



HAL
open science

Évaluation de la perception de la Tocophobie chez les femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU Marseillais

Mélissa Henni

► **To cite this version:**

Mélissa Henni. Évaluation de la perception de la Tocophobie chez les femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU Marseillais. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03003850

HAL Id: dumas-03003850

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03003850>

Submitted on 13 Nov 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Évaluation de la perception de la **Tocophobie** chez les
femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU
Marseillais

Présenté et publiquement soutenu

Le 09 Avril 2020

Par

HENNI Mélissa
Née le 04 juillet 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- Docteur FREMONDIERE.P, sage-femme enseignant, école de maïeutique
- MATTEO.C, sage-femme
- Docteur RIQUET.S, sage-femme enseignant, école de maïeutique (directeur de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Évaluation de la perception de la **Tocophobie** chez les femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU Marseillais

HENNI Mélissa
Née le 04 juillet 1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : **oui** **non**

Mention :

Visa et tampon de l'école

Évaluation de la perception de la **Tocophobie** chez les
femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU
Marseillais

REMERCIEMENTS

Je tiens, en tout premier lieu, à remercier Mr RIQUET Sébastien sage-femme enseignant à l'Ecole de Maïeutique. En tant que directeur de mémoire pour sa disponibilité, son aide, ses conseils et sa confiance.

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens ensuite à remercier Mme VAUGIRARD Valérie et Mme ALLEGRE Annie, sages-femmes coordonnatrices à l'APHM qui m'ont permis la distribution des questionnaires au sein de leur service.

Mes remerciements aux patientes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire sans qui ce mémoire n'aurait pu exister.

Ma reconnaissance va également aux nombreuses sages-femmes pour avoir répondu à mes questions et partagé leurs expériences personnelles.

Un grand merci à mes parents, mon frère, mes amis qui m'ont soutenue durant toutes ces années, et aidé à affronter toutes les épreuves. Merci pour leur soutien et leur patience.

Enfin, je remercie mes copines de promotion Fatima, Sara, Youssra avec qui j'ai partagé 4 magnifiques années. Leur soutien inconditionnel et leur encouragement m'ont été d'une grande aide.

GLOSSAIRE

APHM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille

CHU : Centre hospitalier universitaire

EPA : Echelle de la peur de l'accouchement

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION A L'ETUDE

II- MATERIELS ET METHODE

III- RESULTATS

IV- ANALYSE ET DISCUSSION

V- CONCLUSION

VI- BIBLIOGRAPHIE

VII- ANNEXE

VIII- RESUME

I. INTRODUCTION A L'ETUDE

La grossesse et l'accouchement forment le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies car en découlent la survie de la communauté. Dans toutes les sociétés, la grossesse est vécue comme un heureux évènement mais aussi comme une angoisse. La grossesse entraîne des bouleversements et des changements autant psychiques que physiques, et qui ont pour répercussion un état de vulnérabilité plus ou moins important. Cet état peut favoriser le développement de certaines craintes chez les femmes enceintes en regard de la grossesse et de l'accouchement. [1]

Comme la décrit Louis Victor Marcé, psychiatre français, au 19ème siècle, dans son *Traité de la folie des femmes enceintes* de la façon suivante : « *Si elles sont primipares, l'attente d'une douleur inconnue les préoccupe au-delà de toute mesure, et les jette dans une angoisse inexprimable ; si déjà elles ont été mères, elles sont effrayées par le souvenir du passé et la perspective de l'avenir ; elles ont l'intime conviction qu'elles devront succomber à l'épreuve qui les attend...* » [2]

Malgré, la prise en charge de la douleur provoqué par les contractions utérines, par l'analgésie péridurale, l'accouchement reste un évènement anxiogène pour la plupart des femmes. Il se rattache le plus souvent à des craintes profondes, personnelles, familiales et culturelles, et reste un évènement important dans la vie de la femme et du couple.[3] Toutefois, la crainte et l'angoisse sont totalement légitimes, cependant, elles ne sont pas perçues de la même façon chez les femmes. Chez certains sujets, celle-ci est maîtrisé alors que chez d'autre sujet, elles peuvent se manifester de manière pathologique.

Depuis 1997, la phobie de l'accouchement est reconnue par la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le terme « tocophobie », employée pour la première fois en 2000 par une psychiatre britannique à partir des entretiens réalisés sur un groupe de 26 femmes dans le *British Journal of Psychiatry*, dérive du grec tokos « accouchement », et phobos, « peur ». [4]

La tocophobie se définit comme étant une phobie spécifique qui désigne la peur pathologique de la grossesse et de l'accouchement.

Bien que la plupart des femmes ressentent une crainte normale face à ces évènements, la tocophobie se distingue par une peur extrême, irrationnelle et persistante accompagnée de conduites d'évitement touchant la grossesse et l'accouchement. [5]

Les auteurs distinguent la tocophobie primaire, la tocophobie secondaire et la tocophobie associée à un syndrome dépressif, celle-ci constituant un élément symptomatique d'une dépression prénatale. [6]

Cette tocophobie a pour conséquence une augmentation du taux de césarienne en urgences et électives sans indications médicales. Elle augmente également le risque d'accouchements compliqués et peut avoir des répercussions importantes au niveau du vécu de celui-ci, mais également sur une éventuelle grossesse ultérieure en développant un syndrome de stress post-traumatique. [7]

La peur de l'accouchement est relativement fréquente[6], les recherches qui ont été menées suggèrent que 2,5 % à 14 % des femmes en souffriraient, alors que certains chercheurs parlent plutôt d'une proportion de l'ordre de 22 %. [7,8,9]

Selon la Dre Nguyen, 20 % des femmes enceintes pour la première fois ont une peur légère à modérée de l'accouchement, et 6 %, une peur élevée. Il s'agit dans ce cas de tocophobie primaire, la tocophobie secondaire apparaissant après un premier accouchement. [4]

Il est, cependant, difficile de savoir jusqu'à quel point la tocophobie est fréquente,[7], très peu d'études sont disponibles sur le thème et la quasi-totalité sont étrangères. [8,9]

Les sages-femmes, en salle d'accouchement, sont confrontés à ces femmes très angoissées par la perspective de la naissance, et se retrouvent souvent impuissantes. De par la littérature médicale, nous avons pu constater qu'il était déjà trop tard pour désamorcer leurs angoisses, et que seule l'empathie et la disponibilité pouvaient contribuer à rendre ce moment un peu moins pénible pour elles. [10]

C'est pourquoi, le choix d'aborder ce sujet, grâce à une étude anglaise qui a été traduite et validée en français : Échelle d'évaluation de la peur de l'accouchement (EPA). [11].

Cette étude a donc été menée avec la question de recherche suivante :

Quel est le niveau de perception tocophobique chez les femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU Marseillais ?

L'étude a pour **objectif principal** d'identifier et de mesurer la perception tocophobique des femmes enceintes qui projettent d'accoucher sur les CHU Nord/Conception.

Elle comporte également **deux objectifs secondaires** :

- Comparer la perception tocophobique entre les primipares et les multipares
- Identifier les différences de niveau de perception entre les 3 trimestres de grossesse

Ce mémoire est présenté sous la forme d'un mémoire article.

Après avoir présenté notre méthodologie de recherche et nos résultats, nous les analyserons avant d'en discuter et de conclure.

II. MATERIELS ET METHODE

1- QUESTION DE RECHERCHE

« Quel est le niveau de perception tocophobique chez les femmes enceintes prévoyant d'accoucher aux CHU Marseillais? »

2- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'**objectif principal** est d'identifier et de mesurer la perception tocophobique des femmes enceintes qui projettent d'accoucher sur les CHU Nord/Conception.

Les **sous-objectifs** étant de comparer la perception tocophobique entre les primipares et les multipares et d'identifier les différences de niveaux de perception entre les 3 trimestres de grossesse.

La **finalité** du travail étant de proposer après dépistage de ces patientes la pose d'un diagnostic de tocophobie un accompagnement spécifique et adapté à chacune d'elles.

3- TYPE, LIEU ET DUREE DE L'ETUDE

L'étude menée a été prospective, descriptive et bi-centrique. Les données ayant été obtenus par un questionnaire anonyme utilisant l'échelle EPA (échelle d'évaluation de la peur de l'accouchement)

L'étude a été réalisée aux CHU de l'Hôpital Nord et de la Conception dans les services de consultation et le recueil des questionnaires s'est étendu de juin 2019 à fin novembre 2019.

4- POPULATION A L'ETUDE

Les critères d'inclusion à l'étude étaient : femmes primipares ou multipares, majeures, consultant aux CHU de Marseille, sachant parler français et volontaire.

Les critères de non-inclusion à l'étude étaient : Les femmes présentant une grossesse multiple, les femmes mineures, les femmes ne comprenant pas le français et n'étant pas volontaire

Le critère d'exclusion était les femmes ayant une grossesse multiple.

5- REALISATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire préambule à l'échelle qui a permis de sélectionner les patientes selon les critères d'inclusion et de non-inclusion a été rédigé en janvier 2019. Il en a suivi la demande d'accord des cadres des services de consultations pour permettre la distribution de ce questionnaire, qui a commencé en juin 2019.

Le questionnaire utilisé [Annexe 1] était scindé en deux parties distinctes :

- La première partie comportait douze questions de renseignements généraux permettant de sélectionner les patientes, comme l'âge de la patiente, sa nationalité/origine, sa situation maritale, ses antécédents obstétricaux, son terme..
- La seconde partie correspondait à l'échelle EPA.
Elle comporte 21 items avec pour chacun d'entre eux, quatre possibilités de réponses : « pas du tout », « un peu/rarement », « beaucoup/parfois », « tout à fait/souvent ».

Ces Items sont regroupés en 5 facteurs

- **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).

