

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Pères en Salle de Naissance :
Quand les complications maternelles
s'en mêlent !



Mémoire présenté et soutenu par

Camille BLANC

Née le 31 Mars 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2010-2015

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1
Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Pères en Salle de Naissance :

Quand les complications

maternelles s'en mêlent !

Mémoire présenté et soutenu par

Camille BLANC

Née le 31 Mars 1992

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Promotion 2010-2015

Remerciements

Aux personnes ayant contribué à l'élaboration de ce travail

A Mme Céline MOYENIN, directrice de ce mémoire, pour ses conseils avisés, sa disponibilité, et son enthousiasme quant au sujet de ce travail.

A Mme Florence CHICHOUX, guidante de ce mémoire, pour son implication, son œil de chercheuse, son écoute, et tout ce qu'elle m'a apportée en tant que personne.

A Mme Bérangère SEVELLE, guidante de ce mémoire, pour sa bienveillance et sa disponibilité, ses relectures, et pour sa formidable capacité d'adaptation, elle qui a pris le train en marche.

A Mme Paola BONHOURE, pour son soutien, son sourire, et ses carrés de chocolat, les jours de faible moral.

A Mme Myriam MICHEL, pour son oreille disponible, sa rigueur, son discours rassurant et ses mouchoirs, les jours où rien ne va plus.

A Mme Françoise MOREL, pour son dévouement, son écoute, et sa patience.

A Mme Nathalie QUEROL, pour sa foi en notre formation, et pour continuer de porter à bout de bras notre école, en luttant contre vents et marrées.

A toutes les Sages-femmes que j'ai pu croiser sur le chemin de ma formation, pour ce qu'elles m'ont appris et pour la personne qu'elles m'ont permis de devenir.

A tous les pères qui ont contribué à ce travail, pour leur investissement personnel et leur gentillesse, merci.

Aux personnes qui m'entourent quotidiennement

A ma Maman, qui a su m'aimer et me faire exister en me portant, depuis le tout premier jour. « *C'est toi qui m'a fait, qui m'a construit, jour et nuit* ».

A mon Papa, pour ce qu'il m'a transmis, depuis ses gènes jusqu'à son éducation, et pour son inébranlable foi en moi.

A mon Frère, ma paire et mon reflet, pour sa présence, son amour et son soutien.

A Melle Claire LANCON, pour sa présence, sa patience, son soutien et son amitié sans faille. *Ganar sin riesgo es triunfar sin gloria.*

A ma famille, pour leur soutien et leurs encouragements, depuis de nombreuses années.

A mes amis, pour leur patience et leur compréhension pendant la durée de ce travail.

A ma chère promotion 2010-2015, pour les merveilleux moments passés ensemble, les fous-rires, les soirées et les heures au téléphone.

Merci.

A tous les Pères. D'hier, d'aujourd'hui, et de demain.

Table des matières

Liste des abréviations.....	9
Avant-propos	10
Introduction	11
Première Partie.....	12
I) La paternité qu'est ce que c'est ?	13
1. Les pères d'hier et d'aujourd'hui : quelle évolution ?	13
2. La fonction paternelle : ébauche d'une définition	15
3. Quand et comment accède-t-on à la paternité ?	17
II) SDN : entre angoisse et émerveillement	20
1. Les complications maternelles de l'accouchement.....	20
2. Le père en SDN	22
III) Le traumatisme psychologique.....	25
1. Définition	25
2. Le dépassement.....	27
3. Les troubles psychiques	28
Deuxième Partie	32
I) L'enquête	33
1. Thème et problématique de l'étude	33
2. Objectifs et hypothèses d'enquête.....	35
3. Matériel et méthodes	37
a) L'outil d'enquête	37
b) Population cible.....	37
c) Recrutement et modalités de réalisation des entretiens.....	38
4. Les limites de l'enquête	39
a) Les difficultés rencontrées	39
b) Les biais	40
5. Les forces de l'étude.....	41
II) Les résultats de l'étude.....	43
1. Échantillon de population	43
2. Faire connaissance avec les pères.....	45
3. Récit de la grossesse.....	46

4.	Retour sur la naissance et l'accouchement	48
a)	Présence en SDN	48
b)	Récit de l'accouchement compliqué	48
c)	Rôle de l'équipe pendant la prise en charge maternelle	54
d)	Mise en récit de la situation avec un membre de l'équipe soignante	56
e)	Discussion et échange avec l'entourage	58
5.	Et après ?	60
a)	Souvenirs de l'accouchement compliqué	60
b)	La question d'un futur accouchement	61
c)	Les relations au foyer	62
6.	L'accompagnement du père en SDN : satisfaction et suggestions	63
7.	Autres éléments recueillis	64
Troisième Partie		66
I) Vivre la complication maternelle en tant que père.....		67
1.	Les éléments et sentiments les plus marquants.....	67
2.	L'aspect salvateur de la communication	72
3.	Quel impact sur ces hommes ?	77
II) Améliorer le vécu et minimiser les conséquences		80
1.	L'influence de l'anticipation d'un éventuel accouchement compliqué	80
2.	Un entretien « thérapeutique »	84
3.	Un accompagnement global	86
Conclusion.....		89
Références bibliographiques		90
Bibliographie		93
Annexes		98

Liste des abréviations

SDN : Salle de Naissance

HDD : Hémorragie de la délivrance

ESPT : État de Stress Post Traumatique

DPN : Dépression Post-natale

SF : Sage-femme

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Avant-propos

Ce jour-là, j'avais 20 ans. C'était le jour tant attendu. Que d'impatience, de craintes, d'euphorie et de questionnements. J'arrivais devant la porte vitrée que je franchissais, le cœur battant la chamade. « Bonjour, je suis Camille, une étudiante Sage-femme en première année et c'est mon premier jour en Salle de Naissance ». Ce matin-là, pas le temps de m'accueillir, elles disaient « c'est Bagdad en salle ! ». Relève ci-tôt faite, une des Sage-femme que je suivais, entra alors dans la salle 3. Que de blouses blanches déjà présentes. Partout on murmurait, la patiente avait l'air mal, un masque à oxygène sur le visage, et moi, j'avais la nausée. Sans crier gare, tous se sont mis à courir, dans tous les sens, c'était le code rouge, qu'on connaît (si) bien. En quelques secondes, je me retrouvais seule dans la salle, face à face avec le père, comme figée sur place. Je portais moi aussi une blouse blanche ; pour ce père, j'étais un membre de l'équipe médicale, je devais avoir réponse à tout. Assaillie par toutes ses questions et ses angoisses, je ne savais que répondre. Je me sentais si inutile.

Ce fût la première anecdote, la première d'une longue lignée. Mais peu à peu, grâce à l'acquisition de connaissances, et à l'investissement grandissant de mon rôle d'étudiante, je parvenais à rassurer ces pères, à leur expliquer ce que mettait en place l'équipe, à répondre à leurs questions, et même parfois à leur faire esquisser un sourire, malgré l'angoisse de l'urgence et de l'inconnu.

Introduction

La Salle de Naissance (SDN) revêt une place particulière dans le cœur des parents. C'est l'endroit où ils ont vu naître leur enfant, où ils sont devenus en somme, un père et une mère. Ce lieu est par conséquent, pourvoyeur d'émotions intenses pour le couple.

On sait la place parfois difficile qu'occupe le père pendant le travail et l'accouchement, entre désir d'être là et crainte de trop en voir, ou encore entre envie d'aider sa femme et impuissance. C'est alors que pour les professionnels de santé, la notion d'accompagnement prend tout son sens. En effet, cette notion du « prendre soin », s'applique certes à la mère, mais également au père.

Mais que se passe-t-il dès lors que des complications de l'accouchement surviennent, et que les équipes sont alors moins disponibles pour cet accompagnement ?

Le dessein de ce travail est de mettre en lumière le vécu des hommes en SDN, lors de complications maternelles de l'accouchement, et d'évaluer l'impact à plus long terme d'un tel accouchement. Nous avons souhaité mettre en évidence leur ressenti d'homme, afin de tenter de découvrir si certains éléments seraient en mesure d'améliorer ce vécu et son impact.

Dans un premier temps, nous tenterons, à l'épreuve d'une revue de la littérature, de définir la notion de paternité, et de comprendre en quoi le passage des hommes en SDN pourrait avoir un impact psychologique à plus long terme. Dans un deuxième temps, nous exposerons les résultats émergents des témoignages que nous ont confiés les pères. Enfin, dans une troisième partie, à la lueur des éléments principaux retrouvés dans notre étude, nous tâcherons de synthétiser les données phares de notre enquête, afin de formuler d'autres pistes de réflexion, et ce, dans le but d'améliorer le vécu de ces hommes.

Première Partie

« Quiconque prétend savoir ce qu'est un
père est dans l'imposture. »

Joël Clerget

I) La paternité qu'est ce que c'est ?

1. Les pères d'hier et d'aujourd'hui : quelle évolution ?

L'histoire des pères et de la paternité a connu une évolution importante depuis l'Antiquité, et ce n'est que récemment, depuis les années 1950, que l'intérêt porté aux hommes en matière de parentalité est à son apogée. Un bref retour en arrière s'impose afin de mieux comprendre les actuelles difficultés sociétales pour donner une définition consensuelle de la paternité.

Dans l'Antiquité, où le modèle romain est prédominant, on parle volontiers de paternité patriarcale, et la femme est souvent domestiquée. C'est la toute Puissance Paternelle, encore appelée *patria potestas* (1). Là où l'homme est considéré comme étant seul géniteur, la femme, qui n'amène pas de semence féconde, sert à porter et nourrir le fœtus. On comprend aisément que c'est l'homme, qui, de part cette vision et sa fonction citoyenne, possède tous les droits sur l'enfant.

Au Moyen-âge, apparaît la paternité coutumière. La société devient hiérarchisée : on est, et même on naît, noble, bourgeois ou paysan. L'étendue du patrimoine représente l'identité et la dignité de la famille. Le père, toujours détenteur exclusif de l'autorité, doit transmettre ce patrimoine.

Par la suite, viennent s'opérer de grands changements. En effet, au XVIIIème et XIXème siècles, c'est une autre ère qui prend racine puisqu'on observe une amélioration nette des conditions de vie, accompagnée d'une baisse des naissances et de la mortalité infantile. Le père n'est plus le maître de sa progéniture. Ce qui est important pour la société, c'est le droit et l'intérêt de l'enfant. Une nouvelle notion apparaît, c'est l'amour paternel, qui vient s'ajouter à l'autorité. Plus particulièrement au XIXème siècle, on assiste à une véritable différenciation des rôles parentaux : la sphère publique (la vie hors du foyer, le travail professionnel) revient au père qui doit donc donner les moyens à son foyer de vivre convenablement, et la sphère privée (travail domestique, soins aux enfants), est assumée par la mère (1).

Les guerres mondiales du XXème siècle, ont vu s'accroître l'émancipation féminine, notamment avec l'apparition des femmes salariées. La différenciation des rôles parentaux est remise en question : l'équilibre est rompu par l'entrée des femmes dans la sphère publique. On assiste également à une révolution en matière de fécondité : le pouvoir de maîtrise et de décision, jusqu'alors réservé aux hommes, revient alors de droit aux femmes (Pilule contraceptive 1967, Interruption Volontaire de Grossesse 1974). Les femmes peuvent alors disposer en totale liberté de leur droit à procréer (2). Ce processus est accru par la naissance des mouvements féministes, prônant la parité dans la vie sociale et quotidienne.

