Mini-plus international neuropsychiatric interview version 5.0.0 (MINI), qui est l'outil le plus utilisé en psychiatrie et permet d'évaluer l'anxiété et la dépression.

Dans notre étude, plus de 70% des gestantes interrogées n'étaient pas anxieuses. Il n'a cependant pas été retrouvé de différence sur le niveau d'anxiété des femmes en fonction de leur participation ou non à des séances de PNP. Cette absence de différence entre les deux groupes avait également été montrée par Miquelutti et al. [27].

Firouzbakht et al. avaient quant à eux recherché l'effet de la préparation anténatale sur l'anxiété chez les femmes iraniennes à l'aide du Hospital anxiety and depression scale (HADS) [22]. Le questionnaire était rempli par la sage-femme à l'arrivée de la femme à la maternité pour accoucher. Les résultats montraient que le niveau d'anxiété ressenti par les femmes ayant eu des cours anténataux était significativement moins élevé que celui des autres.

Les incohérences de résultats entre les deux études pourraient s'expliquer par l'utilisation de deux échelles différentes pour évaluer l'anxiété des femmes. Il paraissait plus intéressant pour notre étude d'utiliser le STAI-Y, validé en français et en obstétrique, contrairement au HADS qui est elle aussi validée en français mais qui n'a cependant pas à ce jour pas été validé ni étudié dans un contexte obstétrical [28].

Les résultats montrent un lien significatif entre la peur de l'accouchement et l'anxiété, que ce soit l'anxiété-état (celle du moment) ou l'anxiété-trait (celle ressentie habituellement). Une femme anxieuse aurait donc plus peur de l'accouchement qu'une autre, non anxieuse. Ces résultats confortent ceux qu'obtenaient Söderquist et al. [20] dans leur étude en corrélant le STAI et le TES adapté à l'accouchement.

Spice et al. [29] avaient déjà travaillé sur ce sujet en interrogeant des femmes dans les quatre derniers mois de leur grossesse à l'aide du STAI et du W-DEQ. L'étude avait montré qu'une anxiété élevée était un facteur prédictif de la peur de l'accouchement et pouvait ainsi augmenter le risque qu'une femme enceinte ressente cette peur.

Aussi, Jokić-Begić et al. [24] retrouvaient que l'anxiété était un facteur de risque de la peur de l'accouchement.

De plus en plus d'auteurs recherchent un lien entre l'anxiété anténatale et la survenue de troubles psychologiques en post-partum. Une première étude, parue en 2002, a révélé un lien entre la sensibilité anxieuse et le développement d'ESPT en post-partum [30].

Grant et al. ont montré qu'une anxiété anténatale (score >40 au STAI-Y) était significativement associé à une plus grande probabilité de développer une anxiété ou des troubles de l'humeur durant les sept premiers mois du post-partum [26]. On notera que le seuil d'anxiété pris en compte par les auteurs était de 40 avec l'échelle STAI alors que l'anxiété est considérée comme faible si le score est compris entre 36 et 45.

Enfin, récemment, Gosselin et al. retrouvaient un lien entre la peur de l'accouchement et la survenue de symptômes de stress post-traumatique et de dépression du post-partum [31].

IV. Projets d'actions

L'entretien prénatal précoce (EPP) permet d'informer les femmes sur le suivi global de la grossesse ainsi que les différents types et objectifs de la PNP. Cet entretien doit permettre : aux futurs parents de réellement s'approprier leurs projets de grossesse et d'accouchement mais aussi aux professionnels de santé de dépister et cibler les situations à risque. L'anxiété pendant la grossesse pourrait avoir des conséquences sur le déroulement de celle-ci mais aussi sur la survenue de troubles psychologiques en post-partum. Cet entretien pourrait donc servir à dépister les femmes anxieuses durant la grossesse. Ces femmes pourraient alors avoir un suivi particulier et être éventuellement aidées par un psychologue pour la gestion de cette anxiété.

