

PARTURIPHOBIE Peur de l'accouchement

**Phobies non officielles, non reconnues, non spécifiques,
non classifiées en tant que troubles anxieux définis dans le DSM-5 et la CIM-11
DSM-5 Phobie spécifique de type maladie/blessure ou trouble anxieux
CIM-11 6B03 — Phobie spécifique, ou 6B23 — Anxiété liée à la santé**

Parturiphobie (ou **tocophobie**) : peur pathologique de l'accouchement, dont l'intensité excède l'appréhension ordinaire et peut conduire à l'évitement de la grossesse ou à la demande de césarienne sans indication médicale.

Étymologie et nosographie

Le terme est composé du latin *parturire* (être en travail) et du suffixe *-phobie*. La littérature spécialisée lui préfère aujourd'hui *tocophobie* (gr. *tokos*, « accouchement »), forgé par Hofberg et Brockington (2000).

La parturiphobie ne figure pas comme entité autonome dans le DSM-5-TR ni dans la CIM-11 ; elle s'inscrit, selon sa présentation, dans les phobies spécifiques ou dans les troubles anxieux de la périnatalité.

Typologie (Hofberg & Brockington)

- ***Tocophobie primaire*** : survenant chez la nullipare, antérieurement à toute expérience obstétricale, souvent dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte, et pouvant motiver le renoncement à la maternité.
- ***Tocophobie secondaire*** : consécutive à un accouchement vécu comme traumatique (complication obstétricale, violence obstétricale perçue, mort périnatale), parfois en continuité avec un état de stress post-traumatique.
- ***Tocophobie secondaire à une dépression périnatale*** : l'anxiété d'accouchement surgit dans le contexte d'un épisode dépressif antépartum.

Sémiologie

Anticipation anxieuse envahissante, ruminations catastrophistes (douleur, perte de contrôle, mort maternelle ou fœtale, lésions périnéales), cauchemars, symptômes neurovégétatifs, évitement des consultations prénatales et des préparations à la naissance. La phobie centrale porte tantôt sur la douleur, tantôt sur l'impuissance et la dépossession du corps, tantôt sur l'issue fatale.

Épidémiologie

Les estimations de prévalence varient fortement selon les seuils de la *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) : environ 6 à 15 % des gestantes présenteraient une peur sévère, 2 à 10 % un tableau cliniquement invalidant. Les facteurs associés comprennent la nulliparité, des antécédents de violences sexuelles, un trouble

anxieux ou dépressif préexistant, un faible soutien perçu et une transmission culturelle de récits d'accouchement dramatisés.

Conséquences cliniques

Majoration de la demande de césarienne électorive, allongement possible du travail, risque accru de dépression du post-partum et de trouble de l'attachement, et renoncement à la parité.

Prise en charge

Thérapies cognitivo-comportementales (restructuration cognitive, exposition graduée), entretiens prénataux dédiés (souvent en lien avec la sage-femme référente et l'anesthésiste), approches psychodynamiques centrées sur les représentations de la maternité, et, dans les formes post-traumatiques, EMDR.

Trois pistes d'approfondissement avec Claude IA

- 1. L'articulation entre tocophobie secondaire et état de stress post-traumatique postnatal, et la question de la violence obstétricale comme variable étiologique.*
- 2. La dimension anthropologique et psychanalytique de la peur de l'accouchement : rapport à la perte de maîtrise corporelle et aux fantasmes de morcellement.*
- 3. Les enjeux éthiques de la césarienne de convenance face à la tocophobie sévère : autonomie de la patiente et proportionnalité du risque chirurgical.*