Parmi ces changements, on souligne également une explosion de la psychologie dans tous les domaines –et la paternité n'y échappe pas-. De ce fait, la société va donner de plus en plus d'importance aux droits de l'enfant pour aboutir au modèle actuel, qui consiste en une satisfaction des désirs de l'enfant et la création d'un climat apaisant et sécurisant pour celui-ci. La connaissance grandissante de la société et des acteurs de santé en matière de psychologie, va permettre à partir des années 1970, d'ouvrir la discussion sur la présence des pères en SDN, les

instances médicales étant jusqu'ici réfractaires à les y intégrer. Ceci dans le but de renforcer les liens du couple, et dans cette dynamique d'intérêt de l'enfant (3).

D'un point de vue politique maintenant, la paternité a été revalorisée dans son rôle affectif depuis une cinquantaine d'années. En effet, en 1970, c'est l'apparition de l'Autorité Parentale Conjointe, modifiée en 1990 pour la rendre effective également après une rupture du couple. Plus récemment, en 2001, on note la création du Congé de paternité.

La société a changé, et les pères avec : ils ont été témoins de ces changements biologiques, familiaux et politiques, et sont devenus, de ce fait, plus impliqués en matière de paternité. Malgré ceci, dans l'esprit de la société actuelle, la *patria potestas* du modèle patriarcal d'antan est toujours présente car les hommes n'ont pas de modèle du père contemporain. Il apparaît donc difficile pour eux de ne pas reproduire le modèle ancien transmis de leurs aïeux.

Jean Le Camus écrit d'ailleurs « *on ne s'improvise pas du jour au lendemain homme de cœur et de sensibilité après s'être affirmé dans l'Histoire homme de poigne et de raison.* » (4). Tout ceci nécessite par ailleurs que les hommes s'affranchissent de ces dictats puissants du genre masculin.

2. La fonction paternelle : ébauche d'une définition

« *Être père est une énigme, et cependant, cela arrive tous les jours. Un homme est père comme il le peut [...]* » écrit Joël Clerget (5).

On comprend aisément à travers cette citation la difficulté d'établir une définition consensuelle de la paternité. Nous allons cependant tenter d'apporter quelques éléments de réponse.

Le père, d'après le dictionnaire Larousse, est décrit comme « un homme qui a un ou plusieurs enfants, [c'est] le chef d'une suite de descendants ». Il s'agit d'une définition quelque peu incomplète, puisqu'elle s'intéresse uniquement à l'aspect biologique du père : pour ETRE père, il faut AVOIR des enfants.

D'après plusieurs auteurs, le mot « père » serait beaucoup plus complexe, et ferait entrevoir trois dimensions (6) :

- Le père géniteur, à savoir le père réel en biologie.
- Le père affectif, qui peut être différent du géniteur. C'est celui qui élève l'enfant, lui donne son affection et il est appelé « Papa ».
- Le père symbolique : c'est celui qui fait fonction de tiers séparateur : il met de la distance dans la relation mère-enfant. D'une certaine façon, on peut penser que le père, en coupant le cordon ombilical à la naissance, réalise déjà sa fonction de tiers séparateur, au sens propre (3). Il représente la loi et l'autorité. Cette dimension permet le développement affectif de l'enfant, la structuration de son sens moral, et la construction de sa personnalité ainsi que de sa socialisation. Il contribue, comme le père affectif, à donner à l'enfant l'image de l'homme. Comme le dit Jean Gabard (6) « *l'homme qui n'a pas (pu) jouer la fonction de père, n'arrive alors que très peu à jouer son rôle de papa* », rôle ô combien fondamental pour un développement optimal de l'enfant.

En plus de ces trois dimensions, on peut également introduire la notion de père imaginaire (7). Ce père est une image qui provient de l'enfant lui-même, à la fois de son monde extérieur, à savoir du fantastique de son univers (entourage, dessins animés), mais aussi des constructions fantasmatiques internes de l'enfant. En somme, c'est le père idéalisé. A cet idéal, l'enfant peut reprocher de ne pas être parfait, de ne pas être capable de tout accomplir. Au fur et à mesure de son développement et de la reconnaissance de sa propre imperfection, l'enfant pourra alors faire le deuil de ce père idéalisé, dans la mesure bien sûr où celui-ci dispose d'un père affectif. Ceci s'accompagnera d'une évolution vers une représentation du père réel.

Le père, à travers ses différentes facettes va être en mesure d'effectuer deux fonctions indispensables :

- Winnicott par son œuvre, met en évidence la fonction d'appui : le père soutient la mère, notamment dans ses doutes (confirmation narcissique de la mère) et entoure la dyade mère-bébé.

- Resnick quant à lui, décrit la fonction de pont : le père protège la dyade mère-bébé et renforce son lien, son attachement. Mais petit à petit, il doit également introduire la notion de triade père-mère-bébé. Pour le bébé, le père est la première image du différent de sa mère.

Il va également permettre la construction de l'identité sexuée de l'enfant, avec le complexe d'Œdipe. On assiste pour la fille à une révélation par l'idéalisation de l'autre sexe, et pour le garçon, à une confirmation par identification.

D'autre part, le père, en reconnaissant l'enfant, va lui permettre de devenir une personne à part entière en l'inscrivant dans une généalogie, une filiation.

Toutefois, les auteurs s'accordent à dire que la fonction paternelle est nécessairement associée à la fonction maternelle (6). Autrement dit, il y a une complémentarité des places et des fonctions : la mère et le père sont parents avec deux styles relationnels différents.

Finalement, la complexité de la fonction de père ne nous permet pas d'en donner une définition complète, car il n'en est pas d'exhaustive. De plus, la notion de père répond à une définition d'un point de vue de l'homme, mais aussi d'un point de vue de l'enfant, puisque pour être père il faut avoir un enfant. Toutefois nous retiendrons, pour le dire avec Christine Castelain-Meunier, que « *la paternité s'inscrit plus dans une démarche d'affirmation personnelle, la responsabilité professionnelle, le mariage et la procréation ne suffisent plus pour être père.* » (8)

3. Quand et comment accède-t-on à la paternité ?

La construction de la parentalité, de l'identité parentale, est réalisée depuis l'enfance. Dès le plus jeune âge, l'enfant va tenter de se projeter dans la parentalité aux moyens de jeux de rôle par exemple (jeu du « papa et de la maman »), mais aussi en s'inspirant de son propre père, avec qui il partage la vie quotidienne. Plus tard, et ce dès la constitution d'un couple, va naître consciemment ou pas, un désir d'enfant. Être parent suppose une sexualité adulte

partagée, comme l'illustre ici Clerget : « *au cœur de leur intimité, ce jour-là, ensemble et séparément, ils ont dit oui à la venue d'un bébé* » (5). Pour l'homme, le désir de grossesse est lié à un potentiel procréateur, comme ne cesse de nous le rappeler la société. S'il vient confirmer la puissance phallique, ce désir n'est pas sans rassurer l'homme sur sa capacité à transmettre une filiation, à laisser son empreinte dans le transgénérationnel.

Lorsque le désir de grossesse est réalisé au sein du couple, il appartient ensuite à la femme d'annoncer la grossesse à son partenaire. C'est par cette annonce, première étape dans le processus de paternité, que la mère va permettre à l'homme de devenir père, en créant une place entre elle et l'enfant à naître (2). L'annonce de cette grossesse, peut engendrer chez le couple rapprochement et bonheur, ou à l'inverse séparation et éloignement. Si la mère peut ressentir un sentiment d'ambivalence à l'égard de cette grossesse, ce sentiment ne doit pas être négligé chez le père. En effet, ce dernier peut expérimenter une réminiscence liée à son histoire personnelle, être heureux et fier d'engendrer une descendance, mais bien souvent il se pose aussi un certain nombre de questions sur l'évolution de la grossesse et sur son nouveau rôle à jouer (1). On parle peu des différentes réactions face à cette annonce, même si Clerget affirme que « *la manière de lui confier ou de lui imposer pareille nouvelle est décisive pour son inscription dans la paternité* » (5).

A partir de cette annonce, en découle un véritable travail psychologique pour la construction de la paternité. L'étape suivante est l'attente, pendant la grossesse. Le père va alors favoriser l'environnement de la mère, se montrer attentif, et à son écoute. Le père, n'ayant pas de ressenti corporel, peut alors se focaliser sur les mouvements fœtaux, supports de la communication avec son enfant. On souligne aussi l'importance pour certains des échographies, qui peuvent aboutir à une représentation cet enfant, en affinant l'image de l'enfant imaginaire.

Puis, vient enfin le moment de la naissance, où l'enfant réel va prendre le pas sur l'enfant imaginaire. L'homme, comme la femme, doit changer de statut, il passe de fils de ses parents, à père de son enfant. C'est le moment où « *l'homme*

prend une place, sa place » (5). N'oublions pas que c'est avant tout un moment de rencontre, entre un papa et son bébé.

L'étape suivante pour l'inscription dans la paternité, est celle du post-partum, période très importante, car elle permet aux pères de s'investir dans les soins au nouveau-né, rendant concrète leur paternité, et leur permettant de « faire quelque chose », d'être dans l'action. C'est ainsi le moment pour eux de mettre en pratique leur fonction de pont (renforcement du lien mère-bébé). Clerget nous suggère également que l'inscription dans la paternité est bien ancrée, lorsque l'intimité sexuelle du couple a été reprise, c'est-à-dire que l'arrivée de l'enfant n'a pas aboli tout autre désir.

Notons bien tout de même, que l'accès à la paternité est donnée par la mère, qui doit valoriser cet homme, montrer à l'enfant qu'elle l'écoute et l'aime. On comprend alors que « *[le] bébé connaît son papa d'abord dans sa maman » (5). C'est ainsi que l'homme prendra pleinement possession de sa fonction paternelle et que l'enfant comprendra que ce père mérite d'être considéré (6).*

Finalement, nous méditerons sur cette belle pensée d'Aldo Naouri : « *pour devenir père, la première et indispensable condition, c'est de renoncer à être mère, de renoncer à être une autre mère » (9).*

II) SDN : entre angoisse et émerveillement

1. Les complications maternelles de l'accouchement

La SDN est souvent perçue par les parents comme un endroit pourvoyeur de joie et de bonheur, à juste titre d'ailleurs : ils vont (enfin) devenir parents. On sait cependant depuis longtemps, qu'un accouchement, s'il se déroule parfaitement bien dans la majorité des cas, peut également voir survenir un certain nombre de complications, maternelles, fœtales, et parfois même maternelles et fœtales.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (10), environ 135 millions de femmes accouchent chaque année dans le monde, et 289 000 d'entre elles en 2013, sont décédées des suites de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Plus particulièrement en France, depuis une dizaine d'années, le taux de décès maternels est représenté par 9 à 13 femmes pour 100 000 naissances (11). L'année 2013 ayant compté 785 000 naissances (selon l'INSEE), Le nombre de décès maternels correspond à environ 80 à 100 femmes.

La première cause de décès maternel en France, est l'HDD, suivie immédiatement par l'hypertension artérielle gravidique (11).

Les complications maternelles de l'accouchement, qui nous intéressent ici, peuvent être diverses, et on comprend qu'elles représentent un véritable problème de Santé Publique, au regard de leur impact sur la morbidité et la mortalité maternelle. Voici un aperçu des plus fréquentes et des plus importantes lors de la fin de grossesse et de l'accouchement :

- Les traumatismes périnéaux (épisiotomie, déchirure)
- Les complications de la délivrance et l'hémorragie de la délivrance (HDD)
- Les extractions instrumentales (forceps, ventouse, spatules)
- La césarienne (plusieurs degrés d'urgence)
- Autres : complications anesthésiques, infectieuses, décompensation d'une pathologie maternelle préexistante (hypertension artérielle gravidique), et bien sûr, les éventuelles complications psychologiques.