L'enquête nationale périnatale de 2010 n'a retrouvé que 21,4% de femmes déclarant avoir eu un EPP alors que plus de la moitié avaient participé à des cours de PNP [9]. Cette différence de participation pourrait s'expliquer ainsi : la PNP est ancrée dans la culture obstétricale depuis de nombreuses années, contrairement à l'EPP qui est un « outil » récent puisque datant du plan périnatalité 2005-2007 [7].

Il serait donc judicieux de faire diffuser aux professionnels de la périnatalité une lettre d'information leur rappelant les recommandations de la HAS concernant l'EPP et la PNP. Celles-ci préconisent la proposition systématique à toute femme enceinte d'un entretien prénatal précoce au quatrième mois de grossesse ([Annexe V](#)).

Notre étude a pu constater un lien entre la peur de l'accouchement et l'anxiété. Il pourrait alors être intéressant de cibler les cours de préparation anténatale sur la gestion de cette anxiété. De plus, il existe de nombreux types de PNP. On pourrait alors s'interroger sur les effets de ces différentes méthodes sur l'anxiété. Il pourrait ainsi être plus facile aux professionnels de santé d'orienter les femmes anxieuses vers une préparation anténatale adaptée.

Les inclusions se sont arrêtées au 10 mars 2016 pour l'analyse des données de ce mémoire mais les sages-femmes du service de consultation de la maternité d'inclusion continueront à distribuer le questionnaire de l'étude jusqu'au 1^{er} juillet 2016. Après cette date, de nouvelles analyses pourront être effectuées, avec un nombre plus important de femmes et apportera donc une meilleure pertinence à l'étude.

CONCLUSION

Les objectifs de l'étude étaient de pouvoir évaluer la peur de l'accouchement chez les femmes en fin de grossesse ainsi que l'effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci.

De nombreuses femmes enceintes décrivent une peur d'accoucher mais celle-ci n'est que très peu évaluée. Ce manque d'évaluation est en partie dû à un nombre restreint d'instruments d'évaluation disponibles, notamment en français.

A travers cette étude il a été montré que les cinquante-deux femmes interrogées avaient un score moyen de 36,1 à l'EPA associé à un écart-type de 10,3. Les résultats montraient un lien entre la peur de l'accouchement et la présence d'une pathologie lors de la grossesse. Il a également été constaté une absence de lien statistiquement significatif entre la peur de l'accouchement et la participation à des cours de PNP.

Par ailleurs, ce travail a montré que la peur de l'accouchement semble liée de manière significative à l'anxiété des femmes enceintes, qu'il s'agisse de l'anxiété-état ou l'anxiété-trait.

Certains facteurs pouvant influencer sur la peur et l'anxiété n'ont pas pu être analysés du fait du manque d'effectif. Une même analyse, mais avec un nombre plus important d'inclusions permettra d'avoir une plus grande puissance pour les analyses statistiques.

L'anxiété pourrait avoir des conséquences sur la survenue de troubles psychologiques durant la grossesse et en post-partum. La prise en charge doit évoluer afin de permettre le dépistage de ces femmes anxieuses et d'améliorer leur suivi et leur accompagnement tout au long de leur grossesse puis en post-partum. L'entretien prénatal précoce doit permettre aux professionnels de la périnatalité de dépister les situations à risque. Il pourrait ainsi permettre de cibler les femmes anxieuses et de leur proposer en réponse un suivi adapté.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morel M-F. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de la douleur dans l'accouchement [Internet]. Société d'Histoire de la Naissance. 2012 [consulté le 7 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
2. Morel M-F. L'accouchement, une longue histoire [Internet]. La vie des idées. 2015 [consulté le 7 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>
3. Bernard M-R, Eymard C. Evolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité - Trends and current issues in childbirth and parenting education. Santé Publique. 2012;24(4):283-9.
4. La maternité [Internet]. Sécurité sociale - L'assurance Maladie. 2014 [consulté le 11 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite.php>
5. Flandin-Crétinon S, Gillet A, Pauchet-Traversat A-F. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations professionnelles. Haute Aut Santé [Internet]. 2006 [consulté le 11 août 2015]; Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
6. Pauchet-Traversat A-F, Dosquet P. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations pour la pratique clinique. Haute Aut Santé [Internet]. 2005 [consulté le 11 août 2015]; Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
7. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 - Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. 2004 [consulté le 11 août 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
8. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale 2003 - Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Unité Rech Épidémiologiques En Santé Périnatale Santé Femmes INSERM Unité 149 [Internet]. 2005 [consulté le 11 août 2015]; Disponible sur: http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1299/INSERM_enquete.pdf?sequence=1
9. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité Rech Épidémiologiques En Santé Périnatale Santé Femmes Enfants INSERM Unité 953 [Internet]. 2011 [consulté le 11 août 2015]; Disponible sur: <http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/2010-Enquete-Nationale-P%C3%A9rinatale.pdf>
10. Gagnon A, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Review). Cochrane Collab [Internet]. 2007 [consulté le 7 juillet 2015]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
11. Petit P. Prise en charge de la tocophobie : par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique. J Thérapie Comport Cogn. 2015;25:3-11.
12. Hofberg K, Ward M. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med. 2003;79:505-10.
13. Denis A, Callahan S. Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. J Thérapie Comport Cogn. 2009;19:116-9.

14. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Gursac Celik M, Ince I. The relationship between fear of childbirth and women's knowledge about painless childbirth. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2014 [consulté le 14 août 2015];2014(Article ID 274303). Disponible sur: <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2014/274303/>
15. Storksens HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetr Gynecol Scand*. 2012;92:318-24.
16. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod*. 1995;59:S9-S15.
17. Béland M, Chabot K, Goulet Gervais L, Morin AJS, Gosselin P. Evaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement - French adaptation and validation of a scale measuring the fear of childbirth. *L'encéphale*. 2012;38:336-44.
18. Bridou M, Aguerre C. L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2012;170(6):375-81.
19. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)] - Article de revue - INRS [Internet]. INRS - Santé et sécurité au travail. 2012 [consulté le 21 octobre 2015]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2027>
20. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009;116(5):672-80.
21. Barandon S, Balès M, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal N, Pambrun E, Bois C, et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 2015 [consulté le 7 avril 2016]; Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.06.026>
22. Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Mohsenzadeh Ledari F, Khafri S. The effect of perinatal education on Iranian Mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci*. 2013;6(1):61-8.
23. Gosselin P, Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R, Dugas MJ, Pelletier O. Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *J Thérapie Comport Cogn*. 2002;12(1):24-37.
24. Nataša Jokić-Begić LŽ. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: Different patterns for nulliparous and parous women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;35(1):22-8.
25. Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *Br J Psychiatry*. 1 janv 2000;176(1):83-5.
26. Grant K-A, McMahon C, Austin M-P. Maternal anxiety during the transition to parenthood : a prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108:101-11.
27. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise : a randomized controlled trial. *BioMed Cent Pregnancy Childbirth*. 2013;13:154.

28. Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2014;43:587-92.
29. Kerry Spice SLJ. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009;30(3):168-74.
30. Keogh E, Ayers S, Francis H. Does Anxiety Sensitivity Predict Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth? A Preliminary Report. *Cogn Behav Ther.* 1 janv 2002;31(4):145-55.
31. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin A. La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum. *Encéphale [Internet].* 2016 [consulté le 8 avril 2016];831. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.007>

ANNEXES

Annexe I : Evaluation de la peur de l'accouchement.

Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement

Vous trouverez ci-dessous des énoncés émis par certaines femmes pour décrire ce qu'elles ressentaient avant d'accoucher. Lisez chaque énoncé et cochez la case correspondant le mieux à ce que vous anticipez actuellement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Comment envisagez-vous votre accouchement ?	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait
1. L'accouchement sera une expérience éprouvante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pendant l'accouchement, je vais me sentir malmenée physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pendant l'accouchement, je vais vraiment avoir peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pendant l'accouchement, je vais me sentir angoissée, impuissante ou horrifiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez poursuivre avec les énoncés ci-dessous en décrivant comment vous vous sentez présentement. Répondez en cochant la case correspondante.

