

h e d s

Haute école de santé
Genève

**La peur de l'accouchement :
Quel accompagnement les sages-femmes peuvent-
elles proposer ?**

**Mémoire de fin d'études
Bachelor Thesis Sage-Femme**

Audrey DEBERNARDI

N° de matricule fédéral : 13-851-597

Eva JEANSON

N° de matricule fédéral : 14-587-190

Directrice de Mémoire : Caroline CHAUTEMS
Experte de terrain : Marie Pilar GOMEZ RASIC
Experte enseignante : Dany AUBERT-BURRI

Genève, août 2017

Déclaration sur l'honneur

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques

5 août 2017

Debernardi Audrey et Jeanson Eva

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements à toutes les personnes qui nous ont aidées et soutenues durant l'élaboration de ce travail de mémoire et au cours de nos trois ans d'études.

Un grand merci à :

Caroline Chautems, notre directrice de mémoire, pour son aide précieuse, sa disponibilité et son investissement.

Marie Pilar Gomez Rasic, d'avoir accepté d'être notre experte de terrain. Nous la remercions pour le partage de son expérience professionnelle.

Marie-Julia Guittier pour son encadrement général.

Nos familles et nos amis pour leur écoute, leurs encouragements et leur patience. Nous tenons également à remercier du fond du cœur Fanny pour ses nombreux conseils et son soutien dans les moments de doute.

Sarah et Sandra, nos exceptionnelles copines de volée avec qui nous avons tout partagé durant ces trois années d'études : nos expériences ; nos moments de joies, de plaisirs, de doutes et de craintes. Nous les remercions amplement pour leur soutien et leur présence.

Résumé

Introduction : La grossesse entraîne des bouleversements et des changements autant psychiques que physiques qui ont pour répercussion un état de vulnérabilité plus ou moins important. Cet état peut favoriser le développement de certaines craintes chez les femmes enceintes vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement.

Objectif : L'objectif de ce travail est de mieux comprendre les différentes peurs des femmes enceintes en regard de l'accouchement, les impacts de celles-ci sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum ainsi que le rôle des sages-femmes dans l'accompagnement de ces femmes.

Méthode : Cinq études ont été sélectionnées à partir de plusieurs bases de données telles que Pubmed et CINHALL. Elles ont ensuite été analysées et critiquées. Celles-ci ont été réalisées en Europe et en Australie entre 2009 et 2015.

Résultats : 11% des femmes enceintes sont touchées par la peur sévère de l'accouchement. Les peurs les plus exprimées par celles-ci sont principalement la perte de contrôle, la santé du bébé et le fait de devenir mère. Une ancienne expérience négative de l'accouchement, le manque de soutien social ainsi que des symptômes de dépression augmentent le risque de souffrir de peur de l'accouchement. Les peurs de l'accouchement ont un impact sur le comportement des femmes ainsi que sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le rôle des sages-femmes est important car il influence le vécu des femmes.

Conclusion : En tant que professionnel de la santé il est important d'offrir à ces femmes un espace de parole et d'écoute afin qu'elles se sentent considérées et comprises. Un accompagnement personnalisé et adapté à leurs besoins augmente leur capacité à faire face à ces peurs.

Mots-clés : *Peur, anxiété, accouchement, peur de l'accouchement, grossesse, sage-femme.*

Table des matières

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	8
1.1 INTRODUCTION	9
1.2 CHOIX DU SUJET	11
2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE	13
2.1 LA PEUR	14
2.1.1 DÉFINITION	14
2.1.2 LA TOCOPHOBIE	15
2.2 MODIFICATIONS PSYCHIQUES DE LA FEMME DURANT LA GROSSESSE	16
2.2.1 LA TRANSPARENCE PSYCHIQUE	16
2.2.2 LA CONSTELLATION MATERNELLE	17
2.3 L'ACCOUCHEMENT	18
2.3.1 L'ACCOUCHEMENT COMME TRANSITION	18
2.3.2 LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT ET LA NOTION DU RISQUE	21
2.3.3 LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT	22
2.4 PROBLEMATIQUE	25
2.5 DIMENSION ETHIQUE	26
3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	28
3.1 UTILISATION DES BASES DE DONNEES	29
3.2 CHOIX DES MOTS CLES	29
3.3 ARTICLES SELECTIONNES	31
3.4 FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTERATURE	32
3.4.1 FORCES	32
3.4.2 LIMITES	33
3.5 SCREENING DES BIBLIOGRAPHIES	33

4. ANALYSE DE LA REVUE DE LITTERATURE	34
4.1 TABLEAUX DESCRIPTIFS DES ARTICLES DE LA REVUE DE LITTERATURE	35
4.1.1 PRESENTATION DE L'ARTICLE N°1	35
4.1.2 PRESENTATION DE L'ARTICLE N°2	38
4.1.3 PRESENTATION DE L'ARTICLE N°3	41
4.1.4 PRESENTATION DE L'ARTICLE N°4	44
4.1.5 PRESENTATION DE L'ARTICLE N°5	48
4.2 ANALYSE DE LA REVUE DE LITTERATURE	51
4.2.1 LES PEURS DE L'ACCOUCHEMENT	51
4.2.2 LES FACTEURS INFLUENÇANT LA PEUR DE L'ACCOUCHEMENT	53
4.2.3 LES MANIFESTATIONS DE LA PEUR DE L'ACCOUCHEMENT ET LES STRATEGIES DE COPING	54
4.2.4 LES CONSEQUENCES DE LA PEUR SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	55
4.2.5 LE ROLE SAGE-FEMME	56
5. DISCUSSION ET RETOUR DANS LA PRATIQUE	58
5.1 DISCUSSION	59
5.1.1 LES PEURS DE L'ACCOUCHEMENT	59
5.1.2 LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT	60
5.1.3 L'IMPACT DES PEURS SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	61
5.1.4 LA PLACE DU PARTENAIRE	61
5.1.5 PRISE EN CHARGE DE LA PEUR DE L'ACCOUCHEMENT	62
5.2 RETOUR DANS LA PRATIQUE	63
5.2.1 OFFRIR A CHAQUE FEMME UN SUIVI PERSONNALISE LORS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	63
5.2.2 OFFRIR A CHAQUE FEMME UN ESPACE DE PAROLE	64
5.2.3 PREVENTION ET PROMOTION AUTOUR DES PEURS DE L'ACCOUCHEMENT	65
5.2.4 GESTION DE LA PEUR DE L'ACCOUCHEMENT PAR LA SOPHROLOGIE	67

5.3 LES FORCES ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL	68
5.3.1 FORCES	68
5.3.2 LIMITES	68
6. CONCLUSION	70
7. BIBLIOGRAPHIE	74

1. Questionnement professionnel

1.1 Introduction

L'accouchement est un passage, un changement de statut qui peut provoquer des doutes, des craintes, de la peur chez les futures mères : « serai-je capable ? » (Trélaün, 2012, p. 90). La grossesse entraîne des bouleversements et des changements autant psychiques que physiques qui ont pour répercussion un état de vulnérabilité plus ou moins important. Cet état peut favoriser le développement de certaines craintes chez les femmes enceintes en regard de la grossesse et de l'accouchement.

Avant l'arrivée de l'accouchement médicalisé, début du XXème siècle, la peur de mourir était très présente, la mortalité maternelle était considérable. La révolution industrielle et les progrès médicaux ont progressivement modifié ces peurs. En effet, l'accouchement est devenu sécurisé et la peur de mourir n'est plus la crainte principale (Frydman et al., 2013). Actuellement, les femmes n'ont pas envie de « subir » la douleur, pas envie d'être déchirées, « pourquoi souffrir si on peut choisir la péridurale ? » (Trélaün, 2012).

Les peurs des femmes nullipares sont principalement liées à l'inconnu. Celles des multipares sont essentiellement associées à une expérience négative d'un précédent accouchement. Cependant, certaines craintes peuvent être communes à toutes les femmes, telles que la douleur, la perte de contrôle ou encore le fait de ne pas être incluses dans les prises de décision (Fenwick et al., 2015).

Comme le montre la littérature médicale, les professionnels sont régulièrement confrontés aux différentes peurs des femmes au moment de l'accouchement. Effectivement, cette peur de l'accouchement touche de nombreuses femmes et évolue de façon exponentielle tout le long de la grossesse et peut être encore présente un an après l'accouchement (environ 12,4 % au cours de la grossesse à 15,1 % un an après l'accouchement) (Hildingsson et al., 2011). Dans les pays occidentaux, 10% des femmes enceintes mentionnent souffrir de peur de l'accouchement à un degré qui affecte leur vie quotidienne (Lukasse et al., 2014).

La peur de l'accouchement est décrite comme « l'anxiété causée par l'évaluation d'un possible accouchement futur » (Lukasse et al., 2014). Elle inclut tous les sentiments de stress, d'anxiété, de crainte et d'inquiétude. Elle a pour conséquence une augmentation du taux de césarienne en urgences (Ryding et al., 1998) et électives sans indications médicales. En effet, les femmes craignant d'accoucher par voie basse, optent plus facilement pour une césarienne électorale en ayant l'illusion que cela soit la solution à leurs craintes. Elle augmente également le risque d'accouchements compliqués (Ryding et al., 1998) et peut avoir des répercussions importantes au niveau du vécu de celui-ci, mais également sur une éventuelle grossesse ultérieure en développant un syndrome de stress post-traumatique. (Wijma et al., 1997).

De plus, dans les sociétés industrielles modernes, la présence des médias est prédominante. En effet, de nombreuses femmes se renseignent via internet, la télévision, le cinéma, la presse et les livres. Elles cherchent à obtenir des réponses à leurs interrogations, des renseignements et à se rassurer. Les informations véhiculées peuvent avoir deux effets inverses, à savoir générer ou diminuer le taux d'anxiété. Celui-ci dépend de la fiabilité de la source d'information. Par exemple un livre ou un documentaire spécialisé sur la grossesse peuvent avoir un impact plutôt positif alors que les informations véhiculées sur internet peuvent accentuer ce stress. Effectivement, sur internet, les forums proposent des témoignages de femmes ayant un mauvais vécu de l'accouchement et certains témoignages peuvent être choquants.

En tant que sage-femme, il paraît important de pouvoir mettre en place un accompagnement personnalisé afin de permettre à chaque femme de diminuer ses peurs liées à l'accouchement et les conséquences qui y sont associées. Ceci leur permettrait également de mieux vivre leur grossesse, leur accouchement et ce passage vers leur nouveau statut, celui de mère.

1.2 Choix du sujet

De part notre expérience professionnelle acquise lors des stages, nous avons été confrontées à plusieurs reprises à des femmes exprimant différentes peurs plus ou moins importantes. Nous avons pu constater que ces peurs n'étaient pas toujours reconnues ni prises en compte par les soignants. Que ce soit au prénatal ou lors de l'accouchement peu de mesures sont mises en place pour créer un espace de parole et d'écoute qui permettrait d'identifier les besoins, les attentes et les ressources des femmes afin de proposer un accompagnement personnalisé.

Nous avons également pu constater que c'est en particulier au moment de l'accouchement que toutes ces angoisses accumulées durant la grossesse refont surface, pouvant aller jusqu'à provoquer une perte de contrôle dans certains cas.

Nous nous sommes aperçues que ces préoccupations étaient également présentes chez les femmes en âge de procréer qui envisagent une grossesse ou non dans les années à venir. Plusieurs discours nous ont interpellé dans notre entourage, tel que : « J'ai entendu dire que si mon périnée est trop musclé on va me le couper ! » ou encore « J'ai peur d'être enceinte, car je ne veux pas accoucher, la douleur à l'air insupportable et j'ai peur que tout soit déchiré ». Ceci montre que ces préoccupations ne touchent pas uniquement les femmes enceintes et qu'une certaine inquiétude est déjà présente avant la grossesse. En tant que futures sages-femmes, cela nous porte interrogation sur les représentations qu'il y a autour de l'accouchement. Le fait que ces peurs soient déjà présentes avant l'accouchement, augmenterait-il le risque que ces femmes aient des peurs sévères de l'accouchement lors de leur future grossesse ?

Nous sommes conscientes de la complexité et l'étendue de cette thématique, c'est pour cela que nous avons décidé de cibler nos recherches sur

l'identification des peurs des femmes et ce que la sage-femme peut proposer comme accompagnement lors du suivi prénatal ou en salle d'accouchement.

Nos interrogations sont les suivantes :

- *Quelles sont les peurs des femmes vis-à-vis de la grossesse et de l'accouchement ?*
- *D'où proviennent-elles et comment se manifestent-elles ?*
- *Quelles influences ont-elles sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur l'issue obstétricale ?*
- *Quel est le rôle de la sage-femme dans l'accompagnement de la femme enceinte qui présente des peurs ?*
- *Une prise en soins adaptée serait-elle efficace pour réduire ces peurs ?*

2. Cadre de référence théorique

2.1 La peur

2.1.1 Définition

La peur est définie comme un « phénomène psychologique à caractère affectif qui accompagne la prise de conscience d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire » (Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, 2002, p.248).

En effet, c'est un mécanisme de défense important qui permet à l'individu de faire face à une menace ou un danger. La libération d'hormones et de substances chimiques dans l'organisme alerte le corps et le prépare à fuir ou combattre la menace. (McKenzie, 2014).