Dans les pays les plus développés, on assiste à une augmentation du risque de morbi-mortalité maternelle, principalement expliquée par l'importante augmentation de l'âge maternel, ce qui est le cas en France.

La morbidité maternelle, moins souvent étudiée que la mortalité, a un effet important sur la santé immédiate et ultérieure des femmes, il est donc fondamental de savoir en repérer les risques.

Une étude française, EPIMOMS (12) est menée actuellement et vise à donner une meilleure définition de la morbidité maternelle sévère, à en mesurer l'incidence et les facteurs aggravants. Nous n'avons malheureusement pas les résultats, ils sont annoncés pour l'année 2015.

Parmi les causes de morbidité maternelle, on peut évoquer par exemple la césarienne, complication de l'accouchement relativement fréquente puisqu'elle représente environ 20% des naissances en France (11). Cette situation a un impact notable pour les femmes : en effet, il s'agit en premier lieu d'une intervention chirurgicale, avec tous les risques qui en découlent. De plus, elle est souvent annonciatrice d'une séparation précoce mère-bébé qui peut avoir une incidence sur le lien mère-enfant. Et enfin, la femme peut se sentir dépossédée de son accouchement, ce qui peut engendrer une réelle souffrance, voire une dépression (3).

Par conséquent, il apparaît nécessaire de souligner que les complications maternelles de l'accouchement ont un impact médical important certes, mais peuvent également entraîner des souffrances psychiques que les équipes se doivent de repérer.

2. Le père en SDN

« *L'accouchement est douloureux. Heureusement la femme tient la main de l'homme. Ainsi, il souffre moins* ». C'est ce que nous dit Pierre Desproges, humoriste du XX^{ème} siècle, voulant insister sur le fait que l'homme en SDN n'est pas seulement un témoin de l'évènement, mais également un sujet qui ressent les émotions liées à ce moment de vie pour le moins intense.

On ne retrouve pas de chiffre précis relatant la proportion de pères présents en SDN, bien que comme nous l'avons déjà souligné, l'ouverture des portes de la maternité aux pères a connu une véritable révolution ces cinquante dernières années. Dans une étude réalisée au Danemark, étude de 1999 appartenant au programme de recherche *Fathers' relations to their infants, Madsen et Munck 1997* (13), on a mis en évidence, sur 698 naissances, une présence importante des pères à l'accouchement, de l'ordre de 88,1%. Les pères affirment leur désir d'être présent à la fois pour soutenir leur compagne, mais aussi pour eux-mêmes, percevant leur démarche comme « naturelle et évidente ». On peut ajouter que la présence du père est également très importante pour certaines femmes qui le considère comme un « accompagnant d'elles-mêmes » (5).

La présence du père pendant le travail, à l'accouchement, et pour les premiers soins au nouveau-né serait bénéfique pour renforcer les liens du couple, mais aussi le lien père-bébé (14).

Pour les pères, le moment le plus important de manière générale serait l'expulsion et les premières minutes de vie (2). On peut l'expliquer par le fait que lorsque l'enfant est né, il devient « concret » et inscrit alors l'homme dans la réalité de sa paternité (cf. supra). A l'inverse, le moment qui serait le moins agréable serait représenté par l'attente, durant le travail, accompagné souvent d'une douleur (plus ou moins longue) de leur femme, traduisant un sentiment d'impuissance.

On comprend alors qu'outre le bonheur et la joie de la naissance, l'accouchement peut également être traumatique pour ces hommes même si ce ne sont pas eux qui accouchent physiquement. D'une part, par la violence physique et émotionnelle qu'il peut amener et d'autre part car puisqu'il s'agit d'un moment où le père peut revivre sa propre naissance et imaginer ce qu'il a fait vivre à sa propre mère pour venir au monde (5) (14).

Parmi les situations pouvant être traumatiques pour l'homme, on note également le moment de l'expulsion, qui peut heurter la sensibilité de celui-ci voire le perturber pour une sexualité future (14). L'illustre Monique Bydlowski défend également l'idée que la vue du sexe féminin distendu est à éviter. Elle va même jusqu'à suggérer que ce moment peut représenter un phallus se dressant entre les jambes de la femme, ce qui aurait pour effet sur l'homme tant une fascination qu'une sidération (15).

Pour ce qui est de la césarienne, il s'agit effectivement d'une naissance différente et rarement pensée au préalable dans l'esprit des femmes, mais elle n'en demeure pas moins déroutante pour l'homme, surtout lorsqu'elle est réalisée pendant le travail. Lorsque l'urgence est modérée, cette césarienne peut apparaître comme un soulagement chez l'homme : en effet, après avoir éprouvé une certaine impuissance pendant le travail, la césarienne peut être vue comme un passage à l'action, en somme une libération. Si l'urgence est à son apogée, alors le stress et l'angoisse peuvent prendre le dessus, par rapport à l'inquiétude ressentie pour la vie de la mère et de l'enfant (3). Mais, lorsque la naissance se fait par césarienne, le père se trouve valorisé par le moment de tête-à-tête qu'il peut partager avec l'enfant, bien qu'il soit émotionnellement difficile à gérer pour lui : d'un côté l'émerveillement face à cet enfant qui est le sien, de l'autre l'angoisse pour sa compagne, et la déception de ne pas vivre ce moment à trois. Notons également qu'il peut expérimenter un sentiment de grande solitude si jamais l'équipe médicale se trouvait indisponible pour l'entourer.

Il est des auteurs qui n'encouragent pas les hommes à être présents pour cet évènement. D'autres, au contraire, voient leur présence comme « *une espèce de prescription médicale* », pour rejoindre l'expression de Bernard Fonty (16), mais il semble raisonnable de ne rien rendre systématique et universel. Clerget, à travers son œuvre (5), nous propose une ligne de conduite quant à la présence ou non du père en salle de naissance :

- Si le futur père ressent sa présence en SDN comme un effet de société et une obligation morale, alors sa présence peut être vue comme « illégitime ». Dans ce cas, elle ne pourrait que risquer d'apporter des traumatismes, des souvenirs cauchemardesques, qui auraient pu être évités.

- A l'inverse, si la présence du père est discutée, décidée et désirée au sein du couple, alors elle n'en serait que plus légitime. D'autant plus que, ne l'oublions pas, la naissance d'un enfant à une grande valeur symbolique, puisqu'elle représente la naissance d'un père et d'une mère.

Enfin, il convient d'insister sur la nécessité pour les équipes médicales, d'intégrer réellement à l'accouchement les pères dont c'est le choix, plutôt que de se contenter de tolérer leur présence. Le personnel qui serait en mesure de les investir, d'admettre leur place et surtout de reconnaître la légitimité de cette place, n'en sortirait alors que victorieux.

III) Le traumatisme psychologique

1. Définition

Le traumatisme, en psychologie, est une notion qui n'a été reconnue que récemment, au XXème siècle, après la guerre du Vietnam. Ce terme provient du grec « trauma » qui signifie blessure. D'après le Dictionnaire Larousse Médical, le traumatisme renferme « l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques provoqués accidentellement par un agent extérieur au sujet ». En psychopathologie, le choc serait lié à une situation où un sujet serait confronté au risque de mort, de blessures graves, ou de violences, et il serait d'autant plus important que la victime ne s'y attend pas. Donc, si l'évènement a pu être anticipé, la potentialité d'apparition d'un traumatisme serait minimisée (17). Plusieurs auteurs se sont intéressés à la question du traumatisme. C'est ainsi que Freud explique que le traumatisme provoque dans le psychisme un afflux d'excitation trop important pour être assimilé et surmonté, qui va faire effraction au Moi. Louis Crocq, quant à lui, précise que cette effraction du psychisme peut être causée à la suite d'un évènement qui peut être vécu en tant que victime directe, acteur, ou même témoin (lorsqu'il existe une proximité émotionnelle avec la victime). L'évènement qui survient pourrait être traumatisant pour une personne et pas pour une autre. De même qu'il pourrait l'être pour un individu donné aujourd'hui, et non demain, cela permet d'introduire la notion plus juste d'évènement « potentiellement traumatisant » (17). A noter qu'un traumatisme peut également se manifester à la suite d'une réactivation des potentialités traumatogènes d'un évènement ancien.

En ce qui concerne l'évènement vécu, on pensait que la composante objective occupait une place prépondérante, mais le vécu subjectif de l'évènement tend à devenir prioritaire pour parler d'un traumatisme (18). Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que l'exposition seule à un évènement grave ne suffit pas pour engendrer une souffrance traumatique. Plusieurs paramètres influencent l'apparition d'un réel traumatisme psychique (17) :

- La variabilité de l'évènement : intensité, gravité, degré d'exposition
- La variabilité de l'individu : personnalité, facteurs de vulnérabilité, antécédents, état psychologique au moment de l'évènement, niveau de préparation
- La variabilité liée au milieu de récupération : soutien social et de l'entourage, écoute et disponibilité des autres témoins de l'évènement (équipe médicale par exemple), et proposition de s'entretenir avec les acteurs de santé compétents (psychologues, psychothérapeutes, psychiatres et psychanalystes)

A travers ces facteurs de variabilité, on comprend aisément la difficulté pour les épidémiologistes d'évaluer l'incidence du traumatisme psychologique au sein de la population.

Les évènements potentiellement traumatiques les plus étudiés sont notamment les catastrophes naturelles, les guerres, les accidents de masse (train, métro...), mais finalement on peut dire que tout évènement intense de vie a un potentiel traumatique, et l'accouchement en fait partie (17).

L'accouchement, et ce quel qu'en soit son déroulement, peut s'avérer potentiellement traumatique pour la femme (18):

- D'une part, car c'est un évènement pendant lequel la femme se trouve dans l'incapacité de contrôler son corps. Qui plus est, ce corps se retrouve à la merci du personnel médical. De plus, certains actes obstétricaux peuvent être vécus comme des agressions du fait de leur caractère intrusif.
- D'autre part, car l'accouchement ne peut en aucun cas être prédit et la survenue d'évènements soudains ne peut pas être exclue. La femme peut alors être face à une menace de mort pour elle ou son bébé.

Notons également que la période périnatale est une période de véritable tension psychique, de vulnérabilité, pour la mère certes, mais aussi pour le père (19).

A la suite d'un évènement potentiellement traumatisant et au vue des différents paramètres évoqués précédemment influençant le vécu subjectif de l'évènement, plusieurs possibilités d'évolution existent. Le sujet va pouvoir dans certains cas surmonter l'évènement. Toutefois, si la situation produit chez il une peur intense

et/ou un sentiment d'impuissance, il risque de manifester une véritable souffrance psychique pouvant aboutir à un syndrome psycho-traumatique (17).

2. Le dépassement

On a maintenant compris, que l'affrontement des évènements hors du commun dépend de chaque individu. Après une situation traumatique pour certains, une proportion très variable de sujets est indemne de symptômes psychotraumatiques à long terme, bien qu'ils aient pu expérimenter des désordres psychiques transitoires dans les jours voire les mois suivant l'évènement. On dit de ces personnes qu'elles sont résilientes car elles ont fait preuve d'une capacité « d'autoguérison psychique » (17). La résilience est une notion complexe, qui n'a pas trouvé de définition consensuelle. On peut néanmoins souligner celle de Boris Cyrulnik, pionnier dans les travaux sur la résilience, qui explique que « *la résilience est la capacité d'une personne [...] à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants [...], de traumatismes parfois sévères* ». Pour lui, l'antériorité d'un syndrome psychotraumatique serait donc une condition *sine qua none* à la résilience. Autrement dit, la résilience serait l'aptitude à se remettre d'une expérience ayant provoqué un désordre psychique (20).