Comment vous sentez-vous actuellement ?	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
5. Des pensées et des images déplaisantes à propos de l'accouchement m'envahissent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je fais des rêves déplaisants à propos de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Soudainement, je me sens comme si l'accouchement était en cours et je suis envahie par un sentiment de peur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment vous sentez-vous actuellement ?	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
8. Tout ce qui me fait penser à mon accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ce qui me fait penser à l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (i.e. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'essaie d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui pourraient me faire penser à l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai de la difficulté à imaginer des étapes importantes de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai perdu mon intérêt pour des activités qui me plaisaient avant ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens isolée ou coupée des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ma capacité à aimer ou à être affectueuse est réduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai le sentiment que mon avenir n'a plus de sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens toujours tendue et sur le qui-vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je réagis fortement aux évènements inattendus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

**Annexe II : Questionnaire d'auto-évaluation de SPIELBERGER,
Inventaire d'Anxiété Etat-Trait (STAI)**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 cases, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

Indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis tendue, crispée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens surmenée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens émue, bouleversée, contrariée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens contente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens effrayée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens nerveuse, irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens indécise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je suis décontractée, détendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je suis satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis inquiète, soucieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcertée, déroutée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je me sens solide, pondérée, réfléchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 cases, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

Indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me sens nerveuse et agitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je me sens contente de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je voudrais être aussi heureuse que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je me sens reposée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je me sens heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je me sens incompétente, pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je suis satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Annexe III : Questionnaire de l'étude



UdA | Université d'Auvergne



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE

Madame,

Je suis Marine Leclerc, étudiante en cinquième année à l'école de sage-femme et je réalise une étude sur la peur de l'accouchement et l'état d'anxiété des femmes enceintes. L'objectif de ce travail (mémoire de fin d'études) est d'évaluer la peur et l'anxiété de l'accouchement ressenties par les femmes durant leur grossesse.

Cette étude consiste à répondre à des questionnaires sur la peur de l'accouchement et l'état d'anxiété actuel et habituel. Elle est anonyme. Votre participation est essentielle pour réaliser mon étude, sans toutefois être obligatoire. Votre prise en charge ne sera pas modifiée si vous décidez de ne pas participer à cette étude.

D'un point de vue pratique, si vous acceptez de participer à cette enquête, nous vous remercions de remplir les questionnaires de l'étude qui suivent, qui vous ont été remis par votre sage-femme lors de votre consultation du neuvième mois de grossesse et de le déposer dans l'urne présente dans la salle d'attente ou à l'aide de l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires par e-mail auprès de Marine Leclerc (marine.leclerc@etu.udamail.fr).

Je vous rappelle que cette étude est strictement anonyme. Toutes les données vous concernant resteront confidentielles.

Je vous remercie vivement pour votre collaboration.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de toute ma considération.

Marine Leclerc

13. Avez-vous déjà vécu une mort fœtale in utero ? Oui (1) Non (0)

Si oui, merci de préciser combien de fois :

14. Avez-vous déjà accouché ? Oui (1) Non (0)

Si oui, merci de préciser combien de fois vous avez accouché :

Merci de préciser le terme de chaque accouchement et le poids de chaque enfant :

- Accouchement 1 : terme =, poids= (kg)
- Accouchement 2 : terme = , poids= (kg)
- Accouchement 3 : terme = , poids= (kg)
- Accouchement 4 : terme = , poids= (kg)
- Accouchement 5 : terme = , poids= (kg)

Les questions 15 à 20 concernent les femmes ayant déjà accouché.
Si vous n'avez jamais accouché, passez directement à la question 21.

15. Avez-vous eu des pathologies au cours de ces précédentes grossesses (hypertension artérielle, diabète gestationnel, retard de croissance, pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré...)? Oui (1) Non (0)

Si oui, laquelle (lesquelles) et pour quelle(s) grossesse(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....

16. Avez-vous déjà eu une expérience négative au cours d'une précédente grossesse ?

Oui (1) Non (0)

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

17. Avez-vous déjà eu une expérience négative au cours d'un précédent accouchement?

Oui (1) Non (0)

Si oui, précisez :

.....
.....
.....
.....
.....

18. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité lors de vos précédentes grossesses ? Oui (1) Non (0)

Si oui, quel type de préparation à la naissance et à la parentalité avez-vous suivi ? (case cochée : 1, case non cochée : 0)

- Classique En piscine Sophrologie
 Yoga Haptonomie Chant prénatal
 Autres (précisez :

19. Avez-vous eu un baby-blues au décours d'un précédent accouchement ?

Oui (1) Non (0)

20. Avez-vous fait une dépression du post-partum après un précédent accouchement lors de votre retour à domicile ? Oui (1) Non (0)

21. Pour cette grossesse en cours, avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ? Oui (1) Non (0)

Si oui, quel type de préparation à la naissance et à la parentalité suivez-vous ?

- Classique En piscine Sophrologie
 Yoga Haptonomie Chant prénatal
 Autres (précisez :

22. Quelle est la date de votre début de grossesse (jj/mm/aaaa) ?.....

23. Merci de nous donner la date au moment du remplissage de ce questionnaire :

.....

24. Avez-vous eu des pathologies au cours de votre grossesse actuelle (hypertension artérielle, diabète gestationnel, retard de croissance, pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré...) ? Oui (1) Non (0)

Si oui, laquelle (lesquelles) ?

.....
.....
.....
.....
.....

Vous trouverez ci-dessous des énoncés émis par certaines femmes pour décrire ce qu'elles ressentent avant d'accoucher. Lisez chaque énoncé et cochez la case correspondant le mieux à ce que vous ressentez actuellement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Comment envisagez-vous votre accouchement ?		Pas du tout (1)	Un peu (2)	Beaucoup (3)	Tout à fait (4)
1.	L'accouchement sera une expérience éprouvante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Pendant l'accouchement, je vais me sentir malmenée physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pendant l'accouchement, je vais vraiment avoir peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Pendant l'accouchement, je vais me sentir angoissée, impuissante ou paniquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez poursuivre avec les énoncés ci-dessous en décrivant comment vous vous sentez actuellement. Répondez en cochant la case correspondante.

Comment vous sentez-vous actuellement ?		Pas du tout (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	Souvent (4)
5.	Des pensées et des images déplaisantes à propos de l'accouchement me submergent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Je fais des mauvais rêves à propos de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Brusquement, je m'imagine en train d'accoucher et je suis envahie par un sentiment de peur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tout ce qui me fait penser à mon accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment vous sentez-vous actuellement ?	Pas du tout (1)	Rarement (2)	Parfois (3)	Souvent (4)
9. Ce qui me fait penser à l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (i.e. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'essaie d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui pourraient me faire penser à l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai du mal à imaginer des étapes importantes de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je perds l'intérêt pour des activités qui me plaisaient avant ma grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens isolée ou coupée des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ma capacité à aimer ou à être affectueuse est diminuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai le sentiment que mon avenir n'a plus de sens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai du mal à m'endormir ou je me réveille la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je peux brusquement me sentir très irritée ou en colère sans raison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens toujours tendue et sur le qui-vive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je réagis de manière excessive lorsqu'un événement inattendu se produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 cases, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

Indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels	Non (1)	Plutôt non (2)	Plutôt oui (3)	Oui (4)
1. Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis tendue, crispée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens surmenée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me sens émue, bouleversée, contrariée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens contente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens effrayée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je sens que j'ai confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je me sens nerveuse, irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sens indécise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je suis décontractée, détendue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je suis satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis inquiète, soucieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcertée, déroutée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je me sens solide, pondérée, réfléchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis cochez, parmi les 4 cases, celle qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GÉNÉRALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

Indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels	Presque jamais (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Presque toujours (4)
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je me sens nerveuse et agitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je me sens contente de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Je voudrais être aussi heureuse que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je me sens reposée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. J'ai tout mon sang-froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je me sens heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. J'ai des pensées qui me perturbent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je manque de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je prends facilement des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Je me sens incompétente, pas à la hauteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Je suis satisfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Je suis une personne posée, solide, stable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Je deviens tendue et agitée quand je réfléchis à mes soucis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Annexe IV : Avis éthique du Comité de Protection des Personnes Sud Est 6

