HAL
open science

La tocophobie : vers quel accompagnement ?

Alice Moura

To cite this version:

Alice Moura. La tocophobie : vers quel accompagnement ?. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03004304

HAL Id: dumas-03004304

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03004304v1

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

École de Maïeutique

LA TOCOPHOBIE : VERS QUEL ACCOMPAGNEMENT ?

Présenté et publiquement soutenu

Le 8 avril 2020

Par

MOURA Alice

Né(e) le 27 juin 1993

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

Membres du jury :

- COMTE Florence, Sage-femme enseignante (Directrice de mémoire)
- FRÉMONDIÈRE Pierre, Sage-femme enseignant
- TACIAK Sophie, Sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

LA TOCOPHOBIE : VERS QUEL ACCOMPAGNEMENT ?

MOURA Alice

Né(e) le 27 juin 1993

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

Année universitaire 2019-2020

Validation 1ère session 2020 : oui □ non □

Mention : Félicitations du Jury ☐
Très bien ☐
Bien ☐
Assez bien ☐
Passable ☐

Validation 2ème session 2020 : oui □ non □

Mention :

LA TOCOPHOBIE : VERS QUEL ACCOMPAGNEMENT ?

Revue de littérature

Remerciements

Je tiens à remercier Florence Comte, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses encouragements et ses précieux conseils, qui m'ont permis de m'orienter quand je m'égarais.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'École de Maïeutique, pour leur accompagnement ces quatre années.

Merci à mes copines de promotion : Laura et Yasmine, pour votre folie permanente ; Eva, Constance et Iris, merci d'avoir été si rassurantes et encourageantes ; Camille bien sûr, qui a suivi le chemin inverse du mien, sur mes conseils (très) avisés…

Merci à Ella et Guillaume, pour votre présence et votre compréhension, pour nos soirées de folie, à tout point de vue, et nos repas de rois.

Merci à Cam et Myms : « les ami(e)s sont la famille qu'on se choisit », et vous êtes la mienne, pour le meilleur et pour le pire. Merci pour ces heures interminables de discussions philosophiques, à essayer de refaire le monde et surtout, au fond, de s'y adapter. Ne changez pas.

À Nina, ma BFF, ma sœur, merci d'avoir toujours été un exemple à suivre pour moi, de me pousser à aller toujours plus loin, parfois peut-être sans t'en rendre compte, et d'avoir été une source d'inspiration et de motivation pour ce mémoire.

À ma famille : Anouk, merci pour ta présence, nos fous rires et nos silences aussi ;
Justine, merci d'être une sœur si présente, merci pour ton soutien et ton sens de l'humour si proche du mien ; Maman, merci pour ta patience à toute épreuve, ta simplicité et ton courage, tu as fait de nous des femmes fortes, j'espère que tu en es fière ; Papa, merci pour ta présence et ton soutien, souvent discrets mais inconditionnels. J'espère que tu es fier aussi.
À Audrey, merci pour tes conseils et d'avoir accepté de superviser ce travail. Merci surtout de rendre mon papa si heureux et insouciant.

À Gabriel, merci pour ton soutien moral (et informatique), tes encouragements et surtout ta patience et ton amour au quotidien, qui me permettent d'avancer plus sereinement. Merci de croire en moi.

Je tiens enfin à adresser mes plus sincères remerciements à l'intégralité de la famille David, avec une mention particulière à Clément et Sylvie, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Vous avez ma reconnaissance éternelle.

SOMMAIRE

Présentation de l'étude

Introduction….……2

Matériels et méthode…….....5

Résultats…...……8

Discussion…….….23

1. Biais et limites de l'étude……...23
2. Contexte et dépistage de la tocophobie……...……..……24
3. Facteurs de risque et profils de femmes souffrant de tocophobie……...29

a) Tocophobie primaire……...30

Anxiété et fragilité psychique ……30

Auto-efficacité, confiance et estime de soi ……..31

Contexte familial et social ……32

b) Tocophobie secondaire……...34

4. Prises en charge développées actuellement……...35

Place de la sage-femme dans la prise en charge de la tocophobie……37

Conclusion……40

Bibliographie.……42

Annexes

Introduction

Il est traditionnellement admis que le fait de devenir mère est une étape primordiale dans la vie d'une femme. Par conséquent, l'expérience d'une grossesse, de l'accouchement, de l'arrivée d'un enfant désiré doivent, selon toute vraisemblance, être vécus comme positifs et épanouissants autant pour elle que pour le couple, en devenance de devenir parents.
Cette vision collective idéale d'une expérience vécue par un grand nombre de femmes contribue à rendre tabous les troubles potentiellement traversés par la femme et son couple au cours de cette période, notamment les troubles psychiques.
Les troubles mentaux sont communs au cours de la grossesse, car elle constitue une transition générationnelle, une « *crise émotionnelle et maturative* » [1], notamment à travers le processus de transparence psychique. Il paraît normal que la grossesse et l'accouchement puissent être source d'anxiété, dans la mesure où il s'agit de situations inconnues et surtout imprévisibles, et, dans la plupart des cas, l'anxiété et le stress générés par cette période ne nécessitent pas de prise en charge médicale ou psychologique.
Dans certains cas pourtant, cette période est susceptible d'aviver la fragilité psychique de la femme, future mère, et rend accessible à sa conscience des événements douloureux vécus et refoulés, oubliés. La perturbation de l'équilibre psychique de la femme enceinte peut alors rendre possible l'émergence de préoccupations anxieuses, d'angoisses primitives, d'« *agonies primitives* » même, selon les termes de Winnicott, lui faisant craindre son effondrement psychique et, en conséquence, exprimer le refus de la grossesse jusqu'à l'interrompre [1].
La naissance de ces angoisses extrêmes, liées à l'état de grossesse même, est vouée à perdurer durant toute cette période. L'anxiété développée peut s'exprimer sous de nombreuses formes, l'une d'elle se traduisant par une peur intense, parfois extrême, de l'accouchement, étape inévitable de l'expérience de la grossesse.

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle, la tocophobie est un désordre psychologique, communément caractérisé comme la peur sévère de l'état de grossesse et de l'accouchement, pouvant aller jusqu'à l'évitement d'une grossesse, malgré le désir d'avoir un enfant. Ainsi, au-delà de l'anxiété classique inhérente à la situation de grossesse et au « devenir mère », la tocophobie peut aller jusqu'à l'expression d'un réel trouble phobique, lui-même défini par une peur intense, irrationnelle, d'une situation (l'état de grossesse dans le cas de la tocophobie), gênante, excessive, déraisonnée en regard de la menace que représente la

situation, et menant à des stratégies d'évitement. L'individu a pleinement conscience de sa peur, mais se trouve dans l'incapacité de la contrôler [2].
80% des femmes enceintes expriment une peur de la grossesse et de l'accouchement, bien que toutes ne soient pas cliniquement significatives [3].
La tocophobie se distingue de la commune « peur d'accoucher » par son intensité. Ainsi, elle varie de 10-15% dans les cas « intenses », et atteint jusqu'à 6% pour les peurs « très intenses » [3].
La prévalence globale de la tocophobie a été estimée à 14% [4], à interpréter prudemment du fait de la difficulté à la caractériser cliniquement.
Malgré l'absence de méthodes de diagnostic établies et reconnues, il existe des outils pour la dépister, le plus utilisé étant le Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Part A (W-DEQ A) [4, 5, **Annexe 2**]. On retrouve également la Fear Of Birth Scale (FOBS) [**Annexe 3**] ou encore le Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ).
Cependant, ces outils manquent d'uniformisation, ne font l'objet d'aucune recommandation particulière dans ce cadre et sont donc difficilement applicables en suivi de routine, ce qui concourt à rendre la tocophobie sous-diagnostiquée.

En tant que trouble psychologique, la tocophobie peut mener à des comportements d'évitement avant même une éventuelle grossesse (combinaison de plusieurs moyens de contraception), à des comportements à risque pour la mère et le fœtus pendant la grossesse [5] (interruption de la grossesse malgré sa planification, sport intensif afin de provoquer une fausse couche), des risques plus élevés de morbidité périnatale [6] (accouchement prématuré, mauvais pronostic néonatal, augmentation de troubles cognitifs, comportementaux et sociaux chez les jeunes enfants) ainsi qu'à des complications dans le post-partum [5, 7] (syndrome de stress post-traumatique, dépressions du post-partum, altération du lien mère-enfant). De plus, la tocophobie est souvent associée à une augmentation du taux de demande de césariennes de convenance [5] par crainte de l'accouchement par voie basse, et donc à l'augmentation des risques maternels et néonatals associés à la réalisation d'une césarienne.
Enfin, il semblerait que la prévalence de la tocophobie soit en augmentation ces dernières décennies [4].

De nombreux facteurs de risques ont été identifiés au cours des différentes études menées [3,4,8,9] : des antécédents de troubles anxieux hors grossesse, un traumatisme antérieur, des antécédents d'abus sexuels, le manque d'estime de soi, l'isolement social,

un faible niveau socio-économique, la peur du manque d'accompagnement et de soutien par le personnel soignant, la primiparité, l'inquiétude pour l'enfant, l'appréhension de la douleur, une première expérience douloureuse ou mal vécue (accouchement traumatique, instrumental, épisiotomie, césarienne en urgence).

Certains de ces facteurs peuvent être réduits par une prise en charge pluridisciplinaire adaptée, entre psychologues, psychiatres, sages-femmes et obstétriciens [3,10].

A propos de la prise en charge de la tocophobie, l'un des premiers problèmes identifiés est le manque évident d'accord sur une définition clinique de la tocophobie. Bien qu'il existe un certain nombre d'études sur le sujet, cette imprécision implique de nombreux biais, notamment lors des calculs de prévalence, ce qui contribue à la sous-estimation de ce trouble, malgré son impact sur la population des femmes enceintes.

De nombreuses études réalisées en Grande-Bretagne, Australie, ou encore dans les pays nordiques (Finlande, Suède) ont constaté les mêmes problèmes : le peu de connaissances du grand public sur le sujet, l'absence de définition précise et harmonisée, le manque d'outils de dépistage uniformes, les conséquences sur la grossesse et l'accouchement et le manque de prise en charge [3,4,8].

L'importance de s'intéresser à la tocophobie est légitimée par les conséquences que celle-ci entraîne sur l'appréhension et le vécu de la grossesse et de l'accouchement par les femmes.

Les difficultés psychologiques et la morbidité induites par la tocophobie justifient une prise en charge adaptée, avec la sage-femme en première ligne afin de dépister ces situations de détresse psychologique, pour ensuite orienter la patiente vers une prise en charge psychologique et/ou psychiatrique adaptée.

Par définition, la sage-femme occupe une place centrale dans la vie des femmes, et reste la professionnelle de santé la plus à même de dépister les situations à risque qu'elles peuvent traverser [11]. Lorsque la situation le nécessite, elle est ainsi la mieux placée pour orienter les patientes vers les professionnels de santé adaptés.

La sage-femme est généralement la première interlocutrice, et l'interlocutrice de choix des femmes enceintes, en raison de ses compétences spécifiques pour l'accompagnement tout au long de la grossesse.

Ainsi, la sage-femme doit jouer un rôle prépondérant dans le dépistage et la mise en place d'un suivi adapté des troubles psychiques rencontrés par les femmes au moment de leur grossesse.

La question posée par ce travail est donc la suivante :

Quelles sont les femmes enceintes susceptibles de développer une tocophobie, quelles sont les prises en charge pré, per et post-natales (médicales, psychologiques et sociales) proposées actuellement et quelle est la place de la sage-femme au sein de ces prises en charge ?

A partir d'une revue de littérature, les objectifs de ce travail sont tout d'abord d'identifier les profils éventuels de femmes enceintes susceptibles de développer une tocophobie, en identifiant les éventuels facteurs de risque et de prédiction à développer une tocophobie chez une femme enceinte, décrire les prises en charge proposées actuellement et retrouvées dans la littérature et enfin de déterminer la place de la sage-femme, centrale, au sein de cette prise en charge, qui sera pluridisciplinaire.

Matériels et méthode

Pour ce travail, une revue de bibliographie a été menée, à partir d'articles sélectionnés sur la base de données PubMed, entre 2000 et 2018.

Les mots-clés utilisés pour la recherche d'articles ont été « Tokophobia », « Tocophobia » et « Severe Fear of Childbirth ».