Face à un évènement potentiellement traumatique, les réactions des sujets et/ou des témoins de la situation, sont influencées par des facteurs de contexte et d'environnement. Il semble alors plus juste de parler des résiliences plutôt que de la résilience, puisqu'on peut être résilient face à une situation et pas à une autre, selon la nature de l'évènement potentiellement traumatique. De plus, la résilience face à une situation donnée n'est jamais acquise (17). Les facteurs de résilience sont les suivants :

- Les ressources internes à l'individu : histoire individuelle, forces affectives, mécanismes de défense, compétences émotionnelles et sociales.
- Les ressources externes : le soutien social et communautaire, la stabilité du milieu de vie, et les évènements émotionnels à valence positive.

Parmi les facteurs d'adaptation après le traumatisme, il convient de souligner l'importance de la compréhension de la situation par les personnes concernées, la mise en récit de l'évènement avec ceux qui l'ont vécu étant fondamentale dans le processus de résilience. Dans le cas de l'accouchement, qui nous intéresse ici, notons l'importance de l'équipe médicale (témoin de l'évènement) dans la réalisation d'un résumé des faits auprès des parents, permettant d'aboutir à une compréhension de la situation et d'aider à la résilience.

Pour finir, il nous semble indispensable de souligner l'aspect salvateur de la communication, de la mise en récit de l'évènement par les protagonistes, notamment à leur entourage. Boris Cyrulnik nous le confirme : « *quand les récits sont acceptés par l'environnement [...], la couture résiliente peut se faire solidement* » , mais dans une temporalité propre à chacun (17).

3. Les troubles psychiques

A la suite d'un évènement potentiellement traumatique, on a montré que les sujets et témoins de la situation pouvaient manifester un ensemble de réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales.

Ces premières réactions ne sont pas nécessairement corrélées avec l'apparition d'un syndrome psychotraumatique car elles peuvent s'estomper voire disparaître, dans les premiers jours ou premières semaines qui suivent l'évènement. C'est ce qu'on appelle la phase aigüe. A partir d'environ un mois après la situation, on entre dans la phase à long terme, qui peut se prolonger plusieurs mois, voire toute la vie.

Lorsque les désordres apparus en phase aigüe se prolongent à long terme, ou que d'autres signes d'une intensité variable apparaissent, ces symptômes peuvent donner lieu à un véritable syndrome psychotraumatique ou à une psychopathologie. La probabilité de développer un tel syndrome varie en fonction du type d'évènement mais aussi de la manière dont il est vécu : sujet ou témoin. Les témoins d'une scène grave développent moins fréquemment des troubles que les sujets, mais lorsque le risque de mort est présent, alors ces témoins sont tout aussi vulnérables (17).

Le syndrome psychotraumatique renferme un large éventail de tableaux cliniques. On sait que 30 à 50% des victimes voient leurs symptômes disparaître dans la première année suivant les faits, au-delà, on parle de chronicité (17).

L'affection psychotraumatique renferme trois volets :

- **L'État de Stress Post Traumatique (ESPT)**, de l'anglais Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), mentionné à partir de 1980 dans l'ouvrage américain de classification des troubles mentaux: le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (21). La cinquième version de ce manuel ne rassemble pas moins de vingt signes cliniques pour diagnostiquer l'ESPT. Il s'agit d'un état regroupant des reviviscences, des conduites d'évitement, une activation neurovégétative (troubles de l'alimentation, irritabilité, agressivité, etc.). A cela nous pouvons ajouter un ensemble de réactions :
 - Émotionnelles : peur, anxiété (crise d'angoisse), syndrome de répétition (cauchemars, souvenirs, flash-back), troubles du sommeil, altération des projections d'avenir, etc.
 - Cognitives : Syndrome de répétition, symptômes dissociatifs (dépersonnalisation), altération des capacités cognitives, troubles de la mémoire.
 - Comportementales : conduites d'évitement, troubles du sommeil.

- **Les symptômes non spécifiques**, à savoir :
 - Les troubles anxieux : crise d'angoisse
 - Les troubles dépressifs : dysthymie ou état dépressif franc : sentiments d'inutilité, solitude
 - Les troubles du comportement : agressivité, irritabilité
 - Le stress chronique : maintien du stress longtemps après que l'évènement soit terminé.

- **L'altération de la personnalité**, c'est-à-dire l'altération du fonctionnement psychique, soit la difficulté à gérer ses émotions, la modification du rapport à l'autre et même l'altération du rapport soi-même (impuissance, solitude sociale)

D'après les études épidémiologiques, 7 à 85 % des victimes développeraient un désordre psychique de ce type après un évènement traumatique (17).

Pour ce qui est de l'accouchement, il s'agit d'un évènement émotionnel important dans la vie d'une femme, qui peut donc être pourvoyeur, quel que soit son déroulement, de troubles psychiques tels que la dépression post-natale (DPN) ou l'ESPT. L'apparition de tels troubles serait augmentée lors d'un traumatisme obstétrical (comme l'extraction instrumentale ou la césarienne pendant le travail), d'une douleur extrême, et d'une mauvaise communication avec l'équipe soignante (18).

Lors d'un accouchement non compliqué, on sait déjà que la prévalence de l'ESPT est de 1,3 à 6% (22), car l'accouchement est perçu de manière subjective par la femme. Alors, lorsque surviennent des complications obstétricales, la situation est imprévisible et le traumatisme peut être majoré. Les études portant sur l'accouchement, sont souvent menées auprès des femmes, mais dans certaines traitant du ressenti du père, on a pu mettre en évidence leur peur de la mort de leur femme, leur sentiment d'impuissance, et parfois même leur absence de désir d'une nouvelle grossesse, lors d'accouchements compliqués (22).

Pour ce qui est de la DPN chez les pères, une étude a été menée à Toulouse sur 224 couples (23), et on a pu constater que 21% des pères présentaient des symptômes de dépression dans le post-partum immédiat, et que 8% d'entre eux souffraient d'une DPN deux mois après l'accouchement. Ces troubles apparaissaient en majorité chez des pères, dont la conjointe avait déjà développé une DPN.

Finalement, on a pu observer que l'accouchement pouvait représenter un évènement potentiellement traumatique dans la vie d'une femme, mais également dans la vie d'un homme, qui vit cette situation comme témoin. Les potentialités traumatiques semblent augmentées en cas d'accouchement compliqué, par l'imprévisibilité de la situation, le sentiment d'impuissance qui en découle, l'angoisse et le risque de mort majorés. Les études n'étant encore

que très peu nombreuses sur le ressenti des pères en SDN, il nous semblait donc légitime de porter un regard sur le vécu et sur les conséquences psychiques à plus long terme des pères, témoins de l'accouchement « accidenté » de leur femme.

Deuxième Partie

« Le gain de la recherche, c'est la
recherche elle-même. »

Saint Grégoire de Nysse

I) L'enquête

1. Thème et problématique de l'étude

Le thème abordé dans ce travail est né de plusieurs constats :

- Le premier concerne les pères présents en SDN. En effet, l'accouchement semble être un moment tant important que délicat pour ces pères, puisqu'ils ne sont pas les protagonistes principaux de la naissance. La place qu'ils occupent, tant d'un point de vue physique que moral, n'apparaît pas évidente aux yeux de tous. On comprend alors que la définition de leur rôle en SDN peut parfois sembler floue. Notons également qu'il n'existe pas de « mode d'emploi du père en SDN ». Certains vont chercher à savoir précisément en quoi ils peuvent être utiles, tandis que d'autres, ne voulant pas déranger le personnel soignant, peuvent se mettre plus facilement en retrait. Les comportements adoptés par ces pères peuvent varier, par exemple selon leur personnalité, tempérament, expérience, et selon la situation et le contexte de l'accouchement (par exemple, lors de la survenue de complications).

- Dans un deuxième temps, nous nous sommes placés du point de vue des professionnels de santé, et notamment des Sages-femmes (SF). En effet, il est apparu que les attitudes adoptées semblent plutôt professionnels-dépendantes, d'avantage corrélées au ressenti du moment, au temps dont dispose le soignant et aux expériences passées. Pour illustrer et expliquer ces disparités de comportement, on peut évoquer les différences de prise en charge d'un père, par exemple lors d'une complication de l'accouchement. En effet, certaines équipes prient le père de quitter la pièce, et d'autres non. Alors comment savoir quelle est la solution adéquate lorsqu'une prise en charge collégiale n'a pas été édictée ?
- Enfin, force est de constater qu'au sein de la formation des étudiants SF, malgré un réel apport en psychologie, les réflexions ne sont que très peu centrées sur le père. On comprend alors toute la difficulté pour un étudiant, futur SF, de se sentir à l'aise avec ces pères, et de les accompagner au mieux, selon leurs souhaits.

Suite à ces réflexions, il est apparu comme une évidence de chercher à connaître le ressenti des pères en SDN, pour permettre aux professionnels de santé et aux étudiants de les accompagner au mieux dans ce moment important de leur vie, la naissance de leur enfant.

Afin de rendre le projet réalisable et exploitable, il nous a semblé essentiel de centrer l'étude sur un point précis de l'accouchement, à savoir les complications maternelles. La littérature a montré l'impact potentiel de ces complications sur le psychisme des femmes, mais peu d'études ont été réalisées sur les hommes, témoins de ces accouchements compliqués. C'est donc ce que nous avons choisi d'étudier, par l'intermédiaire de cette interrogation :

Le vécu des pères en SDN lors de complications maternelles a-t'il un impact psychologique à plus long terme ?

2. Objectifs et hypothèses d'enquête

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous nous sommes fixés les objectifs de recherche suivant :

- Objectif n°1 :

Quel vécu pour les pères au moment des complications maternelles ?

Hypothèses de réponse :

- La solitude peut prédominer, elle peut être physique, lorsque les pères attendent seuls hors de la SDN, ou morale, par manque d'information ou sentiment d'être incompris par les équipes ou par leur femme.
- Les pères peuvent aussi être inquiets ou angoissés par le danger de mort ou de séquelles majoré. L'angoisse peut alors être plutôt dirigée vers leur femme, ou leur bébé, ou les deux.
- Ils peuvent également être relativement confiants au regard de la prise en charge médicale et des moyens hospitaliers.
- Enfin, selon le type de complication, ils peuvent être impatients que ce moment se termine, pour ainsi faire connaissance avec leur enfant (par exemple dans les cas de césariennes, forceps).

- Objectif n°2 :

Quelles conséquences psychologiques peuvent découler de cette situation ?

Hypothèses de réponse :

- Les conséquences psychologiques peuvent être positives et consolider les ressources externes et la capacité émotionnelle du père.
- La situation peut être vécue comme traumatique, avec des conséquences d'intensité variable : au mieux se limiter à de simples souvenirs désagréables, au pire le père pourrait développer des troubles psychiques tels qu'un SSPT ou une DPN.
- Le vécu de l'accouchement compliqué pourrait avoir un impact sur le lien père-bébé ou sur le couple.
- La situation peut causer l'appréhension d'une éventuelle récurrence pour une future grossesse et un futur accouchement.

- Objectif n°3 :

Existe-t-il des facteurs influençant le vécu de l'accouchement dystocique et l'apparition de conséquences psychologiques ?

Hypothèses de réponse :

- Les différents types de complication peuvent être, pour un même père, ressentis différemment, selon leurs connaissances et leurs représentations de la situation (césarienne, HDD, forceps).
- Le vécu peut également être différent selon le type de grossesse (spontanée ou aide médicale à la procréation).
- La préparation du père (participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)) ainsi que son expérience (primipères ou multipères ayant déjà assistés à un accouchement, compliqué ou non), peuvent également avoir un impact sur leur vécu de l'accouchement.
- Enfin, la prise en charge et l'accompagnement du père pourraient être des paramètres importants du vécu et de l'impact de l'accouchement à plus long terme. On entend par exemple, la qualité des informations délivrées par l'équipe, de même que sa disponibilité, mais aussi la possibilité pour les pères d'en discuter dans l'après-coup avec les soignants et de poser leurs questions.