Les questionnaires ont été distribués par les secrétaires des consultations, à qui il avait été demandé de les distribuer à chaque patiente consultant une sage-femme. Ils étaient ensuite remis aux sages-femmes puis rangés jusqu'à récupération par l'étudiante sage-femme.

Plusieurs demi-journées ont été indispensables pour optimiser la distribution des questionnaires par l'étudiante sage-femme.

6- OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES ET OUTILS STATISTIQUES

Concernant l'exploitation des résultats, les données ont été saisies informatiquement dans un tableur Excel.

Les analyses statistiques de type descriptif (pourcentages, effectifs et moyennes) et les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel XLSTAT et du tableur Excel.

Les statistiques analytiques permettant la comparaison des pourcentages obtenus a été effectuée par le test de Student

III. RÉSULTATS

La distribution de 200 questionnaires a permis de recevoir au total 120 réponses sur les deux maternités publiques. Les 120 questionnaires ont pu être exploités.

1. Caractéristiques générales de la population à l'étude

L'échantillon total de la population étudiée n=120 se répartissait comme suivant :

Primipares : n= 57

Multipares : n= 63

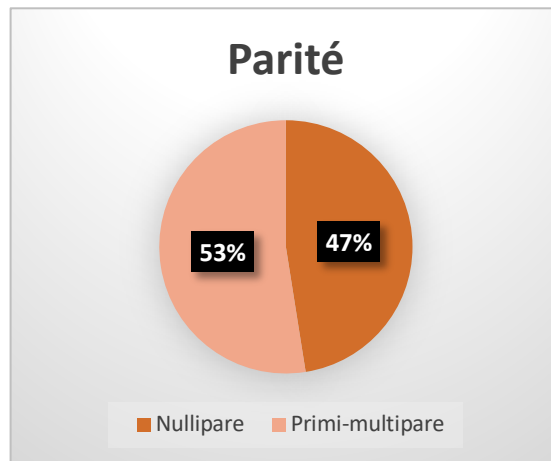


Figure 1 : Répartition de la population par parité en pourcentage

La moyenne d'âge chez les primipares était de 28 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 43 ans, et la moyenne d'âge chez les multipares de 30 ans avec un minimum de 22 ans et un maximum de 48ans.

L'échantillon total (n=120) se répartissait de la manière suivante :

- 18-24ans n=33
- 25-34ans n=65
- >35ans n=22

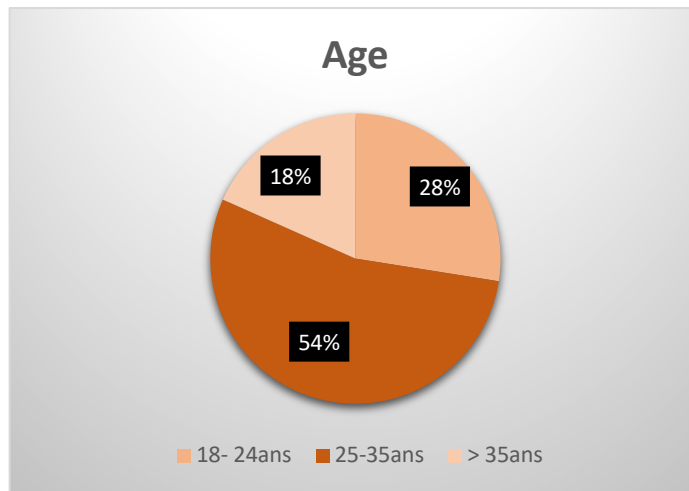


Figure 2 : Répartition de la population par tranche d'âge en pourcentage

Parmi cet échantillon total (n=120), la population des femmes enceintes se répartissait en 3 trimestres de grossesse.

- 1^{er} trimestre, n= 15
- 2^{ème} trimestre, n= 36
- 3^{ème} trimestre, n= 69

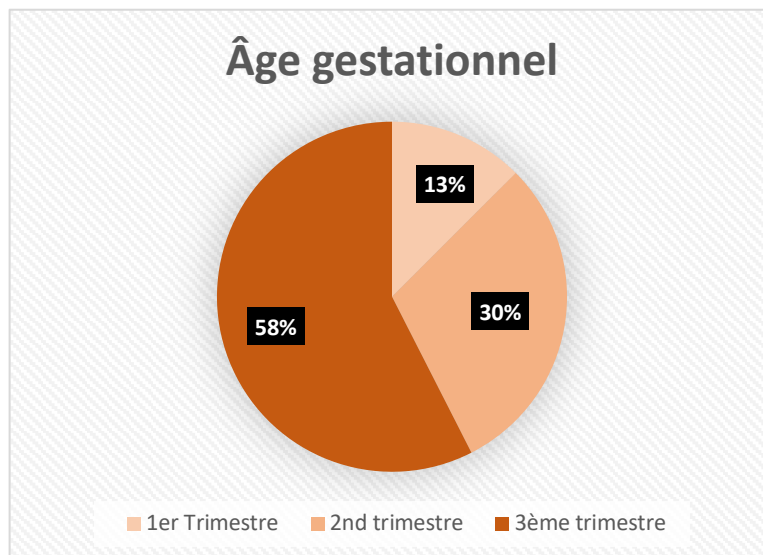


Figure 3 : Répartition population générale en âge gestationnel en pourcentage

L'échantillon se répartit en participation ou non à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, 67% (n=80) n'ont pas eu recours à ces cours préparatoires contre 33% (n=40) qui ont participé à ces cours.

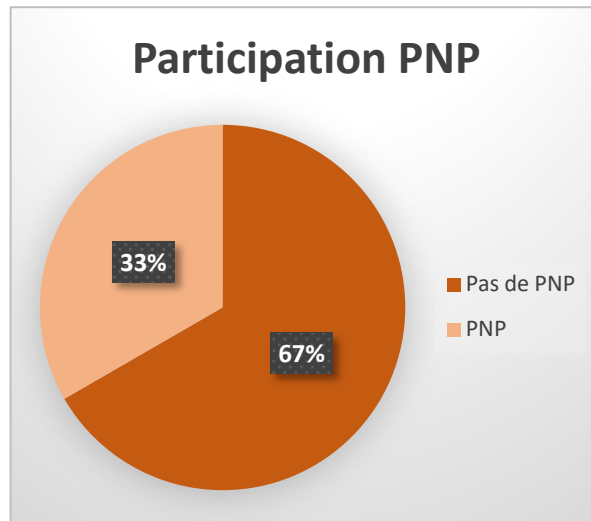


Figure 4 : Répartition de la participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité en pourcentage

L'échantillon (n=120) se répartit de la manière suivante :

- 66% soit n= 79 n'ont présenté aucune pathologie au cours de la grossesse actuelle
- 34% soit n= 41 ont présenté une pathologie comme par exemple une anémie, une menace d'accouchement prématuré, un diabète gestationnel, une hypertension artérielle ...) au cours de la grossesse actuelle.

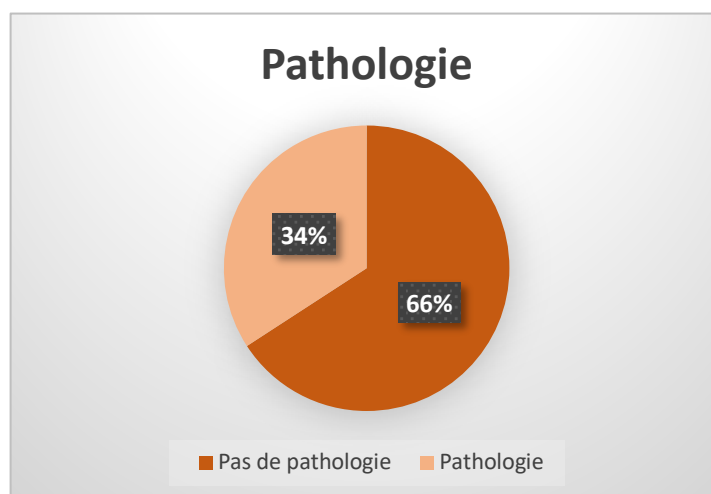


Figure 5 : Répartition des patientes ayant une pathologie au cours de la grossesse actuelle en pourcentage

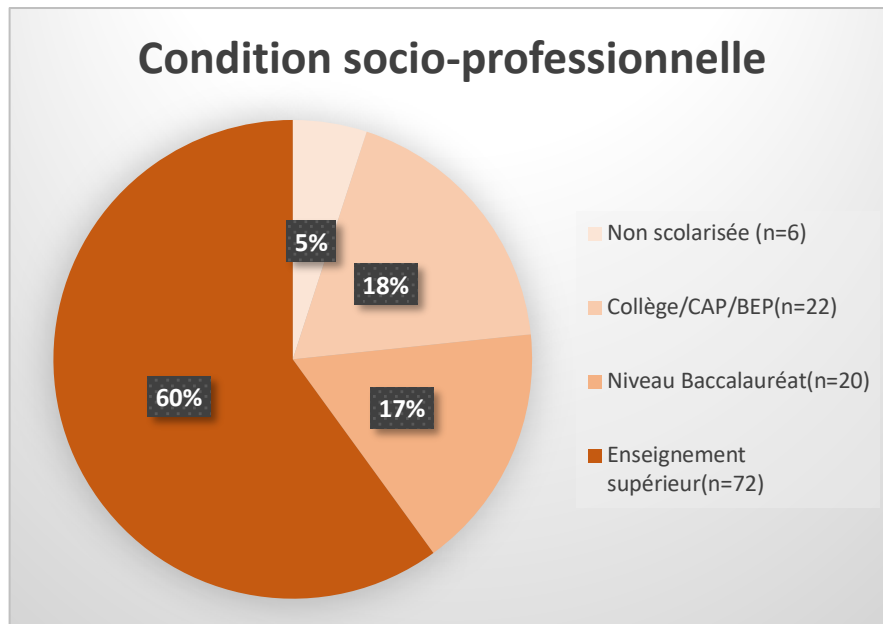


Figure 6 : Répartition des conditions socio-professionnelles des patientes femmes enceintes en pourcentage