Les critères d'inclusion des articles étaient :

- la langue de publication : français, anglais ou allemand,
- les articles traitant de la tocophobie ou de la peur sévère d'accoucher,
- les articles traitant des moyens de prise en charge de la peur sévère d'accoucher.

Les critères d'exclusion étaient :

- la date de publication avant 2000 et après 2018,
- l'indisponibilité de l'article dans son intégralité,
- les articles payants et ceux qui ne traitaient pas de la tocophobie.

Une première sélection des articles s'est faite selon la méthode de la HAS et a recensé 141 articles (**Annexe 1**) : la recherche par mots-clés a dégagé des articles qui ont été sélectionnés par le titre d'abord, puis à la lecture du résumé [12].

Les articles correspondants aux critères d'exclusion (payants, n'abordant pas la question étudiée, ou disponibles uniquement en une autre langue que l'anglais, l'allemand ou le français) ont ensuite été retirés.

Ainsi, avec le mot-clé « Tocophobia », la recherche a permis d'obtenir 14 résultats. Huit articles ont été écartés car ils avaient au moins l'un des critères d'exclusion, un article a été écarté après lecture du titre. Les 4 articles restant ont été sélectionnés après lecture du résumé, afin d'être lus en intégralité.

De même, avec le mot-clé « Tokophobia », 22 articles étaient disponibles. Après élimination des articles correspondant aux critères d'exclusion, 14 ont été sélectionnés par le titre et 5 ont été gardés après lecture du résumé.

Enfin, avec les termes « Severe Fear of Childbirth », 105 articles ont été trouvés, 39 ont été gardés après lecture du titre et enfin 10 ont été sélectionnés après lecture du résumé.

Au terme de cette première sélection, 19 articles ont été retenus afin d'être lus dans leur intégralité.

Parmi les articles sélectionnés, 14 articles ont été finalement rejetés : 4 car la méthodologie n'était pas satisfaisante (échantillon trop faible, résultats peu significatifs, méthodologie peu claire), 3 articles portaient uniquement sur l'analyse des outils de mesure de la tocophobie, 1 article n'étudiait la tocophobie que spécifiquement dans le post-partum, et 1 article était identique en termes de méthodologie, résultat et conclusion que certains articles déjà analysés.

Finalement, 5 articles ont été analysés.

Une deuxième sélection a été réalisée par une recherche manuelle d'articles de proche en proche. De cette recherche ont été retenus 26 articles par lecture du titre. Parmi les articles sélectionnés par le titre, 8 articles n'ont pas pu être récupérés, car ils étaient payants ou indisponibles. Après lecture du résumé, 3 articles ont été retirés car ils ne correspondaient finalement pas aux critères d'inclusion, et 15 articles ont été sélectionnés : 3 articles ont été exclus car les résultats n'étaient pas significatifs et la discussion peu satisfaisante, et 3 articles n'étaient pas pertinents pour répondre à la question de recherche ni aux objectifs établis. Enfin, 9 articles ont été analysés.

La difficulté majeure, rencontrée quasiment dès le début de la recherche bibliographique, a évidemment été le manque de précision clinique dans la définition de la tocophobie.

Un grand nombre d'articles ne mentionnent d'ailleurs que la « peur sévère d'accoucher », sans citer le terme « tocophobie ». C'est pour cette raison qu'il a été décidé, pour simplifier les recherches, d'étendre les mots-clés à la « peur sévère d'accoucher ».

La recherche d'article en elle-même souligne d'avance les problématiques principales rencontrées face au sujet complexe de la tocophobie.

Résultats

La question de recherche était : « Quelles sont les femmes enceintes susceptibles de développer une tocophobie, quelles sont les prises en charge pré, per et post-natales (médicales, psychologiques et sociales) proposées actuellement et quelle est la place de la sage-femme au sein de ces prises en charge ? ». Afin d'y répondre, les objectifs fixés par l'étude étaient les suivants :

- identifier les éventuels profils de femmes enceintes susceptibles de développer une tocophobie, en recherchant d'éventuels facteurs de risque et de prédiction à développer ce trouble,
- décrire les prises en charge proposées actuellement et retrouvées dans la littérature,
- déterminer la place de la sage-femme dans cette prise en charge.

Les 14 articles sélectionnés et analysés sont présentés dans les tableaux 1 à 14.
Pour chaque article, le tableau expose le type d'étude et ses objectifs, la population étudiée, les critères de jugement, les résultats et les biais de l'étude. Les résultats ont également été interprétés dans une colonne supplémentaire, et un niveau de preuve pour chaque article a été proposé.

Tableau 1 : Résultats de l'étude « Tokophobia : an unreasoning dread of childbirth »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type de l'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Hofberg K, Brockington I. 2000 British Journal of Psychiatry	Caractériser la tocophobie pour la première fois dans la littérature médicale	Série de cas	26 femmes recrutées par des obstétriciens des West Midlands et des psychiatres de l'Unité Mère-Enfant de l'Hôpital psychiatrique Queen Elizabeth, et suivies pendant 2 ans par le même psychiatre.	Non précisés	Détermination de 3 types de tocophobie : **-Tocophobie primaire** Utilisation scrupuleuse de contraception, voire multiplication des moyens de contraception. Planification d'une grossesse malgré la peur intense, avec planification anticipée d'une césarienne. Morbidité maternelle élevée (nausées++) **-Tocophobie secondaire** Antécédents d'accouchements instrumentaux, douleur non soulagée, souffrance périnéale, angoisse de mort pendant l'accouchement (elle-même ou leur enfant), développement d'un syndrome de stress post-traumatique. Peut mener à l'interruption d'une grossesse suivante, au soulagement après une FCS ou GEU **-Tocophobie associée à une dépression.** Autre conséquence retrouvée de tocophobie : Stérilisation définitive. -Définition de tocophobie primaire (angoisse de l'accouchement avant même une grossesse, développée durant l'adolescence) et tocophobie secondaire (apparait suite à un accouchement traumatique ou éprouvant). Risques de difficulté lors de la mise en place du lien mère-enfant. Antécédent d'abus sexuels : risque de rejet/évitement de l'obstétrique.	Étude de faible puissance mais qui a le mérite de nommer la peur sévère d'accoucher et de la rendre présente dans la littérature scientifique.	Faible échantillon	4

Tableau 2 : Présentation des résultats de l'étude « Defining Childbirth Fear and Anxiety Levels in Pregnant Women »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Erkaya R, Karabulutlu Ö, Calik K. Y. 2017 Social and Behavioral Sciences 237	Déterminer les niveaux d'anxiété et de peur d'accoucher chez des femmes enceintes	Étude descriptive	Toutes les femmes enceintes inscrites au Trabzon Kanuni Training and Research Hospital en 1 an n = 184, échantillon minimal nécessaire calculé selon la formule d'échantillonnage d'univers inconnu	W-DEQ A Beck Anxiety Inventory (BAI) Scores de diagnostic de peur sévère ou d'anxiété inconnus	40,8% des patientes expriment un haut niveau d'anxiété : faible niveau d'éducation, préparation à la naissance avec des livres, absence de soutien social hors de la famille, 28-32SA 48,9% expriment une peur sévère d'accoucher : 38-40SA, PNP via internet Faible peur d'accoucher chez les grandes multipares (> 4 naissances)	Corrélation établie entre anxiété et peur d'accoucher. Les femmes exprimant de hauts niveaux d'anxiété ont 2,4 fois plus de risques de développer une peur d'accoucher. Patientes en MAP expriment des niveaux élevés d'anxiété et de peur d'accoucher. Les pères aussi expriment une peur de l'accouchement Importance de la structure familiale. Parité associée à une peur d'accoucher : incidence du vécu d'accouchement(s) précédent(s).	Définition : la tocophobie peut-elle être due au contexte obstétrical ? Existe-t-il une tocophobie paternelle ? Importance de la PNP et du dépistage de la peur d'accoucher	Les valeurs-seuils de diagnostic de peur sévère ou d'anxiété utilisés sont inconnus. Mise en évidence du lien entre anxiété et tocophobie, mais peu de précisions sur la méthodologie, et les facteurs étudiés.	4

Tableau 3 : Présentation de l'étude « Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women : systematic review and meta-analysis »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats et conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM 2017 Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	Déterminer comment est définie la tocophobie dans la littérature Fournir une prévalence estimée globale de la tocophobie	Revue systématique et méta-analyse	33 articles pour la revue 29 articles pour la méta-analyse 853 988 femmes enceintes toutes études confondues.	W-DEQ A ≥ 85	Définition de la tocophobie selon les scores sur des échelles de mesure disponibles, mais **pas de consensus sur les seuils.** Le W-DEQ A est l'outil le plus utilisé pour la diagnostiquer. Prévalence globale estimée : 14%. Prévalence augmentée chez les nullipares. Fortes variations en fonction des pays et des époques (augmentation ces dernières années). Première revue systématique de la prévalence de la tocophobie. Augmentation de la prévalence depuis 30 ans. Tocophobie définie comme une « peur sévère d'accoucher ». La tocophobie entraine une augmentation de sécrétion de cortisol et une exacerbation des troubles de la santé mentale. Absence de prise en charge standardisée.	Augmentation de la prévalence due à la médicalisation ? Schéma familial : famille nucléaire responsable de moins de transmission « traditionnelle » de l'accouchement Augmentation du dépistage de la tocophobie entraîne une augmentation logique du nombre de femmes qui l'expriment Manque d'outils uniformisés pour la dépister.	Définition de tocophobie varie selon seuils sur échelles de mesure. Hétérogénéité statistique, pas uniquement due à la sensibilité des analyses, ni à l'étendue des sous-groupes. Les tests de dépistage sont difficilement transposables aux différentes langues/différents pays, car risque de perdre certains aspects psychométriques dépendants de la culture.	1

Tableau 4 : Présentation de l'étude « Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth : A study of 329 pregnant women »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Melender H.L 2002 Birth	Décrire les objets, causes et manifestations des peurs des femmes enceintes pendant leur grossesse Identifier les facteurs associés à ces peurs	Étude de cohorte	Femmes enceintes de 16SA à 40SA N=329		78% des femmes interrogées expriment une peur de la grossesse, de l'accouchement ou des deux. **Objets** des peurs : l'accouchement, le bien-être maternel et de l'enfant, personnel soignant, vie de famille, césarienne. **Causes** : mauvaise image de soi, vision négative de l'accouchement, informations alarmantes, connaissances professionnelles, problèmes relatifs à l'enfant Chez les multipares : antécédent de mauvais vécu d'une grossesse, naissance et soins du nouveau-né. **Manifestations** : symptômes de stress, effets sur la vie de tous les jours (tension, hypervigilance, paranoïa), désir de césarienne, évitement de la grossesse.	Primipares expriment plus de peurs que multipares. Peurs plus présentes chez primipares n'ayant pas fait de PNP, chez femmes isolées. Peurs plus présentes chez les femmes ayant choisi une césarienne. Pas d'influence de l'âge. Manifestations de stress.	Peur de l'inconnu, l'incertain, l'imprévisibilité de la grossesse et l'accouchement Peur liée essentiellement à la naissance en elle-même Peur pour l'enfant à naître Multipares : peurs liées à un antécédent d'accouchement traumatique ou de césarienne, de mort in utero	Pas de caractérisation de la peur d'accoucher, pas de critère de jugement Finlande : population homogène, peu d'inégalité d'accès aux soins	2

Tableau 5 : Présentation de l'étude « Psychological perspectives on fear of childbirth »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Rondung E, Thomten J, Sundin Ö. 2016 Journal of anxiety disorders	Étude de la littérature sur la peur d'accoucher d'un point de vue psychologique, sur la spécificité de ce trouble, les modes d'acquisition des peurs et les aspects comportementaux, cognitifs et cliniques	Revue de littérature	89 articles concernant la peur d'accoucher, l'anxiété liée à l'accouchement + études de patientes avec antécédents obstétricaux, souffrant des conséquences de naissances traumatiques + études de patientes avec expérience de peur d'accoucher	Non explicités. Sélection d'articles mentionnant la peur d'accoucher.	Autres facteurs que le mode d'accouchement entraînent une peur d'accoucher Peur d'accoucher peut être conceptualisée comme l'expression d'un trouble anxieux acquis par conditionnement dans une autre situation (ex : abus dans l'enfance). Expression clinique : troubles du sommeil, tachycardie, hypertension artérielle... Peur augmentée chez les nullipares. Cercle vicieux : la peur d'accoucher a des conséquences négatives sur le vécu de l'accouchement et le post-partum. Association de la peur d'accoucher avec divers syndromes psychiatriques.	Expression la plus radicale de la peur d'accoucher : éviter complètement la grossesse, repousser le moment prévu de la grossesse, stratégies d'évitement. Aspects cliniques de la peur et de l'anxiété = palpitations, hyperventilation, malaise, interagissent avec les composantes cognitives et comportementales dans l'entretien de la réponse anxieuse → auto-entretien par les patientes de l'anxiété engendrée par la situation Lien entre peur d'accoucher et troubles anxieux.	Manque de critères de jugement clairs pour la méthodologie.	2