La différence entre la peur et l'anxiété est subtile : « La peur est le sentiment qui se manifeste lorsqu'on voit ou qu'on vit un événement effrayant. L'anxiété est plutôt un type de peur qui survient du fait qu'on anticipe ou qu'on redoute quelque chose sans le vivre. » (McKenzie, 2014, p.1).

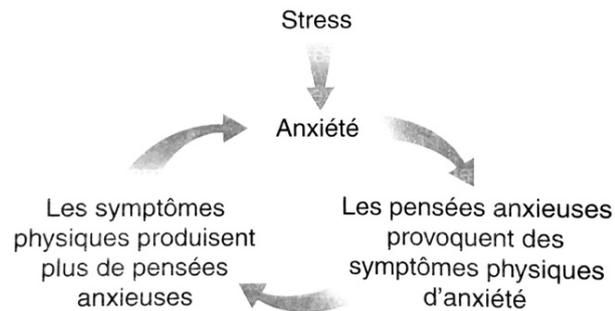
Janet (1926), psychologue français, a défini l'anxiété comme étant une peur sans objet précis. Elle fait partie des émotions principales ressenties par l'être humain, elle est donc de nature physiologique. Selon Tribolet, psychiatre français (1997), l'anxiété bascule vers la pathologie lorsque son caractère devient chronique et invalidant. Il mentionne également le fait que l'anxiété peut être « un état de base » (p.72), c'est-à-dire, un trait de personnalité.

McKenzie (2014) énonce également le caractère pathologique de l'anxiété lorsque cette émotion perdure dans le temps : « Notre réponse de peur est planifiée pour aider le corps à faire face à des menaces physiques graves de courte durée Si elle [l'anxiété] est de trop longue durée, la personne ressent de la panique et un malaise. » (p.3)

Selon Lazarus et Folkman (1987), le stress est la perception d'un événement, jugé par l'individu comme dépassant ses propres ressources et menaçant son bien-être.

Un stress induit une anxiété, pouvant ainsi créer un cercle vicieux. En effet, l'anxiété provoque des symptômes physiques chez l'individu, ceux-ci aggravant ses pensées anxieuses et ainsi de suite.

L'anxiété peut devenir un cercle vicieux



Tiré de : McKenzie, 2014

La peur et l'anxiété sont manifestées par des symptômes physiques et psychiques identiques tels que des palpitations, une gêne respiratoire, un sentiment d'étouffement, des troubles digestifs, une perte d'appétit, des troubles du sommeil, de la fatigue, des troubles de la concentration ou encore de l'énervement. Lors d'une peur intense, les symptômes tels des spasmes, une tachycardie et une dyspnée apparaissent afin de répondre à la menace imminente. (McKenzie, 2014)

2.1.2 La tocophobie

Le concept de la tocophobie est peu connu mais pourtant assez fréquent. Il se définit comme une peur intense et constante de l'accouchement (Petit, 2015) autrement dit c'est « une peur pathologique de la grossesse » (Bhatia & Jhanjee, 2012, p.158). Hofberg et Brockington (2000) sont à l'origine de ce concept, ils définissent : la tocophobie primaire et secondaire. La tocophobie primaire est une peur qui se manifeste chez les nullipares, qui peut même débiter dès l'adolescence. La tocophobie secondaire survient suite à un accouchement traumatique ou pénible.

2.2 Modifications psychiques de la femme durant la grossesse

2.2.1 La transparence psychique

La grossesse peut être décrite comme une période présentant pour la femme un état psychique particulier où son équilibre habituel est perturbé.

Dès les premières semaines de gestation, des fragments de l'inconscient, des réminiscences du passé resurgissent à la conscience. La transparence psychique, telle qu'elle a été définie par Bydlowski (2010), psychiatre et psychanalyste française : « établit une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles » (p.89). Elle précise également que ces réminiscences « affluent en force à la mémoire, sans être barrés par la censure » (p.89). Elles sont parfois vécues comme un sentiment douloureux ou une grande tristesse :

Mme D. est ainsi accablée d'une tristesse incompréhensible dès le début d'une gestation pourtant ardemment désirée. Elle ne sera soulagée qu'après une fausse couche spontanée et fera le lien entre sa détresse actuelle et celle qu'elle éprouvait, petite fille, après la désertion de son père (p.90).

Elles peuvent également être source d'angoisse chez les femmes ayant vécu des événements traumatiques dans l'enfance :

Des angoisses anciennes ... peuvent être réveillées ... et entraîner la crainte d'un effondrement psychique si la grossesse poursuit son cours. Si la grossesse est maintenue, elle risque d'être vécue sous le signe de l'angoisse ou émaillée de symptômes psychosomatiques (Bydlowski, 2008, p.100).

Dans la vie quotidienne, hors grossesse, le monde intérieur de l'individu est protégé par un mécanisme de défense, défini par Freud, « le refoulement ». « Cette force maintient dans l'oubli bien des souvenirs et des émotions d'autrefois ; or ce refoulement est en crise lors de l'attente d'un enfant, il n'assure plus sa fonction protectrice » (Bydlowski, 2010, p.90).

Cette période de crise psychique est comparée à l'adolescence comme étant une période de « crise maturative ». Bydlowski (2008) donne sens à cette crise : « [Celle-ci] contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle » (p.93).

2.2.2 La constellation maternelle

Daniel Stern, pédopsychiatre et psychanalyste, a défini le concept de « la constellation maternelle » comme un état psychique particulier de la future mère s'organisant autour de trois types de discours (1996) :

- Discours de la mère envers sa propre mère
- Discours avec elle-même en tant que mère
- Discours d'elle-même avec son bébé

Ces trois types de discours sont inconsciemment exprimés par la femme sous forme de questions qu'elle se pose laissant apparaître les craintes qui y sont associées. Stern a décrit quatre thèmes :

1. La croissance de la vie

La future mère se pose des questions concernant la survie de son bébé : « Vais-je être capable de garder mon enfant en vie ? Vais-je être capable d'assurer son développement et sa santé physique ? ».

Les craintes sous-jacentes de la mère sont celles que son enfant s'arrête de respirer, qu'il meure, qu'elle n'ait pas assez de lait, qu'elle ne sache pas si son bébé a assez mangé ou encore qu'elle ne sache pas subvenir à ses besoins.

2. La relation primaire

Les questions de la femme en lien avec ce thème concernent la relation entre elle et son bébé : « Est-ce que je vais l'aimer ? Est-ce qu'il va m'aimer ? Vais-je pouvoir m'engager émotionnellement et authentiquement avec mon enfant ? ».

La future mère craint de ne pas être aimée, mais surtout, de ne pas réussir à aimer son enfant.

3. La matrice de soutien

En fin de grossesse et quelques mois après, la femme va se créer un réseau appelé « matrice de soutien ». En effet, durant cette période, elle a besoin d'un soutien psychologique et physique afin d'être protégée, soutenue et préservée. La femme s'entoure en général de sa propre mère, mais également d'autres femmes expérimentées tels que ses sœurs, ses tantes ou ses amies.

Ses craintes concernent sa capacité à créer cette matrice de soutien : « Vais-je réussir à mettre en place une structure de soutien afin de m'aider dans ma nouvelle identité, mon nouveau rôle ? ».

4. La réorganisation identitaire

Les préoccupations de la femme concernent sa capacité à changer d'identité : passer du statut de « fille » à celui de « mère ». La future maman craint de ne pas savoir être mère, mais également de ne pas savoir rester femme. La complexité est de trouver le juste milieu entre ces deux statuts qui fait que la femme restera femme même en tant que mère : « Serais-je capable de transformer mon identité propre et d'assurer mes fonctions de mère et de fille ? ».

2.3 L'accouchement

2.3.1 L'accouchement comme transition

Un changement d'identité : approche psychologique et psychanalytique

« Un passage est un événement *déterminant dans notre vie* qui fera qu'après elle ne sera plus complètement comme avant. » (Collière, 1996, p.168). L'accouchement est donc « un passage » amenant chaque femme dans « une nouvelle phase de la vie » (p.168). Collière (1996) mentionne également que « tout passage ... représente un moment de fragilisation entraînant une appréhension. » (p.169).

Selon Jacques (2007), « on ne peut donner naissance sans accepter de faire mourir l'ancienne identité de fille » (p.133). En effet, cette période de transition inclut l'acceptation d'un nouveau statut, celui de mère, et de laisser derrière soi sa vie de jeune fille.

Au moment de l'accouchement, plus précisément lors du travail et de l'expulsion, on assiste à une double naissance, la naissance de la mère au niveau physique et celle de l'enfant. D'un point de vue psychanalytique, la femme devient mère suite à un long processus qui débute pendant la grossesse, passant par l'accouchement et qui aboutit quelques mois après la naissance (Stern, 1998).

L'identité maternelle se forge durant toute la grossesse mais plus particulièrement au moment de l'accouchement. Comme le nomme Stern (1998) « ce moment très fort est une des étapes ultimes de la préparation à la maternité » (p.65). En effet, lors de l'accouchement la femme se retrouve face à elle-même malgré le soutien de son conjoint et de l'équipe soignante. A ce moment précis se joue un bouleversement psychique important qui a fait son chemin depuis neuf mois. « La nature extrême de cette expérience fait de l'accouchement une transition psychique, une épreuve et un rituel qui marquent un changement profond dans la vie. » (Stern, 1998, p.66).

Selon Besson & Galtier (2009), psychologue et pédopsychiatre, la femme, en devenant mère, accepte de renoncer à sa vie d'avant pour endosser les responsabilités d'un nouvel être humain. Ce processus demande beaucoup de force, de courage et peut entraîner de nombreuses inquiétudes.

Un rite de passage : approche anthropologique

La vie est composée de nombreux passages qui nous permettent d'évoluer (mariage, accouchement, naissance...). Les rites de passage permettent de franchir les étapes de la vie, de passer d'un statut social à un autre. Ceux-ci peuvent se traduire par une cérémonie ou encore par un acte.

Van Gennep, anthropologue, décrit trois étapes qui définissent les rites de passage :

- *Les rites de séparation* : signifie l'isolement d'un individu à l'égard d'un groupe, c'est le commencement d'un passage.
- *Les rites de marge* : période plus ou moins longue durant laquelle l'individu reste en marge du groupe. Celui-ci tente d'acquérir de nouveaux repères afin de se préparer à un nouveau statut.
- *Les rites d'agrégation* : « temps de la réinsertion, de l'appropriation, de la réassurance, souvent marqué par une modification de la place sociale » (cité par Collière, 1996, p.169).

Selon Van Gennep (1909), le passage de la grossesse et de l'accouchement se découpe de la façon suivante :

Tout d'abord, les rites de séparation ont lieu, « [ils] sortent la femme enceinte de la société générale, de la société familiale, et parfois même de la société sexuelle » (p.51). En effet la femme est considérée au même rang qu'un malade. Le fait d'être enceinte signifie un état dangereux, impur. Dans un deuxième temps, la période de marge s'installe, elle correspond au déroulement de la grossesse. Pour finir, les rites de l'accouchement correspondent à la réinsertion de la femme dans la société générale avec une nouvelle situation, un nouveau statut, celui de mère. Que ce soit les rites de la grossesse ou bien de l'accouchement, ils ont tous deux, le but « de faciliter l'accouchement et de protéger la mère et l'enfant, souvent aussi le père ou les parents, ou toute la famille, ou le clan entier contre les influences mauvaises, impersonnelles ou personnifiées » (p.52).

Ce passage peut aussi être analysé de façon différente tout en respectant les trois phases du rite de passage. Selon Jacques (2007), il est symbolisé uniquement par l'accouchement. Tout d'abord la phase de séparation, qui se décrit comme la phase de pré-travail. Dans un deuxième temps, la phase de marge, qui équivaut au travail de l'accouchement ainsi qu'à la phase d'expulsion, moment où la femme devient mère. Pour finir, la phase d'agrégation, le retour à domicile, la réinsertion de la mère dans la vie quotidienne.

2.3.2 La médicalisation de l'accouchement et la notion du risque

Dans les premières sociétés humaines, avant la révolution industrielle (Gélis, 2013), la naissance était perçue comme un événement naturel. Les femmes accouchaient accompagnées d'un cercle féminin familial tel que leur mère, leur famille ou la matrone du village. Les femmes enceintes étaient couramment confrontées à la mortalité périnatale.

Au XVIII^{ème} siècle, lors de la révolution industrielle, on assiste à d'important progrès médicaux, ainsi qu'à une modification des personnes présentes autour de la femme lors de la grossesse et de l'accouchement : « On passe de la matrone et du cercle familial et communautaire à la sage-femme diplômée et au médecin-chirurgien » (Jacques, 2007, p.4).

Carricaburu (2007), sociologue, mentionne « qu'à la fin des années 1960, la mortalité périnatale est l'une des plus élevées d'Europe » (p.125), ceci justifiant le déroulement de l'accouchement de façon médicalisée afin de diminuer les risques liés à l'accouchement. Selon Jacques (2007) : « Cette médicalisation a profondément modifié l'évènement de la mise au monde pour l'adapter aux conditions idéologiques de l'hôpital » (p.1). Effectivement, la médicalisation a permis de diminuer ces risques, ainsi, les pratiques professionnelles autour de la périnatalité ont également évolué : l'omniprésence du risque influence le suivi de la grossesse et de l'accouchement axant les professionnels « sur la recherche de la pathologie [plutôt] que sur la surveillance d'un processus physiologique » (Carricaburu, 2007, p.133).