L'enquête réalisée va donc tenter d'affirmer ou d'infirmier ces conjectures, voire de mettre en évidence de nouveaux éléments de réponse, par l'intermédiaire du témoignage des pères. La finalité de ce travail est basée sur une réflexion autour des pratiques quotidiennes en SDN, en recherchant bien sûr un moyen de les affiner, afin d'accompagner au mieux les pères et de les aider à profiter pleinement de ce moment important de leur vie d'homme, malgré la survenue de complications maternelles.

3. Matériel et méthodes

a) L'outil d'enquête

Pour mener à bien ce travail, il convenait en premier lieu de recueillir le témoignage des pères quant à leur vécu de l'accouchement compliqué et les conséquences potentielles qu'il pouvait impliquer. Pour ce faire, la méthode apparaissant comme la plus adaptée semblait être l'entretien semi-directif. Nous avons choisi de mener ces entretiens dans la salle de repos des étudiants SF de l'école de Bourg-en-Bresse, lieu qui nous a semblé être le plus neutre possible, et le plus propice à pouvoir échanger avec ces pères. Les entretiens se sont déroulés à distance de l'accouchement, entre un et deux mois après, avec des pères préalablement recrutés à l'Hôpital de Fleyriat, établissement de niveau IIB.

b) Population cible

Tous les dossiers des patientes de Suite de Couches ont été examinés afin de définir les pères à inclure dans l'échantillon de population selon les critères d'inclusion suivants :

- Présence d'un père dans la famille
- Langage verbal français (parlé couramment)
- Absence de contexte psychologique ou de déficience mentale connus ou de précarité matérielle notoire.
- Accouchement dystocique avec les complications maternelles suivantes :
 - Césarienne en urgence pendant le travail (code orange et rouge) et en urgence avant travail, pour raisons fœtale et/ou maternelle.
 - Extraction instrumentale par Forceps.
 - Saignements maternels subnormaux ayant nécessités une prise en charge : Révision Utérine, examen sous valves, injection de NALADOR, embolisation, hystérectomie d'hémostase, transfusion, réanimation.

Afin d'affiner l'échantillon, nous avons ensuite choisi d'exclure de l'étude les pères

- Nomades ou sédentarisés dans un autre département par souci de la difficulté à réaliser un entretien à distance.
- Dont l'enfant est porteur de malformations congénitales, de troubles de l'adaptation à la vie extra-utérine, ou de séquelles dues à l'accouchement.
- Dont l'enfant est né à la suite d'une extraction instrumentale par ventouse, que nous avons considérée comme étant d'avantage une complication fœtale que maternelle.

c) Recrutement et modalités de réalisation des entretiens

Le recrutement des pères a été réalisé en Suite de Couches, à la maternité, pendant le séjour de la mère et de l'enfant. Afin d'être en accord avec le cadre éthique, il était nécessaire de rencontrer le couple pendant leur séjour, pour leur expliquer le projet et obtenir un accord verbal des pères pour un entretien à distance. Ce fût également l'occasion de recueillir leurs coordonnées téléphoniques pour les recontacter un mois plus tard. Les cadres de Santé du Pôle Mère-Enfant et de la maternité avaient autorisé et validé cette méthode de recrutement. La consultation des dossiers obstétricaux et les visites aux couples ont été réalisées tous les trois jours (durée moyenne du séjour à la maternité), sur la période allant du 4 Juillet au 25 Septembre 2014, afin de recruter un échantillon optimal de la population cible.

Une fois les coordonnées des pères souhaitant participer à l'étude recueillies, nous avons établi un contact téléphonique environ trois semaines à un mois après la date d'accouchement, dans le but de confirmer leur adhésion au projet, et le cas échéant, de fixer un rendez-vous pour l'entretien à l'école de SF de Bourg-en-Bresse.

Pour ce qui est des entretiens, ils ont été réalisés entre le 5 Septembre et le 20 Novembre 2014, après validation de la trame d'entretien [ANNEXE I] et discussion sur la conduite de ces entretiens avec une psychologue de l'hôpital. D'un point de vue matériel, a été décidé le port de la tenue professionnelle (la blouse ouverte seulement), et après accord du père, la conversation a été enregistrée à l'aide d'un dictaphone. Précisons que le père a été informé au préalable du caractère anonyme des propos recueillis, ainsi que de l'effacement des enregistrements

audio, après retranscription. A la fin de l'entretien, après arrêt de l'enregistrement, nous nous sommes rendus disponibles pour leurs éventuelles questions, ou besoins d'explications, dans la mesure de nos compétences, sur les éléments qui ont fait l'objet de l'entrevue. Enfin, les pères ont été informés de la possibilité pour eux, selon leur souhait, d'avoir accès aux résultats de l'enquête.

Immédiatement après l'entretien, nous avons pris (bonne) note des éléments perçus du langage non verbal et d'éventuelles informations complémentaires, et la retranscription a été réalisée sur ordinateur, avec un logiciel de traitement de texte, dans un délai raisonnable, au maximum de nos possibilités. Puis les entretiens ont tous été réécoutés une fois tour à tour, afin de minimiser les erreurs de retranscription et d'analyse.

4. Les limites de l'enquête

Afin d'apprécier l'étude dans sa globalité, il est important de connaître et de prendre en compte les limites de l'enquête. Comme dans toute étude, ce travail de recherche comporte des biais sur plusieurs paramètres, auxquels il faut ajouter un certain nombre de difficultés qu'il a fallu surmonter pour mener à bien ce travail.

a) Les difficultés rencontrées

Le sujet même de ce travail a constitué la première difficulté. En effet, nous avons choisi de traiter le thème des accouchements compliqués. Par le terme « complication », on entend déjà quelque chose de potentiellement difficile à évoquer. Vouloir s'entretenir avec les pères, témoins de ce moment, sous entend de leur remémorer des instants peu agréables. Il a donc fallu tenter de recueillir les témoignages en s'assurant de respecter le principe de base en Médecine : *Primum non nocere* : en premier lieu, ne pas nuire. L'objectif n'étant pas ici de créer une situation douloureuse, à partir d'un évènement qui ne l'était pas, mais bel et bien de constater un état émotionnel chez ces pères.

Le sujet étant intimement lié aux sentiments du père, nous avons pu être confrontés à une certaine retenue dans leurs propos. Cette retenue a pu être

exacerbée par le fait que nous nous sommes adressés à des hommes, pour qui les confidences et la fragilité émotionnelle peuvent être difficiles à livrer. D'autant plus que ces hommes se sont entretenus avec une étudiante SF, donc de sexe féminin, en face de qui ils ont pu avoir peur de se dévoiler ou de se sentir incompris.

La difficulté émotionnelle a occupé une place prépondérante durant l'étude, puisque nous avons été confrontés à des propos qui parfois pouvaient remettre en cause certaines pratiques des équipes médicales, et qui ont pu nous rappeler quelques situations semblables où nous avons été acteurs. Il est apparu délicat de s'impliquer dans ce travail, d'être empathique, en conservant toutefois une certaine distance. L'entretien, suivi de la retranscription, suivie d'une troisième écoute se sont révélés relativement intenses émotionnellement, et nous avons tenté de surmonter cette difficulté pour rester le plus objectif possible.

b) Les biais

Le fait de réaliser une enquête avec des entretiens constitue de fait un biais. En effet, les entretiens ont été réalisés à différentes temporalités (de un à deux mois après l'accouchement) et à différents moments de la journée, selon les disponibilités des pères. La fiabilité de l'étude par entretien fait également appel à la qualité de la conversation et à la transparence des propos recueillis, qui ont pu être biaisés par :

- L'enregistrement de l'entrevue à l'aide d'un dictaphone
- Le tempérament et la personnalité propre à chaque père, se laissant plus ou moins aller aux confidences
- La qualité du contact et de la relation de confiance que nous avons pu établir avec eux
- Le fait qu'ils aient pu nous percevoir comme personnel soignant et qu'ils aient donc craint de remettre en cause les pratiques des équipes.
- Il existe enfin un biais de qualité à la conduite de ces entretiens, conséquence d'un manque d'expérience et de compétences en matière de psychologie, même si la trame d'entretien a été travaillée en amont avec l'aide d'un professionnel compétent.

En ce qui concerne l'exploitation des enregistrements, on souligne un biais d'analyse, tout d'abord car il semble difficile de faire une analyse exhaustive et la plus profonde possible sans détenir des compétences psychologiques reconnues. De surcroît, nous ne bénéficions que d'un seul rendez-vous, ce qui apparaît insuffisant pour une précision absolue des résultats. En ce qui concerne l'analyse et plus particulièrement la comparaison des différents témoignages, notons bien que l'accompagnement dont ils ont pu bénéficier a été différent selon les équipes présentes lors de l'accouchement, ce qui a influencé leur vécu.

Enfin, il existe un biais évident de population, puisque les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat et qui plus est selon certains critères d'exclusion. A cela se sont ajoutées des contraintes de disponibilité et de déplacement, puisque les entretiens ont tous été réalisés sur l'Hôpital de Bourgen-Bresse, et à distance de l'accouchement. Nous disposons donc d'un échantillon peu représentatif de la population générale.

5. Les forces de l'étude

La force principale de ce travail semble résider dans l'originalité et l'actualité du sujet. Ce sujet nous est apparu intéressant, dans cette ère où la psychologie et la considération des émotions occupent une place grandissante. Nous savons que les questions de la présence de l'homme lors de la naissance sont relativement récentes (années 1970), et que malgré l'émergence d'une multitude d'études récentes sur les pères, de nombreux sujets restent encore peu explorés. C'est le cas du vécu et des conséquences des accouchements dystociques pour un père, thème que nous étudions ici.

En outre, à l'occasion de cette étude, nous avons pu offrir la possibilité d'un temps de parole, pour ces hommes, d'un espace où ils étaient sans leur femme ni leur enfant, et qui leur était entièrement consacré.

D'un point de vue plus pratique maintenant, nous avons évoqué précédemment un échantillon réduit de population, mais il convient de souligner qu'à travers les modalités de recrutement (consultation des dossiers en maternité tous les trois jours), il n'y a que très peu de pères, appartenant à la population cible, qui ne se sont pas vu proposer un entretien, sur la période concernée.

De plus, cette étude nous a permis d'instaurer une réflexion et une remise en question autour de la prise en charge et de l'accompagnement du père en SDN, au moins personnelles, dans un premier temps.

II) Les résultats de l'étude

Suite à la retranscription des propos recueillis lors des entretiens, nous avons tenté de présenter les résultats obtenus en hiérarchisant les informations selon la logique de la trame d'entretien. Ce qui nous a permis d'élaborer une analyse thématique dite transversale des données.

1. Échantillon de population

Lors de la période de recrutement, l'hôpital Fleyriat a compté 565 accouchements d'enfants vivants, du 1^{er} Juillet au 24 Septembre 2014 inclus. Parmi ces naissances, on a recherché le nombre d'accouchements avec complications maternelles, concernés par l'étude, et nous avons relevé :

- 30 accouchements par forceps.
- 29 accouchements par césarienne en urgence pendant le travail (code orange et rouge) et en urgence avant travail, pour raisons fœtale et/ou maternelle.
- 53 accouchements avec saignements maternels subnormaux, ayant nécessités une prise en charge médicale.