Tableau 6 : Présentation de l'étude « Tocophobia in the DSM-5 era : Outcomes of a new Cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats et conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, Ricca V 2018 Journal of Psychosomatic Research	Identifier une valeur-seuil fiable et reconnue du test psychométrique W-DEQ A en se référant aux critères du DSM-5 « Phobies spécifiques ». Évaluer comment la tocophobie affecte la composante peur de l'expérience d'accouchement et la psychopathologie en période post-natale.	Étude longitudinale observationnelle	106 patientes, nullipares dans le 3eme trimestre de grossesse, puis réévaluation à 1 mois post-partum.	Score W-DEQ ≥ 85 Critères de diagnostic de phobie spécifique selon le DSM-5.	Tocophobie définie comme la peur sévère d'accoucher. W-DEQ A = outil de première ligne adapté pour identifier les femmes qui nécessitent une évaluation psychiatrique poussée. Score maximal W-DEQ A : 198. Valeur-seuil fiable ≥ 85 pour détecter une peur d'accoucher cliniquement pertinente d'après les critères du DSM-5. Prévalence retrouvée : 14,2%. 8,5% valident tous les critères diagnostiques de phobie spécifique du DSM-5 avec la peur d'accoucher comme objet. Antécédents psychiatriques associés à l'augmentation de la peur d'accoucher.	Présentation clinique de la tocophobie Association établie entre troubles psychiques et grossesse. Influence de l'âge non déterminée.	Étude de la tocophobie primaire seulement. Patientes suivies en préparation à la naissance, donc population non représentative	2

Tableau 7 : Présentation de l'étude « Tokophobia (Fear of childbirth) : prevalence and risk factors »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats et conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Demsar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V 2018 Journal of perinatal medicine	Identifier la prévalence de la tocophobie Déterminer les facteurs de risque de développer une tocophobie Examiner la construction psychologique périnatale	Étude prospective	191 femmes enceintes au 2e trimestre participant aux cours de PNP Seul critère d'inclusion : Parler et lire le slovène **Critères démographiques** : âge, niveau d'éducation, statut marital, travail, religion **Santé physique et mentale** : tabac, complications obstétricales passées ou actuelles, violences sexuelles **Relation conjugale** : satisfaction et sexualité	W-DEQ A ≥ 100 = Peur pathologique de l'accouchement	Tocophobie = désordre psychologique, insignifiant à extrême, affectant les femmes de l'enfance à un âge avancé. 1,6% des femmes interrogées expriment une peur pathologique de l'accouchement. 23,1% : haut à très haut niveau de peur d'accoucher. Causes exprimées de peur : peur de l'épisiotomie, peur de ne pas avoir le contrôle de la situation, peur de la douleur, peur de mourir La voie d'accouchement préférentielle dépend significativement de la peur : césarienne préférée dans les cas de peur sévère. Anxiété et dépression = principaux facteurs de risque de peur pathologique d'accoucher	Résultats sans discernement sur les critères démographiques, de santé physique et mentale ni la situation conjugale. La tocophobie sévère est définie comme une peur pathologique, c'est-à-dire qu'elle a une incidence sur le fonctionnement de la femme au quotidien.	Géographiques : Slovénie (césarienne de convenance illégale) Outil : W-DEQ, seuil = 100 et au-delà : pathologique Majorité de nullipares Patientes sélectionnées en cours de PNP, donc la population à l'étude n'est pas totalement représentative.	2

Tableau 8 : Présentation de l'étude « Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
G.K. Madhavanpr-abhakaran et al. 2015 International Journal of Africa Nursing Sciences	Déterminer la prévalence de « l'anxiété spécifique à la grossesse » au cours des 3 trimestres + facteurs associés	Recherche exploratoire + Étude prospective + revue de la littérature	500 femmes enceintes volontaires Grossesse unique à bas risque Age : 18 à 35 ans Caractéristiques socio-personnelles : niveau d'éducation, âge, parité, antécédents obstétricaux, schéma familial et soutien, antécédent familial de maladies mentales, sources d'information. Exclusion des grossesses à moyen et haut risque.	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) : Questionnaire d'auto-évaluation composé de 40 propositions, score total à 160. Pregnancy-Specific Anxiety Inventory (PSAI) : questionnaire de 40 propositions, valant 5 points chacune, score maximal à 200. Prend en compte 4 domaines de la grossesse et l'accouchement : -Anxiété sur le fait d'être enceinte -Anxiété de l'accouchement -Anxiété à propos de l'allaitement -Anxiété à propos des soins aux nouveau-né.	Prévalence de l'anxiété liée à la grossesse plus élevée au 3ème trimestre : 22% 69% : peur d'être enceinte, exprimée au 1er trimestre. 93% : anxiété sévère d'accoucher, essentiellement au 3ème trimestre Facteurs de risque retrouvés : nulliparité, âge 18-20 ans Schéma familial : **famille nucléaire** entraine l'absence de transmission mère-fille Pas de mise en évidence de l'influence du manque de soutien et de la relation conjugale Manque d'information et de connaissances malgré le bon niveau d'éducation → Magazine, média, proches : sources de peur sévère d'accoucher	Peur sévère d'accoucher = tocophobie, exprimée par 93% des femmes de l'étude, donc phénomène important Nécessité d'encourager l'éducation à l'accouchement, la mise en place de mesures préventives précoces. Empowerment des femmes : leur donner confiance en leurs capacités. Le bon entourage et le soutien ne sont pas suffisants pour éviter l'anxiété liée à la grossesse.	Étude indienne : pas de PNP disponible pour toutes. Surcharge des hôpitaux, pas de prise en charge prévue de ces patientes.	2

Tableau 9 : Présentation de l'étude « Causes and frequency of tocophobia – Own experiences »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectif(s) de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats et conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Sioma-Markowska U. et al 2017 Ginekologia Polska	Déterminer la fréquence de la tocophobie. Analyser ses causes chez les femmes enceintes polonaises.	Étude prospective	120 femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse. Grossesses physiologiques. Études des caractéristiques sociodémographiques, du mode de préparation à l'accouchement et des antécédents obstétricaux.	Utilisation du Labor Anxiety Questionnaire II en polonais (KLP II) : -De 0 à 13 : faible peur d'accoucher ; -14-15 : anxiété légèrement augmentée ; -16-17 : forte anxiété ; - >18 : très forte anxiété. Score maximal à 27.	Haut niveau d'anxiété : 5% Très haut niveau d'anxiété : 6,7% 100% des femmes exprimant un haut à très haut niveau de stress sont des primipares. Causes : 85% peur de la douleur, 76% peur pour l'état de l'enfant 57% peur des complications pendant l'accouchement + manque de préparation, manque d'information sur le déroulement du travail, peur de l'absence de soutien du personnel médical. Comparaison avec la Suède : Sensibilisation sociale et clinique à la tocophobie : Diminution de sa fréquence (6-10% → 2,5-4,5%) Favoriser l'éducation prénatale, avec des cours de préparation incluant des méthodes de gestion de la douleur et de relaxation	Importance de l'accompagnement pré et périnatal. Adapter le diagnostic à chaque femme individuellement. Facteur humain modifiable : proposer un accompagnement bienveillant à chaque étape de la grossesse et de l'accouchement. Prévention de la tocophobie secondaire : prendre en compte la subjectivité de chaque patiente + humanisation des soins.	Étude polonaise : biais culturels. Absence de critères diagnostiques de tocophobie.	2

Tableau 10 : Présentation de l'étude « A cross-sectionnal study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice : An Australian perspective »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Toohill J, Creedy D.K, Gamble J, Fenwick J 2015 Women and Birth	Explorer les facteurs prédictifs de peur d'accoucher et les bénéfices d'un dépistage de la peur sévère d'accoucher chez les femmes enceintes Étude en regard de facteurs démographiques, socio-économiques et obstétricaux Étude du devenir obstétrical Comparaison à des groupes de patientes exprimant différents degrés de peur d'accoucher : niveau élevé / pas de peur d'accoucher	Etude cas-témoin	Femmes enceintes majeures, légalement capables et comprenant l'anglais, durant le 2ème trimestre de grossesse Puis à 6 semaines post-partum N=1410	W-DEQ ≥85	- Pas d'influence retrouvée des variables démographiques, socio-économiques et obstétricaux entre le groupe « peur sévère d'accoucher » et « pas de peur d'accoucher » - Les femmes avec des niveaux élevées de peur d'accoucher expriment un symptôme dépressif du post-partum plus important. - Facteurs prédictifs : symptômes dépressifs, conflit décisionnel, anticipation d'une faible auto-efficacité au cours du travail ; pour les multipares : partenaire non soutenant, vécu d'un accouchement instrumental, antécédent de césarienne en urgence. Importance de la présence d'un partenaire soutenant.	Corrélation entre anxiété et peur d'accoucher. Existence de grandes différences culturelles entre les pays : parallèle avec les pays scandinaves, plus avancés dans l l'accompagnement des femmes exprimant une tocophobie : dépistage, consultations spécialisées. Femmes exprimant un haut niveau d'anxiété et/ou des antécédents de dépression rapportent une peur d'accoucher	Culturels (Australie) → Taux élevé de césariennes (33,2%). Pertes de certaines données, patientes perdues de vue en post-partum Faible incidence de la peur sévère d'accoucher dans l'échantillon (4,8%) N'inclut pas les minorités	3

Tableau 11 : Présentation de l'étude « Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth – a retrospective case control study »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Sydsjö G, Bladh M, Lilliecreutz C, Persson AM., Vyöni H, Josefsson A 2014 BMC Pregnancy and Childbirth	Étudier les conséquences obstétricales chez des femmes nullipares souffrant de peur sévère d'accoucher, comparé à un groupe de référence. Étudier la possible relation entre le nombre de sessions thérapeutiques et la voie d'accouchement.	Étude cas-témoins	Groupe index de femmes nullipares souffrant de tocophobie, bénéficiant de séances de thérapies n=181. Groupe référent de patientes enceintes « saines » n=431. Traitement du groupe index par consultations de psychoéducation avec pour but de déterminer les connaissances des femmes sur l'accouchement, apprendre la relaxation, et donner les explications des mécanismes de panique et d'anxiété.	Sélection des patientes du groupe index sur diagnostic de tocophobie selon les critères du DSM-4.	Devenir obstétrical après les consultations : majorité des patientes du groupe index = accouchement par voie basse. Parmi le groupe index, majorité de césarienne sans indication médicale, groupe référence = Césarienne sur indication Patientes tocophobes recevant une césarienne programmée = patientes le plus souvent hospitalisées en service de grossesse à risque : réel problème obstétrical ou symptômes anxieux, responsable de répercussions sur la grossesse ? Création de parcours de prise en charge personnalisé.	Les patientes traitées pour tocophobie accouchent par voie basse. Meilleur traitement de la tocophobie = accouchement par voie basse bien accompagné. → Évite la tocophobie secondaire et l'orientation vers une césarienne pour les grossesses futures.	Étude suédoise, avec suivi et prise en charge maternels adaptés disponibles, accessibles à toutes. Discours des professionnels de santé peuvent influencer la patiente sur la voie d'accouchement.	3