Malgré la diminution de la mortalité et de la morbidité périnatale depuis l'arrivée de la technologie et des progrès médicaux, « les professionnels de l'obstétrique sont tous d'accord pour dire que « le risque zéro n'existe pas », ils considèrent que la grossesse et surtout l'accouchement peuvent représenter un danger pour la mère et l'enfant. » (p.125). Cependant, il y a plusieurs façons d'évaluer le risque :

Pour les uns l'accouchement est et restera une situation à risque vital, marqué par une incertitude majeure impossible à quantifier ; pour les

autres les risques liés à l'accouchement sont en grande partie prévisibles et conséquemment, il est possible d'orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque estimé. (p.125).

En effet, l'orientation des femmes selon leur niveau de risque permet une meilleure prise en charge. Toutefois, tout accouchement, même physiologique, possède une part d'imprévisibilité et peut rapidement basculer vers la pathologie.

Jacques (2007) constate que « la médicalisation de la naissance et cette prédominance de l'idée de risque sont directement intervenues sur les représentations de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes et les soignants » (p.187). Jacques montre que les femmes ont parfaitement assimilé la notion du risque durant l'accouchement (p.134). Du point de vue des soignants, l'accouchement ne peut être considéré comme physiologique « qu'*a posteriori* » (p.6).

2.3.3 La douleur de l'accouchement

Définition

La douleur est un signal d'alerte qui annonce un danger. Elle actionne une réaction de défense et nous permet d'intégrer cette expérience afin d'être alerte pour un prochain épisode (Vuille, 1998) Elle peut donc se caractériser de deux façons différentes. Tout d'abord par une douleur physique, définie par « une sensation pénible en un point ou dans une région du corps. » (p.21). Elle peut également se caractériser par une douleur psychique, c'est à dire « un sentiment ou [une] émotion pénible résultant de l'insatisfaction des tendances, des besoins. » (p.21).

Lors de l'accouchement, la douleur est physiologique. Elle englobe autant la partie physique que mentale. En effet, elle a comme particularité d'être naturelle. De ce fait, elle ne représente donc pas un message de menace, de danger ou de maladie pour la femme.

La limite entre la douleur et la souffrance est relativement étroite. En effet, il

est facile de faire l'amalgame entre ces deux termes. Pour reprendre l'étymologie du mot souffrir, cela vient du latin « sufferre » qui signifie « supporter », « endurer », « subir ». Il est donc possible d'associer la souffrance au mal-être, ce qui se rapporte à l'émotionnel, l'affectif. Quant à la douleur, il est possible de la décrire. C'est un allié qui nous permet de nous dépasser, de comprendre nos résistances et nos limites (Trelaün, 2012).

Un point sur l'historique de la douleur de l'accouchement

Depuis toujours les discours bibliques véhiculent le message que l'accouchement est synonyme de douleur. Selon Gélis (2013), anthropologue et historien, « elle [la femme] est coupable d'avoir perdu l'humanité et si elle souffre, c'est parce que, en tant que fille d'Eve, il lui faut racheter la faute de la première femme » (p. 77).

Au XIXème siècle, les hommes s'intéressent à la douleur de l'accouchement. De nouvelles méthodes se développent dans le but de l'abolir. A partir des années 1930, le docteur Grantly Dick Read présente « l'accouchement naturel » ou bien « l'accouchement sans crainte ». Il développe ce concept suite à ses observations et ses recherches qui lui démontrent que la peur des femmes serait à l'origine de la civilisation c'est à dire qu'elle provient des histoires entendues, des lectures, de l'environnement culturel dans lequel elles vivent et qui engendre la douleur. Il met en lien la peur et la douleur. En observant plusieurs femmes qui refusaient le chloroforme, disant ne pas souffrir lors de l'accouchement, il en vient à la conclusion suivante « qu'aucune loi naturelle ne justifiait la souffrance de l'accouchement » (Dick Read, 1933, p.6, cité par Revault d'Allonnes, 1991, p.31).

En 1951, les conditions d'accouchement sont révolutionnées par le docteur Fernand Lamaze qui propose « l'accouchement sans douleur » (ASD) par la Méthode Psychoprophylactique. Plus précisément, son objectif est de supprimer les peurs en lien avec l'ignorance des femmes en leur apportant les connaissances nécessaires sur la physiologie de l'accouchement, préparer

leur corps grâce à des exercices physiques ainsi que leur apprendre des techniques de respiration pour la gestion des contractions utérines. L'ASD a pour but que les femmes deviennent actrices de leur accouchement et de leur maternité.

Les méthodes de conditionnement psychologique vont rapidement être dépassées par la pharmacologie. En 1970, la société industrialisée assiste à l'apparition de l'anesthésie péridurale, un moyen efficace de soulager la douleur car il permet de supprimer toutes les sensations douloureuses. A partir de 1990, l'ensemble des hôpitaux proposent cette anesthésie qui devient un acte remboursé par l'assurance maladie.

Signification de la douleur de l'accouchement

Selon la manière dont nous percevons la douleur de l'accouchement, l'interprétation de celle-ci varie beaucoup (Trelaün, 2012). Chaque femme est influencée « par les schémas culturels, religieux et familial de la douleur » (Trelaün, 2012, p.25).

La douleur de l'accouchement va prendre une toute autre signification selon la culture de la femme. Dans les civilisations latines ou encore juives, l'accouchement est synonyme de douleur, celle-ci va être exprimée, elle est vécue pleinement, voire même être amplifiée. Les femmes manifestent leurs inquiétudes, elles sont à la recherche du soutien familial. En revanche, dans d'autres cultures (américaines ou bien irlandaises) les femmes ne doivent pas l'exprimer, elles la subissent et s'isolent (Trelaün, 2012). Malgré un contexte culturel, il est important de retenir que « chaque individu, riche de son histoire exprimera la douleur à sa façon » (Trelaün, 2012, p.26).

L'aspect religieux influence également le sens que la femme donne à cette douleur. La culture chrétienne, par exemple, véhicule le message : « tu enfanteras dans la douleur », ce qui représente le péché originel. Cette croyance est inscrite dans la mémoire collective. (Trelaün, 2012). En effet, bien que de nombreuses femmes choisissent d'accoucher sous péridurale, beaucoup d'entre elles se cachent derrière le dysfonctionnement de l'analgésie

« qui n'a pas marché » ou que « sur le côté » » afin d'inscrire leur « expérience dans l'histoire familiale ». (Jacques, 2007, p.148-149). En effet, les femmes, de génération en génération, accouchaient dans la douleur. Une certaine pression sociale est présente, le passage par la douleur serait obligatoire pour devenir mère. Surmonter la douleur augmente l'estime de soi, ainsi que la capacité à devenir mère. En effet que ce soit les soignants ou bien les femmes, un vocabulaire de guerrier est couramment utilisé, comme le terme « vaincre » ou encore « épreuve » (Jacques, 2007).

Dans notre société actuelle, la douleur n'est pas tolérée. Il existe une antalgie efficace, la péridurale, pourquoi s'en passer se demandent beaucoup de femmes ? Pour ces futures mères, la douleur est dissociée de l'accouchement, celle-ci n'a plus de sens, elle peut être traitée comme l'on soigne une pathologie (Jacques, 2007).

Pour conclure, chaque future mère a un vécu de l'accouchement qui lui est propre. Selon l'éducation, le lieu de naissance, la religion, la culture, l'environnement familial, l'accouchement prend une dimension tout autre. Chaque femme peut prendre la douleur comme allié, l'accepter et y associer un sens qui lui est propre afin de vivre son accouchement le mieux possible (Trelaün, 2012).

2.4 Problématique

L'accouchement est l'aboutissement des neuf mois de grossesse. Selon l'approche psychanalytique, il entraîne pour la femme, un changement d'identité, la faisant passer du statut de celui de « fille » à celui de « mère ». Ce changement engendre également de nouvelles responsabilités, ainsi, la future mère est exposée à un grand nombre d'interrogations autour de ce que cela implique. L'accouchement est un évènement intense autant au niveau physique que psychique. En effet, il peut être accompagné de fortes douleurs et les risques pour la santé maternelle et fœtale peuvent rester omniprésents malgré les progrès médicaux suite à la révolution industrielle.

De plus, lors de la grossesse, de part la transparence psychique, un état de vulnérabilité plus ou moins important peut être développé par les femmes. Cet état psychique peut amener les femmes à être plus sensibles et ainsi, manifester différentes peurs en lien avec la grossesse et l'accouchement.

Par ailleurs, la peur et l'anxiété sont des émotions dont la gestion est difficile. Elles peuvent rapidement prendre une ampleur importante amenant les personnes à développer des symptômes psychosomatiques.

Lors du suivi de grossesse, peu de temps est accordé aux femmes pour l'expression de leurs craintes et de leurs inquiétudes, ainsi, ne permettant pas aux professionnels de les dépister. Cependant, sachant que « la peur » peut avoir des conséquences sur la santé physique et psychique d'un individu, qu'en est-il des répercussions au niveau obstétrical ? Quelles sont ces peurs et comment sont-elles manifestées par les femmes ?

Cette réflexion nous a amené à poser la question de recherche suivante : Quels sont les facteurs associés à la peur de l'accouchement chez les primipares et les multipares et quel accompagnement les sages-femmes peuvent-elles proposer ?

2.5 Dimension éthique

L'éthique clinique repose sur quatre valeurs : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Elle se centre particulièrement sur la prise en soin de la sage-femme envers les femmes enceintes.

Effectivement, les femmes présentant des peurs de l'accouchement ont le droit à être traitées avec équité dans les soins. Pour ceci, les sages-femmes doivent offrir à chaque femme des informations égales quant à la compréhension de ce phénomène ainsi qu'à sa prise en charge. De plus, elles se doivent de leur proposer un plan de soin personnalisé et adapté à leurs besoins. En effet, cette considération personnelle participe au principe de la bienfaisance. Par ailleurs, la demande de césarienne élective sans indication médicale est souvent exprimée par des femmes manifestant des craintes autour de

l'accouchement. Cette demande porte interrogation : Comment respecter l'éthique clinique tout en répondant aux besoins des femmes ? Cette problématique est très complexe et suscite réflexion. Les soignants se doivent de respecter l'autonomie de chaque femme. Cependant, la prise de décision des femmes doit reposer sur un consentement éclairé apporté par les professionnels.

Lors de l'élaboration du mémoire, les principes éthiques ont été respectés. Tout d'abord, les cinq études sélectionnées considèrent l'éthique clinique. En effet, chaque étude a été approuvée par un comité d'éthique et les participantes ont reçu un consentement éclairé. De plus, l'anonymat ainsi que la confidentialité ont été respectés.

Lors de la rédaction, nous faisons preuve de non-jugement et de bienveillance dans la retranscription des propos des auteurs. Effectivement, nous respectons leurs opinions en étant attentives à ne pas les interpréter. Enfin, nous mentionnons les différentes sources de nos recherches ainsi que de nos dires afin de respecter les droits d'auteur.

3. Méthodologie de recherche

Afin d'établir une revue de littérature pertinente, il est essentiel de procéder à une méthodologie de recherche adéquate. Effectivement, les articles sélectionnés permettront de répondre à notre question de recherche. Pour ceci, nous procédons premièrement à la détermination des mots-clés en lien avec la problématique. Ensuite nous rentrons ces mots-clés dans différentes bases de données. Puis, nous sélectionnons les cinq articles sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion.

3.1 Utilisation des bases de données

Afin d'effectuer une recherche variée et de qualité nous avons utilisé plusieurs bases de données. Pubmed (MedLine) étant celle qui nous a apporté le plus d'articles en lien avec nos recherches. Nous avons également utilisé d'autres bases de données telles que CINHALL, MIDIRS et Google Scholar, qui nous ont permis de trouver des articles complémentaires afin d'avoir une vision globale de la problématique.

3.2 Choix des mots clés

Premièrement, nous avons établi une liste de mots-clés en lien avec notre question de recherche que nous avons ensuite traduit en MeSH terms. Afin d'aboutir à nos recherches, nous avons associé plusieurs MeSH terms en essayant plusieurs combinaisons. Nous utilisons les opérateurs Booléens « AND » et « OR » afin d'obtenir des résultats précis.

Pour certaines recherches, nous avons utilisé le terme « fear of childbirth », malgré que ce ne soit pas un MeSH Terms, il nous a également apporté des résultats pertinents.