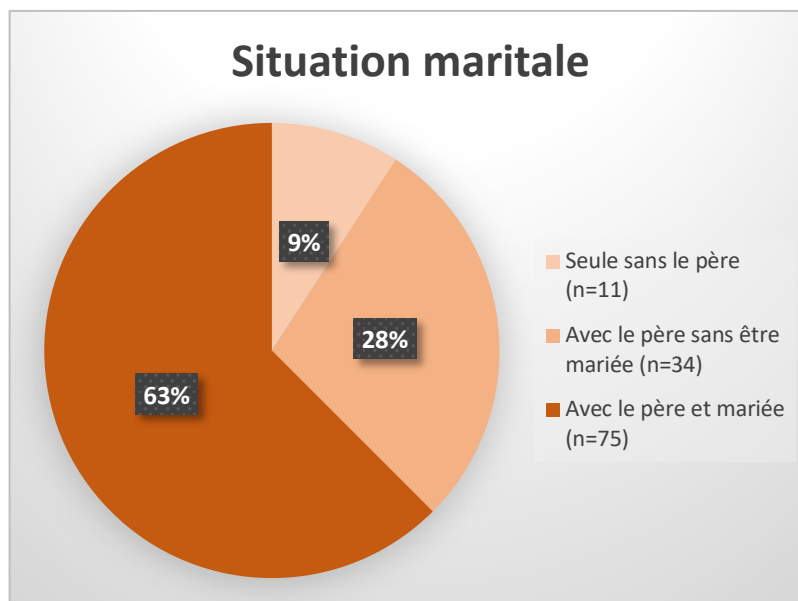


Figure 7 : Répartition de la situation maritale des femmes ayant répondues aux questionnaires en pourcentage

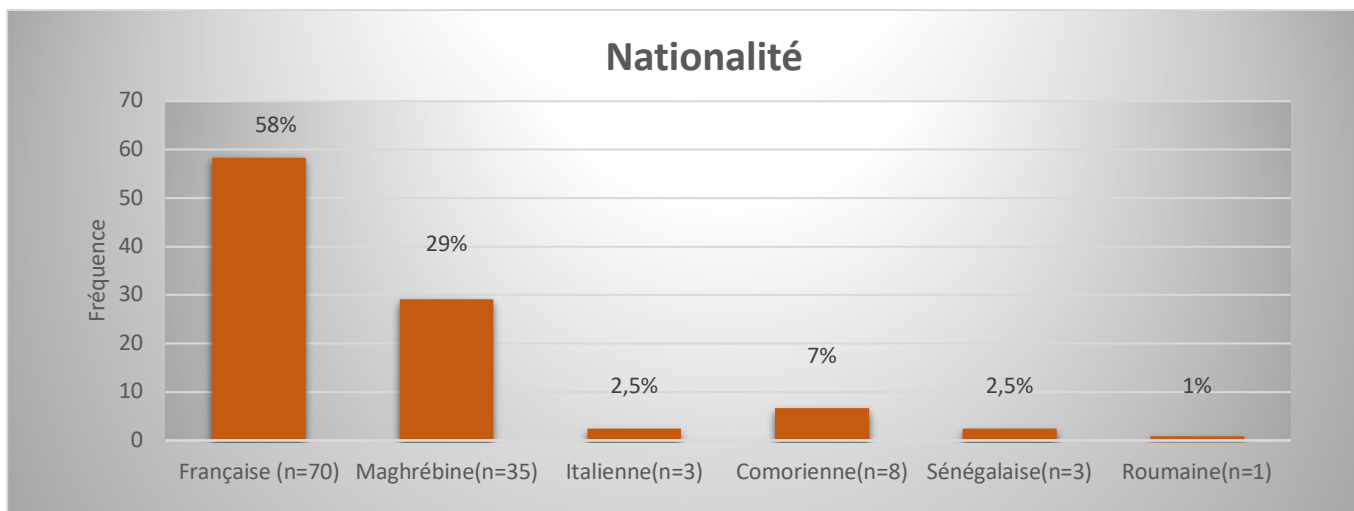


Figure 8 : Histogramme des différentes nationalités des femmes enceintes

2. Résultats principaux de l'étude

Les tableaux obtenus représentant les pourcentages et effectifs du niveau de perception tocophobique pour chaque item de l'échelle EPA [Annexe 1] chez les primipares et les multipares, ainsi qu'à chaque trimestre de la grossesse, ainsi que les tableaux descriptifs pour la population générale obtenus (primipares + multipares/ 3 trimestres de grossesses) sont présentés en annexe. [Annexe 2 à 8]

Une comparaison entre les primipares et les multipares ainsi qu'entre chaque trimestre de grossesse a été ensuite réalisée pour répondre aux sous-objectifs. Les résultats suivants ont été obtenus avec le test de Student.

L'échelle EPA a été scindé en 5 facteurs comme précédemment décrit (cf partie matériels et méthode) pour la comparaison.

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si $p^* = p < 0,05$
- Test de Student très significatif si $p^{**} = p < 0,001$
- NS : Résultats non significatifs

FACTEURS	Primipare	Multipare	p
Anticipation	2,6 (± 0,7)	2,2 (± 0,5)	0,005*
Intrusion	1,4 (± 0,5)	1,6 (± 0,6)	NS
Evitement	1,7 (± 0,7)	1,4 (± 0,5)	NS
Emoussement	1,9 (± 0,5)	1,8 (± 0,5)	NS
Hyperstimulation	2,6 (± 0,7)	2,2 (± 0,7)	0,005 *

Tableau 1 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur entre primipares et multipares sur toute la grossesse et test de Student

FACTEURS	1^{er} Trimestre	2^{ème} Trimestre	3^{ème} Trimestre
Anticipation	2,3 (± 0,7)	2,2 (± 0,6)	2,5 (± 0,6)
Intrusion	1,8 (± 0,6)	1,5 (± 0,6)	1,4 (± 0,4)
Evitement	1,8 (± 0,7)	1,3 (± 0,4)	1,6 (± 0,6)
Emoussement	1,8 (± 0,6)	1,8 (± 0,5)	1,8 (± 0,5)
Hyperstimulation	2,4 (± 0,6)	2,2 (± 0,7)	2,5 (± 0,8)

Tableau 2 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur entre chaque trimestre de la grossesse

Les tableaux suivants correspondent au test de Student effectués pour chaque facteur de l'échelle EPA entre chaque trimestre de grossesse.

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si *= $p < 0,05$
- Test de Student très significatif si ** $p = < 0,001$
- NS : Résultats non significatifs
- 1 → 1^{er} trimestre
- 2 → 2^{ème} trimestre
- 3 → 3^{ème} trimestre

	1	2	3
1	1	NS	NS
2	NS	1	0,03 *
3	NS	0,03 *	1

Tableau 3 : Test de Student entre le facteur Anticipation et les 3 trimestres de grossesses

	1	2	3
1	1	NS	0,008 *
2	NS	1	NS
3	0,008 *	NS	1

Tableau 4 : Test de Student entre le facteur Intrusion et les 3 trimestres de grossesses

	1	2	3
1	1	0,001 **	NS
2	0,001 **	1	0,017 *
3	NS	0,017 *	1

Tableau 5 : Test de Student entre le facteur évitement et les 3 trimestres de grossesses

Les Test de Student entre le facteur émoussement et les 3 trimestres de grossesses ainsi que celui entre le facteur hyperstimulation et les 3 trimestres de grossesses sont revenus non-significatif et sont présentés en annexe. [Annexe 9 et 10]

3. Résultats secondaires de l'étude

Afin d'élargir les résultats obtenus, une comparaison des moyennes du niveau tocophobique par facteur entre les patientes ayant présenté une pathologie au cours de la grossesse grâce au test de Student.

Il a également été réalisé une comparaison grâce à ce test pour les patientes ayant fait de la PNP et celles qui n'en ont pas fait qui est présenté dans les annexes. [Annexe 11]

FACTEURS	Aucune pathologie	Pathologie	p
Anticipation	2,3 (\pm 0,7)	2,4 (\pm 0,6)	NS
Intrusion	1,4 (\pm 0,5)	1,6 (\pm 0,6)	NS
Evitement	1,5 (\pm 0,7)	1,5 (\pm 0,5)	NS
Emoussement	1,8 (\pm 0,5)	1,9 (\pm 0,5)	NS
Hyperstimulation	2,3 (\pm 0,7)	2,7 (\pm 0,7)	0,002*

Tableau 6 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur chez les patientes présentant ou non une pathologie durant la grossesse

Les tableaux suivants représentent les moyennes du niveau tocophobique suivant :

- Les conditions socio-professionnelles
- La situation maritale
- L'âge

FACTEURS	Non scolarisée	Collège/CAP/BEP	Niveau baccalauréat	Enseignement supérieur
Anticipation	2,8 (±0,5)	2,0(±0,6)	2,8(±0,6)	2,3(±0,6)
Intrusion	1,2 (±0,3)	1,4 (±0,4)	1,5 (±0,4)	1,5 (±0,6)
Evitement	1,6 (±0,5)	1,4 (±0,6)	1,8 (±0,6)	1,5 (±0,6)
Emoussement	2,1 (±0,6)	1,5 (±0,5)	1,7 (±0,3)	2,0 (±0,5)
Hyperstimulation	2,8 (±0,9)	2,0 (±0,6)	2,5 (±0,9)	2,5 (±0,7)

Tableau 7 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur en fonction des conditions socio-professionnelles des patientes

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si *= $p < 0,05$
- Test de Student très significatif si ** $p = < 0,001$
- NS : Résultats non significatifs
- 1 → Non-scolarisée
- 2 → Collège/CAP/BEP
- 3 → Niveau baccalauréat
- 4 → Enseignement supérieur