Tableau 12 : Présentation de l'étude « A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D.K, Buist A, Turkstra E, Ryding E.L 2014 Birth 41 :4	Étudier l'effet d'une intervention psycho-éducative anténatale menée par des sages-femmes dans l'objectif de réduire la peur de l'accouchement	Essai randomisé contrôlé. Étude de l'incidence d'une consultation psycho-éducative par une SF sur des patientes souffrant d'un haut niveau de peur d'accoucher, comparé à un groupe contrôle bénéficiant des soins habituels fournis par la maternité	Femmes enceintes de minimum 26SA, à partir de 16 ans, parlant anglais, recrutées dans 3 hôpitaux d'Australie Exclusion de patientes ayant vécu une MIU ou un décès périnatal, ou bien prévoyant une IMG N=339	Test psychométrique : W-DEQ A > 66 -Première mesure du niveau de peur à 26SA (W-DEQ A) -Deuxième à 36SA pour évaluer l'impact de l'intervention des sages-femmes (W-DEQ A, CBSEI, EPDS, CDS)	Premier essai contrôlé randomisé, avec outils de mesure standardisés validés. Absence d'autre alternative de prise en charge des femmes du groupe contrôle, donc étude de l'effet réel de la consultation par les SF + études sur séance de yoga prénatal et éducation à l'accouchement -Patientes ayant reçu l'intervention rapportent une peur diminuée à 36SA. -Différence significative des niveaux de peur et de confiance/auto-efficacité entre les deux groupes (réduction du niveau de peur/augmentation de la confiance chez les patientes avec consultation). -Étude des conflits décisionnels : choix de la voie d'accouchement (non significatif mais diminution chez groupe intervention).	Incidence positive de l'intervention des sages-femmes dans la confiance en soi/l'auto-efficacité, qui est donc un critère modifiable, associé à la peur d'accoucher. → Modification possible de la peur Globalement impact positif sur tous les aspects : peur d'accoucher, auto-efficacité, dépression, conflits décisionnels.	-Consultation téléphone : perte d'intérêt de la patiente car absence de contact physique, autre activité en même temps -Perte de participantes : n final = 101. -91 ont participé à l'étude complète -Biais de sélection (patientes intégrées dans système de santé). -Incidence sur les scores les plus élevés ?	1

Tableau 13 : Présentation de l'étude « Causes of anxiety during pregnancy »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectifs de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I 2015 Procedia – Social and Behavioral Sciences	Examiner l'anxiété et ses causes au cours de la grossesse	Série de cas Méthode quantitative	150 femmes enceintes	Deux questionnaires : 1-Questionnaire pour déterminer les raisons de l'anxiété, composé de 28 questions : 4 questions d'ordre démographique, 5 questions sur les facteurs de la grossesse pouvant influencer les causes d'anxiété, les autres questions sont à propos des raisons mêmes de l'anxiété. 2-Le STAI (State -Trait Anxiety Inventory) : échelle psychométrique de 40 questions, scores de 20 à 80, augmentant avec le niveau d'anxiété. State anxiety = anxiété face à une situation perçue comme menaçante. Trait anxiety = anxiété en tant que caractéristique de la personnalité, anxiété lors de l'anticipation des situations perçues comme menaçantes.	Toute anxiété confondue, environ 70% des femmes interrogées expriment une anxiété modérée et 25% expriment une anxiété sévère. Principales causes de l'anxiété recensées, par ordre de priorité : - Trouble du développement néonatal - Trauma néonatal dû à l'accouchement - Capacité du nouveau-né à respirer - Trauma périnéal et vaginal - Complications pendant la grossesse - Capacité à être une bonne mère - Réussite de l'allaitement - Attitude de l'équipe médicale - Changements physiques pendant la grossesse - Appréhension d'un déclenchement. Anxiété sévère plus présente chez les femmes avec un niveau d'éducation basique, chez les femmes isolées ou célibataires. A propos des changements corporels : 18-25 ans, éducation basique, seule, primigeste, grossesse non prévue.	Données et résultats comparables à d'autres études menées sur l'anxiété pendant la grossesse. Anxiété à propos du nouveau-né plutôt qu'à propos d'elles-mêmes. Impact du niveau d'éducation : faible niveau associé à une plus forte anxiété. Importance des changements physiques dans l'inquiétude et l'anxiété ressentie pendant la grossesse, plus élevées chez les femmes avec haut niveau d'éducation et primigestes. Haut niveau d'anxiété chez les femmes qui manquent de soutien de la part de leur partenaire/famille.	De manière générale, les femmes isolées ou seules, primigestes, dont les grossesses n'ont pas été prévues sont les plus sujettes à l'anxiété pendant la grossesse. Mais quel écart entre anxiété et tocophobie ? Dans quelle mesure peut-on les comparer ?	Pas de précision sur la sélection des femmes enceintes étudiées. Peu de précision sur la méthodologie Pas de mention de tocophobie, uniquement anxiété due à la grossesse. 45,2% des femmes inclues dans l'étude sont primigestes : proportion plus élevée de primigestes, donc forcément plus de primigestes exprimant de l'anxiété.	4

Tableau 14 : Présentation de l'étude « Causes and outcomes in studies of fear of childbirth : A systematic review »

Auteurs Année Nom de la revue	Objectif de l'étude	Type d'étude	Population à l'étude	Dépistage et critères de jugement	Principaux résultats	Conclusion	Interprétation	Biais	Niveau de preuve
Dencker A et al. 2018 Women and Birth	Synthétiser les résultats d'études publiées concernant les causes et facteurs prédisposant probables, ainsi que les conséquences de la peur d'accoucher chez les femmes enceintes	Revue systématique de la littérature	21 études : Cas-témoins, études de cohorte, études transversales. Études explorant les causes et facteurs prédisposant, ainsi que les conséquences de la peur d'accoucher, mesurés chez des femmes durant la grossesse et le post-partum. Exclusion des études concernant le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la peur pendant le travail. Études en anglais ou suédois	Absence de critères de jugement harmonisés entre les études sélectionnées	**Causes et facteurs prédictifs :** **-Caractéristiques de la population** : âge (études contradictoires), parité (études contradictoires), statut de la relation (célibataire, instable), niveau d'éducation (études contradictoires) et soutien social (faible augmente le risque de peur d'accoucher (PDA)), origine (femmes étrangères plus à risque de PDA). **-Aspects relatifs au moral** : stress, anxiété, santé mentale fragile, antécédents d'abus incluant les maltraitances médicales **-Aspects relatifs à la grossesse et l'accouchement :** grossesse non prévue, antécédents de vécu négatif ou traumatique d'un accouchement, césarienne en urgence, infertilité ou fausse couche **Conséquences** : travail long et difficile (dystocie de travail), demande d'analgésie péridurale ou médicamenteuse plus fréquente, augmentation du risque de césarienne en urgence, accouchements instrumentaux	Femme jeune, sans emploi, avec peu de soutien social plus à risque de PDA. Primipares et multipares âgées, avec un bon niveau d'éducation peuvent également être en besoin d'accompagnement pendant la grossesse, surtout si elles manquent de soutien social. Contexte de migration pourrait augmenter le risque de PDA. Stress et anxiété, symptômes dépressifs associés à PDA. Association entre PDA et SSPT. Contexte d'abus, antérieurs ou pendant les soins. L'antécédent de mauvais vécu d'accouchement est la cause majeure de PDA.	Causes de peur d'accoucher différentes entre primipares et multipares, d'où la variabilité du facteur « âge ». Difficulté d'harmoniser les résultats des études, en raison de la grande variabilité de la définition et des critères de jugement de peur d'accoucher, donc résultats souvent contradictoires et peu interprétables. Peu d'études se penchent sur le rôle des soignants dans le développement de la FOC, études évoquant des maltraitances obstétricales.	Critères de jugement variables entre les études sélectionnées. Pas de possibilité d'harmoniser les résultats et de réaliser une méta-analyse car trop de différences entre les types d'études, les définitions de la peur d'accoucher et différentes mesures des causes et conséquences. Études analysées contradictoires sur certains facteurs, peu comparables entre elles	2

Discussion

1- Biais et limites de l'étude

La difficulté de ce travail a essentiellement résidé dans la subjectivité de la caractérisation du trouble psychique qu'est la tocophobie, en l'absence d'uniformisation de la définition de la tocophobie et, par conséquent, l'absence d'accord consensuel sur les méthodes de dépistage de ce trouble. En effet, pour qualifier une « peur sévère d'accoucher » ou une tocophobie, certains auteurs utilisent les tests de dépistage disponibles, sans pour autant garder les mêmes valeurs-seuil ou les mêmes scores de qualification des troubles. De plus, les tests de dépistage eux-mêmes sont différents d'une étude à une autre, ce qui complexifie la comparaison avec d'autres articles et l'harmonisation des pratiques de dépistage de cette phobie.

D'autres difficultés ont été rencontrées face à l'absence de critères de jugement de tocophobie dans certains articles, ainsi que leur différence d'un article à l'autre.

Chaque pays, chaque région du monde utilise des critères de jugement différents, en lien avec les aspects culturels de l'accompagnement de la grossesse et de la maternité propre, en lien avec l'appréhension des troubles psychiques particulière à chaque culture.
Ainsi, une étude menée en Australie n'aura pas les mêmes résultats qu'une étude menée en Suède.
De manière générale, les pays scandinaves ont pris de l'avance sur la détection et la prise en charge des troubles psychiques liés à la grossesse, ce qui permet de réaliser des études plus fiables et plus précises.

Enfin, le biais linguistique constitue également un biais évident. En effet, les articles étudiés étant en langue étrangère, certains concepts, culturels notamment, termes médicaux ou scientifiques ont parfois pu être mal interprétés et ainsi le sens de certains articles échapper à l'analyse.

2- Contexte et dépistage de la tocophobie

La grossesse constitue l'une des périodes les plus importantes au cours de la vie d'une femme, car les changements qu'elle implique ne sont pas seulement physiques, mais aussi sociaux et psychologiques [14].

Les variations hormonales jouent un rôle prépondérant dans la mise en place de ce nouvel état avec l'arrivée des premières manifestations physiques : les signes sympathiques de grossesse, l'augmentation du volume de l'utérus, altération du sommeil, asthénie, etc.

De manière plus obscure, les variations hormonales peuvent également être responsables de variations imprévisibles et manifestations exagérées des émotions, entrainant une tendance à l'hyperémotivité et aux changements d'humeur.

Socialement, la femme qui était jusqu'alors l'enfant de ses parents, devient mère à son tour et fonde sa propre famille, contribuant ainsi au fonctionnement de la communauté, accomplissant de manière plus ou moins consciente le rôle instinctif de pérennisation de la société dans laquelle elle évolue. Ainsi, la maternité, d'autant plus lors d'une première grossesse, donne lieu à un changement de génération et induit, par conséquent, la création d'une nouvelle identité [1].

Autant de phénomènes qui, à la fois expliquent et viennent s'ajouter aux processus de remaniements psychiques observés lors de la grossesse.

La peur de l'inconnu, de l'imprévisible, les sensations de déracinement inhérentes à cette transition font de la grossesse une période de grande vulnérabilité pour les femmes, et par conséquent les exposent à davantage d'anxiété et de stress [14].

De plus, chez certaines femmes, le processus de transparence psychique rend leur conscience plus accessible aux événements passés, aux conflits latents, vécus par elles, mais aussi portés et traversés par les générations précédentes, pouvant être à l'origine d'une forte anxiété et de divers troubles psychiques [1].

Au sein même du couple, l'annonce et le vécu d'une grossesse induit une rupture du quotidien, une perturbation du rythme de vie, d'autant plus en cas de nécessité d'arrêt de travail, imposant ainsi un remaniement de la relation entière [15].

La grossesse est donc, par tous les aspects présentés, une période de transformation majeure, qui perturbe tous les aspects de la vie d'une femme. Par conséquent, il apparaît évident qu'une telle étape, ou sa simple anticipation avant même une grossesse, puisse être source d'angoisse et entraîner, chez certaines femmes, une vulnérabilité plus importante.

Enfin, l'accouchement, aboutissement de la grossesse, représente l'étape ultime, inéluctable et surtout imprévisible des neuf mois passés. L'anticipation de l'accouchement, dans ce contexte de fragilité psychique, peut paraître inconcevable.
En tant qu'événement complètement imprévisible, il est impossible d'en avoir un contrôle total, aussi bien pour la femme qui se met en travail que pour l'équipe médicale, qui s'adapte à son déroulement, heure par heure, jusqu'au dernier moment.