Mots clés en français	Mots clés en anglais	MeSH terms
Peur	Fear	Fear <i>ou</i> fears
Anxiété	Anxiety	Anxiety <i>ou</i> anxiety disorder
Accouchement	Delivery	Delivery, obstetric <i>ou</i> Parturition <i>ou</i> Childbirth
Grossesse	Pregnancy	Pregnancy
Sage-femme	Midwife	Midwifery

Combinaison mots-clés	Moteurs de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
("fear"[MeSH Terms] AND "pregnancy"[MeSH Terms]) OR "parturition"[MeSH Terms] AND "fear of childbirth"[All Fields]	PubMed	141	2
((fear[MeSH Terms] OR anxiety disorder[MeSH Terms] AND delivery, obstetric[MeSH Terms]) AND pregnancy[MeSH Terms])	PubMed	256	1
((fears[MeSH Terms] OR anxiety[MeSH Terms] AND childbirth[MeSH Terms] AND midwifery[MeSH Terms])	PubMed	60	1
Fear AND midwifery AND childbirth AND pregnancy	CINHAL	92	1
Fear of childbirth AND pregnancy AND midwifery	MIDIRS	36	0

3.3 Articles sélectionnés

Notre sélection d'articles débute par la lecture des titres, ce qui nous permet de faire un premier choix. Ensuite, nous lisons les abstracts. Si ceux-ci sont concluants, nous procédons à la lecture de l'article afin de s'assurer qu'il réponde à nos critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion	Langue anglaise ou française En lien avec les facteurs associés à la peur de l'accouchement Problématique en lien avec la primiparité et la multiparité afin d'obtenir une vision globale de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. Résultats pertinents et significatifs
Critères d'exclusion	Date de publication inférieure à 2006 en ce qui concerne les 5 articles sélectionnés Concerne la peur de l'accouchement suite à un syndrome de stress post-traumatique Concerne uniquement le lien entre la peur de l'accouchement et le choix d'une césarienne électorive

Les cinq articles retenus :

Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015).

Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246.

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

Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L., & Bidens Study Group. (2014).

Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European

countries. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 99-106.

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

Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 383-390. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x>

Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>

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

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

3.4 Forces et limites de la revue de littérature

3.4.1 Forces

La peur de l'accouchement étant un sujet d'actualité, nous n'avons donc pas rencontré de difficultés à trouver des études récentes en lien avec notre questionnement professionnel.

De plus, les résultats obtenus sont variés et répondent à toutes nos interrogations : les différentes peurs de l'accouchement, les facteurs associés, les causes, les manifestations ainsi que les conséquences. Ils mettent également en évidence le rôle sage-femme dans l'accompagnement des femmes présentant des peurs.

Les études qualitatives sélectionnées présentent de nombreuses citations de femmes enceintes et de sages-femmes. Ces citations illustrent les propos des

auteurs permettant aux lecteurs une meilleure compréhension. Elles apportent également de la fiabilité aux résultats.

3.4.2 Limites

La recherche d'articles a été fructueuse, ce qui nous a permis d'en trouver un grand nombre. Ceci peut être interprété comme une force mais également comme une limite. En effet, effectuer une sélection pertinente n'a pas été facile. Dans les pays scandinaves, la peur de l'accouchement est un phénomène amplement étudié. De ce fait, nos résultats sont le reflet des études effectuées dans ces pays. Il serait intéressant de réaliser de nouvelles études en Suisse et dans les pays avoisinants.

Notre sélection d'articles comprend quatre études qualitatives ainsi qu'une étude quantitative. Par conséquent, nous avons peu de données scientifiques, il est donc difficile de généraliser les résultats.

3.5 Screening des bibliographies

A partir des articles retenus, nous continuons nos recherches en lisant les différentes bibliographies. Par conséquent, nous avons découvert de nouvelles études et publications afin de compléter et d'enrichir notre revue de littérature. Ces sources complémentaires nous permettront d'élargir notre réflexion ainsi que d'agrémenter la suite de notre travail, notamment la discussion.

4. Analyse de la revue de littérature

4.1 Tableaux descriptifs des articles de la revue de littérature

L'analyse des études a été effectuée selon la « Trame d'analyse méthodique des articles scientifiques » (MJ. Guittier).

4.1.1 Présentation de l'article n°1

Titre	<i>Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation</i>
Auteurs	J. Fenwick, J. Toohill, D.K. Creedy, J. Smith, J. Gamble
Publication	Midwifery numéro 31 (2015)
Type d'étude	Approche descriptive qualitative
Population	43 femmes enceintes primipares et multipares en Australie. (Moyenne d'âge 29 ans) Inclusion : Femmes enceintes ayant été diagnostiquées avec une peur sévère de l'accouchement par un grand essai randomisé BELIEF (Birth Emotions, Looking to improve Expectant Fear).
Objectifs	Décrire les sources, les réponses et les modérateurs de la peur de l'accouchement dans un groupe de femmes enceintes évaluées comme ayant des niveaux élevés de peur de l'accouchement.
Méthodologie	Suite à un grand essai randomisé nommé BELIEF (Birth Emotions, Looking to improve Expectant Fear) qui a pour but de tester l'efficacité d'un entretien psycho-éducatif, composé de deux séances à 24 et 34 semaines de grossesse (réalisés par téléphone et enregistrés), 101 femmes ont été déclarées ayant des peurs sévères de l'accouchement. L'échantillon de cette étude se compose de 43 enregistrements que les auteurs ont sélectionnés de façon aléatoire parmi les 101 enregistrements. L'analyse de ces 43 enregistrements a été réalisée par le « style d'analyse d'édition ». Plus précisément cela consiste, dans un premier temps, à l'analyse ligne par ligne de segments significatifs ce qui permet de définir

	des codes. Puis à partir de ces codes, les auteurs ont défini des concepts. Dans un deuxième temps, tous les concepts ont été regroupés et analysés afin d'en extraire des thèmes. Ceci a été réalisé jusqu'à l'épuisement de tous les concepts.
Ethique	L'approbation éthique a été obtenue à partir des districts sanitaires des trois hôpitaux participants ainsi que de l'université. Les entretiens ont été enregistrés oralement puis retranscrits avec le consentement des femmes. L'anonymat a également été respecté.
Principaux résultats	<p>Les principaux résultats sont organisés en trois thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Les causes de la peur de l'accouchement</u> : Les principales sources de peur qui sont mises en évidence sont la peur de l'inconnu, l'empreinte des histoires des autres, les expériences précédentes, les capacités personnelles que la femme perçoit afin de réussir son accouchement, faire face à la douleur et la perte du contrôle lors du travail de l'accouchement. ❖ <u>Les réponses face à la peur</u> : On peut noter deux réponses qui s'opposent pour contrer la peur : Un premier discours décrit par les femmes va être de ressasser des idées négatives, des angoisses en réponse à la peur ressentie. Le deuxième discours est l'évasion complète de la pensée, éviter de se projeter dans la planification de la naissance, penser à autre chose, « s'occuper l'esprit ». ❖ <u>Les modérateurs de la peur</u> : Certaines femmes ont apprécié les informations et le soutien perçu lors des entretiens prénataux. Cela leur a permis de diminuer leur peur de l'accouchement et leur anxiété. En revanche, d'autres femmes ont trouvé que cela ne répondait pas à leurs attentes, elles se sont senties « livrées à elles-mêmes ». En parallèle, certaines femmes avaient eu le sentiment « d'être seules », « oubliées », de ne pas avoir été soutenues lors d'accouchement(s) précédent(s). Certains modérateurs ont un effet favorable. Bénéficier d'un soutien familial et social apporte un sentiment de sécurité et de confort qui diminue l'anxiété. De plus, la familiarité avec les professionnels impliqués dans l'accouchement est important aux yeux des femmes. En revanche certains modérateurs agissent de façon défavorable. Certaines femmes soulignent le manque d'informations communiquées par les soignants ayant pour conséquence un manque de

compréhension du déroulement de l'accouchement. Elles souhaiteraient se sentir plus actrices de leur accouchement, ne pas le subir. Ceci aiderait les femmes à diminuer leur peur de l'accouchement. De plus, il est notable que certains résultats sont spécifiques aux primipares comme : la peur de l'inconnu ou les préoccupations pour la douleur de l'accouchement.

Les expériences précédentes sont un résultat représentatif pour les multipares. Les autres facteurs influençant ou modérant la peur sont communs aux primipares et aux multipares.

Critique générale

Points forts : Le fait d'avoir regroupé tous les éléments associés à la peur de l'accouchement en utilisant les expériences et la compréhension des femmes primipares et multipares sur ce sujet. Les auteurs ont repris des citations extraites des entretiens afin d'illustrer et de justifier l'exactitude des données dans la description des résultats.

Points faibles : Manque d'informations au sujet du grand essai contrôlé randomisé en ce qui concerne les critères de recrutement des femmes.

4.1.2 Présentation de l'article n°2

Titre	<i>Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries</i>
Auteurs	Mirjam Lukasse, Berit Schel et Elsa Lena Ryding
Publication	Sexual & Reproductive Helthcare n°5 (2014)
Type d'étude	Etude quantitative et transversale
Population	6870 femmes enceintes, de tout âge gestationnel, primipares et multipares
Objectifs	Comparer la prévalence, le contenu et les facteurs associés à la peur de l'accouchement dans six pays européens (Norvège, Suède, Belgique, Danemark, Estonie et Islande).
Méthodologie	<p>Recrutement fait dans différents hôpitaux de chaque pays, lors de contrôles prénataux</p> <p>Les participantes ont répondu à un questionnaire comprenant 68 questions :</p> <ul style="list-style-type: none">- 33 questions évaluant la peur de l'accouchement avec l'outil « W-DEQ version A ». Chaque réponse comprenant un score entre de 0 et 5. La somme maximale est 166. Un score égal ou supérieur à 85 est considéré comme « présentant une peur sévère de l'accouchement ».- Des questions¹ ont évalué plusieurs variables telles que la parité, le niveau de formation, le niveau socio-économique, un antécédent d'un quelconque abus, un antécédent de violence dans les soins, le soutien social, un stress post-traumatique dans les 12 derniers mois, le mode de leur précédent(s) accouchement(s) ainsi que le vécu de celui-ci, le vécu d'un événement négatif de la vie dans les 12 derniers mois (maladie, décès, divorce, problèmes familiaux et problèmes liés au travail).

¹ Instruments utilisés : échelle de dépression d'Edimbourg, le Norvold Abus Questionnaire (NorAQ)

Ethique	Suit les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne l'importance d'assurer la confidentialité des femmes et leur vie privée. Toutes les femmes ont consenti et ont permis l'extraction des données relatives à leur accouchement. Toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse.								
Principaux résultats	<p>11% des femmes ont une peur sévère de l'accouchement (W-DEQ \geq 85), dont 11,4% pour les primipares et 11% pour les multipares.</p> <p><u>Facteurs protecteurs</u> : grossesse planifiée OR 0.72 (0.60-0.87), être mariée ou en concubinage OR 0.63 (0.46-0.86)</p> <p><u>Facteurs associés</u> : souffrir de difficultés économiques OR 1.69 (1.43-2.01), antécédent d'abus dans les soins OR 1.95 (1.65-2.31), manque de soutien social OR 1.95 (1.43-2.65), symptômes de dépression OR 3.59 (2.94-4.39), stress post-traumatique OR 2.72 (2.25-3.28), souffrir d'événements de la vie² OR 2.28 (1.86-2.79).</p> <p><u>Concernant les multipares</u> : une expérience négative d'un précédent accouchement augmente de cinq fois le risque de souffrir d'une peur sévère de l'accouchement OR 5.11 (4.07-6.42).</p> <p><u>W-DEQ</u> : Les 6 facteurs préétablis (Cronbach's alpha³)</p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">F1 : Manque d'auto-efficacité (0,86)</td> <td rowspan="6" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle;">Ces 6 facteurs sont associés à la peur de l'accouchement</td> </tr> <tr> <td>F2 : Solitude (0,81)</td> </tr> <tr> <td>F3 : Evaluation négative (0,85)</td> </tr> <tr> <td>F4 : Manque d'anticipation positive (0,78)</td> </tr> <tr> <td>F5 : Peur (0,71)</td> </tr> <tr> <td>F6 : Inquiétude pour l'enfant (0,86)</td> </tr> </table>	F1 : Manque d'auto-efficacité (0,86)	}	Ces 6 facteurs sont associés à la peur de l'accouchement	F2 : Solitude (0,81)	F3 : Evaluation négative (0,85)	F4 : Manque d'anticipation positive (0,78)	F5 : Peur (0,71)	F6 : Inquiétude pour l'enfant (0,86)
F1 : Manque d'auto-efficacité (0,86)	}	Ces 6 facteurs sont associés à la peur de l'accouchement							
F2 : Solitude (0,81)									
F3 : Evaluation négative (0,85)									
F4 : Manque d'anticipation positive (0,78)									
F5 : Peur (0,71)									
F6 : Inquiétude pour l'enfant (0,86)									

² Maladie, décès, divorce, problèmes familiaux et problèmes liés au travail

³ Valeur supérieur à 0,70 pour un résultat significatif.

Critique générale

Points forts : Grande taille d'échantillon, résultats statistiquement significatifs.

Points faibles : Il aurait été pertinent de recruter les femmes selon l'âge gestationnel et d'avoir connaissance si elles avaient suivi des cours de préparations à la naissance.
Les connaissances des femmes concernant l'accouchement ne sont pas évaluées.

4.1.3 Présentation de l'article n°3

Titre	<i>Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth</i>
Auteurs	Birgitta Salomonsson, Klaas Wijma, Siw Alehegan
Publication	Midwifery (2010)
Type d'étude	Etude qualitative avec une approche phénoménologique
Population	21 sages-femmes expérimentées venant de quatre hôpitaux de différents niveaux de soins en Suède Inclusion : 27 à 63 ans, minimum deux ans d'expérience.
Objectifs	Décrire les expériences et les perceptions des sages-femmes en regard des femmes avec une peur de l'accouchement.
Méthodologie	<p>Les sages-femmes ont été réparties en quatre groupes de discussion avec trois à six participantes pour chaque groupe.</p> <p>Les groupes sont animés par un modérateur qui guide et stimule les discussions, et parfois par la présence d'un animateur adjoint qui prend des notes. Les entretiens ont duré de 80 et 100 minutes, il a été choisi d'utiliser un mode conversationnel avec encouragement des sages-femmes à discuter librement.</p> <p>Des questions ouvertes ont été préétablies au sujet des thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- L'expérience de la peur de l'accouchement- Les conséquences de la peur de l'accouchement- Les soins « sage-femme » <p>A la fin de l'entretien, les sages-femmes ont rempli un questionnaire sur l'expérience professionnelle, l'âge, et l'année de diplôme ainsi que l'évaluations des entretiens.</p>

Ethique

Les participantes ont été informées par lettres, toutes les conditions de l'étude ont été répétées pendant le recrutement et au début de chaque entretien. Les modérateurs n'avaient aucune relation professionnelle ni personnelle avec les sages-femmes. La confidentialité a été respectée.