	1	2	3	4
1	1	0,014 *	NS	NS
2	0,014 *	1	0,001 **	0,034 *
3	NS	0,001 **	1	0,001 **
4	NS	0,034 *	0,001 **	1

Tableau 8 : Test de Student entre le facteur Anticipation et les 4 niveaux socio-professionnels

Les tableaux représentant les tests de Student entre les facteurs intrusion et évitement, et les 4 niveaux socio-professionnels sont présentés en annexe. [Annexe 12 et 13]

	1	2	3	4
1	1	0,016 *	NS	NS
2	0,016 *	1	NS	0,001 **
3	NS	NS	1	0,035 *
4	NS	0,001 **	0,035 *	1

Tableau 9 : Test de Student entre le facteur emoussement et les 4 niveaux socio-professionnels

	1	2	3	4
1	1	0,027 *	NS	NS
2	0,027 *	1	0,035 *	0,003 *
3	NS	0,035 *	1	NS
4	NS	0,003 *	NS	1

Tableau 10 : Test de Student entre le facteur hyperstimulation et les 4 niveaux socio-professionnels

Seule sans le père Avec le père sans Avec le père et
être mariée être mariée

Anticipation	2,2 (± 0,4)	2,5 (± 0,6)	2,3 (± 0,7)
Intrusion	1,3 (± 0,2)	1,6 (± 0,6)	1,5(± 0,5)
Evitement	1,6 (± 0,5)	1,5 (± 0,5)	1,5 (± 0,7)
Emoussement	2,1 (± 0, 3)	1,8 (± 0,4)	1,8 (± 0,6)
Hyperstimulation	3,0 (± 0,4)	2,4 (± 0,7)	2,4 (± 0,7)

Tableau 11 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur en fonction de la situation maritale des patientes

Les tableaux représentant les tests de Student entre les facteurs anticipation, intrusion, évitement et émoussement, et les 4 niveaux socio-professionnels sont présentés en annexe. [Annexe 14 à 16]

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si *= p<0,05
- Test de Student très significatif si ** p=<0,001
- NS : Résultats non significatifs
- 1 → Seule sans le père
- 2 → Avec le père sans être mariée

	1	2	3
1	1	0,021 *	0,011 *
2	0,021 *	1	NS
3	0,011 *	NS	1

Tableau 12 : Test de Student entre le facteur hyperstimulation et les différentes situations maritales des patientes

	18-24ans	25-34ans	>35ans
Anticipation	2,6 (± 0,7)	2,3 (± 0,7)	2,4 (± 0,4)
Intrusion	1,4 (± 0,5)	1,5 (± 0,6)	1,5(± 0,5)
Evitement	1,6 (± 0,6)	1,6(± 0,6)	1,3 (± 0,4)
Emoussement	1,9 (± 0,6)	1,8 (± 0,5)	1,8 (± 0,5)
Hyperstimulation	2,7 (± 0,7)	2,3 (± 0,7)	2,5 (± 0,7)

Tableau 13 : Moyennes du niveau tocophobique par facteur en fonction de la tranche d'âge des patientes

Les tableaux représentant les tests de Student entre les facteurs anticipation, intrusion, et émoussement, et les 3 tranches d'âge sont présentés en annexe. [Annexe 17 à 19]

Légendes des tableaux suivants :

- Test de Student significatif si *= $p < 0,05$
- Test de Student très significatif si ** $p < 0,001$
- NS : Résultats non significatifs
- 1 → 18-24ans
- 2 → 25-34ans
- 3 → >35ans

	1	2	3
1	1	NS	0,046 *
2	NS	1	NS
3	0,046 *	NS	1

Tableau 14 : Test de student entre le facteur évitement et les différentes tranches d'âge

	1	2	3
1	1	0,025 *	NS
2	0,025 *	1	NS
3	NS	NS	1

Tableau 15 : Test de student entre le facteur hyperstimulation et les différentes tranches d'âge

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Validité de l'étude

La distribution des questionnaires a été étalée sur une durée de 6 mois afin d'atteindre un objectif minimum de 200 réponses. 80 réponses manquent donc pour réaliser cet objectif malgré de nombreuses relances auprès de services.

Limite et biais internes à l'étude :

Plusieurs biais ont été relevés au cours de l'étude.

Le manque de réponse peut être expliqué par le choix des maternités publiques Nord et Conception représente un des principaux biais de l'étude. Compte tenu de la patientèle diversifiée de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM), l'étude a été peu fructueuse, du fait de la barrière de la langue. De nombreuses patientes n'ont pu répondre au questionnaire car ne sachant pas parler ou lire le français.

L'étude présente un **biais de sélection**. En effet, celle-ci s'adressait à des patientes « tout venant » primipares et multipares. Ceci constitue un biais essentiel à l'étude. Les multipares, celle ayant eu au minimum plus d'un enfant, ont déjà vécu une ou plusieurs grossesses et accouchements. De ce fait les craintes et les peurs peuvent être diminuées étant donné qu'elles aient déjà vécu l'accouchement, ou bien au contraire amplifiées car elles auraient vécu une grossesse difficile et/ou un accouchement traumatique au préalable. Comme la décrit Louis Victor Marcé, psychiatre français, au 19^{ème} siècle, dans son Traité de la folie des femmes enceintes de la façon suivante : « Si elles sont primipares, l'attente d'une douleur inconnue les préoccupe au-delà de toute mesure, et les jette dans une angoisse inexprimable ; si déjà elles ont été mères, elles sont effrayées par le souvenir du passé et la perspective de l'avenir ; elles ont l'intime conviction qu'elles devront succomber à l'épreuve qui les attend... » [2]

De plus, il est à noter un autre **biais de sélection**, sachant que nous avons étudié toutes les femmes même celle ayant eu au cours de leur grossesse une pathologie; exemple : menace d'accouchement prématuré, hypertension artérielle, anémie maternelle, diabète gestationnel. De fait, cela a pu surestimer les résultats obtenus concernant l'échelle de la peur de l'accouchement.

Il est à noter qu'il existe également un **biais de confusion** concernant le suivi des cours de PNP. En effet, le questionnaire concernait des patientes à tout terme de leur grossesse.

Cependant les cours de PNP ne sont débutés qu'à partir de la fin du deuxième trimestre de grossesse. Il se peut donc que les résultats aient été sous-estimés, étant donnée que celle ayant répondu au questionnaire en étant au premier trimestre de grossesse ou bien au début de leur deuxième trimestre de grossesse ne pouvaient pas déjà suivre ces cours. Il aurait été plus judicieux pour obtenir un pourcentage plus représentatif de reformuler la question de la manière suivant « Suivez-vous ou avez-vous l'intention de suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité au cours de cette grossesse ? ».

2. Résultats généraux de l'étude

Dans un premier temps, une étude générale de l'échantillon (n=120) a été faite. L'échantillon total regroupait les femmes enceintes primipares ainsi que les multipares à tout âge gestationnel de leur grossesse.

Le questionnaire se répartissant en 2 parties :

- « Comment envisagez-vous votre accouchement ? »
- « Comment vous sentez-vous actuellement ? »

Il regroupe donc une partie anticipation et projection de l'accouchement et une partie « états des lieux » à un moment donné au cours de la grossesse.

Une comparaison, entre les réponses récoltées de l'échelle EPA rassemblées en facteur et les renseignements généraux recueillis en préambule pour l'échantillon total, a été élaboré.

L'échantillon (n=120) comptait [Figure 5] 66% (n=79) de patientes ne présentant aucune pathologie et 34% (n=41) ayant une quelconque pathologie liée à la grossesse.

Aucun résultat n'est revenu significatif [Tableau 6] [Annexe 14 à 16] hormis pour le facteur hyperstimulation (regroupant l'item 17 à 21). Le fait d'avoir une pathologie est un élément favorisant d'anxiété, crée un stress supplémentaire chez les femmes enceintes.

Concernant la participation à des cours de PNP, l'échantillon total (n=120) se répartissait comme suivant 67% (n=80) n'avait pas suivi de cours de PNP contre 33% (n=40) qui en avait suivi. Aucun résultat n'est revenu significatif [Annexe 11].

Salomonsson et al. (2010) constatent que très peu de femmes présentant des craintes suivent des cours de PNP. Ceci s'explique en partie par leur attitude d'évitement. [12]

Une comparaison a également été faite par rapport aux différentes situations maritales et socio-professionnelles. [Tableau 6 et 11]

Les résultats pour l'étude par rapport aux situations socioprofessionnelles n'indiquent pas de différence significative pour les facteurs intrusion et évitement.

Cependant pour le facteur anticipation [Tableau 8], il existe une différence significative entre les patientes non-scolarisée et celles ayant un niveau d'étude collège/CAP/BEP ($p=0,014$), également entre les patientes au niveau d'étude collège/CAP/BEP et celles ayant un diplôme correspondant à l'enseignement supérieur ($p= 0,034$). On note une différence très significative entre les femmes enceintes au niveau collège/CAP/BEP et celles au niveau baccalauréat ($p=0,001$).

En ce qui concerne le facteur émoussement [Tableau 9], il existe une différence significative entre les patientes non-scolarisée et celles ayant un niveau d'étude correspondant au collège/CAP/BEP ($p= 0,016$). Également entre les femmes enceintes niveau collège/CAP/BEP et celles au niveau baccalauréat ($p=0,035$). On observe entre celles ayant le niveau baccalauréat et celles ayant niveau correspondant à l'enseignement supérieur, une différence très significative ($p=0,001$).

À propos du facteur hyperstimulation [Tableau 10], une différence significative est à relevé entre les patientes non-scolarisée et celle au niveau collège/CAP/BEP ($p=0,027$), entre celles au niveau collège/CAP/BEP et les femmes ayant un niveau baccalauréat ($p=0,035$), ainsi qu'entre les patientes au niveau collège/CAP/BEP et celles ayant pour diplôme l'enseignement supérieur ($p=0,003$).