Après avoir soustrait les patientes à priori exclues d'emblée de l'étude (suite par exemple à un mauvais état néonatal), nous avons croisé les patientes qui avaient pu à la fois, avoir une césarienne ou un forceps, et aussi présenter des saignements subnormaux, et nous avons conclu à un nombre de 92 patientes éligibles dans un premier temps.

Ensuite, après consultation des dossiers obstétricaux en service de Suites de Couches, nous avons pu, grâce aux données du dossier et aux informations recueillies auprès de la SF de garde, appliquer de manière plus précise les critères d'inclusion et d'exclusion et aboutir finalement à un nombre de 53 personnes éligibles. Nous avons rendu visite à la maternité à ces 53 couples, dans le but d'obtenir un premier accord verbal pour la réalisation d'entretien. Suite à ce premier contact, nous avons été confrontés à 6 refus de la part des pères, et à un couple qui était sur le point de déménager dans une autre région. Les 46

pères restants ont été recontactés par téléphone dans le mois suivant pour fixer un rendez-vous pour l'entretien. Finalement, 21 entretiens ont été réalisés et enregistrés.

Ces 21 entretiens concernent :

- **7 naissances par forceps** dont 3 forceps pour anomalies du rythme cardiaque fœtal et 4 forceps pour non progression de la présentation.
- **6 naissances par césarienne** dont 5 césariennes code rouge pendant le travail : 3 pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, 1 pour procidence de la main et 1 pour échec de ventouse puis échec de forceps. La dernière est une césarienne code orange avant travail, sous anesthésie générale, pour pathologie maternelle gravidique (pré-éclampsie sévère et HELLP Syndrome) ayant nécessité un séjour en service de réanimation.
- **8 pères dont les compagnes ont présenté des saignements :**
 - 3 qui ont nécessité une délivrance artificielle avec révision utérine, et pour une patiente, cela a été réalisé sous protoxyde d'azote.
 - 2 qui ont nécessité une révision utérine et un examen sous valves.
 - 1 qui a reçu une injection de NALADOR après révision utérine
 - 1 pour qui, après révision utérine et examen sous valves, on a injecté du NALADOR et de l'EXACYL
 - 1 qui, après délivrance artificielle, révision utérine, NALADOR et EXACYL, a subi une Laparotomie exploratrice pour inversion utérine et a été transfusée avant d'être transférée en service de réanimation.

On souligne que les pères interrogés ont assisté à des accouchements qui ont été caractérisés par une seule complication maternelle.

La durée des entretiens s'est étendue de 13 à 50 minutes, avec une durée moyenne de 27 minutes.

On rappelle que ces 21 entretiens ont été réalisés au minimum un mois après l'accouchement et au maximum deux mois et une semaine après.

Enfin, 19 de ces entretiens se sont déroulés dans la salle de repos des étudiants SF de l'école de Bourg-en-Bresse, et les 2 autres, puisque réalisés lors du temps de repas du midi, ont été réalisés en salle de documentation de cette même école.

A noter que tous les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions et sans incident notable.

2. Faire connaissance avec les pères

Dans un premier temps, il convient de proposer une rapide présentation de l'échantillon de population, grâce à des caractéristiques telles que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, et la parité.

En ce qui concerne l'âge des pères de l'échantillon, il se situe entre 24 et 60 ans, avec une majorité de 13 pères entre 24 et 30 ans inclus, 6 entre 31 et 40 ans et 2 pères de 48 et 60 ans.

Il nous est apparu important de rechercher la profession exercée par ces hommes, professions que nous avons ordonnées selon la classification de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (24) :

- Agriculteurs exploitants : 3 pères
- Artisans, commerçants et chef d'entreprise : aucun père
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : 3 pères
- Professions intermédiaires : 3 pères
- Employés : 6 pères
- Ouvriers : 5 pères
- Retraités : aucun père
- Autres personnes sans activité professionnelle : 1

A noter que 2 des 3 pères issus du milieu agricole ont évoqué leur meilleure connaissance en obstétrique du fait de leur profession (participation à des naissances d'animaux). De la même manière, 3 pères (gendarme, ambulancier, et

magistrat) ont insisté sur leur confiance en l'équipe médicale, en partie grâce à leur exercice souvent en lien avec le monde hospitalier.

En ce qui concerne la parité, son étude nous a semblé indispensable, dans le but de rechercher la participation antérieure de l'homme à un éventuel accouchement compliqué et par conséquent de préciser son expérience en matière d'obstétrique. Parmi notre échantillon :

- 13 hommes accueillaient leur 1^{er} enfant.
- 6 hommes accueillaient le 2^{ème} enfant.
- Les 2 hommes restants voyaient naître le 3^{ème} enfant.

Les 8 multipères, sans exception, avaient assisté à la naissance du ou des aîné(s). Les accouchements avaient été eutociques pour 5 d'entre eux et les 3 autres pères avaient séparément fait l'expérience d'une césarienne code rouge pendant le travail, d'une naissance par forceps, et d'une HDD.

Les primipères, quant à eux, n'avaient à priori pas d'expérience particulière – « *ah je savais pas où j'allais.* » nous confie l'un d'eux – et n'avait jamais assisté à un accouchement en tant que tierce personne (les éleveurs d'animaux étant des multipères). Certains primipères ont tout de même confié avoir quelques notions de la SDN, suite à des discussions intrafamiliales ou entre amis : « *ma sœur a accouché il y a un an et demi, par contre elle, c'était par césarienne [...] elle nous avait plus ou moins expliqué comment ça se passait.* », « *on m'avait bien dit quelques trucs, mais bon, on ne sait pas vraiment comment ça se passe.* »

3. Récit de la grossesse

Les grossesses des compagnes des hommes de l'échantillon ont été en grande majorité des grossesses spontanées. Seules 2 grossesses ont été le résultat de fécondations *in vitro*.

Les grossesses de l'échantillon se sont déroulées sans particularité sauf pour 1 couple à qui il a été proposé de réaliser une amniocentèse afin d'écartier le risque de Trisomie 21.

Ensuite, pour avoir un aperçu du degré de connaissance et de préparation des hommes à ce moment de la naissance et à d'éventuelles complications, nous avons recherché s'ils avaient bénéficié de cours de PNP, pendant la grossesse de leur conjointe. Parmi les 21 pères interrogés :

- 8 ne se sont pas rendus à ces séances. Pour la moitié, leur compagne assistait à ces séances et leur transmettait quelques informations : « *moi j'ai un boulot c'est compliqué, du coup elle me l'a raconté* » ou encore « *ma femme me racontait tout le soir quand elle avait les cours* ». A noter que les 3 pères issus du monde agricole n'ont pas assisté à la préparation à la naissance. L'autre père ne s'y étant pas rendu a tout de même précisé ceci : « *enfin moi si elle y était allée ma femme, j'y serais peut être allé aussi* ».
- 3 hommes avait déjà fait l'expérience de la préparation à la naissance lors d'une grossesse antérieure et n'ont pas réitéré pour cette grossesse.
- Les 10 autres pères ont donc participé aux séances en couple, certains en groupe et d'autres à domicile. Quelques uns se sont montrés très enthousiastes vis-à-vis de cette activité : « *j'ai fais toutes les séances spéciales Papa !* » ou encore « *ça nous a bien servi* ». De plus, ils ont parfois insisté sur l'impact que ces séances avaient pu avoir pour l'accouchement : « *la SF nous avait bien expliqué tous les cas de figure [...] donc c'est vrai qu'on avait déjà une vision de comment ça pouvait se passer* », mais aussi : « *ça m'a beaucoup aidé, la SF nous a tout dit ce qu'il pouvait se passer, même jusqu'à l'anesthésie générale, donc jusqu'au pire, et ça, ça m'a beaucoup aidé* ».

Après avoir défini plus clairement le profil de notre échantillon et les caractéristiques des grossesses, faisons place maintenant à un moment phare, les heures passées en SDN.

4. Retour sur la naissance et l'accouchement

a) Présence en SDN

La plupart des pères (19 des 21 interrogés), avaient fait le choix d'être présents en SDN pour la naissance de leur enfant :

- Pour 4 d'entre eux, ce choix était une évidence. Pour illustrer cette idée, on peut citer quelques unes de leur réponse : « *J'ai même pas pensé ne pas y être, [...] c'était impensable* », « *J'ai jamais envisagé ne pas y être* », « *on est le père quand même, c'est notre enfant* ».
- Pour 6 autres pères, ce choix a été appuyé par la curiosité et pour vivre ce moment. Ils nous disent : « *on ne vit pas ça tous les jours* », « *je ne voulais pas perdre une miette, être là, limite à mettre des gants et aider* », « *je voulais voir ce que c'était* ».
- Pour les 6 derniers, la raison de choix était partagée entre leur envie d'être là, et le fait d'être présent pour leur femme : « *je pense qu'elle aurait pas apprécié que je ne sois pas là* ».

Les 2 pères restants ne souhaitaient pas s'y rendre, dans un premier temps : « *ça m'intéressait pas de voir ma femme comme ça* » et « *c'est pas un endroit pour les hommes* ». Finalement, ils se sont quand même rendus en SDN, par curiosité, « *pour voir ce que c'était* », ou suite à la demande de leur femme. Par la suite, ils ont affirmé « *[ne pas] avoir regretté* ».

b) Récit de l'accouchement compliqué

Après avoir évalué le degré de prévisibilité de la situation compliquée, il est apparu opportun, suite à la très grande variété de témoignages, de regrouper les récits selon le type de complication maternelle, afin de mieux les comparer. Ensuite, les éléments les plus caractéristiques seront développés en dépit du type d'accouchement.

- Prévisibilité de la situation

En ce qui concerne la survenue des complications maternelles de l'accouchement :

- 5 pères ont insisté sur le caractère imprévisible de la situation, on a d'ailleurs relevé les citations les plus éloquentes : « *on s'attendait pas du tout à ce qui allait nous arriver ce fameux 14 Août* », « *on a été perturbé car rien ne s'est passé comme prévu* » ou encore « *c'était pas prévu que ça se passe comme ça [...], je m'y attendais tellement pas que j'ai tout vu négatif* ».

Parmi ces 5 pères, on compte 3 primipères et 2 multipères qui avaient participé à des accouchements eutociques : « *ça c'était bien passé [pour la première], et là, y'a rien qui s'est déroulé pareil* ».

De plus, 3 n'avaient pas assisté à des séances de PNP, 1 en avait fait l'expérience pour la première grossesse et le dernier y a assisté pour cette grossesse.

- 4 pères ont eu la sensation d'être un peu plus préparés face à cette éventualité : l'un d'entre eux n'avait pas fait de PNP, contrairement à 2 primipères, qui ont souligné l'importance de ces séances : « *en ayant discuté avant à la préparation avec la SF, je savais, enfin [...], j'étais globalement assez serein par rapport à ça* ». Le 4^{ème} père avait assisté à la PNP pour la grossesse antérieure, et il avait connu un accouchement avec la même complication (césarienne code rouge) : « *on s'était un peu préparé, on savait que ça pouvait arriver et on l'avait déjà vécu* ».

Enfin, 2 de ces pères se sont sentis « *préparés par l'équipe* ». Il s'agit de 2 naissances par césarienne dont l'issue avait été envisagée et pressentie quelques heures avant leur réalisation : « *ils nous ont préparé tout doucement* ».

- Naissance par Forceps

Parmi les pères interrogés, 7 sont concernés par une naissance par forceps.