Principaux résultats

Apparence de la peur de l'accouchement : la peur de l'accouchement est un continuum, d'une peur décrite comme rationnelle c'est à dire par rapport à la réalité de la situation à irrationnelle plus précisément ce qui préoccupe la femme, ce qui occupe son esprit. La peur peut s'exprimer de différentes manières, soit en niant la grossesse, soit en étant ancrée dans les symptômes de la grossesse. Les sages-femmes ont constaté que la peur de l'accouchement touche très particulièrement la génération actuelle, les hypothèses seraient que les femmes expriment plus leurs craintes et les sages-femmes sont plus à même de repérer les peurs. La dernière supposition serait l'accès à une trop grande quantité d'information, comme par exemple sur internet, ceci peut imposer des exigences irréalistes en lien avec la grossesse et le déroulement de l'accouchement.

Origines de la peur de l'accouchement :

- Antécédents d'expérience de naissance négative
- Les histoires « d'horreur » racontées par les autres
- La perte de contrôle
- Etre laissée seule au moment de l'accouchement
- La santé du nouveau-né (surtout chez les femmes ayant donné naissance à un nouveau-né malade)
- Déchirure et/ou épisiotomie
- La peur de devenir mère
- Parfois les femmes n'ont pas de réelle idée de pourquoi elles ont peur

Conséquences de la peur de l'accouchement : Ces peurs sont omniprésentes dans la tête des femmes ce qui peut induire la négligence de la grossesse : manque d'investissement, stress, pas de préparation à la naissance et tension dans le couple. Impossibilité de concevoir un accouchement par voie basse (demande de césarienne électorale). Plus de risque de complication pendant le travail et l'accouchement (augmentation d'interventions médicales, augmentation de césarienne en urgence et d'instrumentation, augmentation du taux de péridurale et risque de travail prolongé) la plupart de ces risques sont justifiés par le fait que les femmes viennent tôt à la maternité. Les femmes ayant des peurs sont plus exigeantes, ce qui peut créer des

tensions dans la relation femme - sage-femme, demande plus de temps et de disponibilité et la sage-femme peut avoir la sensation de ne pas répondre aux besoins de la femme. La peur de l'accouchement a un impact sur le lien d'attachement mère-bébé, et la femme est plus à risque de dépression.

Peur de l'accouchement et prise en soins par les sages-femmes : la sage-femme a pour rôle d'identifier les peurs. Elle doit être disponible, à l'écoute, offrir du soutien et permettre à la femme d'évaluer sa peur. Il est préférable qu'il y ait un suivi grossesse-accouchement-post-partum par la même sage-femme. La préparation à la naissance ne fait pas disparaître la peur, mais aide la femme à profiter de sa grossesse. Un plan de naissance peut aider la femme à se projeter mais peut aussi créer des fausses attentes. Il est essentiel pour la femme d'avoir du soutien et un bon suivi post-partum.

Critique général

Points forts : Ces discussions ont permis aux sages-femmes d'acquérir de nouvelles connaissances. Liberté d'expression. Analyse et retranscription pertinente. Tous les aspects de ce phénomène sont explorés. Citations nombreuses.

Points faibles : Nombre limité de sages-femmes dans une partie restreinte de la Suède → ces résultats ne peuvent pas être généralisables.

4.1.4 Présentation de l'article n°4

Titre	<i>Women's lived experience of fear of childbirth</i>
Auteurs	Christina Nilsson, Ingela Lundgren
Publication	Midwifery (2009)
Type d'étude	Qualitative avec une approche phénoménologique
Population	<p>8 femmes enceintes (24-37 SA) qui cherchent de l'aide dans une clinique spécialisée pour les femmes ayant une peur grave de l'accouchement (affectant la vie quotidienne) en Suède. Parmi elles, il y a 2 primipares.</p> <p>Critères d'exclusions : femmes ayant une maladie psychiatrique ou une vulnérabilité psychique.</p>
Objectifs	Décrire l'expérience vécue des femmes souffrant de la peur de l'accouchement
Méthodologie	<p>Chaque femme a participé à un entretien d'une durée variant de 35 à 90 minutes. Ces entretiens ont été guidés par l'auteur C.Nilsson et ont eu lieu soit dans un cadre privé à l'hôpital soit au domicile de la femme.</p> <p>La question initiale était : « Pouvez-vous me parler de votre expérience de la peur de l'accouchement, pensées et émotions ? Que pensez-vous de votre situation ? ». Ensuite, des questions supplémentaires ont été posées telles que : « Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? », afin de mieux comprendre l'expérience vécue de la femme.</p> <p>Afin d'atténuer leur anxiété et leur peur de l'accouchement, les femmes ont eu l'occasion de discuter et de poser des questions supplémentaires à l'intervieweur à la fin des entretiens. Au besoin, il y avait également la possibilité de consulter un psychologue.</p>

Ethique

L'approbation éthique et la permission d'entreprendre l'étude ont été obtenues auprès de Comité d'éthique de l'hôpital ainsi qu'auprès du médecin responsable de l'hôpital (Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden).

Principaux résultats

La structure essentielle de l'expérience vécue de la peur de l'accouchement est exprimée en deux thèmes :

- Peur du jugement : Pour les primipares, il s'agit d'une peur d'être jugée dans leur attitude pendant l'accouchement. Si elles n'arrivent pas à prouver qu'elles sont capables, elles perdent confiance en elles et éprouvent des sentiments d'échec et se sentent ainsi inférieures aux autres femmes. Les sentiments de culpabilité et de honte augmentent la vulnérabilité de la femme. Pour les multipares, il s'agit d'une mauvaise expérience d'un précédent accouchement, ceci les rendant moins confiantes dans leur capacité à donner naissance. L'expérience traumatique était principalement liée à la douleur et un mauvais contact avec le personnel.

- La solitude : Les femmes se sentent seules face à l'épreuve de l'accouchement, leur faisant douter de leur capacité à donner naissance. L'incertitude de l'issue de l'accouchement et le fait de ne pas avoir d'autres alternatives que d'accoucher est terrifiant pour les femmes. Le sentiment de ne pas recevoir de soutien ni de compréhension de la peur par l'entourage entraîne de la culpabilité et de la honte et le sentiment de ne pas être une vraie femme.

Ensuite, la structure essentielle est décrite plus en détail en quatre sous-thèmes :

- Un sentiment de danger qui menace : La naissance imminente est vue comme un danger qui se rapproche chaque jour un peu plus. Elle est exprimée par un changement dans les comportements quotidiens ainsi que par des symptômes physiques tels que des douleurs d'estomac, une tachycardie et des troubles du sommeil. Des stratégies d'évitement sont mis en place par les femmes afin de supporter cette peur : éviter de penser à l'accouchement précédent, ne pas parler de la peur avec l'entourage, penser à l'option de la césarienne.
 - L'appel du danger : Il s'agit du désir de vivre une bonne naissance, de pouvoir accoucher normalement. Pour les multipares, cela signifie un désir de se venger d'une précédente
-

expérience négative de l'accouchement. La peur a forcé la femme à agir pour trouver un moyen d'échapper à sa situation difficile. Les stratégies mises en place sont : examiner la peur, savoir de quoi il s'agit, la traiter et la rendre plus supportable. Le soutien apporté par la sage-femme de la clinique spécialisée est une ressource importante d'après les femmes.

- Le sentiment d'être prise au piège : Les femmes se sentent comme emprisonnées du fait qu'il n'y ait pas d'autres issues de la grossesse que d'accoucher. Elles se sentent piégées car d'un côté le désir d'avoir un bébé était présent et de l'autre, plus la naissance approche, plus elles souhaitent arrêter le temps. Le sentiment d'être emprisonnées dans l'ambivalence est également présent lorsqu'elles doivent choisir la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne).
- Manque de confiance en sa capacité à devenir mère : Un sentiment de ne pas être à la hauteur vis-à-vis de soi mais également des autres est décrit par les femmes. Elles se sentent plus vulnérables à cause de la peur et elles ne se reconnaissent plus dans leurs réactions. Elles se dévalorisent et sentent qu'elles ont elles-mêmes aggravé la peur, ceci les a conduites à se sentir inférieures aux autres mères. Pour les multipares, l'expérience négative d'un précédent accouchement a conduit à des sentiments d'échec et de déception toujours présents. Elles évoquent également des sentiments de culpabilité envers leur enfant.
- Ne compter que sur soi : Les femmes se sentent seules face à leur peur en évoquant un manque de soutien et de compréhension de l'entourage. Elles n'arrivent pas à parler de leur peur car elles se sentent anormales et bizarres par rapport aux autres femmes. Dans notre contexte culturel, la peur d'accoucher est peu reconnue ce qui crée un sentiment d'insécurité, d'infériorité par rapport aux autres femmes et une baisse d'estime de soi. Le soutien du personnel soignant est perçu comme minime concernant la peur de l'accouchement. Les multipares craignent de revivre la même solitude vécue lors du précédent accouchement. Il est important que le partenaire ne soit pas affecté lui aussi

par la peur de l'accouchement, car la présence et le soutien des proches permettent aux femmes de diminuer leur sentiment de solitude.

Critique générale

Points forts : Choix de la méthode d'analyse pertinente pour la problématique. Résultats semblent fiables. Citations nombreuses. Malgré le contexte suédois de l'étude, les résultats semblent généralisables à la population Suisse.

Points faibles : Les éléments rapportés dans les résultats sont intéressants mais la façon dont ils sont présentés est parfois peu claire.

4.1.5 Présentation de l'article n°5

Titre	<i>Fear of childbirth : mother's experience of team midwifery care – a follow-up study</i>
Auteurs	Anne Lyberg, Elisabeth Severinsson
Publication	Journal of Nursing Management, 18 (2010)
Type d'étude	Etude qualitative avec une approche herméneutique
Population	13 mères âgées de 25 à 37 ans. 4 primipares 9 multipares : parmi elles → 7 ont eu une expérience négative avec leur premier accouchement dont 5 ont eu des complications (3 ont eu une césarienne en urgences et 2 ont eu une instrumentation) Cette étude a eu lieu dans un hôpital universitaire en Norvège (Vestfold University College, Horten, Norway).
Objectifs	Etudier la peur de l'accouchement chez les mères et leurs expériences avec l'équipe de soins composée de sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.
Méthodologie	<p>Les 13 femmes ont participé à une intervention en 2008 qui avait pour but de soutenir les femmes souffrant d'une peur de l'accouchement (severinsson et al.2010). Durant cette intervention, les femmes ont eu au moins trois consultations individuelles avec une sage-femme. Ces consultations ont eu lieu avant la naissance et dans le but de réaliser une continuité dans la relation.</p> <p>Les entretiens de cette nouvelle étude ont eu lieu entre un an et un an et demi après cette intervention et ont été menées par Anne Lyberg (auteur de l'article) dans son bureau, chez la femme ou dans un café. La durée était de 40 à 90 minute, l'entrevue a débuté par une question ouverte « Parlez-moi de votre expérience du modèle de soins de l'équipe de sage-femme », puis par des questions axées sur la peur de l'accouchement et l'évaluation des soins fournis.</p>

Ethique

Etude approuvée par le Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway et le Norwegian Social Sciences Data Service. Informations orales et écrites données aux participantes ainsi que consentement écrit. Participantes informées de leur droit de confidentialité.

Principaux résultats

Le résultat principal ressorti : plus les femmes sont actrices de leur grossesse, de leur accouchement et de leurs soins postnataux moins elles se sentent paralysées par la peur.

Trois thèmes sont mis en avant par les mères en lien avec la peur de l'accouchement et le suivi sage-femme :

1. Les différentes raisons de la peur de l'accouchement :
 - Peur due aux souvenirs traumatiques d'un accouchement précédent
 - Peur d'être piégée, ne pas avoir d'autres alternatives
 - Peur du manque de compétences relationnelles et techniques de la part des professionnels
 - Peur de ne pas être incluse dans les prises de décisions et de ne pas avoir de contrôle sur l'accouchement
 - Peur du manque de capacités émotionnelles de la part des mères
 - Peur pour l'enfant à naître

 2. Le besoin d'être préparée à l'accouchement :
 - La nécessité d'être impliquée et supervisée (guidée)
 - Connaître la sage-femme afin d'éviter le sentiment d'intrusion
 - La nécessité d'obtenir des connaissances quant au déroulement des différents soins pendant le travail (toucher vaginal ...)
 - Individualité des soins et plan de naissance

 3. Le besoin des femmes à être soutenues et traitées avec dignité par la sage-femme :
 - Être guidée par l'équipe sage-femme
 - L'importance de la présence d'une sage-femme familière pendant l'accouchement
 - Amélioration de l'estime de soi
-

Critique générale

Points forts : Résultats clairs et précis présentés sous formes de tableaux et citations. Démontrent l'importance d'un soutien personnalisé. Résultats utiles à la pratique sage-femme dans la prise en charge des femmes ayant des peurs de l'accouchement. Résultats semblent généralisables à la population Suisse. Limites clairement énoncées.