A travers notre étude ce qui est a été observé, est qu'il existe chez les femmes « non-scolarisée » et « enseignement supérieur » un niveau de peur supérieur à celles ayant un niveau d'étude intermédiaire (collège/CAP/BEP et niveau baccalauréat). Aucune autre étude n'a pu relever ce constat.

Pour ce qui est de la répercussion de la situation maritale sur l'état phobique des femmes enceintes [Tableau 11], tous les résultats ne relève une différence significative [Annexe à] sauf pour le facteur hyperstimulation. Où il existe une différence significative entre les femmes « seules sans le père » et celles « avec le père sans être mariée » ($p=0,021$) et entre celles « seules sans le père » et celles « avec le père et mariée » ($p=0,011$).

Les femmes enceintes célibataires sont plus à risque de développer une phobie de la grossesse et de l'accouchement que celle étant en couple. On peut donc en déduire que l'absence du père joue un rôle favorisant à la tocophobie.

Melender (2002) montre dans son étude que les femmes vivant seules ou celles n'ayant pas d'emploi sont plus fréquemment sujettes aux peurs de l'accouchement. [13]

Pour compléter l'étude, une comparaison entre la population générale et les différentes tranches d'âge a été faite.[Tableau 13]

L'étude n'a rapporté aucun résultat significatif pour les facteurs anticipation, intrusion et émoussement. [Annexe 17 à 19]

Cependant, pour le facteur évitement, une différence significative entre les patientes ayant un âge compris entre « 18-24ans » et celles « > 35ans » ($p=0,046$) est observée. [Tableau 14]. Également pour le facteur hyperstimulation entre les patientes « 18-24ans » et celles ayant un âge compris entre « 25 et 34ans » ($p=0,025$). [Tableau 15]

On observe que les moins de 35ans réagissent plus sur les facteurs évitement et hyperstimulation que les plus de 35ans. Il aurait été intéressant de voir si les plus de 35ans comptabilisé plus de multipares que de primipares, ce qui expliquerait ces résultats. Les multipares ayant déjà vécu au minimum une grossesse et un accouchement ne réagissent pas de la même manière que les primipares. Cependant, aucune étude ne s'est penché sur le sujet.

De manière général [Annexe 4], parmi les patientes primipares, multipares confondues à tout terme de leur grossesse, 33% ont répondu « beaucoup » et « tout à fait » à l'item 1 « l'accouchement sera une expérience éprouvante ». Il est à observer que le facteur hyperstimulation est celui qui est le plus mis en avant dans notre population totale ($n=120$). On compte 52% des femmes ayant répondu « souvent » à l'item 17 « j'ai de la difficulté à m'endormir ou me réveille dans la nuit » ; 47% des femmes ont répondu « parfois » à l'item 18 « Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison ». Ce qui est en rapport avec les différentes comparaisons traités ci-dessus.

Selon Salomonsson et al. (2010) [14], la peur de l'accouchement peut être rationnelle ou irrationnelle. Cette peur occupe en permanence l'esprit des femmes, les empêchant de profiter de leur grossesse et de se projeter dans l'accouchement. Celle-ci peut s'exprimer de différentes manières : soit les femmes nient la grossesse, soit elles souffrent de symptômes

de grossesse plus intenses (nausées, vomissements, fatigue...). Cependant, elles ne sont pas toujours conscientes de leur peur.

Ces derniers mentionnent que cette peur peut se traduire par des changements dans les comportements quotidiens, c'est à dire, des attitudes dans lesquelles les femmes ne se reconnaissent pas (sautes d'humeur, irritabilité). Des symptômes physiques tels que des douleurs d'estomac, une tachycardie et des troubles du sommeil peuvent également être présents.

De plus certains signes cliniques recherchés à travers les questions de l'EPA peuvent être présents en dehors d'une peur de l'accouchement. De ce fait, une patiente peut répondre positivement à une question alors que la tocophobie n'en est pas la cause. Par exemple, l'item n°17 concernant les troubles du sommeil « j'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille la nuit » peut constituer un biais, car beaucoup de facteurs, autres que l'anxiété, peuvent gêner un sommeil de qualité (douleurs lombaires, contractions utérines, mouvements fœtaux, crampes, reflux, mictions fréquentes dues au poids de l'utérus et du fœtus). Il pourrait donc être judicieux de reformuler la question de façon à ce qu'un lien entre les troubles du sommeil et des pensées à propos de l'accouchement soit établi. L'irritabilité (item n°18) peut trouver comme cause la peur de l'accouchement, mais également l'état hormonal dû à la grossesse en fait également partie.

3. Mise en perspective

Afin de compléter notre étude et de répondre aux sous-objectifs du mémoire qui sont :

- Comparer la perception tocophobique entre les primipares et les multipares
- Identifier les différences de niveau de perception entre les trois trimestres de grossesses

Nous avons comparé les 5 facteurs que regroupe l'échelle EPA et la population primipares/multipares ainsi que les trois trimestres de grossesse indépendamment.

A) Comparaison primipares et multipares

Les résultats pour l'étude de comparaison primipares/multipares n'indiquent pas de différence significative pour les facteurs intrusion, évitement et émoussement. [Tableau 1] Cependant, une différence significative est à noter pour le facteur anticipation ($p=0,005$) et pour le facteur hyperstimulation ($p=0,005$).

Les résultats nous laissent donc penser que les primipares sont plus sensibles aux facteurs anticipation et hyperstimulation, ce qui peut être expliqué par le fait qu'elles ne sont pas égales aux multipares. En effet, celles-ci ont déjà vécu un ou plusieurs accouchements donc ont des facultés à anticiper l'accouchement et ces différentes étapes, et ceci n'engendre donc pas de répercussions physiques ou psychiques chez elles à l'inverse des primipares qui pour elles tout est inconnu.

Une des principales peurs ne concerne pas uniquement l'accouchement mais ce que celui-ci implique : devenir mère. Salomonsson et al. (2010) [14] décrivent que pour certaines femmes, la peur de l'accouchement est en réalité une peur anticipée du rôle de mère.

Les femmes n'ayant jamais vécu le travail de l'accouchement expriment une crainte face à la gestion de celle-ci. L'inconnu de son intensité et de sa durée sont deux facteurs accentuant cette peur. Concernant les multipares, un mauvais vécu de la douleur d'un accouchement précédent amène une appréhension pour cette nouvelle naissance.

Fenwick et al. (2015) [15] constatent que la peur de l'inconnu est manifestée par les primipares. Celle-ci, n'ayant pas l'expérience de l'accouchement, révèle un manque de savoir à quoi s'attendre.

Ce qui est en désaccord avec l'étude de Lukasse et al. (2014) [16], qui dit que la peur sévère de l'accouchement touche 11% des femmes enceintes. Et concerne autant les primipares que les multipares (11,4% versus 11%).

B) Comparaison entre les trois trimestres de grossesse

Les résultats pour l'étude comparative entre les trois trimestres de grossesses n'a apporté aucunes données significatives pour les facteurs émoussement et hyperstimulation. [Annexe et]

Concernant le facteur anticipation, on observe un résultat significatif ($p=0,008$) entre les patientes au deuxième trimestre et celle au troisième trimestre. [Tableau 3]

Ceci peut être expliqué par le fait que le terme se rapprochant, les patientes y pensent de manière beaucoup plus accentuée. La grossesse avance, le ventre s'arrondi, les mouvements de bébé font que tout devient de plus en plus concret et les plongent dans cette spirale où les questions, les peurs et les craintes concernant l'accouchement cheminent.

Pour ce qui est du facteur intrusion [Tableau 4], entre les patientes au premier trimestre et celles au dernier trimestre un valeur significative est à relever ($p=0,008$). En effet, au premier trimestre de grossesse les femmes enceintes sont plus sensibles, une certaine acceptation de soit, de la grossesse entraine des remaniements tant physiques que psychologiques.

Concernant le facteur évitement [Tableau 5], on observe une valeur très significative entre les patientes au premier trimestre et celle au second trimestre ($p=0,001$) et une autre significative entre les patientes du deuxième trimestre et celle du troisième trimestre ($p=0,017$). Ce qui s'explique par le fait qu'au premier trimestre les femmes enceintes se doivent d'accepter cette grossesse, même désirée, elles passent par plusieurs étapes et différentes questions s'ouvrent à elle. « vais-je être une bonne mère ? » ; « est-ce que c'est le bon moment ? ». Durant le second trimestre la grossesse est ancrée, moins de questions se posent, plus de représentations de leur enfant avec les échographies, les mouvements fœtaux, le ventre qui s'arrondit. A contrario, au troisième trimestre de la grossesse

La grossesse représente une étape importante du développement psychologique de la femme, étape charnière dans la vie d'une femme, elle se répartie en trois trimestres bien distincts. A chaque trimestre un état psychologique est décrit. En fonction de chaque vécu de chaque femme et de la façon dont elles abordent leur grossesse, ces troubles psychiques peuvent varier dans leur expression et leur intensité.

Au premier trimestre, rare est la représentation de l'enfant, les femmes sont plus sur une phase d'adaptation qui est souvent source d'angoisses ainsi que de pertes de repères identitaires et corporels.

Au second trimestre, les modifications corporelles sont plus visibles et les symptômes physiques du premier trimestre disparaissent. Le corps s'est adapté à la grossesse et la femme enceinte ressent en général un bien-être physique. Cette deuxième période de la grossesse est souvent une période de sérénité relative pour la future mère.

Au troisième trimestre, étape importante où il y a une représentation de l'enfant et les représentations de séparation de cet être qui habite en elles depuis plusieurs mois qui apparaissent.