Au-delà des facteurs personnels et propres à chaque femme, l'influence de facteurs externes, comme par exemple les médias (presse, cinéma, télévision), qui ont parfois tendance à renvoyer une vision spectaculaire et impressionnante de l'accouchement, ou encore l'accessibilité via internet à de nombreuses sources dont la fiabilité n'est pas toujours avérée, et pouvant être anxiogènes représentent une cause supplémentaire d'anxiété à propos de la grossesse et de l'accouchement [8, 19].
De même, la mise en place d'une surveillance rapprochée de la grossesse, la prise en charge de plus en plus médicalisée de l'accouchement, la présence d'une équipe médicale depuis le diagnostic de grossesse à l'accouchement, dans le but de prévenir de potentielles complications obstétricales, maternelles, fœtales et néonatales, au lieu de rassurer sur le bon suivi de la grossesse peuvent s'avérer être à double tranchant. L'omniprésence du milieu hospitalier, les dépistages organisés au cours de la grossesse, notamment les échographies ou encore le développement de techniques de dépistage anténatal, particulièrement le dépistage prénatal non invasif (DPNI) suggèrent finalement que la grossesse puisse devenir une pathologie à surveiller [15]. En effet, ces techniques qui servent à calculer un risque d'anomalie pour chaque fœtus, se révèlent aisément sources de stress, et en conséquence rendent effrayante et anxiogène la perspective d'une grossesse.

Inversement, l'ignorance de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, leur déroulement respectif, le manque d'information ou même d'éducation sont également susceptibles d'être facteurs de stress [14, 17, 19, 22, 26]. L'inconnu, la zone d'ombre qui peut entourer cette grande période, déjà imprévisible de nature, expliquent au même titre que l'excès d'informations la composante anxiogène que peuvent revêtir dans certains cas la grossesse et l'accouchement.

Autant de facteurs qui mettent en lumière toute la complexité qui entoure la grossesse et l'accouchement et permettent d'entrevoir qu'il est finalement commun que cette période soit empreinte d'inquiétude et de peur, simplement physiologiques et compréhensibles.

Dans un certain nombre de cas, pourtant, les femmes peuvent développer un « *état de peur sévère de l'accouchement, qui entraîne un évitement de l'accouchement, voire d'une grossesse, bien qu'il existe un désir d'enfant* » [15]. La tocophobie (concernant de 6 à 20% des grossesses, selon les études), contrairement à une peur classique de l'accouchement, due notamment aux facteurs précédemment évoqués, renferme une dimension pathologique.

Cependant, une fois la tocophobie définie, les manifestations et les retentissements d'un « état de peur sévère » restent difficiles à objectiver, dans la mesure où ils dépendent de nombreux facteurs, principalement subjectifs. De plus, la littérature retrouve différentes origines de tocophobie : on distingue ainsi la tocophobie primaire, « *peur morbide de l'accouchement chez une femme qui n'a aucune expérience de la grossesse* », et la tocophobie secondaire, définie comme une « *peur morbide de l'accouchement qui se développe après un événement obstétrical traumatique au cours d'une grossesse passée* » [16].

De par la subjectivité de ce trouble, il existe autant de manifestations que de femmes souffrant d'une peur sévère d'accoucher. Ainsi, l'expression de la tocophobie peut débuter avant même une grossesse, par la multiplication de moyens de contraception [5] et l'évitement d'une grossesse désirée, ou encore l'interruption d'une grossesse planifiée [3, 8, 11]. Au cours de la grossesse, il a été observé chez les femmes souffrant de tocophobie une exacerbation des signes sympathiques de grossesse (surtout les nausées et vomissements) [5], une augmentation des plaintes somatiques, due à l'expression clinique de la peur et de l'anxiété (palpitations, tachycardie, malaises, troubles du sommeil et insomnie) et des symptômes psychiques (cauchemars, troubles de la concentration) [8, 5], et enfin, dans le but d'éviter l'accouchement, une demande plus importante de césariennes de convenance, en dehors de toute indication médicale [3, 6, 11, 15].

Ainsi, les manifestations cliniques de la tocophobie sont en interaction permanente avec les composantes cognitives et comportementales des mécanismes de peur et d'anxiété, ce qui participe à l'auto-entretien de la réponse anxieuse et à l'établissement d'un cercle vicieux [3]: la peur de l'accouchement entraîne un ressenti de l'accouchement comme un événement menaçant, ce qui exacerbe la sensibilité des femmes aux sensations corporelles et

relationnelles, et peut entraîner une mauvaise expérience de l'accouchement, avec pour conséquence l'aggravation de la peur d'accoucher à nouveau et donc, par définition, une tocophobie secondaire [22].

D'autre part, certaines femmes enceintes mettent en place des stratégies d'évitement, voire des mécanismes de déni, en ne mentionnant pas la grossesse, en évitant les situations qui la leur rappellent : absence aux rendez-vous et examens médicaux, aux échographies, aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité [3]. Ces comportements d'évitement, au-delà d'être à risque pour la grossesse elle-même (absence de dépistage de pathologies gestationnelles, maternelles ou fœtales) maintiennent le trouble et empêchent la mise en place de mécanismes d'adaptation.

La caractérisation de ce trouble demeure ainsi primordiale, en raison des conséquences que la tocophobie et, plus largement les états d'anxiété et de stress pendant la grossesse peuvent entraîner.

En effet, la plupart des études sur le sujet mettent en évidence de nombreuses complications obstétricales, psychologiques et néonatales, dues aux mécanismes de stress et d'anxiété : menaces d'accouchements prématurés, retard de croissance intra-utérin, majoration des troubles psychiques pendant la grossesse, demande de césarienne en dehors de toute indication médicale, allongement de la durée du travail avec, en conséquence, une augmentation de la proportion d'intervention pendant l'accouchement (analgésie péridurale, accouchements instrumentaux, césarienne en urgence), complications néonatales, sentiment d'échec [1, 4, 7, 15].

De plus, certaines de ces complications peuvent avoir des conséquences à plus long terme : ainsi, un mauvais vécu de l'accouchement majore l'instabilité émotionnelle post-natale, avec un risque augmenté de baby-blues et de dépression du post-partum, de développement d'un syndrome de stress post-traumatique et autres pathologies psychiatriques pouvant nécessiter un traitement et un suivi psychiatrique au long cours [5, 6, 7, 17, 22]. Ces troubles psychologiques post-natals chez la mère, peuvent à leur tour entraîner des difficultés lors de la mise en place du lien mère-enfant. Un trouble de la relation mère-enfant augmente la susceptibilité chez le jeune enfant de troubles relationnels futurs [2, 6, 15].

Enfin, un vécu traumatique de l'accouchement augmente le risque de développer une tocophobie secondaire, [5, 15, 22].

Le nombre et l'importance des conséquences de la tocophobie rendent nécessaire la mise en place de stratégies de dépistage, par l'utilisation de divers tests psychométriques retrouvés dans la littérature.

L'outil validé le plus pertinent, et donc le plus utilisé et retrouvé dans la littérature pour le dépistage de la tocophobie est le Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire A (W-DEQ A, **Annexe 2**). Il s'agit d'un test psychométrique développé en 1998, basé sur 33 items mesurant le niveau de stress et de peur pendant l'accouchement. Ces 33 items contiennent chacun 6 sous-échelles [**Annexe 3**], qui correspondent chacune à des valeurs allant de 1 à 6 points [17]. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de peur exprimé augmente.

À l'origine prévu pour dépister les femmes exprimant un haut niveau de peur (score ≥66), il est aujourd'hui essentiellement utilisé pour dépister les patientes avec une peur sévère d'accoucher (score ≥85) [4, 11, 18]. Cependant, les valeurs-seuil varient selon les études : 66, 85 ou au-delà de 100, pour un score maximal à 165.

Dans la plupart des études analysées, le W-DEQ A est associé à d'autres échelles psychométriques.

La Fear of Birth Scale (FOBS, **Annexe 4**) est une échelle visuelle analogique, composé de deux questions, dont l'usage est recommandé en complément du W-DEQ A afin de faciliter son utilisation [4, 22].

D'autres outils sont utilisés pour évaluer la prévalence de la peur d'accoucher, mais leur utilisation est plus sporadique : le Pregnancy-Specific Anxiety Inventory (PSAI) [19], le Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI).

L'Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, **Annexe 5**) est une échelle psychométrique utilisée d'abord pour dépister la dépression du post-partum, mais elle a également été validée pour une utilisation durant la grossesse [20].

Dans les études qui ne mentionnent pas la tocophobie à proprement parler, mais qui parlent plutôt « d'anxiété pendant la grossesse », les outils de mesure sont davantage axés sur les critères de l'anxiété. On retrouve ainsi le Beck Anxiety Inventory (BAI), le State/Trait Anxiety Inventory (STAI) [19] ou encore le Stress Coping Inventory (SCI).

La tocophobie, étymologiquement « phobie de l'accouchement », présente les caractéristiques d'une phobie spécifique selon les critères du DSM-5. La phobie spécifique se manifeste par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifiques redoutés pouvant mener à un comportement d'évitement.

Il est important, en tant que soignant, de réaliser que la personne phobique a conscience du caractère irrationnel ou excessif de sa peur [13].
Cliniquement, les symptômes d'une crise d'angoisse sont la tachycardie, les contractions musculaires, les tremblements, la respiration courte et accélérée, une oppression dans la poitrine, ou encore une sensation de menace et d'instabilité [3, 13].
Ceci permet ainsi, dans certaines études, d'utiliser le DSM-5 Clinique dans le dépistage de la tocophobie [11]. Cet outil étant essentiellement accessible aux psychiatres, il parait compliqué de pouvoir s'en servir comme outil de routine pour le dépistage de la tocophobie.

L'obstacle principal au dépistage universel de la tocophobie est l'absence de disponibilité et d'adaptation des tests utilisés en toutes les langues.
De plus, la multiplicité des tests utilisés rend difficile la comparaison des chiffres de prévalence de la tocophobie, et ne facilite pas l'établissement de critères de jugement clairs et harmonisés.
Malgré ces biais méthodologiques, il est apparu au fil des articles la possibilité d'identifier des facteurs de risque récurrents chez les femmes exprimant une tocophobie, permettant, en l'absence de tests, de définir certains profils de femmes susceptibles de développer une tocophobie.

3- Facteurs de risques et profils de femmes souffrant de tocophobie

Lorsque les femmes souffrant d'une peur sévère d'accoucher sont interrogées, elles expriment un certain nombre de peurs définies et précises, qui viennent nourrir l'angoisse plus profonde de l'accouchement [8, 14] :

- la peur de perdre la grossesse,
- la peur de la douleur,
- la peur d'être incapable d'accoucher,
- la peur de perdre le contrôle lors de l'accouchement,
- la peur de perdre la raison et de sombrer dans la démence,
- la peur des complications obstétricales,
- la peur pour la santé du fœtus et du nouveau-né,
- et enfin, la peur de la mort, la leur ou celle de leur enfant.

L'accumulation de ces peurs est liée à l'expression de l'anxiété, et inversement, l'anxiété contribue au développement des peurs, dans un cercle vicieux menant à la construction de la peur sévère d'accoucher.
Il a été retrouvé des niveaux équivalents de peur chez les nullipares et chez les multipares, mais il paraît évident que la peur sévère d'accoucher provient de causes sensiblement différentes [22].

a) Tocophobie primaire

La tocophobie primaire concerne les femmes, enceintes ou non, n'ayant jamais eu de grossesse auparavant, et donc n'ayant jamais eu besoin de faire face ni à un accouchement, ni même aux changements imposés par la grossesse.

Anxiété et fragilité psychique

L'un des principaux facteurs de risque retrouvés de tocophobie est l'existence de troubles anxieux, surtout lorsqu'ils sont préexistants à la grossesse. En effet, les femmes exprimant de hauts niveaux d'anxiété ont 2,4 fois plus de risques de développer une peur d'accoucher [17].
De manière générale, les femmes sont davantage exposées à l'anxiété au cours de leur vie [14], et l'anxiété en tant que trait de personnalité d'une femme, ajoutée à l'angoisse et à la fragilité psychologique induites par la grossesse ne peuvent qu'augmenter son risque d'exprimer une tocophobie.
De plus, par définition, la tocophobie est étroitement liée aux troubles psychiques en général, ainsi, les femmes disposant d'une santé mentale fragile, ou d'antécédents personnels psychiatriques sont les plus vulnérables face aux psychopathologies en général, et donc par conséquent à la tocophobie [3, 11, 15, 17, 18, 21]. Les pathologies psychiatriques prédisposant davantage à un risque de tocophobie sont les troubles anxieux généralisés et la dépression, avec ou sans traitement [18, 19, 25].