Points faibles : Il aurait été intéressant d'avoir plus d'informations concernant l'échantillon des femmes (conditions socio-économiques et contexte culturel).

Les auteurs ont une expérience en tant qu'infirmière psychiatrique et sont conscientes que celle-ci pourrait influencer l'interprétation du contenu. Pas d'exemples concrets des questions posées.

4.2 Analyse de la revue de littérature

Notre analyse de revue de la littérature s'articule autour de cinq thématiques permettant de répondre à la question de recherche principale ainsi qu'aux questions secondaires.

4.2.1 Les peurs de l'accouchement

Selon Lukasse et al. (2014), la peur sévère de l'accouchement touche 11% des femmes enceintes. Elle concerne autant les primipares que les multipares (11,4% versus 11%). Cette peur sévère se traduit par un score égal ou supérieur à 85 sur l'échelle W-DEQ⁴.

La revue de la littérature sélectionnée permet de mettre en évidence de nombreuses peurs autour de l'accouchement. Parmi celles-ci, deux types de peurs reviennent fréquemment : la perte de contrôle et la santé du bébé.

Selon les études de Fenwick et al. (2015), Salomonsson et al. (2010) et Lyberg & Severinsson (2010), la perte de contrôle est une peur de l'accouchement régulièrement mentionnée par les primipares et les multipares. Les auteurs évoquent la peur de perdre le contrôle selon trois aspects. Tout d'abord, les femmes ayant pour habitude le contrôle permanent de leur vie, peuvent plus particulièrement développer la peur de perdre le contrôle du processus de l'accouchement. Effectivement, l'état de vulnérabilité en lien avec la douleur ainsi que l'imprévisibilité de l'accouchement empêche le contrôle absolu de la situation. Ensuite, cette peur peut être également liée à la crainte de ne pas être incluse, par les professionnels, dans les prises de décision, créant ainsi un sentiment d'être mis à l'écart. Enfin, cette peur peut se traduire par la perte du contrôle de soi.

Dans l'étude de Lukasse et al. (2014), l'inquiétude concernant la santé de l'enfant est l'un des items évalués par le W-DEQ. Son score élevé démontre que celle-ci fait partie des nombreuses peurs de l'accouchement exprimées

⁴ Questionnaire permettant de mesurer la peur de l'accouchement.

par les femmes (0,86)⁵ Salomonsson et al. (2010) et Lyberg & Severinsson (2010) constatent également une peur concernant l'inquiétude liée à la santé du bébé.

Diverses peurs sont également mentionnées dans les cinq études. Une des peurs ne concerne pas uniquement l'accouchement mais ce que celui-ci implique : devenir mère. Salomonsson et al. (2010) décrivent que pour certaines femmes, la peur de l'accouchement est en réalité une peur anticipée du rôle de mère. Nilsson & Lundgren (2009), mettent en lien cette peur avec le manque de confiance en soi : certaines femmes craignent de ne pas être à la hauteur de ce qu'implique le statut de mère ainsi que de se sentir inférieure aux autres mères.

Seule l'étude de Fenwick et al. (2015) évoque la peur de la douleur. Les femmes n'ayant jamais vécu le travail de l'accouchement expriment une crainte face à la gestion de celle-ci. L'inconnu de son intensité et de sa durée sont deux facteurs accentuant cette peur. Concernant les multipares, un mauvais vécu de la douleur d'un accouchement précédent amène une appréhension pour cette nouvelle naissance.

La peur du jugement est présente dans l'étude de Nilsson & Lundgren (2009). Elle concerne particulièrement les primipares. Les femmes craignent d'être jugées dans leur attitude durant l'accouchement, de ne pas réussir à prouver qu'elles sont capables.

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

Dans l'étude de Lyberg & Severinsson (2010), certaines femmes expriment la peur du manque de compétence des professionnels ainsi que l'incapacité de ces derniers à créer une relation étroite avec elles.

D'après Fenwick et al. (2015) et Salomonsson et al. (2010) certaines femmes mentionnent la peur de subir une déchirure ou une épisiotomie.

⁵ Cronbach's alpha : valeur supérieur à 0,70 pour un résultat significatif.

4.2.2 Les facteurs influençant la peur de l'accouchement

La peur de l'accouchement peut être influencée par différents facteurs. Certains l'accroissent, alors que d'autres ont un effet protecteur.

L'ensemble des auteurs s'accordent à dire que les femmes ayant vécu une expérience négative lors d'un précédent accouchement sont susceptibles de développer des peurs lors d'une grossesse ultérieure. Lukasse et al. (2014) précisent que le risque de manifester des peurs sévères est multiplié par cinq (OR 5.11 (4.07-6.42)). Nilsson & Lundgren (2009), constatent que l'expérience traumatique de l'accouchement était principalement liée à la douleur et à un mauvais contact avec le personnel.

Les histoires « traumatisantes » racontées par des amis, des membres de la famille ou encore diffusées par les médias sont un facteur de risque à la peur de l'accouchement. Fenwick et al. (2015) et Salomonsson et al. (2010) mentionnent que ces témoignages peuvent générer cette peur ou l'accroître. Fenwick et al. (2015) mettent également en évidence qu'une peur peut être présente en raison d'un manque d'information de la part des professionnels durant le suivi de grossesse, ceci entraînant chez les femmes un manque de compréhension et de connaissances.

Dans leur étude, Lukasse et al. (2014) ont établi une liste de facteurs associés à la peur de l'accouchement.

Facteurs associés	Odds ratio
<i>Souffrir de difficultés économiques</i>	OR 1.69 (1.43-2.01)
<i>Antécédent d'abus dans les soins</i>	OR 1.95 (1.65-2.31)
<i>Manque de soutien social</i>	OR 1.95 (1.43-2.65)
<i>Symptômes de dépression</i>	OR 3.59 (2.94-4.39)
<i>Stress post-traumatique</i>	OR 2.72 (2.25-3.28)
<i>Souffrir d'événements de la vie⁶</i>	OR 2.28 (1.86-2.79)

⁶ Maladie, décès, divorce, problèmes familiaux et problèmes liés au travail.

Seules les études de Fenwick et al. (2015) et Lukasse et al. (2014) énoncent des facteurs protecteurs à la peur de l'accouchement. D'après Fenwick et al. (2015), la présence d'un soutien familial et social apporte un sentiment de sécurité et de confort, ce qui diminue l'anxiété des femmes face à l'accouchement. De plus, Lukasse et al. (2014) ajoutent qu'une grossesse planifiée, le fait d'être mariée ou en concubinage est significativement corrélé à un effet protecteur de la peur de l'accouchement (respectivement OR 0.72 (0.60-0.87) / OR 0.63 (0.46-0.86)).

4.2.3 Les manifestations de la peur de l'accouchement et les stratégies de coping

Selon Salomonsson et al. (2010) la peur de l'accouchement peut être rationnelle ou irrationnelle. Cette peur occupe en permanence l'esprit des femmes, les empêchant de profiter de leur grossesse et de se projeter dans l'accouchement. Celle-ci peut s'exprimer de différentes manières : soit les femmes nient la grossesse, soit elles souffrent de symptômes de grossesse plus intenses (nausées, vomissements, fatigue...). Cependant, elles ne sont pas toujours conscientes de leur peur. Parfois ce sont les professionnels qui la dépistent au travers de leurs comportements : pleurs excessifs, nombreuses questions...

Dans l'étude de Nilsson & Lundgren (2009), les femmes présentant des craintes, expriment le sentiment de ne pas recevoir de soutien ni de compréhension par l'entourage. Un sentiment de culpabilité et de honte est également évoqué par celles-ci. Ces derniers mentionnent que cette peur peut se traduire par des changements dans les comportements quotidiens, c'est à dire, des attitudes dans lesquelles les femmes ne se reconnaissent pas (sautes d'humeur, irritabilité). Des symptômes physiques tels que des douleurs d'estomac, une tachycardie et des troubles du sommeil peuvent également être présents.

Deux études, Fenwick et al. (2015) et Nilsson & Lundgren (2009) exposent les stratégies des femmes face à cette peur.

Tout d'abord, Fenwick et al. (2015) les décrivent sous forme de deux comportements. Un premier discours décrit par les femmes est le ressassement des idées négatives. Le deuxième discours est l'évasion complète de la pensée, éviter de se projeter dans la planification de la naissance et « s'occuper l'esprit » par d'autres pensées. De plus, Nilsson & Lundgren (2009) parlent de stratégies d'évitement et de stratégies permettant de contrer la peur. Les stratégies d'évitement ont pour but de supporter la peur. Les femmes évitent de penser à l'accouchement, évitent d'en parler avec l'entourage et certaines pensent à l'option de la césarienne. Les autres stratégies ont pour objectif de reconnaître sa peur et de l'analyser afin de trouver un moyen de la diminuer. Les nullipares ont tendance à opter pour les stratégies « d'évitement », alors que les multipares ont une préférence pour les stratégies leur permettant de travailler sur leurs peurs afin de s'offrir un accouchement « meilleur » que le précédent.

4.2.4 Les conséquences de la peur sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Les conséquences de la peur sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sont multiples. Tout d'abord, en ce qui concerne le déroulement de la grossesse, Salomonsson et al. (2010) constatent que très peu de femmes présentant des craintes suivent des cours de préparation à la naissance. Ceci s'explique en parti par leur attitude d'évitement. Des tensions au sein du couple sont également décrites. Ensuite, les auteurs mentionnent les conséquences possibles au niveau obstétrical. Ils expliquent que le travail et l'accouchement sont souvent plus compliqués pour ces femmes et qu'elles encourent le risque de plus d'interventions. En effet, celles-ci vont plus facilement se présenter à la maternité dès les premières contractions induisant l'admission en salle d'accouchement durant la phase de latence. La demande de l'analgésie péridurale est très fréquente durant cette période augmentant le

risque d'un travail prolongé, d'instrumentation et de césarienne en urgence. De plus, certaines femmes se considèrent incapables d'accoucher par voie basse augmentant ainsi le taux de césarienne.

La peur de l'accouchement a également des conséquences lors du post-partum. Premièrement, cette peur peut avoir un impact négatif sur le lien d'attachement entre la mère et le bébé. Deuxièmement, le risque pour la femme de développer une dépression du post-partum est augmenté.

4.2.5 Le rôle sage-femme

Fenwick et al. (2015) énoncent que la qualité du soutien et de l'information délivrée par les sages-femmes joue un rôle important dans la diminution des peurs chez les femmes. De plus, les auteurs expriment l'importance de la continuité des soins par une sage-femme de référence. Salomonsson et al. (2010) mettent également en lumière la notion de continuité des soins.

Ces derniers, expliquent que les sages-femmes ont pour rôle d'identifier les peurs ainsi que de permettre aux femmes de les évaluer. Salomonsson et al. (2010) et Lyberg & Severinsson (2010) nomment dans leurs études, l'importance de l'attitude des sages-femmes afin que les femmes se sentent rassurées et en confiance. Cette attitude se traduit par une écoute active, un soutien et une grande disponibilité, ceci, durant toute la période périnatale.

Dans ces deux études, les femmes expriment le besoin d'un plan de naissance leur permettant de se projeter dans l'accouchement. Cependant, Salomonsson et al. (2010) mettent en garde sur le fait que ceci, peut créer de fausses attentes. Ces auteurs mentionnent également que les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ne font pas disparaître les craintes autour de l'accouchement, mais aideraient les femmes à mieux profiter de leur grossesse en pensant davantage au bébé et en pratiquant des techniques de relaxation. De plus, la visite de la maternité ainsi que la rencontre avec l'équipe soignante grâce à ces cours ont été considérées comme bénéfiques par les femmes.

Enfin, Salomonsson et al. (2010) mentionnent l'importance du suivi sage-femme durant le post-partum. Effectivement, la peur de l'accouchement peut toujours être présente après la naissance et avoir des répercussions à court, moyen et long terme, à savoir, des impacts négatifs sur le lien d'attachement et des risques augmentés de dépression du post-partum.

5. Discussion et retour dans la pratique

5.1 Discussion

5.1.1 Les peurs de l'accouchement

Lukasse et al. (2014) mentionnent que 11% des femmes enceintes sont touchées par une peur sévère de l'accouchement. Toutefois, Fenwick et al. (2009) démontrent que cette peur sévère peut atteindre le pourcentage de 26%. Ce chiffre relativement conséquent, oblige les professionnels à étudier et à mieux comprendre ces peurs.

La sélection d'articles de la revue de la littérature a permis de mettre en évidence les principales peurs de l'accouchement exprimées par les femmes : la santé du bébé, la perte de contrôle et le fait de devenir mère. L'ensemble des auteurs s'accordent sur ces différentes peurs, mettant en avant la fiabilité des résultats.

De plus, certaines femmes ont témoigné vouloir avoir recours à la césarienne électorive afin d'éviter l'épreuve de l'accouchement par voie basse (Nilsson & Lungren, 2009). Pour ces femmes, la césarienne peut être une stratégie permettant de contourner les peurs suivantes : la santé du bébé, la perte de contrôle, la douleur et les déchirures/épisiotomies. Concernant la santé du bébé, la césarienne amènerait aux femmes un « sentiment de sécurité apporté par la technique » (Jacques, 2007, p.119).