On peut dire que la femme enceinte pendant les neuf mois de sa grossesse, vit certaines émotions vis-à-vis son corps, qui sont l'ambivalence, l'harmonie, et l'échéance.

4. Place de la sage-femme et pistes d'action proposées

La sage-femme occupe une place centrale dans l'accompagnement multidimensionnel de la femme et de sa famille lors de l'accouchement. Pour Page (2004) [17], l'expérience humaine vécue par chaque individu influence sa santé. Elle considère que, lorsque la sage-femme travaille avec la femme sur des facteurs importants comme la confiance en son corps, en son intuition et en sa capacité à donner naissance, cela pourrait permettre d'éviter une intervention médicale

Il serait donc intéressant d'élaborer des stratégies par les professionnels comme : un suivi individualisé et continu par les mêmes sages-femmes, avant, pendant et après l'accouchement, ce qui favoriserait un climat de confiance et serait l'une des possibilités pour améliorer l'accompagnement de ces femmes et permettrait le dépistage de celles-ci. Ce suivi comprendrait un travail de fond sur les peurs avec la femme et son conjoint. Le nombre de consultation serait adapté en fonction des besoins. Dans les grandes structures, il serait intéressant de pouvoir proposer à ces femmes ce modèle de suivi.

Le dépistage de la peur lié à l'accouchement semble complexe. En tant que sage-femme, nous devons être attentives à certains indices : déni de grossesse, nombreux symptômes de grossesse, peur de la douleur... Toutefois, il nous semble primordial de ne pas tomber dans

la dérive du dépistage systématique, pouvant rendre pathologique des phénomènes fréquents et souvent normaux chez les femmes enceintes.

Concernant la formation des étudiant(e)s sages-femmes, à travers nos études, nous avons constaté que dans les pays scandinaves, il existe des cliniques spécialisées dans l'accompagnement de ces femmes. Des sages-femmes formées y travaillent. Devant la complexité de ce phénomène, nous pensons que cette spécialisation est importante et permettrait aux futur(e)s sages-femmes d'offrir un accompagnement adapté. Elles devraient aussi pouvoir travailler avec une équipe pluridisciplinaire afin d'orienter les femmes lorsque la situation le nécessite (médecins, psychologues, pédopsychiatres).

L'entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place en 2007 afin de repérer précocement les problématiques médico-psychosociales et de permettre aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins concernant la grossesse, 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.

Il est encore peu diffusé en 2016 : seules 28,5 % des femmes déclarent en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 alors que plus de la moitié avaient participé à des cours de PNP. [18] 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.

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.

De plus, plusieurs idées semblent être intéressantes à développer comme par exemple de proposer un entretien prénatal tardif (EPT) sur le début du troisième trimestre afin d'optimiser ce dépistage. Comme nous avons pu voir tout au long de l'étude, il existe différents comportements physiques et psychiques à chaque moment de la grossesse, et certaines femmes enceintes sont plus susceptibles de réagir à certain moment et moins à d'autre. Ceci permettrait d'optimiser le dépistage et d'établir un accompagnement performant auprès de ces patientes.

Où bien, comme il est déjà proposé des entretiens éducatifs de groupe en puériculture ouvert aux parents durant le séjour à la maternité dans le service des suites de couches dans le but d'apporter un meilleur accompagnement à la parentalité et aux soins de puériculture. [19]

Nous pouvons donc proposer dans le même principe des entretiens éducatifs de groupe à la parentalité. Ces groupes seraient proposer en pré-natal durant la grossesse ; des groupes hétérogènes comprenant des primipares, des multipares mais également des patientes à des termes différents seraient formé afin d'aborder ensemble une autre façon de voir, de faire, ou d'agir. Ces groupes permettraient aux couples ou bien aux femmes enceintes de pouvoir discuter ensemble, s'apporter des conseils et répondre à leurs questions ensemble tout en ayant un avis professionnel car ceci-ci serait encadré par un professionnel de santé comme par exemple une sage-femme.

VI. CONCLUSION

Les objectifs de l'étude étaient de pouvoir identifier et de mesurer la perception tocophobique des femmes qui projettent d'accoucher sur les CHU Nord/Conception. Ainsi que de comparer la perception tocophobique entre les primipares et les multipares et d'identifier les différences de niveau de perception entre les 3 trimestres de grossesse

En effet la peur de l'accouchement est un problème de santé publique qui requiert une prise en charge reconnue et spécifique de la part des professionnels de la santé. Les études montrent que 11% des femmes sont touchées par une peur sévère de l'accouchement (Lukasse et al. 2014) et celle-ci peut avoir des répercussions sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

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 qu'il existe 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 touche tout autant les primipares que les multipares. Ceci qui peut-être expliquer par la peur de l'inconnu chez les primipares et par l'appréhension d'une nouvelle grossesse et d'un nouvel accouchement qui ressasse les souvenirs du passé traumatiques déjà vécus par les multipares.

On a observé également à travers cette étude que la peur de l'accouchement touché les trois trimestres de grossesse, et de manière plus précise le premier trimestre du fait de l'acceptation de la grossesse qui soulève chez les patientes, et le troisième trimestre où la grossesse et l'accouchement deviennent de plus en plus concrets.

Cette peur 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 tocophobiques 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 serait également intéressant de proposer un dépistage plus tardif car comme nous l'avons vu à travers cette étude chaque trimestre à son intensité de peur qui se voit se modifier. Ainsi ces dépistages permettraient de pouvoir cibler ces femmes tocophobes et de leur proposer en réponse un suivi adapté.

VII. BIBLIOGRAPHIE

[1] HEDS: La peur de l'accouchement: quel accompagnement les sage-femmes peuvent-elle proposer?

Consulté le 11/11/2018

http://doc.rero.ch/record/305327/files/Bachelor_Thesis_PDF.pdf

[2] Journal de thérapie comportementale et cognitive - Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique

Consulté le 11/11/2018

<https://www.sciencedirectcom.lama.univamu.fr/science/article/pii/S1155170415000026#bib0165>

[3] DUMAS HAL: 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

Consulté le 08/11/2018

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

[4] La presse +: Santé: Quand la peur d'accoucher devient une phobie

Consulté le 12/11/2018

http://plus.lapresse.ca/screens/97742eb9-9329-48cf-9f6a728a99c47c47_7C_0.html

[5] Wikipédia: l'encyclopédie libre: définition tocophobie

Consulté le 05/11/2018

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Tocophobie>

[6] Livre numérique Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases

Br J Psychiatry, 176 (2000), pp. 83-85

Consulté le 11/11/2018

[7] L'édition du soir - Santé: Tocophobie, la peur extrême de la grossesse et de l'accouchement

Consulté le 10/11/2018

https://www.ouest_france.fr/leditiondusoir/data/36317/reader/reader.html#!preferred/1/package/36317/pub/52679/page/17

[8] The Conversation: Tocophobie : ces femmes qui vivent avec une peur extrême de la grossesse et de l'accouchement

Consulté le 12/11/2018

<https://theconversation.com/tocophobie-ces-femmes-qui-vivent-avec-une-peur-extreme-de-la-grossesse-et-de-laccouchement-105265>

[9] ReasearchGate: Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement

Consulté le 13/11/2018

https://www.researchgate.net/publication/241090438_Evaluation_de_la_peur_de_l'accouchement_Validation_et_adaptation_francaise_d'une_echelle_mesurant_la_peur_de_l'accouchement

[10] Journal de thérapie comportementale et cognitive: État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature

Consulté le 05/11/2018

<https://www-sciencedirect-com.lama.univamu.fr/science/article/pii/S1155170409000780>

[11] L'encéphale: Évaluation de la peur de l'accouchement. Validation et adaptation française d'une échelle mesurant la peur de l'accouchement

Consulté le 11/11/2018

[12] Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337.

Consulté le 4/3/2020

<http://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>

[13] Melender, H-L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256 -263

[14] Management and Therapy of Late Pregnancy Complications

https://books.google.fr/books?id=An4nDwAAQBAJ&pg=PA358&lpg=PA358&dq=salomon+et+al.+2010+pregnancy&source=bl&ots=o0pzYH9XUQ&sig=ACfU3U2UaWxrWXZoEyag0AU1vRhyYf5p3g&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiz6abN7I_oAhXlz4UKHfz5CREQ6AEwBnoECAcQAQ#v=onepage&q=salomon%20et%20al.%202010%20pregnancy&f=false

Consulté le 4/3/2020

[15] Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239R246.

<http://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>

Consulté le 4/3/2020

[16] Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L. & Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 99R106.

<http://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>

Consulté le 4/3/2020

[17] Page, L-A. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mise en pratique*. Paris : Elsevier

[18] Enquête périnatal : rapport 2016

http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

Consulté le 8/03/2020

[19] CAIRN.INFO : Evaluation et proposition d'un entretien éducatif de groupe en puériculture préparant à la sortie de la maternité – pages 66 à 79

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2019-1-page-66.htm>

Consulté le 11/03/2020

VI. ANNEXES

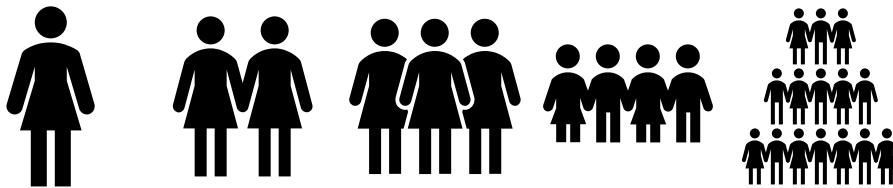
Feuillet d'information destiné aux femmes qui souhaitent répondre aux questionnaires.

Je m'appelle Henni Mélissa, je suis étudiante en 4^{ème} année d'école de sage-femme et je réalise dans le cadre de mon mémoire, une étude sur la peur de l'accouchement et l'état d'anxiété des femmes enceintes. L'objectif de ce travail est d'évaluer la peur et l'anxiété de l'accouchement ressenties par les femmes durant leur grossesse.