Une femme nécessitant hors grossesse un suivi psychologique aura également plus de risque de développer des troubles tels que la tocophobie.

Dans la mesure où leurs antécédents ont de grandes chances d'être connus des personnels médicaux assurant le suivi de la grossesse, ces femmes auront tendance à bénéficier d'un suivi adapté, auquel il faudra tout de même rester vigilant.

Auto-efficacité, confiance et estime de soi

L'auto-efficacité, ou efficacité personnelle, est un concept régulièrement retrouvé dans les articles étudiés [11, 14, 15, 18]. L'efficacité personnelle est un sentiment qui désigne les croyances d'une personne en sa propre efficacité, en ses capacités à agir ou à faire face à une situation donnée [23, 24]. La perturbation de ces croyances peut entrainer le développement de troubles psychiques, notamment les troubles anxieux et les troubles phobiques.

La confiance des femmes en elles et en leurs compétences tient un rôle prépondérant dans le vécu de leur travail et leur accouchement. Dans le cas de la peur sévère d'accoucher, une femme qui n'a pas confiance en sa capacité à mettre au monde son enfant est convaincue qu'elle ne pourra pas faire face à la situation inévitable de l'accouchement, perspective qui peut alors devenir intolérable, expliquant les mécanismes de construction et de manifestation de la tocophobie.

Elle préfèrera ainsi prévoir une césarienne dès le début de la grossesse, ou même, en fonction de ses croyances en ses capacités, éviter complètement toute grossesse, malgré un désir d'enfant.

Inversement, une femme anxieuse quant à la grossesse et l'accouchement, mais disposant d'un solide sentiment d'efficacité personnelle aura tendance à mettre en place des stratégies d'adaptation (ou stratégies de *coping*) et de défense, lui permettant de surmonter cette peur et d'empêcher l'installation de la tocophobie [24].

D'autre part, le sentiment de faible efficacité personnelle peut s'étendre au-delà de l'accouchement, et remettre en question chez une femme la confiance en ses capacités à être une bonne mère [14].

Ainsi, une femme avec une faible efficacité personnelle aura besoin d'un support émotionnel plus important, mais aussi d'un accompagnement qui lui permette de s'exprimer, de gérer sa peur et de prendre confiance en ses capacités [11, 15, 18].

Contexte familial et social

L'entourage familial tient une place centrale dans la construction et la vie sociale de toute personne. Cette place devient d'autant plus importante dans la vie d'une femme lorsqu'elle est enceinte [14, 17, 19].

En effet, l'arrivée d'un enfant, surtout s'il s'agit du premier, repense entièrement l'organisation familiale, dans la mesure où se prépare une transition générationnelle.

La famille devient alors un soutien non négligeable, un repère stable dans la vague de changements qui se prépare.

Le principal phénomène relatif au schéma familial retrouvé dans les facteurs de risque de tocophobie est la construction de familles nucléaires, c'est-à-dire le rétrécissement de la famille au simple couple et ses enfants. Il s'agit du fonctionnement le plus répandu dans la société occidentale, par opposition à la famille étendue traditionnelle, composée de plusieurs générations vivant en communauté.

La construction familiale nucléaire amoindrit la possibilité d'une transmission mère-fille de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, contribuant à l'isolement de la femme enceinte [4, 19]. En effet, l'accompagnement par sa mère d'une femme pendant sa grossesse peut constituer une aide dans le passage du statut de fille à celui de mère, tout en restant l'enfant de ses parents.

Cependant, un schéma familial toxique, voire inexistant, l'absence de repère dans sa propre construction, semble plus à risque de fragiliser une femme, et l'exposera davantage à des situations d'isolement, dans cette période particulièrement complexe [8, 14].

L'isolement social peut également être dû à l'existence d'un contexte d'éloignement familial, chez des femmes qui vivent dans un pays étranger, loin de leur famille, et ont peu d'interactions sociales, si elles sont sans emploi notamment [22].

D'autre part, le partenaire joue un rôle prépondérant tout au long de la grossesse. En effet, dans la plupart des cas, une grossesse s'initie à deux, et le projet se construit au fil de la grossesse. Or, une vie conjugale instable, l'absence du partenaire, le manque de soutien et d'implication de sa part dans l'accomplissement d'un projet censé être commun, sont retrouvés de manière récurrente dans les causes de manifestions d'anxiété pendant la grossesse [8, 14, 18, 19, 22].

De même, une grossesse non planifiée, qui survient de manière imprévue peut aisément être source d'angoisse, surtout lorsqu'elle s'ajoute à un contexte conjugal flou [14, 22].

Enfin, certains éléments passés et vécus, inscrits ou non dans l'histoire familiale, certaines périodes refoulées de la vie, qui ont malgré tout contribué à la construction psychique d'une femme, influenceront en partie l'intensité et les répercussions du phénomène de transparence psychique, à l'origine d'une exacerbation de la vulnérabilité de la femme enceinte [1].

Ainsi, des antécédents d'abus peuvent se manifester violemment à la conscience, et déclencher des troubles anxieux et phobiques, se répercutant sur la grossesse [3, 5, 22, 25].

Les abus subis peuvent revêtir la forme de violences psychologiques ou physiques, ou d'abus sexuels. En effet, la grossesse est une période majeure de changements physiques, de sensations de modifications corporelles. Ainsi, des antécédents de violences physiques peuvent faire remonter des angoisses liées au corps meurtri. Il en est de même pour les victimes de violences psychiques, dont les conséquences peuvent aller jusqu'à la destruction de l'estime de soi, et de sa propre personnalité [18]. De plus, le vécu d'abus sexuels peut entraîner un rejet pur et simple du milieu gynécologique et obstétrical [5, 22], menant à l'évitement du suivi de la grossesse, à la fuite jusqu'au moment de l'accouchement. Le personnel médical peut ainsi être amené à accompagner l'accouchement d'une patiente dont la grossesse n'a pas été suivie, augmentant le risque de complications maternelles et néonatales. Ces cas-là semblent être parmi les plus difficiles à dépister et à prendre en charge.

Enfin, des antécédents de maltraitances médicales, notamment gynécologiques (examens brutaux et abusifs, touchers vaginaux inutiles, propos malveillants ou infantilisants), peuvent déclencher une appréhension de la confrontation avec le milieu hospitalier, voire un refus de suivi, aussi bien gynécologique qu'obstétrical [22].

D'autre part, la tocophobie peut également être liée à la nosocomephobie, la phobie du milieu médical, pouvant se développer suite à des expériences douloureuses, traumatiques en lien avec les lieux de soins médicaux (cliniques, hôpitaux, centres de soin) : antécédent d'hospitalisation pour maladie grave, décès d'un proche dans un hôpital [28].

Elle est elle-même étroitement intriquée avec le « syndrome de la blouse blanche », qui provoque une élévation de la tension dans un environnement médical, du au stress ressenti par le patient dans cet environnement ; la phobie du sang et des injections peut également être associée à la phobie de l'hôpital. Cette dernière s'exprime par une augmentation de la tension artérielle et du rythme cardiaque pendant quelques secondes, puis leur chute brutale provoquant une syncope vasovagale [13].

L'existence de ces phobies liées au milieu médical peuvent, de plus, mener à l'évitement d'une hospitalisation, même lorsqu'elle est nécessaire, et sont en conséquence susceptibles de prédisposer au développement de la tocophobie.

Dans un contexte de tocophobie primaire, d'autant plus si elle n'est ni recherchée, ni connue, ni prise en charge, il existe un risque majoré de complications lors de l'accouchement et, au vu de la fragilité psychique induite par ce trouble, les femmes concernées sont davantage susceptibles de développer des pathologies psychiques dans le post-partum.
Ainsi, les risques d'instabilité émotionnelle post-natale, avec le développement d'un syndrome de stress post-traumatique ou d'une dépression du post-partum sont majorés par l'existence d'une tocophobie primaire, et, par conséquent, peuvent mener à terme à la persistance, voire l'aggravation de la peur sévère d'accoucher [5, 15, 18, 22].

b) Tocophobie secondaire

La particularité de la tocophobie secondaire est qu'elle apparaît chez des femmes ayant déjà fait l'expérience d'une grossesse et/ou d'un accouchement.
La complexité de cette tocophobie secondaire réside dans la probabilité que non seulement les femmes qui l'expriment aient souffert d'une expérience antérieure pénible, voire traumatisante, de la grossesse et/ou de l'accouchement, mais qu'en plus, elles soient également à risque de présenter les prédispositions et de souffrir des conséquences précédemment évoquées à propos de la tocophobie primaire.

Tout d'abord, une femme avec un antécédent de grossesse pathologique, ayant nécessité une surveillance hospitalière rapprochée peut craindre une nouvelle grossesse, afin de ne pas revivre les angoisses nées de l'hospitalisation, et repousser l'envie d'une grossesse suivante [8].
Il en est de même avec les femmes ayant subi une ou plusieurs fausses couches tardives ou morts fœtales in utero, d'autant plus si elles sont survenues tard dans la grossesse et donc si celle-ci a été longtemps investie [8, 22].
Le traumatisme vécu peut parfois réveiller des angoisses, et à l'issue du travail de deuil nécessaire, rendre inacceptable l'idée d'une nouvelle grossesse, malgré un désir d'enfant, pour ne pas avoir à revivre cette épreuve.

La cause principale retrouvée de tocophobie secondaire est l'antécédent de mauvais vécu d'un accouchement [18, 22]. Parmi ces antécédents sont mentionnés par les femmes les accouchements traumatiques, ayant nécessité une extraction instrumentale ou une épisiotomie, ainsi que ceux ayant mené à la réalisation d'une césarienne en urgence [5, 18, 22].

Au-delà du contexte stressant de l'urgence, justifiant l'utilisation d'instruments, la réalisation d'une épisiotomie ou d'une césarienne, le développement d'une tocophobie secondaire peut également avoir pour origine les douleurs périnéales ou abdominales occasionnées par ces gestes invasifs et traumatisants [5, 14].

Enfin, le mauvais vécu d'un accouchement peut également, et surtout, passer par la soumission à des maltraitances médicales, voire à des violences obstétricales [22], avec toutes les conséquences psychologiques qu'elles impliquent.

De nombreuses études mettent en évidence le manque de confiance des femmes en l'équipe médicale [6, 8, 14, 22, 26], accentué par les témoignages, ces dernières années, de femmes ayant subi des violences de la part du personnel soignant au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Malgré l'identification de facteurs de risque et profils de femmes à risque de développer une tocophobie, primaire ou secondaire, il faut garder à l'esprit que non seulement ces facteurs de risque sont étroitement intriqués les uns avec les autres et existent rarement de manière isolée, mais aussi qu'il ne s'agit certainement pas des seuls facteurs de prédisposition existants, et que certains échappent encore aux études menées, dans la mesure où la caractérisation même de la tocophobie manque de précision.

Cependant, il apparait avec certitude que les soignants qui gravitent autour des femmes tout le long de leur grossesse ont un réel rôle à jouer dans le dépistage et l'accompagnement de la tocophobie primaire, et surtout dans la prévention de la tocophobie secondaire.

4- Prises en charge développées actuellement

La tocophobie a été définie comme une phobie médico-psychologique par certains auteurs, justifiant une prise en charge pluridisciplinaire, médicale et psychologique [15].

Une prise en charge retrouvée dans la littérature a été la mise en place de séance de psychoéducation par des sages-femmes [10, 21], avec pour objectif d'accompagner spécifiquement les patientes exprimant une peur sévère d'accoucher, de les informer sur le déroulement de l'accouchement, tout en leur proposant des exercices de relaxation et de désapprentissage des mécanismes de peur et d'anxiété, dans le but de ne pas les laisser s'amplifier et de pouvoir mettre en place, ensuite, des stratégies de coping [26].
Cette prise en charge a montré des résultats positifs, avec une augmentation de la proportion des accouchements par voie basse chez les patientes exprimant une peur sévère d'accoucher [21], une diminution de la peur d'accoucher et une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle [10].
Les résultats encourageants de la mise en place de consultations psychoéducatives montrent que la tocophobie peut être prise en charge de manière efficace, et que certains critères associés à ce trouble peuvent être modifiés. C'est le cas, par exemple, de l'efficacité personnelle [10].
En effet, le sentiment d'efficacité personnelle est situationnel, ce n'est pas un trait de personnalité, il existe donc la possibilité de travailler dessus et de changer la vision de ses propres capacités [24]. Cette théorie est la base des thérapies cognitivo-comportementales proposées par les psychologues.
Ainsi, selon le degré de peur d'accoucher, une prise en charge peut être proposée avec un psychologue, habilité à réaliser une évaluation de l'efficacité personnelle.