Les articles analysés montrent effectivement que la césarienne électorive est très demandée. Or, certaines femmes présentent également des peurs de la césarienne. En effet, Geissbuehler & Eberhard (2002), mentionnent que 12% des femmes questionnées dans leur étude craignent avoir recours à une césarienne. Ils ajoutent également que 13% des femmes expriment des peurs de vivre un accouchement instrumenté. De plus, Saisto & Halmesmaki (2003) soulignent que 41% des femmes ayant eu une expérience négative d'un précédent accouchement évoquent des peurs de mourir.

5.1.2 La douleur de l'accouchement

Étonnamment, les résultats des articles mettent peu en évidence la peur de la douleur. Cependant, comme développer dans le cadre théorique, la prise en charge de la douleur a suscité de nombreuses recherches en obstétrique depuis le XIX^{ème} siècle donnant lieu à la mise en place de méthodes permettant la gestion efficace de la douleur, dont principalement « l'accouchement sans douleur » et l'analgésie péridurale. Dans la pratique professionnelle, il est possible d'observer fréquemment les femmes exprimer de l'inquiétude vis à vis de cette douleur. De plus, un accouchement, dont la douleur est maîtrisée, participe positivement au vécu de l'accouchement : « le traitement de la douleur ... est désigné comme crucial pour l'amélioration de l'expérience de l'accouchement » (Socialstyrelsen, 2001 cité par Salomonsson et al., 2008). Cela démontrent l'importance de l'impact de la douleur au niveau psychologique ainsi que l'importance d'une prise en charge adaptée à la gestion de celle-ci.

Effectivement, dans les articles sélectionnés, seule l'étude de Fenwick et al. (2015) mentionnent la peur de la douleur. Ils précisent qu'un mauvais vécu de la douleur peut amener de l'appréhension lors d'un futur accouchement.

En revanche, Geissbuehler & Eberhard (2002) constatent que la peur de la douleur est en deuxième position dans le classement des différentes peurs exprimées par les femmes. En effet, 39,8% des femmes ont révélé craindre cette douleur. Hofberg & Ward (2003) évoquent également que les femmes manifestent des peurs d'accoucher dû à la douleur.

Poizat (2011), pédopsychiatre et psychanalyste dans le domaine de la périnatalité, amène une vision différente sur la peur de la douleur. Selon elle, celle-ci serait la peur la plus facilement exprimable par les femmes, mais refléterait d'autres peurs inconscientes comme la peur de mourir.

5.1.3 L'impact des peurs sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Afin de vérifier la fiabilité des résultats obtenus concernant les conséquences de la peur de l'accouchement, la recherche d'articles supplémentaires était nécessaire. En effet, seule, une étude parmi les cinq évoquent ces impacts.

La peur de l'accouchement a effectivement été corrélée à un taux plus élevé de césarienne.

Räisänen et al. (2014), constatent, dans leur étude, que ce taux est multiplié par 3,3 pour les nullipares et par 4,5 pour les multipares. Handelzalts et al. (2015) confirment ces faits. Ils ajoutent que cette peur est également associée à un taux plus important d'accouchement instrumenté ($p < 0.01$).

D'autre part, Austin et al. (2007) démontrent que l'anxiété élevée durant la grossesse multiplie par deux le risque d'accoucher prématurément.

De plus, Haines et al. (2012) mentionnent que les femmes présentant des craintes sont plus susceptibles d'avoir recours à la péridurale durant le travail (OR 1.9, 1.1-3.2). Les auteurs relèvent que ces femmes sont plus susceptibles d'avoir un vécu négatif de l'accouchement (OR 1.7, 1.02 - 2.9) pouvant entraîner un syndrome de stress post-traumatique (Wijma et al., 1997).

Pazzagli et al. (2015) et Räisänen et al. (2013) évoquent que la peur de l'accouchement est fortement associée à un risque de dépression du post-partum. Effectivement, l'étude de Räisänen et al. (2013), analysant la dépression du post-partum démontre que pour 30% la cause de leur dépression était associée à la peur de l'accouchement (OR 2.71, IC 95% : 1.98-3.71).

5.1.4 La place du partenaire⁷

Les femmes présentant des peurs de l'accouchement expriment le sentiment d'être seules et peu soutenues par leur entourage y compris par leur partenaire (Nilsson & Lungren, 2009). Les craintes des femmes pendant la grossesse provoquent parfois un manque de compréhension de la part du partenaire

⁷ Y compris les couples homosexuels

amenant des tensions dans le couple (Salomonsson et al. 2010). En effet, il lui pourrait être difficile de comprendre son vécu. Cependant, les femmes soulignent l'importance de la présence et du soutien du partenaire. Effectivement, ce soutien leur permettrait de diminuer leur sentiment de solitude et les aiderait ainsi à faire face à leurs différentes peurs (Nilsson & Lungren, 2009).

Toutefois, la présence du futur père est une ressource pour les femmes seulement si celui-ci ne présente pas, lui-même, des peurs liées à l'accouchement. En effet, une étude suédoise, Eriksson et al. (2006) démontrent que 13% des hommes sont également touchés par la peur sévère de l'accouchement. Il est donc également important, lors du suivi sage-femme, de prendre en considération le futur père.

5.1.5 Prise en charge de la peur de l'accouchement

En Suède, la peur de l'accouchement a beaucoup été étudiée. En effet, grâce à ces recherches, c'est un des rares pays d'Europe qui reconnaît la peur de l'accouchement comme un problème de santé publique (Ryding et al., 2003). Dans ce pays, la plupart des maternités proposent un accompagnement spécialisé pour les femmes présentant des peurs de l'accouchement : sages-femmes disponibles par téléphone, entretiens réguliers, apport d'informations, discussions autour des craintes. Ce soutien psychologique et obstétrical individuel a permis aux femmes de diminuer les problèmes liés à la grossesse, de réduire les demandes de césarienne électorale entre 50 et 62%, d'augmenter le taux de réussite d'accouchement par voie basse par rapport aux femmes présentant des peurs non prises en charge (Ryding, 1993 ; Allott, 1996 ; Sjögren et Thomassen, 1997 ; Saisto et al., 2001). De plus, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que le soutien des sages-femmes est l'un des facteurs principaux dans l'expérience positive de l'accouchement (Lavender et al., 1999 ; Hodnett et al., 2003 ; Lungren, 2004).

5.2 Retour dans la pratique

5.2.1 Offrir à chaque femme un suivi personnalisé lors de la grossesse et de l'accouchement

Comme mentionné dans les résultats de la revue de littérature sélectionnée, les femmes présentant des peurs de l'accouchement apprécient l'accompagnement proposé par une sage-femme de référence. Elles qualifient ce suivi comme étant rassurant et sécurisant (Fenwick et al., 2015 ; Salomonsson et al., 2010). En effet, l'accompagnement global serait idéal pour ces femmes. Celui-ci consiste à proposer aux femmes un suivi adapté à leurs besoins, dès le début de la grossesse jusqu'au post-partum par un groupe de sages-femmes restreint. La familiarité des sages-femmes et la continuité des soins permettraient de créer une relation de confiance plus étroite entre les futures mères et les professionnels de la santé. Ainsi, les femmes se sentiraient plus à même d'aborder leurs peurs, leurs besoins et leurs attentes quant à l'accouchement. De plus, les sages-femmes étant plus disponibles, seraient également une ressource et un soutien pour les femmes dans le déroulement de leur grossesse.

Afin d'offrir aux femmes un suivi personnalisé, le projet de naissance est une bonne stratégie. En effet, celui-ci leur permettrait de se projeter dans le déroulement de l'accouchement en s'exprimant autour de leurs désirs, de leurs attentes ainsi que de leurs craintes. Du point de vue des sages-femmes, ceci leur permettrait d'identifier, chez les femmes, d'autres peurs sous-jacentes. Il permet donc une meilleure communication entre les femmes et les sages-femmes.

Néanmoins, la difficulté dans la création d'un projet de naissance est qu'il satisfasse les attentes de la femme tout en restant un projet réaliste. Effectivement, le rôle de la sage-femme a pour objectif de guider la femme dans sa réalisation afin qu'elle ne se crée pas de fausses attentes.

5.2.2 Offrir à chaque femme un espace de parole

Les cours de préparation à la naissance et la parentalité (PANP) peuvent être une stratégie pour les femmes qui présentent des peurs de l'accouchement. En effet, certaines femmes ont souligné le manque d'apport de connaissances de la part des professionnels contribuant à la peur de l'accouchement (Fenwick et al., 2015). La PANP permettrait ainsi d'apporter aux couples les connaissances obstétricales ainsi que des informations pratiques concernant l'institution et la prise en charge. Ceci apporterait aux femmes une certaine autonomie dans leur prise de position durant l'accouchement renforçant leur sentiment de contrôle. De plus, ces cours amènent un espace de parole permettant aux femmes de se confier et de s'exprimer sur leurs interrogations. Idéalement, ces cours se dérouleraient en petit comité, de préférence deux à trois couples, afin de garder et favoriser un espace sécurisé, convivial et de confiance. L'avantage des cours en collectivité est qu'ils permettent aux couples de partager leurs propres expériences. D'autre part, il serait intéressant de consacrer un temps égal dédié à la sophrologie autant qu'à l'apport de connaissances théoriques. Effectivement, ces femmes qui éprouvent plus d'anxiété, ont tendance à se sentir stressées, ainsi leur offrir un temps de recentrage sur elles-mêmes et sur leur bébé serait bénéfique. Proposer aux femmes des techniques de sophrologie aurait pour effet de diminuer le stress au moment présent. Ceci leur permettrait d'acquiescer des stratégies de coping pour faire face à leurs peurs au quotidien.

Dans le contexte genevois, une étude pilote a été menée au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Sancho Rossignol & Nanzer, 2010). Celle-ci avait pour objectif d'améliorer la prise en charge (prévention et dépistage) de la dépression périnatale grâce à l'élaboration d'un entretien prénatal. Cet entretien permettait également « un moment privilégié où la femme peut aborder de manière confidentielle et personnalisée ses différentes inquiétudes » (p.28). Les résultats ont mis en évidence que cet entretien a permis à 67% de ces femmes de diminuer leur niveau d'anxiété durant la

grossesse et 56% des femmes ont estimé qu'un deuxième entretien serait nécessaire. Depuis, cet entretien a été instauré au sein de la maternité des HUG. Il est dispensé par une sage-femme et dure soixante minutes. Effectivement, proposer aux femmes présentant des peurs de l'accouchement, un entretien prénatal durant la grossesse pourrait également être une bonne stratégie dans la diminution de celles-ci. Il serait idéal de leur proposer cet entretien dès les premières manifestations de leurs inquiétudes. Pour cela, il est également important que les professionnels de la santé puissent dépister ces craintes, car parfois, les femmes n'en sont pas conscientes. De plus, offrir aux femmes un entretien prénatal le plus tôt possible permettrait la possibilité de mettre en place un suivi régulier, en proposant un deuxième, voire un troisième entretien, selon le besoin de chaque femme. Cette consultation est un espace de parole où les femmes peuvent exprimer leurs émotions librement. C'est également un moment où la sage-femme serait entièrement disponible et s'adapterait aux besoins de la femme, du couple. Cet entretien est ouvert aux femmes, mais également aux futurs pères. Il serait d'autant plus intéressant que ceux-ci assistent au rendez-vous s'ils ressentent le besoin de s'exprimer concernant d'éventuelles peurs liées à l'accouchement. En effet, il est important qu'ils puissent s'exprimer librement sur leurs ressentis, car leurs inquiétudes peuvent avoir des répercussions négatives sur celles de leur femme. Par ailleurs, développer une formation sage-femme spécifique à l'entretien prénatal permettrait d'augmenter l'effectif des sages-femmes ainsi que d'ouvrir de nouvelles plages horaires afin de recevoir un plus grand nombre de femmes.

5.2.3 Prévention et promotion autour des peurs de l'accouchement

Après des professionnels de la santé

La peur de l'accouchement est un phénomène complexe qui mérite d'être reconnu et pris en compte par les professionnels de la santé. Contrairement au contexte suédois, en Suisse il n'existe pas d'accompagnement spécifique aux femmes présentant des peurs de l'accouchement. Dans la pratique, les

peurs de l'accouchement ne semblent pas être reconnues par les soignants. Tout d'abord, créer une formation continue sage-femme spécialisée permettrait à celles-ci d'être sensibilisées et de proposer un accompagnement adapté aux besoins de chaque femme. De plus, dans le cadre des consultations prénatales, il serait intéressant d'introduire dans le dossier patient informatisé, une case dédiée à la peur de l'accouchement afin d'en faciliter le dépistage. Ceci permettrait aux sages-femmes de rediriger plus facilement ces femmes vers un entretien prénatal. D'autre part, il serait également judicieux de sensibiliser les gynécologues indépendants au dépistage de la peur de l'accouchement et de les informer qu'il existe un entretien prénatal. Ceci dans le but qu'ils puissent proposer aux femmes une suite de prise en charge adaptée.