Pour cela j'ai besoin de votre aide, cette étude consiste à répondre à un questionnaire. Celui-ci est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Votre collaboration est précieuse pour la réalisation de ma recherche. J'apprécie le temps et l'attention que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Merci de votre participation !



Avant de remplir le questionnaire, il est d'abord important de répondre à quelques renseignements :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quel est votre nationalité/origine ?.....
- 3) Quelle est votre style de vie ?

- Vous vivez seule sans le père de l'enfant
- Vous vivez avec le père de l'enfant sans être mariée
- Vous êtes mariée (ou pacsée) et vivez avec le père de l'enfant

- 4) Quel est votre niveau d'étude ? Non scolarisée Collège/CAP/BEP

- Lycée (Niveau bac)
- Enseignement supérieur (Niveau supérieur au bac)

5) Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

Oui Non

Si oui, merci de préciser le nombre

6) Avez-vous déjà fait une Fausse couche ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le nombre

7) Avez-vous déjà eu une grossesse extra-utérine ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le nombre

8) Avez- vous déjà accouché ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne)

Accouchement 1 : AnnéeVoie d'accouchement :

Accouchement 2 : AnnéeVoie d'accouchement :

Accouchement 3 : Année Voie d'accouchement :

Accouchement 4 : Année Voie d'accouchement :

Accouchement 5 : Année Voie d'accouchement :

9) Concernant la grossesse actuelle, avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance (PNP) ?

Oui Non

Si oui, quel type de préparation à la naissance avez-vous suivis ? (plusieurs réponses sont possibles)

Classique Piscine Sophrologie

Yoga Haptonomie

Autres (précisez):.....

10) Quelle est la date de votre terme ? (date prévue pour l'accouchement)

..... / /.....

11) Merci de nous donner la date du jour (au moment du remplissage du questionnaire) :

..... /..... /.....

12) Avez-vous des pathologies au cours de cette grossesse ? (Hypertension artérielle, diabète, menace accouchement prématuré, pré-éclampsie, retard de croissance ... ? Oui Non

Si oui, précisez :

Echelle d'évaluation de la peur de l'accouchement (EPA)

« Cochez par une X les réponses dans le tableau »

Vous trouverez ci-dessous des énoncés émis par certaines femmes pour décrire ce qu'elles ressentent avant d'accoucher. Lisez chaque énoncé et cochez par une X à droite une seule des 4 réponses, celle qui correspond le mieux à ce que vous anticipez/vivez actuellement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse (cochez une seule case pour chaque ligne).

Enoncés	Réponses			
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Tout à fait
1. L'accouchement sera une expérience éprouvante				
2. Pendant l'accouchement, je vais me sentir malmenée physiquement				
3. Pendant l'accouchement, je vais vraiment avoir peur que moi ou mon enfant mourrions ou soyons blessés				
4. Pendant l'accouchement, je vais me sentir angoissée, impuissante ou horrifiée				
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				
6. Je fais des rêves déplaisants à propos de l'accouchement				
7. Soudainement, je me sens comme si l'accouchement était en cours et je suis envahie par un sentiment de peur intense				
8. Tout ce qui me fait penser à mon accouchement provoque chez moi une détresse psychologique intense				
9. Ce qui me fait penser à l'accouchement provoque chez moi une détresse physique (ex. accélération du rythme cardiaque, accélération de la respiration, tension, transpiration)				
10. J'essaie d'éviter les pensées, les émotions ou les conversations qui pourraient me faire penser à l'accouchement				
11. J'essaie d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui pourraient me faire penser à l'accouchement				
12. J'ai de la difficulté à imaginer des étapes importantes de l'accouchement				

13. J'ai perdu mon intérêt pour des activités qui me plaisaient avant ma grossesse				
14. Je me sens isolée ou coupée des autres				
15. Ma capacité à aimer ou à être affectueuse est réduite				
16. J'ai le sentiment que mon avenir n'a plus de sens				
17. J'ai de la difficulté à m'endormir ou je me réveille la nuit				
18. Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison				
19. J'ai de la difficulté à me concentrer				
20. Je me sens toujours tendue et sur le qui-vive				
21. Je réagis fortement aux événements inattendus				

Merci de votre participation !

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux femmes enceintes

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Item 1	2%	1	28%	16	34%	19	36%	20
Item 2	29%	16	34%	19	21%	12	16%	9
Item 3	16%	9	34%	19	30%	17	20%	11
Item 4	11%	6	48%	27	20%	11	21%	12
Item 5	36%	20	34%	19	28%	16	2%	1
Item 6	59%	33	36%	20	2%	1	3%	2
Item 7	73%	41	11%	6	14%	8	2%	1
Item 8	84%	47	11%	6	5%	3	0%	0
Item 9	91%	51	9%	5	0%	0	0%	0
Item 10	71%	40	11%	6	9%	5	9%	5
Item 11	80%	45	14%	7	3%	2	3%	2
Item 12	41%	23	12%	7	29%	16	18%	10
Item 13	48%	27	27%	15	14%	8	11%	6
Item 14	54%	30	21%	12	23%	13	2%	1
Item 15	61%	34	23%	13	16%	9	0%	0
Item 16	86%	48	2%	1	10%	6	2%	1
Item 17	10%	6	10%	6	18%	10	62%	34
Item 18	13%	7	9%	5	55%	31	23%	13
Item 19	19%	10	20%	11	55%	31	7%	4
Item 20	18%	10	30%	17	32%	18	20%	11
Item 21	13%	7	25%	14	39%	22	23%	13

Annexe 2 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle de l'EPA chez les primipares

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq
Item 1	10%	6	26%	16	34%	21	30%	19
Item 2	34%	21	30%	19	32%	20	4%	2
Item 3	24%	15	50%	31	21%	13	5%	3
Item 4	18%	11	65%	40	12%	8	5%	3
Item 5	43%	27	26%	16	26%	16	5%	3
Item 6	53%	33	36%	22	11%	7	0%	0
Item 7	64%	40	21%	13	11%	7	4%	2
Item 8	71%	44	10%	6	15%	10	4%	2
Item 9	77%	48	5%	3	13%	8	5%	3
Item 10	68%	42	13%	8	2%	1	0%	0
Item 11	85%	53	13%	8%	2%	1	0%	0
Item 12	52%	32	33%	21	11%	7	4%	2
Item 13	50%	31	16%	10	34%	21	0%	0
Item 14	55%	34	21%	13	16%	10	8%	5
Item 15	68%	42	21%	13	11%	7	0%	0
Item 16	90%	56	5%	3	5%	3	0%	0
Item 17	13%	8	18%	11	23%	14	46%	29
Item 18	15%	9	24%	15	37%	23	24%	15
Item 19	23%	14	29%	18	42%	26	6%	4
Item 20	34%	21	24%	15	38%	24	4%	2
Item 21	34%	21	32%	20	28%	17	6%	4

Annexe 3 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA chez les multipares

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Item 1	7%	8	27%	32	33%	40	33%	40
Item 2	32%	38	32%	38	27%	33	9%	11
Item 3	21%	25	42%	51	25%	30	12%	14
Item 4	14%	17	58%	69	16%	19	12%	15
Item 5	39%	47	29%	35	29%	34	3%	4
Item 6	56%	67	35%	42	7%	9	2%	2
Item 7	68%	82	18%	20	12%	15	2%	3
Item 8	77%	92	11%	13	11%	13	1%	2
Item 9	83%	100	8%	9	7%	8	2%	3
Item 10	70%	84	12%	14	10%	12	8%	10
Item 11	83%	100	12%	15	3%	3	2%	2
Item 12	46%	55	24%	29	20%	24	10%	12
Item 13	50%	60	21%	25	24%	29	5%	6
Item 14	55%	66	21%	25	19%	23	5%	6
Item 15	65%	78	22%	26	13%	16	0%	0
Item 16	88%	106	3%	4	6%	6	3%	4
Item 17	12%	14	16%	19	20%	24	52%	63
Item 18	13%	16	17%	20	47%	56	23%	28
Item 19	21%	25	24%	29	48%	58	7%	8
Item 20	27%	32	27%	32	35%	42	11%	14
Item 21	23%	28	29%	35	33%	39	15%	18

Annexe 4 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA pour l'échantillon total (primipares + multipares)

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq
Item 1	14%	2	14%	2	50%	7	22%	3
Item 2	36%	5	7%	1	57%	8	0%	0
Item 3	21%	3	36%	5	43%	6	0%	0
Item 4	28%	4	22%	3	43%	6	7%	1
Item 5	36%	5	7%	1	50%	7	7%	1
Item 6	57%	8	43%	6	0%	0	0%	0
Item 7	64%	9	22%	3	14%	2	0%	0
Item 8	50%	7	43%	6	7%	1	0%	0
Item 9	58%	8	7%	1	28%	4	7%	1
Item 10	36%	5	14%	2	14%	2	36%	5
Item 11	64%	9	29%	4	7%	1	0%	0
Item 12	50%	7	14%	2	36%	5	0%	0
Item 13	36%	5	28%	4	36%	5	0%	0
Item 14	44%	6	28%	4	14%	2	14%	2
Item 15	57%	8	36%	5	7%	1	0%	0
Item 16	86%	12	14%	2	0%	0	0%	0
Item 17	29%	4	7%	1	14%	2	50%	7
Item 18	7%	1	29%	4	35%	5	29%	4
Item 19	14%	2	29%	4	50%	7	7%	1
Item 20	28%	4	36%	5	36%	5	0%	0
Item 21	14%	2	29%	4	43%	6	14%	2

Annexe 5 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA chez les patientes au 1^{er} trimestre de grossesse