Ainsi, la prise en charge de la tocophobie doit vraisemblablement s'organiser selon 2 axes [4, 11] :

- une sensibilisation des professionnels de santé à la tocophobie, à commencer par la sage-femme, afin de pouvoir identifier les profils de femmes les plus à risque, et rendre possible un dépistage précoce permettant une orientation vers les professionnels de santé adaptés (psychologues ou psychiatres),
- la mise en place pour les patientes d'un suivi psychologique s'inscrivant dans une véritable approche et coopération pluridisciplinaire, afin de leur permettre de réduire les conséquences de la tocophobie sur leur grossesse.

Place de la sage-femme dans la prise en charge de la tocophobie

L'instabilité prégnante lors de la grossesse chez les femmes souffrant de tocophobie rend évidente la nécessité d'un référent solide et bienveillant sur lequel s'appuyer. La sage-femme, de par sa formation médicale, mais aussi sa place privilégiée auprès des femmes tient un rôle central dans la prise en charge de la tocophobie.

En effet, elle est le premier interlocuteur de la femme enceinte, et en conséquence elle se doit de créer un espace d'écoute et de parole afin de permettre l'établissement d'une relation de confiance avec ses patientes [26]. Elle détient un rôle en première ligne de soutien et d'accompagnement, ainsi que celui de prévention et dépistage de tout situation pathologique.

Dans le cadre de la tocophobie, elle doit pouvoir être en mesure de proposer aux femmes qui en expriment le besoin un relai psychologique dans un environnement bienveillant. Une première approche de dépistage d'une éventuelle tocophobie pourrait être une simple question : « comment vous sentez-vous à propos de votre grossesse ? », ou encore un approfondissement du vécu des accouchements passés.

D'autre part, il est nécessaire pour la sage-femme d'être attentive aux absences répétées au consultations, aux impossibilités de consultations, et de leur donner sens, en collaboration avec leurs patientes, dans leur accompagnement.

C'est à la sage-femme également d'adapter le suivi de grossesse, en insistant d'abord sur l'importance de l'entretien prénatal (ou du 4ème mois), qui, plus qu'un simple rendez-vous de suivi de grossesse, constitue un temps privilégié au cours duquel la femme peut faire part de son vécu de la grossesse, de ses appréhensions, ou encore réfléchir en présence d'un professionnel de santé à ses besoins, ses envies, ses attentes en ce qui concerne la suite de la grossesse et l'accouchement. Plus long qu'une consultation classique, il est généralement mené par la sage-femme, qui est parfaitement habilitée à orienter sa patiente vers une prise en charge psychologique adaptée si elle l'estime nécessaire, ou si la femme en exprime le besoin [27]. Cet entretien s'inscrit dans le parcours classique du suivi de la grossesse, bien qu'il ne soit pas systématiquement assuré par les professionnels du suivi de la grossesse, ni même connu des femmes enceintes. Il constitue pourtant une étape primordiale à ne pas négliger, en regard des situations à risque qu'il pourrait permettre de dépister.

D'autre part, l'entretien prénatal peut être approfondi si nécessaire dans un second temps avec la mise en place de l'entretien médico-psycho-social, consultation complémentaire uniquement centrée sur la grossesse, son vécu et les éventuelles difficultés qu'elle peut poser à la femme ou au couple [27].
Au cours de ce moment de parole privilégié, tous les sujets peuvent être abordés afin d'anticiper au mieux les sources d'inquiétude de la future mère. L'issue de cet entretien, également assuré par la sage-femme, lui permettra de mieux comprendre les attentes et les besoins de la femme et de mettre en place de solutions adaptées à chaque situation.
Le quatrième mois est, en outre, le meilleur moment pour proposer aux femmes enceintes de suivre des cours de préparation à la naissance, partie intégrante du parcours de la grossesse.
Ces séances présentent également un moment privilégié d'échange avec la sage-femme, mais aussi avec d'autres femmes enceintes, qui peuvent s'enrichir mutuellement de leurs expériences, se préparer ensemble, se sentir également moins seules parfois. De plus, ces séances peuvent aussi être modulées par la sage-femme, qui peut mettre en place des séances individuelles pour les patientes qui seraient plus à l'aise en relation duelle pour parler de leurs doutes ou de leurs angoisses [11, 19, 26].

Il est surtout important, au cours des consultations de suivi de grossesse, de parler de l'existence de la peur d'accoucher, de ne pas en faire un sujet tabou.
En effet, même si la grossesse reste, dans le meilleur des cas, un événement heureux et parfois épanouissant, il ne faut pas oublier la complexité de cette période, aussi bien psychiquement pour les femmes, que médicalement, avec les risques avérés et connus de complications.

Enfin, après l'accouchement, les jeunes mères bénéficient d'une visite post-natale avec une sage-femme, le plus souvent. Cette consultation doit permettre, entre autres, de faire le point sur le vécu de la grossesse, le déroulement de l'accouchement et de dépister les troubles psychiques du post-partum. Cette visite de la sage-femme au domicile de la femme doit pouvoir lui permettre de s'exprimer dans un cadre sécure, l'encourageant à verbaliser les difficultés éventuellement rencontrées, et donnant à la sage-femme l'opportunité de rechercher, a postériori, une éventuelle tocophobie au cours de la grossesse passée, voire des risques actuels de développement de tocophobie secondaire.

La sage-femme dispose ainsi d'un large éventail de possibilités d'accompagnement des femmes enceintes, mais également – et c'est bien là toute l'importance de leur rôle – des femmes en dehors de toute grossesse.
Il pourrait par exemple être intéressant d'informer davantage sur la possibilité de réaliser des consultations pré-conceptionnelles, dans le but de permettre aux femmes souhaitant une grossesse de se préparer, s'informer, mais aussi de mettre en place un suivi au long terme.
Ces consultations seraient idéales pour dépister les femmes à risque de souffrir de tocophobie, ou bien qui l'expriment déjà, afin de les prendre en charge le plus précocement possible et d'enrayer les mécanismes délétères dont la tocophobie est responsable.
De plus, ces consultations permettraient également de dépister les antécédents traumatiques liés au milieu médical, notamment les violences obstétricales en cas de grossesse précédente.

D'autre part, la sage-femme intervient également dans le suivi gynécologique de prévention de la femme en bonne santé. Dans un cadre bienveillant et de suivi régulier avec une même professionnelle, une consultation de suivi gynécologique peut tout à fait donner lieu à l'approfondissement de certains antécédents mis à jour, comme par exemple des antécédents d'anxiété, de troubles psychiatriques, ou même d'abus sexuels. Autant d'antécédents constituant les profils à risque de tocophobie, et dont la découverte permet à la sage-femme de proposer un soutien psychologique adapté, surtout s'il existe chez ces patientes un désir d'enfant.

Ainsi, par définition, la sage-femme est la professionnelle médicale privilégiée des femmes, elle trouve sa place dans toutes les étapes de leur vie, et le suivi personnalisé des femmes par « leur » sage-femme permet, lors d'une grossesse, d'avoir une vision complète d'une femme, et pas uniquement la vision clinique de la grossesse. À l'instar du médecin de famille, la sage-femme a sa place dans le cercle des professionnels de santé de promixité, dans le suivi intime et spécifique des femmes. Il est donc primordial pour les sages-femmes de prendre cette place et de s'imposer dans la prise en charge des femmes en bonne santé, ainsi que de les sensibiliser davantage et les former au dépistage des troubles psychiques que peut traverser une femme lorsqu'elle est enceinte.

Conclusion

D'après toutes les études de prévalence menées, même si la tocophobie ne concerne pas la majorité des femmes vivant une grossesse, elle en représente tout de même une proportion importante, surtout en regard des troubles qu'elle peut causer.
Il semblerait, en outre, que la prévalence de la tocophobie augmente à mesure que les études s'y intéressant se multiplient. On peut ainsi s'imaginer que, loin d'être un cas isolé, la tocophobie touche davantage de femmes et, face aux nombreux biais rencontrés et à la difficulté à la caractériser, il existe une forte probabilité pour que la tocophobie soit sous-diagnostiquée, et, par conséquent, sous-évaluée.
Ainsi, les obstacles majeurs qui subsistent restent la caractérisation clinique de la tocophobie, qui doit être précisée, ainsi que les tests de dépistage, qui doivent être adaptés, uniformisés et clairs, afin de pouvoir mettre en place une prise en charge efficace des femmes le nécessitant, avec la sage-femme pour coordonner la mise en place du suivi.
La place de la sage-femme est parfois sous-estimée, notamment en ce qui concerne les capacités d'accompagnement humain et psychologique dont elle dispose, alors que sa proximité de la sphère intime des femmes justifie pleinement son intervention dans le suivi des femmes en difficulté sociale ou psychologique.

Dès le commencement de ce travail, un lien évident a pu être établi entre les violences obstétricales et le développement d'une tocophobie secondaire. Ainsi, dans la lignée de la dénonciation des violences obstétricales, il est nécessaire de reconnaître les dérives que peut entraîner la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement, et cela même en dehors d'antécédents de violences obstétricales [29].

Il est finalement évident qu'il existe un certain nombre de facteurs sur lesquels il est possible d'agir en tant que soignant [18] :

- le manque d'informations fiables et rassurantes sur la grossesse et son déroulement ainsi que sur l'accouchement, en insistant sur l'importance des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- l'absence de soutien de l'équipe médicale, en proposant un accompagnement bienveillant et une humanisation des soins, en prenant en compte la singularité de chaque patiente ;

- la peur de subir des violences obstétricales, en s'assurant à chaque instant de la compréhension et du consentement aux actes réalisés.

Les femmes doivent pouvoir participer activement aux décisions quant à leur suivi de grossesse et à leur accouchement, et les professionnels de santé les accompagner de manière bienveillante, avec pédagogie et diplomatie, sans jamais dépasser leur rôle de soignant, ni devenir les seuls décisionnaires.
D'autre part, il parait important aujourd'hui de porter à l'attention du public l'existence de la tocophobie, afin de ne pas isoler davantage les femmes qui en souffrent, désacraliser le vécu d'une grossesse, et admettre que parfois, la grossesse et l'accouchement ne sont pas les périodes les plus agréables dans la vie d'une femme, ni d'ailleurs dans celle de son partenaire.

En effet, certaines études ont mis en évidence la possibilité d'une tocophobie éprouvée par les hommes, potentiellement futurs pères [6, 17]. Il pourrait être intéressant d'étudier les effets de cette tocophobie sur l'homme, le couple, et dans quelle mesure la tocophobie éprouvée par les futurs pères peut avoir des conséquences sur les choix de la voie d'accouchement, le vécu de la grossesse et du post-partum par les femmes.