Après des femmes enceintes

En tant que sages-femmes, il paraît important de sensibiliser les futures mères à la peur de l'accouchement afin que celles-ci puissent prendre conscience de leur niveau d'inquiétude. Effectivement, pendant la grossesse il est normal de ressentir certaines inquiétudes, cependant celles-ci ne doivent pas affecter le quotidien. Les femmes doivent être en mesure d'identifier leurs peurs ainsi que son impact sur leur état psychique et émotionnel. De plus, la sage-femme a pour objectif d'informer les femmes qu'une peur importante de l'accouchement n'est pas anodine et qu'il est nécessaire d'en parler. Le cadre des consultations est idéal pour en discuter, car il permet un lieu sûr et intime pour les femmes. La sage-femme doit toutefois se montrer disponible, à l'écoute, faire preuve de non-jugement et de bienveillance. De plus, inciter les femmes à en parler permettrait aux sages-femmes de proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins : suivi global, projet de naissance, PANP et entretien prénatal.

5.2.4 Gestion de la peur de l'accouchement par la sophrologie

Le mot « sophrologie » vient du grec (Caycedo, 2007, p.7) :

- « SOS » : équilibre, harmonie
- « PHREN » : conscience, esprit
- « LOGOS » : science, étude

Cette méthode a été créée par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo en 1960. Il l'a défini comme « une discipline qui étudie la conscience et les valeurs de l'existence de l'être, par des procédés propres et originaux » (p.7). Chéné (2006), gynécologue et Directeur de l'Académie de sophrologie Caycédienne de Paris ajoute qu'elle est « conçue pour maîtriser l'équilibre corps-esprit » (p.21). En d'autres mots, « la sophrologie est une discipline permettant de développer nos capacités personnelles et d'améliorer ainsi l'existence quotidienne de ceux qui la pratiquent » (p.20).

La sophrologie a fait ses preuves dans la gestion du stress et des émotions au quotidien. En effet, une étude démontre que des séances régulières de sophrologie, sur une durée de cinq semaines, diminue le stress chez des étudiants (Fiorletta et al. 2013). Chéné explique que cette technique de relaxation aborde tous les aspects du stress (les causes, les symptômes et sa gestion). De plus, comme mentionné dans le cadre théorique, la peur et l'anxiété se manifestent par des symptômes psychosomatiques tels que l'augmentation de la fréquence cardiaque, respiratoire, la fatigue, la concentration psychique ainsi que la tension musculaire. Chéné mentionne que la sophrologie permet de les diminuer.

Afin d'obtenir une efficacité optimale, il est important que la sophrologie soit pratiquée de façon régulière. Favoriser davantage de temps à la sophrologie lors des cours de PANP et/ou rediriger, au besoin, les femmes vers un sophrologue pour un travail plus approfondi semble être favorable au bien-être maternel.

5.3 Les forces et limites de notre travail

5.3.1 Forces

Comme mentionné dans les forces de la revue de littérature, les résultats obtenus nous ont permis de développer différents aspects relatifs à la peur de l'accouchement. Effectivement, la diversité des informations récoltées nous ont permis de répondre de manière approfondie aux différentes interrogations concernant la problématique.

De plus, le cadre de référence théorique amène une approche différente de l'accouchement. En effet, l'accouchement est souvent décrit par des définitions obstétricales, techniques et concrètes. Dans ce mémoire, le fait d'aborder l'accouchement selon ses significations et ses représentations en apporte une vision complémentaire et permet d'enrichir nos connaissances.

Enfin, une des forces de notre travail est que les sages-femmes se sentent concernées par la problématique de la peur de l'accouchement. De ce fait, les études sélectionnées mettent en avant la pratique sage-femme dans l'accompagnement des femmes. Par conséquent, intégrer le rôle professionnel des sages-femmes a été relativement limpide.

5.3.2 Limites

Tout d'abord, la barrière de la langue est l'un des premiers biais de notre travail. Effectivement, l'anglais n'étant pas notre langue maternelle, la compréhension et l'analyse des résultats ont parfois été compliquées.

De plus, bien que nous ayons abordé la place du partenaire autour de la problématique de la peur de l'accouchement, avec du temps supplémentaire, il aurait été intéressant d'approfondir davantage son rôle auprès de la femme ainsi que son intégration dans les soins sages-femmes. Il aurait également été intéressant de développer la peur de l'accouchement chez le partenaire.

Enfin, certaines études proposent l'entretien psycho-éducatif comme méthode permettant aux femmes enceintes de réduire leurs peurs en lien avec l'accouchement. Ceci est un aspect qui aurait été intéressant à aborder dans le retour dans la pratique si nous avions plus de temps à disposition. En effet,

nous avons pris parti de développer des méthodes permettant la gestion de peurs de l'accouchement qui soit plus facilement réalisable dans la pratique actuelle.

6. Conclusion

La peur de l'accouchement est un problème de santé publique qui requiert une prise en charge reconnue et spécifique de la part des professionnels de la santé. En effet, 11% des femmes sont touchées par une peur sévère de l'accouchement (Lukasse et al. 2014) et celle-ci peut avoir des répercussions sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En tant que futures sages-femmes, suite à la réflexion autour de cette problématique, différents questionnements ont émergé : Quelles sont les peurs ressenties par les femmes enceintes ? Comment se manifestent-elles ? Quels impacts ont-elles sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ? Quel est le rôle de la sage-femme auprès des femmes présentant des craintes autour de l'accouchement ?

L'analyse des cinq articles sélectionnés et les recherches complémentaires effectuées ont permis de mettre en évidence les facteurs associés à la peur de l'accouchement ainsi que le positionnement sage-femme dans l'accompagnement de ces femmes.

Les futures mères évoquent différentes peurs autour de l'accouchement telles que : la perte de contrôle pendant l'accouchement ; le fait de devenir mère ; la santé du bébé ; la douleur et la relation avec l'équipe soignante. Par ailleurs, les femmes manquant de soutien social, souffrant de difficultés économiques, présentant des symptômes de dépression et ayant une mauvaise expérience d'un accouchement précédent sont plus à risque de développer des peurs de l'accouchement. Quant aux manifestations, des changements d'humeur ainsi que des symptômes psychosomatiques peuvent être observés chez ces femmes. De plus, certaines d'entre elles nient leur grossesse et mettent en place des stratégies afin d'éviter toute projection sur l'accouchement, comme par exemple, la demande de césarienne électorale sans raison médicale. Une augmentation du stress périnatal augmente aussi le risque d'accouchement prématuré. De plus, ces femmes sont plus à risque d'interventions médicales durant le travail et l'accouchement du fait de leur présence anticipée en salle d'accouchement. Effectivement, un taux plus important de travail prolongé,

d'analgésie péridurale, de césarienne en urgence et d'instrumentation a pu être constaté. La dépression du post-partum, la difficulté du lien d'attachement mère-enfant ainsi qu'un mauvais vécu de l'accouchement sont des complications relatives au post-partum.

Les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des femmes présentant des craintes face à l'accouchement. En effet, comme développé dans le retour dans la pratique, les perspectives professionnelles sont de proposer aux femmes une prise en soin personnalisée ainsi que de leur offrir un espace d'écoute et de parole. Pour cela, la mise en place d'un suivi global, d'un entretien prénatal, d'un projet de naissance ainsi que la participation à des cours de préparation à la naissance axés de manière plus importante sur la sophrologie semblent réalisables et adaptés aux besoins des femmes.

De plus, l'attitude de la sage-femme influence le vécu des femmes concernant la prise en soin. En effet, une relation basée sur la confiance amène à celles-ci une plus grande satisfaction.

Toutefois, présenter des peurs de l'accouchement peut apporter un aspect positif aux femmes, car cela leur permet de se centrer sur elles-mêmes, de s'accorder du temps et d'apprendre à mieux se connaître. Ces comportements peuvent amener la femme vers le début d'un développement personnel. Le stress et l'anxiété sont des émotions omniprésentes dans la vie quotidienne. Les ressources et stratégies de coping acquises durant la grossesse afin de faire face aux peurs de l'accouchement resteront utiles tout au long de leur vie de femme.

Ce mémoire nous a permis de prendre conscience de l'importance des peurs liées à l'accouchement. La revue de littérature a mis en évidence que les pays scandinaves, notamment la Suède, ont reconnu ce phénomène comme un problème de santé publique. Ils ont ainsi considéré indispensable d'élaborer

une prise en charge adaptée. Ceci nous amène à penser qu'il serait intéressant de poursuivre des recherches, plus particulièrement dans les pays où les maternités ne proposent pas d'accompagnement spécifique. Effectivement, ceci permettrait au corps médical de s'interroger autour de cette problématique et ainsi d'apporter des modifications pertinentes dans la pratique professionnelle.

7. Bibliographie

- Allott, H. (1996). Picking up the pieces : the post delivery stress clinic. *British Journal of Midwifery* 4, 534–536.
- Aubert-Burri, D. (2013). *La douleur de l'accouchement, rôle de la sage-femme* [support de cours].
- Austin, M.-P., Tully, L. & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101(1), 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.015>
- Besson J. & Galtier M. (2009). Parentalité, vous avez dit « fragile » ? Toulouse : Erès
- Bhatia, M. S. & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(2), 158-159. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.119649>
- Caycedo, A. (2007). *Code déontologique de la sophrologie et de la sophrologie caycédiennne*. Accès <http://www.sofrocay.com/sites/default/files/image-upload/code-deontologique.pdf>
- Bydlowski, M. (2008). *La dette de la vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF
- Bydlowski, M. (2010). *Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité*. Paris : O. Jacob.
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144. doi:10.7202/016935ar
- Chéné, P-A. (2006). *Sophrologie : Préparation à l'accouchement*. Paris : Praxis Ellébore
- Collière, MF. (1996). *Soigner... Le premier art de la vie*. Issy-Les-moulineaux : Masson

- Eriksson, C., Jansson, L., & Hamberg, K. (2006). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*, 22(3), 240-248. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.10.002>
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. & Hauck, Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Fiorletta, P., Ganic, A., Royer, A. & Grosjean, V. (2013). Mesure des impacts de la sophrologie caycédiennne® sur le stress. *Kinésithérapie, la Revue*, 13(142), 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2013.03.011>
- Frydman, R., Gelis, J., Atlan, H. & Matignon, K L. (2013). La plus belle histoire de la naissance. Paris : Robert Laffont
- Geissbuehler, V. & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 229-235.
- Gélis, J. (2013). Naître autrefois. In R. Frydman, J. Gélis, H. Atlan & K L. Matignon (Dir. ?), *La plus belle histoire de la naissance* (pp.77). Paris : Laffont.
- Gendre, A. (2015). *Devenir mère*. [Support de cours]. Genève : HEDS
- Gennep, V. (1981 [1909]). *Les rites de passage*. Paris : Picard
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55>

- Handelzalts, J. E., Becker, G., Ahren, M.-P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z. & Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(5), 1055-1062. <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3532-x>
- Hildingsson, I., Nilsson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. (2011). A Longitudinal Survey of Childbirth-Related Fear and Associated Factors. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(5), 532-543. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01274.x>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766>
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 83-85.
- Hofberg, K. & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-510, quiz 508-510.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Puf
- Janet, P. (1926). *De l'angoisse à l'extase*. Paris : Librairie Félix Alcan
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company
- Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. L. & Bidens Study Group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 99-106. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>

- Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 368-375. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00300.x>
- Lyberg, A. & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 383-390. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x>
- McKenzie, K. (2014). *Anxiété et crises de panique*. Montréal : Modus Vivendi
- Nadel, D. (2015). Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? *Parcours d'une sage-femme engagée*. Gap : Yves Michel
- Nilsson, C. & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- Pazzagli, C., Laghezza, L., Capurso, M., Sommella, C., Lelli, F. & Mazzeschi, C. (2015). Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 62-74. <https://doi.org/10.1002/imhj.21483>
- Petit, P. (2015). Prises en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale : à propos d'un cas clinique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.01.001>
- Poizat, A. (2011). Peur de la douleur, angoisse de la naissance: les poupées russes... In Dreyfus, M. (Dir.), *41e journées nationales de la société française de médecine périnatale, Grenoble, 12-14 octobre 2011, (pp. 63-68)*. Paris : Springer
- Potier, M. (2002). *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil Malmaison : Lamarre Editions
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a

- population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>
- Räisänen, S., Lehto, S., Nielsen, H., Gissler, M., Kramer, M. & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(8), 965-970.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 72(4), 280-285. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599>
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T. & Halmesmäki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics and Gynecology*, 98(5 Pt 1), 820-826.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
- Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>
- Sancho Rossignol, A. & Nanzer, N. (2010). *L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Accès http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/promotion-sante-prevention/doc/rapport-entretien_prenatal-14.06.10.pdf
- Seccia Boulanger, A. (2008). Message d'une sage-femme pour une naissance libre : *Les peurs de la grossesse et de l'accouchement*. L'Estréchure : A.S.22.11 Productions

- Sjögren, B. & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 76(10), 948-952.
- Stern, D. (1996). *La constellation maternelle*. Paris : Calmann-Lévy.
- Stern, DN. & Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob
- Trelaün, M. (2012). *J'accouche bientôt, que faire de la douleur ?* Gap : Le souffle d'or
- Tribolet, S. (1997). *Ecouter l'angoisse*. Bordeaux Le Bouscat : L'Esprit du Temps
- Vuille, M. (1998). *Accouchement et douleur : une étude sociologique*. Lausanne : Antipodes
- Wijma, K., Söderquist, J. & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597.