Comité de
Protection des
Personnes
Sud-Est 6

Clermont Fd, le 29 Février 2016

Mme le Dr. F. VENDITELLI
Service de Gynécologie-Obstétrique
CHU ESTAING

Nos Réf. : 2016 / CE 08

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Evaluation de la peur de l'accouchement chez des femmes en fin de grossesse et effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci »

Vous nous avez précisé qu'il s'agissait là d'une étude transversale descriptive et que ce travail porterait sur l'analyse de données recueillies auprès de femmes enceinte lors de leur consultation du neuvième mois de grossesse via les questionnaires EPA et STAYI-Y

Cette étude, ne comportant que des contraintes minimales, ne soulève donc pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Président du CPP
Pr. JE. BAZIN



Annexe V : Lettre d'information aux professionnels de la périnatalité concernant l'entretien prénatal précoce.

Lettre d'information
aux professionnels de la périnatalité



L'entretien prénatal précoce

Il vous est rappelé que l'entretien individuel ou en couple doit être **systematiquement proposé** à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse.

Cet entretien doit se dérouler tant que possible durant le **premier trimestre** de la grossesse. Il peut cependant être fait plus tardivement selon la situation.

Il doit permettre de présenter à une femme enceinte le dispositif de suivi de la grossesse, mais aussi de donner des informations complémentaires concernant les facteurs de risque et des conseils d'hygiène de vie.

Cet entretien encourage alors la femme ou le couple à participer à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Il vous est également rappelé que cet entretien permet d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation.

Résumé

La peur d'accoucher est ressentie par un grand nombre de femmes enceintes et s'accroît en fin de grossesse. Il paraît donc nécessaire de pouvoir évaluer cette peur mais aussi de savoir si des actions en prénatal, tels que des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), permettent de diminuer ce ressenti.

Les objectifs principal et secondaire de cette étude étaient respectivement l'évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse ainsi que l'effet de la PNP sur cette dite peur.

Le travail de recherche a eu lieu dans une maternité de type II de la région d'Auvergne de décembre 2015 à mars 2016. Une étude transversale de type descriptive et à visée étiologique a été réalisée à l'aide de deux questionnaires : l'échelle d'évaluation de la peur de l'accouchement (EPA) ainsi que les deux échelles de l'inventaire d'anxiété état/trait (STAI).

Le score moyen obtenu à l'EPA était de 36,1 et était associé à un écart-type de 10,3. Le score total obtenu à l'EPA n'était pas significativement différent entre les femmes ayant participé à des séances de PNP et les autres. La peur de l'accouchement était cependant significativement différente chez les femmes présentant une pathologie durant leur grossesse. De plus, les femmes anxieuses avaient une peur de l'accouchement plus élevée que les autres.

La PNP n'a pas d'effet sur la peur de l'accouchement ; une autre action prénatale pourrait être recherchée en vue de dépister l'anxiété et de réduire cette peur.

Mots-clés : accouchement, anxiété, peur, préparation à la naissance et à la parentalité

Abstract

The fear of childbirth (FOC) is felt by a lot of pregnant women and grows at the end of the pregnancy. It seems to be necessary to estimate that fear but also to know if prenatal actions, such as the childbirth and parenthood preparation (CPP), can reduce this feeling.

The principal and secondary objectives of this study were respectively the evaluation of the FOC and the effect of the CPP on this said fear.

The study occurred in an Auvergne's maternity from December of 2015 to March of 2016. We conducted a cross-sectional descriptive study including an etiologic goal by two questionnaires: the evaluation scale of the fear of childbirth (EPA) and the two scales of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

The average score obtained at the EPA was 36.1 and the standard deviation was equal to 10.3. The total score obtained at the EPA was not significantly different between women who took sessions of CPP and the others. However, FOC was significantly different in women who had pathology during their pregnancy. Moreover, anxious women had a FOC higher than the others.

CPP has no effect on the FOC; another antenatal action could be searched for detect anxiety and reduce this fear.

Keywords: delivery, anxiety, fear, childbirth and parenthood antenatal education,