Bibliographie

1. Bydlowski M., Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et representation de l'objet interne. Devenir. 2001/2 Vol. 13. 41-52
2. Gasman I, Allilaire J-F, Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. 2009. Abrégés Connaissances pratiques, Elsevier Masson
3. Rondung E, Thomten J, Sundin O. Psychological perspectives on fear of childbirth. J Anxiety Disord. 2016; 44:80-91
4. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC & O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017; 96:907-920
5. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F, Ricca V. Tocophobia in the DSM-5 era : Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. Journal of Psychometric Research. 2018 ;116 :37-43
6. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. Midwifery. 2014; 30:145-88
7. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82:201-8
8. Melender H-L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth: Issues in Perinatal Care. 2002, 29(2), 101-111
9. Lukasse M, Schei B, Ryding EL. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. Sex Reprod Healthc. 2014; 5:99-106
10. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth. 2014; 41:384-94
11. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: A series of 26 cases. British Journal of Psychiatry 2000;176, 83-85
12. ANAES, Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, Janvier 2000
13. Article R4127-318 du Code de la Santé Publique
14. Cottraux J, Mollard E *in* Boulenger J-P. et al. *Les Troubles Anxieux*. Psychiatrie. 2014; 132-143

15. Deklava L, Lubina K, Circenis K, Sudraba V, Millere I. Causes of anxiety during pregnancy. Procedia - Social and Behavioral Sciences 205. 2015 ; 623 – 626
16. Friedli M. Die Geburt – ein Albtraum : Welche effektiven Therapie bei Tokophobie warden in der evidenzbasierte Literatur beschrieben und welcher Handlungsspielraum kann für die Hebamme diesbezüglich definiert werden ? [Mémoire de sage-femme]. Zürich, Suisse; 2014
17. Singh Bhatia M, Jhanjee A. Tokophobia : A dread of pregnancy. Industrial Psychiatry Journal. 2012 Jul-Dec ;21(2) :158-159
18. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Calik K. Y. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. Procedia – Social and Behavioral Sciences 237. 2017 ;1045-1052
19. Toohill J, Creedy D.K, Gamble J, Fenwick J, A cross-sectionnal study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice: An Australian perspective. Women and Birth. 2015; 310-316
20. Madhavanprabhakaran G.K., D'Souza M.S, Nairy K.S. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2015 ;1-7
21. Garthus-Niegel S, Størksen H.G, Torgersen L, Von Soest T, Eberhard-Gran M. The Wijma-Delivery Expectancy/Experience Questionnaire – a factor analytic study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2011;32(3):160-3
22. Sydsjö G, Bladh M, Lilliecreutz C, Persson A.M, Vyöni H, Josefsson A. Obstetric outcomes for nulliparous women who received routine individualized treatment for severe fear of childbirth – a retrospective case control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014, 14:126
23. Dencker A et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. Women and Birth. 32. 2018; 99-111
24. Rondier M. A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/3 | 2004, 475-476
25. De Almeida Carapato E., Petot J.M, L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle. Savoirs. 2004/5 (Hors série); 135-145
26. Demsar K. et al. Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. Journal of perinatal medicine. 2018; 23;46 (2) :151-154
27. Debernardi A., Jeanson E. La peur de l'accouchement : Quel accompagnement les sages-femmes peuvent-elles proposer ? [Mémoire de fin d'étude – Bachelor Thesis Sage-Femme]. Genève;2017

28. CNGOF, Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. La consultation du 4ème mois de grossesse. [En ligne]. http://www.cngof.fr/grossesse/196-la-consultation-du-4eme-mois-de-grossesse. Consulté le 27/02/2020
29. Wikipédia. Nosocomephobie. [En ligne]. https://fr.wikipedia.org/wiki/Nosocomephobie. Consulté le 29/02/2020
30. Franeczek M.-L., Violence obstétricale: essai de définition à partir de la littérature scientifique. [Mémoire de sage-femme]. Marseille, 2018
31. Nunn L. Supporting women with tokophobia to achieve a positive birth. Make Birth Better. 2019

Annexes

Annexe I : Sélection des articles selon la méthode de la HAS [12]

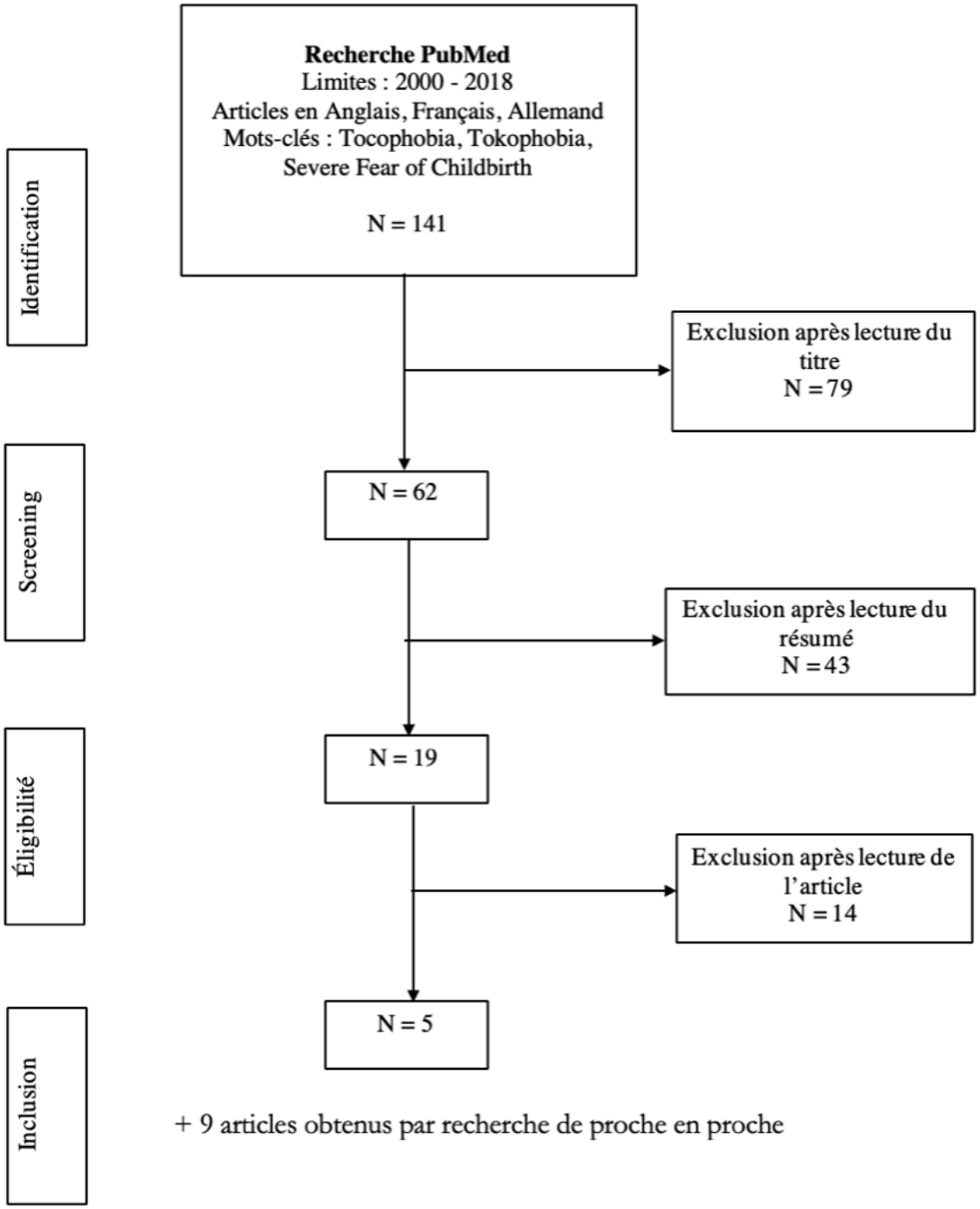
Annexe II : Exemple d'items du W-DEQ A

Annexe III : Sous-échelles utilisées dans les items du W-DEQ A

Annexe IV : Présentation de la Fear Of Birth Scale

Annexe V : Présentation de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)

Annexe I : Sélection des articles selon la HAS



Annexe II : Exemple d'items du W-DEQ A [31]

How do you think your labour and delivery will turn out as a whole?

0 1 2 3 4 5

Extremely fantastic — Not at all fantastic

0 1 2 3 4 5

Extremely frightful — Not at all frightful

How do you think you will feel in general during the labour and delivery?

0 1 2 3 4 5

Extremely lonely — Not at all lonely

0 1 2 3 4 5

Extremely strong — Not at all strong

0 1 2 3 4 5

Extremely confident — Not at all confident

Annexe III : Sous-échelles utilisées dans les items du W-DEQ A

Fear
Negative appraisal
Loneliness
Lack of self-efficacy
Lack of positive anticipation
Concerns for the child

Annexe IV : Présentation de la Fear Of Birth Scale

How do you feel right now about the approaching birth?
Please mark with an X on the lines below.

Calm _____ Worried

No fear _____ Strong fear

Annexe V : Présentation de l'échelle de dépression postnatal d'Édimbourg (EPDS) (1)

Perinatal Services BC
An agency of the Provincial Health Services Authority

Edinburgh Postnatal Depression Scale
Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
____ Oui, tout le temps
__X__ Oui, la plupart du temps
____ Non, pas souvent
____ Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
____ Aussi souvent que d'habitude
____ Pas tout-à-fait autant
____ Beaucoup moins souvent ces jours-ci
____ Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir
____ Autant que d'habitude
____ Plutôt moins que d'habitude
____ Beaucoup moins que d'habitude
____ Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
____ Oui, la plupart du temps
____ Oui, parfois
____ Pas très souvent
____ Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
____ Non, pas du tout
____ Presque jamais
____ Oui, parfois
____ Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raisons
____ Oui, vraiment souvent
____ Oui, parfois
____ Non, pas très souvent
____ Non, pas du tout

West Tower, 3rd Floor, 555 West 12th Avenue
Vancouver, BC V5Z 3X7
Main Line: 604.877.2121
Fax: 604.872.1987
www.perinatalservicesbc.ca

Annexe V : Présentation de l'échelle de dépression postnatal d'Édimbourg (EPDS) (2)

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
   ____ Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
   ____ Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
   ____ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
   ____ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
   ____ Oui, la plupart du temps
   ____ Oui, parfois
   ____ Pas très souvent
   ____ Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou malheureuse
   ____ Oui, la plupart du temps
   ____ Oui, très souvent
   ____ Pas très souvent
   ____ Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
   ____ Oui, la plupart du temps
   ____ Oui, très souvent
   ____ Seulement de temps en temps
   ____ Non, jamais

10. Il m'est arrivée de penser à me faire du mal
   ____ Oui, très souvent
   ____ Parfois
   ____ Presque jamais
   ____ Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox,JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, 782-786.

Reprinted with permission

RÉSUMÉ

LA TOCOPHOBIE : VERS QUEL ACCOMPAGNEMENT ?
REVUE DE LITTÉRATURE

Introduction : La tocophobie, ou peur sévère d'accoucher, est un trouble psychique, touchant 6 à 20% des femmes enceintes, avec des conséquences sur la future mère, le couple et la construction du lien mère-enfant. Peu connue et face à l'absence de consensus, le dépistage et la prise en charge de la tocophobie ne sont pas systématiques.

Objectifs : Identifier les éventuels profils de femmes enceintes à risque de développer une tocophobie, identifier les prises en charge pré, per et post-natales proposées actuellement et déterminer le rôle de la sage-femme dans cette prise en charge.

Méthode : Une revue de la littérature a été réalisée pour ce travail, à partir d'études publiées entre 2000 et 2018. 14 articles ont été sélectionnés et analysés.

Résultats : De nombreux facteurs de risque de tocophobie primaire et secondaire, ont pu être identifiés, notamment un manque d'informations claires et fiables sur la grossesse et son suivi, et la crainte d'une absence de soutien des équipes médicales.

Conclusion : En tant que soignant, il est essentiel d'inclure les femmes dans la prise en charge de leur grossesse, en les accompagnant de manière bienveillante et pédagogue. De par ses compétences médico-socio-psychologiques, la sage-femme a une vraie place dans la prise en charge de la tocophobie.

Mots-clés : Tocophobie, Peur sévère d'accoucher.

ABSTRACT

HOW TO SUPPORT WOMEN WITH TOKOPHOBIA ?
LITERATURE REVIEW

Introduction : Severe fear of childbirth (FOC) is a mental disorder concerning 6 to 20% of pregnant women and has consequences for the mother, the couple and the mother-child relationship. Relatively unknown, the lack of consensus about tokophobia makes difficult the screening and the support of these women suffering from severe FOC.

Objectives : To identify women likely to developp tokophobia, to identify the already proposed perinatal support and to determine the role of the midwives in the care for these women.

Method : This study is a literature review of between 2000 and 2018 published articles. 14 articles were selected and analyzed.

Results : Many risk factors of primary and secondary tokophobia have been identified, especially a lack of clear and reliable informations about pregnancy and its monitoring, and the fear of lack of support from the medical team.

Conclusion : As care provider, it is valuable to involve the women in their pregnancy, in an educative and considerative way. Midwives have the medico-socio-psychological competences to take a real place in the support of women suffering from tokophobia.

Key-words : Tokophobia, Tocophobia, Severe fear of childbirth.