En ce qui concerne leur présence aux côtés de leur conjointe pendant la réalisation des forceps :

- 3 pères sont sortis de la pièce à la demande de l'équipe. Un de ces pères nous dit : « *le médecin m'a dit de sortir car c'était assez violent. Moi, je serai bien resté* ». Les 2 autres, quant à eux, ont été soulagés qu'on leur demande de sortir : « *je suis content de pas avoir vu [le forceps], car ça doit être impressionnant* », mais l'un d'eux a « *quand même vu sortir ces fameuses pinces* » avant de quitter la pièce.
- 2 pères ont refusé de quitter la pièce après proposition de l'équipe.
- Les 2 autres ont assisté au déroulement de la naissance par forceps sans avoir été invités à sortir, mais un drap a été placé par la SF sur les jambes de la patiente, pour limiter la vision du conjoint.

Parmi les 4 qui étaient donc présents, 3 pères ont semblé très impressionnés par l'aspect visuel des forceps, et par le déroulement de l'action : Mr C. nous confie, d'un ton ironique : « *ils vous déballent les espèces de pinces à salade en vous disant : ne regardez pas monsieur* ». Mr F. aussi se rappelle : « *y'a beaucoup de sang et la forme des cuillères c'est quand même impressionnant quoi, ça fait pas rien* ». Ces hommes ont également évoqué leur peur face au risque de séquelles néonatales engendrées par les forceps : « *Et puis ça peut donner un crâne difforme* » rapporte Mr R., ou encore Mr C. : « *y'a des enfants qui ont des cratères dans la tête, enfin des marques quoi, après* ».

Parmi ces 7 naissances, 3 pères ont mis en évidence leur soulagement au moment de l'arrivée du médecin et de la décision de forceps. Pour eux, cela signifiait que l'accouchement arrivait à son terme et que le bébé serait bientôt là : « *y'a un moment, fallait qu'il sorte... c'était presque fini* ».

Enfin, toutes les patientes ayant connu une extraction instrumentale par forceps bénéficiaient d'une anesthésie péridurale, mais pour l'une d'elle, cette anesthésie n'a guère fonctionné et les sensations dues aux forceps ont été relativement présentes. Mr P., encore bouleversé au moment de l'entretien, en témoigne :

« *c'était dur, j'ai pleuré sur le moment parce qu'elle souffrait* », se rappelle-t-il, en larmes.

- Naissance par césarienne

Pour les 6 naissances concernées, soit 5 césariennes code rouge, c'est-à-dire en extrême urgence, et 1 césarienne code orange, en urgence, l'agitation associée à ce caractère urgent n'a pas laissé ces pères indifférents : « *tout le monde est arrivé* », « *j'ai vu plein de petits bonhommes courir partout dans le couloir, tout le monde s'agitait, puis ils ont dit : ben vite, césarienne* », ou encore « *j'ai entendu l'alarme et tout le monde disait : code rouge code rouge !, ça courait dans tous les sens* ». Le caractère urgent de l'intervention médicale s'est souvent accompagné d'un sentiment de dépossession de leur femme : « *ils l'ont tous pris, et ils sont partis* », et Mr A., ému, se rappelle : « *ils sont rentrés à six dans la salle et ils l'ont pris, ils l'ont emmenée* ».

Suite à ce départ précipité au bloc, 5 des 6 pères ont attendu dans la salle d'attente du bloc obstétrical et 1 est resté dans la SDN.

Cette attente a été ponctuée d'un important sentiment de solitude pour la majorité : « *j'étais tout seul. Tout seul* » ou encore « *quatre murs quoi, sans personne, pendant un quart d'heure vingt minutes* ».

De plus, 3 pères, soit la moitié, ont signalé une perte de la notion du temps : « *ça paraît à la fois très long et très court* », « *le temps on ne se rend pas trop compte* », « *je faisais les cent pas, ça a pas mis longtemps je pense, mais pour moi ça a duré une éternité* ».

Pour ces 3 mêmes hommes, l'attente s'est également accompagnée d'une angoisse de mort importante envers la femme ou l'enfant à naître. Émus, ces pères témoignent : « *je me suis dit : est ce que ma femme va s'en sortir ?* », « *dans la salle d'attente, y'avait tous les faire-part, et là je me disais : bon, j'espère que je pourrais mettre le mien* ».

Ensuite, lorsque ces pères ont pu rencontrer leur enfant, un sentiment d'ambivalence est né dans la moitié des cas : « *Donc là, partagé, heureux oui,*

mais j'étais perdu, je voyais pas ma femme [...], j'étais heureux, mais tout seul », « je pleurais c'était émouvant, mais je savais pas comment allait [ma femme] ».

- Saignements subnormaux

Avant toute chose, il convient de souligner que parmi les 8 pères interrogés à ce sujet, 2 ont affirmé ne pas être au courant, ne pas avoir compris qu'une hémorragie avait eu lieu. L'un d'eux, étant à ce moment-là, parti faire les soins du bébé, nous dit : *« je savais pas qu'il y avait eu un truc, j'ai vu qu'il y avait du sang, c'est tout »*. L'autre père, semble avoir un peu plus compris par lui-même la situation : *« j'ai pas vraiment su [...], j'ai bien vu qu'ils avaient un peu de mal à faire sortir le placenta, mais bon ça s'est arrêté là, on m'a pas expliqué [...], finalement, c'est presque vous qui me l'avez appris quand vous êtes venue à la maternité »*.

Les résultats présentés concernent donc les 6 pères restants. Parmi eux :

- 2 sont sortis de la pièce pendant l'intervention de l'équipe : *« ils m'ont dit de sortir, je préférais »*.
- 4 sont donc restés et ont assistés à la prise en charge de l'hémorragie, et une précision commune à été apportée par 3 d'entre eux : *« moi j'étais avec le bébé, dans un coin »*, *« oui, oui, je suis resté avec le petit dans les bras »*, ou encore *« je suis resté tout le long, avec ma fille, dans un coin »*.

L'inquiétude et la peur vis-à-vis du sang ont été exprimées par 4 pères (dont 3 qui étaient restés dans la pièce), illustrées par : *« je me penche pour regarder ...et...woa mais c'était l'équivalent d'un robinet, mais ouvert quoi »* et *« ça saignait même pas mal, ça giclait, c'était vraiment... »*.

Dans la moitié des cas, une importante angoisse de mort a été ressentie par ces pères. A noter que seul l'un d'eux était resté dans la pièce. A l'appui, citons ces éloquents propos : *« j'avais l'impression qu'elle mourait devant moi »* témoigne un père, suivi d'un long silence. Les deux autres nous confient, les larmes aux yeux : *« on entend tellement de choses aussi [...] comme quoi y'a une femme qui est morte pour telle chose, donc bon, on commence à se monter la*

tête », et enfin « *il y avait un risque pour que, voilà qu'elle parte, qu'elle soit plus là, et pis que ça soit fini* ».

Certains ont par conséquent décrit un sentiment d'ambivalence : « *c'est un moment de la vie magique, mais y'a aussi ce stress, car les accidents ça arrive* ».

De surcroît, 4 des 6 pères ont signalé la tension engendrée par l'arrivée et l'agitation de l'équipe. On relève : « *on voit qu'il y a du monde qui arrive [...], y'a un moment de panique [...], on comprend que quelque chose se passe* », « *il y a plein de personnes qui venaient voir* » et enfin « *en deux secondes, tac tac, tout le monde est arrivé* ».

Pour finir, un tiers des pères a souhaité évoqué la difficulté d'être témoin de la douleur de leur compagne : Mr P. nous rapporte « *elle appuyait assez fort sur son ventre, et souvent, [...], et ça avait pas l'air agréable pour ma femme* » et Mr D., les larmes aux yeux, se rappelle « *on l'entendait crier depuis le couloir [...] je suis parti le plus loin possible* ».

- De manière plus générale

Un certain nombre de sentiments ont été expérimentés par la majorité des pères interrogés, en dépit du type d'accouchement compliqué.

Les pères ont, dans un quart des cas, manifesté leur **perte de repères**, et se sont sentis **perdus**. Ils nous disent : « *je ne savais plus quoi faire* », « *j'étais perdu [...], je m'en suis remis à leur jugement* », « *j'étais perdu, je me posais vraiment plein de questions* », ou encore « *j'étais tout seul dans le couloir, et puis je leur ai dit : mais je fais quoi ?* ».

Pour la majorité, des sentiments de **peur**, **inquiétude**, **panique**, **stress**, **angoisse** et **solitude** se sont mélangés durant le temps de prise en charge des complications. Par exemple : « *panique totale quoi, je suis devenu tout blanc* » témoigne Mr C., « *j'avais peur [...], elle était toute blanche on aurait dit un zombi* », « *j'étais stressé, je tournais en rond* », « *je faisais des allers-retours* », Mr N. et Mr C. insistent sur le stress engendré « *le stress est monté mais vraiment à*

100%, j'avais le palpitant » et « un coup de stress dans le couloir ». « Personne n'est venu me voir », « j'étais tout seul dans le couloir » nous confient deux autres pères, qui se rappellent de ce moment de solitude.

La survenue de complications a engendré un sentiment d'**impuissance** décrit par 3 pères (2 forceps et 1 HDD) : « le pire [...], c'est de regarder sans rien pouvoir faire » ou encore « j'étais impuissant, je me suis senti en trop [...] on n'a pas notre rôle là-bas ».

Enfin, un tiers des pères avec qui nous nous sommes entretenus, ont insisté sur leur aptitude à prendre du recul et relativiser la situation, pour contrer les sentiments de stress. Cette aptitude étant liée à la **confiance** qu'ils avaient **vis-à-vis du monde médical**. Plusieurs citations permettent d'étayer ce sentiment : « ça m'inquiétait pas trop, c'est des professionnels de la médecine quand même », « elle était entre de bonnes mains », « du moment que j'ai vu que toute l'équipe était là, bon, on est dans un hôpital quand même ». Parmi ces 7 hommes, on note la présence des 3 pères dont le métier les place régulièrement en situation avec du personnel soignant (gendarme, ambulancier, magistrat) et la présence d'un père issu du monde agricole. De plus, un autre père, du monde agricole également, a affirmé avoir été plus détendu du fait de sa connaissance du déroulement des naissances animales : « son utérus s'était pas rétracté, je savais que ça pouvait arriver ».

c) Rôle de l'équipe pendant la prise en charge maternelle

A travers les entretiens, il est apparu important pour les pères de rapporter le rôle et le comportement qu'avait pu avoir l'équipe envers eux.

Plus de la moitié des pères interrogés, soient 11 pères, ne se sont pas sentis suffisamment inclus par l'équipe ou informés de la situation. Quelques citations des plus représentatives sont à mettre en évidence : « j'ai été mis à l'écart, vraiment [...] : on m'a mis à la porte en gros, et on m'a dit d'attendre », « ils n'ont pas voulu que je vois ma femme avant de partir, ils m'ont envoyé en salle d'attente », « on sait pas ce qui arrive, ça par contre, on nous l'explique pas », « ils expliquent pas ce qu'il se passe quoi, ils disent rien, ils disent pas », ou

encore « *ah ben il gère pas le père, nous on est plus là, comment dire, comme figurants quoi* » rapporte Mr F., ponctué d'un long silence.

Quelques pères ont été plus nuancés, tout en reconnaissant que l'équipe avait d'avantage pris en compte la mère que le père : « *c'est vrai qu'on est laissé un peu de côté quoi. Puis bon, moi j'avais tendance à me mettre en retrait* », « *ils se sont plus concentrés sur elle, mais c'est ce qu'il fallait, c'est elle qui en avait le plus besoin* », « *ils s'adressaient surtout à elle, moi, c'est possible qu'ils m'aient dit quelque chose, mais j'en ai pas le souvenir* ».

A noter que l'un d'eux a souligné sa proximité avec le SF, du fait que ce dernier était un homme : « *le fait qu'il y ait un SF homme, ça me rassurait [...], c'est bête, mais je savais qui regarder au final* ».