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq
Item 1	9%	3	29%	10	31%	11	31%	11
Item 2	31%	11	40%	14	26%	9	3%	1
Item 3	23%	8	54%	19	17%	6	6%	2
Item 4	14%	5	74%	26	6%	2	6%	2
Item 5	46%	16	31%	11	17%	6	6%	2
Item 6	57%	20	31%	11	12%	4	0%	0
Item 7	68%	24	17%	6	12%	4	3%	1
Item 8	73%	26	12%	4	12%	4	3%	1
Item 9	80%	28	3%	1	12%	4	5%	2
Item 10	74%	26	17%	6	9%	3	0%	0
Item 11	91%	32	9%	3	0%	0	0%	0
Item 12	57%	20	34%	12	6%	2	3%	1
Item 13	49%	17	14%	5	37%	13	0%	0
Item 14	54%	19	23%	9	14%	5	9%	3
Item 15	66%	23	20%	7	14%	5	0%	0
Item 16	91%	32	3%	1	6%	2	0%	0
Item 17	6%	2	20%	7	26%	9	48%	17
Item 18	14%	5	23%	8	37%	13	26%	9
Item 19	23%	8	31%	11	40%	14	6%	2
Item 20	31%	11	20%	7	46%	16	3%	1
Item 21	34%	12	34%	12	29%	10	3%	1

Annexe 6 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA chez les patientes au 2^{ème} trimestre de grossesse

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq
Item 1	3%	2	28%	19	32%	22	37%	25
Item 2	28%	19	34%	23	23%	16	15%	10
Item 3	16%	11	40%	27	26%	18	18%	12
Item 4	10%	7	56%	38	16%	11	18%	12
Item 5	37%	25	33%	22	29%	20	1%	1
Item 6	56%	38	37%	25	4%	3	3%	2
Item 7	72%	49	13%	9	12%	8	3%	2
Item 8	83%	56	13%	9	4%	3	0%	0
Item 9	91%	62	9%	6	0%	0	0%	0
Item 10	75%	51	9%	6	9%	6	7%	5
Item 11	83%	56	11%	8	3%	2	3%	2
Item 12	38%	26	21%	14	25%	17	16%	11
Item 13	51%	35	24%	16	16%	11	9%	6
Item 14	57%	39	18%	12	24%	16	1%	1
Item 15	65%	44	20%	14	15%	10	0%	0
Item 16	87%	59	1%	1	9%	6	3%	2
Item 17	9%	6	15%	10	19%	13	57%	39
Item 18	13%	9	12%	8	53%	36	22%	15
Item 19	18%	12	20%	14	54%	37	8%	5
Item 20	21%	14	29%	20	31%	21	19%	13
Item 21	18%	12	26%	18	34%	23	22%	15

Annexe 7 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA chez les patientes au 3^{ème} trimestre de grossesse

	Pas du tout		Un peu/Rarement		Beaucoup/ Parfois		Tout à fait/ Souvent	
	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq	%	Fréq
Item 1	7%	8	27%	32	33%	40	33%	40
Item 2	32%	38	32%	38	27%	33	9%	11
Item 3	21%	25	42%	51	25%	30	12%	14
Item 4	14%	17	57%	69	16%	19	13%	15
Item 5	40%	47	29%	35	28%	34	3%	4
Item 6	56%	67	35%	42	7%	9	2%	2
Item 7	69%	82	16%	20	12%	15	3%	3
Item 8	76%	92	11%	13	11%	13	2%	2
Item 9	84%	100	7%	9	6%	8	3%	3
Item 10	70%	84	12%	14	10%	12	8%	10
Item 11	84%	100	12%	15	3%	3	2%	2
Item 12	46%	55	24%	29	20%	24	10%	12
Item 13	50%	60	21%	25	24%	29	5%	6
Item 14	55%	66	21%	25	19%	23	5%	6
Item 15	65%	78	22%	26	13%	16	0%	0
Item 16	89%	106	3%	4	5%	6	3%	4
Item 17	12%	14	16%	19	20%	24	52%	63
Item 18	13%	16	17%	20	47%	56	23%	28
Item 19	21%	25	24%	29	48%	58	7%	8
Item 20	27%	32	29%	35	35%	42	11%	14
Item 21	23%	28	29%	35	33%	39	15%	18

Annexe 8 : Effectif et pourcentage de la perception tocophobique de l'échelle EPA pour l'échantillon total (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse)

	1	2	3
1	1	0,866	0,797
2	0,866	1	0,915
3	0,797	0,915	1

Annexe 9 : Test de Student entre le facteur Eroussement et les 3 trimestres de grossesses

	1	2	3
1	1	0,461	0,541
2	0,461	1	0,063
3	0,541	0,063	1

Annexe 10 : Test de Student entre le facteur hyperstimulation et les 3 trimestres de grossesses

	PNP 0= non	PNP 1= oui	p
Anticipation	2,3 (+/- 0,7)	2,4 (+/- 0,6)	NS
Intrusion	1,4 (+/- 0,5)	1,6 (+/- 0,6)	NS
Evitement	1,5 (+/- 0,7)	1,5 (+/- 0,5)	NS
Eroussement	1,8 (+/- 0,5)	1,8 (+/- 0,5)	NS
Hyperstimulation	2,4 (+/- 0,7)	2,5 (+/- 0,8)	NS

Annexe 11 : Moyennes du niveau tocophobique et test de Student par facteur en fonction de la participation aux cours de PNP ou non

	1	2	3	4
1	1	0,460	0,229	0,211
2	0,460	1	0,389	0,200
3	0,229	0,389	1	0,681
4	0,211	0,200	0,681	1

Annexe 12 : Test de Student entre le facteur intrusion et les 4 niveaux socio-professionnels

	1	2	3	4
1	1	0,467	0,673	0,660
2	0,467	1	0,101	0,560
3	0,673	0,101	1	0,130
4	0,660	0,560	0,130	1

Annexe 13 : Test de Student entre le facteur évitement et les 4 niveaux socio-professionnels

	1	2	3
1	1	0,150	0,518
2	0,150	1	0,265
3	0,518	0,265	1

Annexe 14 : Test de Student entre le facteur anticipation et les différentes situations maritales des patientes

	1	2	3
1	1	0,140	0,190
2	0,140	1	0,323
3	0,190	0,323	1

Annexe 15 : Test de Student entre le facteur intrusion et les différentes situations maritales des patientes

	1	2	3
1	1	0,804	0,916
2	0,804	1	0,865
3	0,916	0,865	1

Annexe 16 : Test de Student entre le facteur évitement et les différentes situations maritales des patientes

	1	2	3
1	1	0,068	0,466
2	0,068	1	0,348
3	0,466	0,348	1

Annexe 17 : Test de student entre le facteur anticipation et les différentes tranches d'âge

	1	2	3
1	1	0,736	0,477
2	0,736	1	0,683
3	0,477	0,683	1

Annexe 18: Test de student entre le facteur intrusion et les différentes tranches d'âge

	1	2	3
1	1	0,379	0,554
2	0,379	1	0,950
3	0,554	0,950	1

Annexe 19: Test de student entre le facteur émoussement et les différentes tranches d'âge

VII. RESUME

Résumé :

La grossesse entraîne des bouleversements et des changements autant psychiques que physiques qui ont pour répercussion un état de vulnérabilité plus ou moins important, qui peut entraîner chez certaines femmes des craintes concernant la grossesse et l'accouchement. Les objectifs principal et secondaire de cette étude sont d'identifier et de mesurer la perception tocophobique des femmes enceintes qui projettent d'accoucher sur les CHU Nord/Conception ; comparer la perception tocophobique entre les primipares et les multipares et d'identifier les différences de niveaux de perception entre les trois trimestres de grossesse.

Le travail de recherche a eu lieu dans deux maternité de type III, CHU Marseillais de juin 2019 à novembre 2019. Une étude quantitative, prospective et bicentrique menée grâce l'échelle de la peur de l'accouchement (EPA) qui est l'outil principal de celle-ci.

11% des femmes enceintes sont touchées par la peur sévère de l'accouchement. La peur la plus exprimée par celles-ci est principalement la perte de contrôle. Une ancienne expérience négative de l'accouchement, le manque de soutien social ainsi que la présence de pathologie au cours de la grossesse augmentent la peur de l'accouchement. Les peurs de l'accouchement ont un impact sur le comportement des femmes ainsi que sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le rôle des sages-femmes est important car il influence le vécu des femmes.

En tant que professionnel de santé il est important d'offrir à ces femmes la possibilité d'en parler et de se sentir écouté. Un dépistage précoce et tardif permettrait à celles-ci un accompagnement personnalisé et adapté à leurs besoins, ce qui augmenterait leur capacité à faire face à ces peurs.

Mots-clés : accouchement, peur, tocophobie, sage-femme

Abstract :

Pregnancy leads to upheavals and changes, both psychic and physical, which have the repercussions of a more or less significant state of vulnerability, which in some women can lead to fears about pregnancy and childbirth. The main and secondary objectives of this study are to identify and measure the tocophobic perception of pregnant women who plan to give birth in CHU Nord / Conception; compare the tocophobic perception between primiparous and multiparous and identify the differences in perception levels between the three trimesters of pregnancy.

The research work took place in two type III maternity hospitals, CHU Marseillais from June 2019 to November 2019. A quantitative, proactive and bicentric study conducted using the fear of childbirth scale (EPA) which is the tool principal of it.

11% of pregnant women are affected by the severe fear of childbirth. The fear most expressed by them is mainly the loss of control. A previous negative experience of childbirth, lack of social support as well as the presence of pathology during pregnancy increase the fear of childbirth. Fears of childbirth have an impact on the behavior of women as well as on the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period. The role of midwives is important because it influences the lives of women.

As a healthcare professional, it is important to offer these women the opportunity to talk about it and to feel heard.

Early and late detection would allow them personalized support adapted to their needs, which would increase their ability to face these fears.

Keywords: childbirth, fear, tocophobia, midwife