Enfin, 4 pères ont salué les explications données par le personnel soignant et leur aptitude à les rassurer : « *l'accouchement, ça a été un mauvais moment quelque part, mais ils font tout pour que ça en devienne un bon* » et « *ils étaient quand même chouettes [...], ils nous rassuraient vachement* ».

Parmi les 12 pères qui sont sortis de la pièce au moment de la prise en charge de la complication maternelle, quelle qu'elle soit, qu'ils aient attendus dans le couloir ou en salle d'attente, seuls 3 ont le souvenir d'avoir reçu une visite d'un membre de l'équipe pendant le temps d'attente. Mr A. nous rapporte : « *l'autre SF m'a amené un verre d'eau [...] et m'a dit : ça va bien se passer* ». Les deux autres concernés, se sont rapidement entretenus avec le médecin avant le départ au bloc (pour une césarienne, et une HDD).

Pour les 9 autres pères, ceux qui ne sont pas sortis au moment de la complication maternelle, on souligne que plus de la moitié d'entre eux ont déclaré ne pas avoir reçu d'explication quant à la situation, que ce soit en SDN ou à la maternité. Les quelques pères qui ont pu obtenir des informations de la part de l'équipe, les ont reçues au moment même de la prise en charge médicale de la complication.

Pour finir, durant les entrevues réalisées, quelques pères ont partagé avec nous certaines paroles, selon eux « marquantes », qu'ils avaient entendues prononcer par l'équipe et qui les ont troublés. Nous avons souhaité citer quelques exemples : « *Faut appeler les médecins, vite vite, on est plus dans les temps ils disaient* »

« Un moment elle a dit : j'ai 600 ! Et là j'ai compris que c'était 600mL de sang [...], je me suis dit : mince c'est un demi-litre de sang, c'est impressionnant quand même. Et c'est pour ça qu'elle a été euh... trifouiller dans son utérus après »

« Et là il va dans le couloir et il crie : j'ai une hémorragie ! Donc moi j'avais un œil d'un côté, un œil de l'autre [...], c'était peu rassurant »

« La porte était entrouverte à un moment donné, pis là j'entends quelqu'un dire : ben faudrait peut être conduire monsieur ailleurs. [...] Là je me suis dit : ben oulala, là y'a quelque chose qui ne va pas »

« Ils disaient : est ce qu'on utilise un sac de sable ou pas ? Et là je me suis dit : mais qu'est ce qu'ils vont faire avec du sable ? Je me posais plein de questions ».

d) Mise en récit de la situation avec un membre de l'équipe soignante

Nous avons, par la suite, chercher à savoir si les pères avaient pu aborder le moment de la complication, soit pendant la surveillance de post-partum immédiat en SDN, avec l'équipe présente au moment des faits, soit par la suite, en maternité, pendant leur séjour. Le point de vue d'un des pères n'a pas été pris en compte pour les résultats, puisqu'il n'était pas au courant de la survenue de l'hémorragie.

- **En SDN**

- 11 pères, toutes complications confondues, ont répondu par la négative : « non, ils nous ont pas expliqué », témoigne l'un d'eux. Parmi ces 11 pères, 3 ont précisé qu'ils n'en avaient pas ressenti le besoin à ce moment là : « non, on n'en a pas trop parlé, c'était pas le moment ».

- 9 pères ont signalé avoir reçu des informations à ce moment là : « la SF est venue spontanément pour nous dire ce qu'il s'était passé », « y'a une SF qui est revenue nous voir [...], là on a pu poser les questions et on a fait le point pour expliquer ce qu'il s'était passé ». Dans 3 cas (1 césarienne, 1 forceps, 1 HDD), c'est le médecin qui a fourni les explications, ce qui a été salué par 2 de ces pères. Le 3^{ème} nous a confié :

« [à ce moment là], j'ai rien compris à ce qu'il m'expliquait, j'étais tellement mal ».

- A la maternité

- 16 pères n'ont pas échangé avec un membre du personnel soignant de la maternité, à propos de l'accouchement compliqué de leur compagne. Toutefois 6 d'entre eux ont précisé qu'il n'en avait pas ressenti le besoin, « *j'en avais pas plus besoin que ça* ». Parmi ces 6 pères, 5 avaient reçu au préalable des explications en SDN, « *j'avais eu suffisamment d'explications déjà* », et le père restant soutient avoir été très informé lors des séances de PNP.

Parmi cette grande majorité d'hommes qui n'en a pas reparlé, 2 ont confié ne pas avoir eux-mêmes posé des questions : « *je me dis, j'aurais pu demander aussi, mais c'est vrai que j'ai pas osé* », « *c'est vrai qu'on n'a pas pensé non plus [...] à en reparler* ».

- Les 4 autres pères se sont remémorés les discussions avec le personnel de maternité : « *on a eu une longue discussion avec la SF à la maternité* », « *à la maternité, on m'a un peu plus expliqué* ». A savoir que la moitié n'avait pas reçu d'information préalable en SDN.

Pour ces 4 pères, les informations reçues à la maternité ont été fournies à l'unanimité par l'équipe médicale présente en SDN le jour de la naissance, dans 2 cas par le médecin, et dans les 2 autres cas par la SF : « *on en a reparlé avec la SF qui était là [...] on la remercie* ».

On souligne que parmi les 6 naissances par césarienne, 5 pères ont reçu des informations par l'équipe quant à la complication, que ce soit en SDN ou à la maternité.

A noter également que pour les 2 dossiers de l'échantillon d'une gravité notoire, à savoir ceux qui concernent des patientes qui ont fait un séjour en réanimation, les pères avaient reçu tous les deux des explications claires, que ce soit en SDN ou à la maternité, et ont salué le soutien qu'ils avaient reçu des équipes : médecin, SF, auxiliaires de puériculture, infirmières. L'un d'eux témoigne : « *vous revenez [de la réanimation], après, vous pleurez avec les SF* ».

e) Discussion et échange avec l'entourage

De la même manière que pour la section précédente, nous avons recherché dans quelles mesures les pères avaient échangé à propos de l'accouchement compliqué, dans un premier temps avec leur femme, puis avec leur entourage (famille, amis, collègues). Pour les mêmes raisons que précédemment, le témoignage du père qui n'a pas réalisé qu'une complication était survenue, n'est pas recevable dans cette partie. Par conséquent, dans un souci de précision des résultats, nous ne l'intégrerons pas ici.

- Échange avec leur femme

- On observe, non sans une certaine surprise, que 8 pères n'ont pas discuté *a posteriori* avec leur conjointe de ce qu'ils avaient vécu au moment de la complication : « *j'en ai pas vraiment parlé avec ma femme* », « *non, on en a pas recausé [...], pas tous les deux* », « *non, du tout, ça on oublie* ». Parmi eux, 5 n'avait pas eu l'occasion de revenir sur cet évènement en SDN ou à la maternité.
- 5 pères ont précisé que s'ils ont échangé à ce sujet avec leur femme, c'est plutôt du point de vue de la mère, qui parlait de son vécu à elle et de sa propre expérience : « *on a plus parlé d'elle* », « *elle était un peu traumatisée* », « *elle avait l'impression de sentir encore le forceps* ».
- Les 7 pères restants ont échangé avec leur compagne sur ce moment de la naissance, de manière mutuelle : « *après, on en a discuté tout à fait librement* », « *je lui ai raconté ce que j'avais vécu* ». Quelques uns ont même relativisé à propos de cette situation : « *après on en rigole* ».

- Communication avec l'entourage

- La majorité des hommes n'en a pas ou très peu discuté avec l'entourage : « *j'ai simplement dit que ma femme ça s'est très mal passé [...], pis point barre* », « *ça c'est pas un sujet sur lequel on s'est étendu* ». Ces pères ont volontiers cité la complication, mais sans vraiment s'exprimer à ce sujet : « *on a dit : bon y'a eu les forceps [...], la petite était pas marquée, donc ça* ».

faisait une occasion en moins d'en parler », « on allait jamais vraiment trop dans le détail ». L'un d'eux a même justifié ce manque d'expression de la manière suivante : « on a pas mal d'amis qui attendent un bébé, donc voilà, on les laisse, pour pas leur faire peur à l'avance ».

- Les 7 pères restants se sont exprimés au sujet de cet accouchement compliqué, avec leur entourage : *« j'en ai discuté librement »*. Parmi eux, 3 ont diffusé leur expérience pour informer les autres hommes susceptibles d'avoir des enfants : *« j'en ai parlé autour de moi de cette situation », « je l'ai beaucoup distribué, car j'ai beaucoup d'amis qui sont en voie d'avoir des enfants [...] et on a que très peu d'informations sur les complications »*.

Les 4 autres ont insisté sur leur besoin d'en parler : *« on est obligé d'en parler, pas tout de suite, mais on est obligé, forcément [...] ça fait du bien », « pis, c'est un peu un petit exutoire aussi »*. Parmi eux, 1 père s'est senti incompris après en avoir parlé avec son entourage : *« tant que les autres n'ont pas connu ça, vraiment [...], ils comprennent pas »*. A l'unanimité, ces 4 pères qui ont ressenti le besoin d'échanger à propos de cette expérience, n'en avait préalablement rediscuté ni avec leur femme, ni avec un membre de l'équipe médicale.

Suite à ce récit de la naissance et des heures qui ont suivi, nous avons poursuivi notre enquête en nous focalisant sur le post-accouchement, sur le temps qui s'est écoulé de la naissance jusqu'à notre entrevue avec les pères.

5. Et après ?

Grâce aux propos recueillis au sujet de l'après accouchement, nous avons tenté de rechercher si le vécu de complications maternelles de l'accouchement pouvait avoir un impact psychologique sur les pères.

a) Souvenirs de l'accouchement compliqué

Pendant la période allant de l'accouchement jusqu'à l'entretien, nous avons pu observer que 12 des pères interrogés disent ne pas avoir repensé à la situation vécue lors de la naissance de l'enfant. Lors des entrevues, ces pères ont souvent manifesté leur désir « *d'aller de l'avant* » : « *ça sert à rien d'y repenser, c'est passé* », « *ce qu'il s'est passé, c'est derrière* », « *non, j'y pense pas, ça s'est passé, faut faire avec* ». Parmi eux, on relève la présence des 3 pères qui avaient par le passé déjà assisté à un accouchement compliqué. On souligne également que 5 des 6 pères ayant vécu une naissance par césarienne en urgence n'ont pas repensé à cette complication.

Les 9 autres pères à l'inverse, ont affirmé s'être remémoré la situation. Certains, plutôt dans les premiers jours qui ont suivi la naissance : « *le soir, surtout les dix premiers jours [et] j'en gardais que des mauvais souvenirs* », « *peut-être une ou deux fois au début, mais c'est tout* ». Cependant, 6 d'entre eux ont confié y penser encore à l'heure actuelle et voir surgir de temps à autre des « *images de la scène* », souvent suite à des stimuli extérieurs (lorsqu'ils parlent de l'accouchement, regardent des photos ou pour des dates anniversaires) : « *quand j'en parle oui, j'ai un peu cette image* », « *forcément, y'a des images qui reviennent* ». Pour 3 d'entre eux, ces « *flash-back* » semblent plus marqués et plus dévastateurs : « *c'est un souvenir qui sera pas le meilleur du monde [...] je revis le moment où elle souffrait, c'est dur* » témoigne Mr P., qui se rappelle avoir eu ces pensées seul dans sa voiture, ou le soir. Mr V. quant à lui confie, songeur : « *c'est vrai qu'aujourd'hui, j'y repense encore [...] quand je suis tout seul. [...] A chaque fois que j'y repense, c'est cette image là, où elle était sans vie* ».

Parmi ces 9 pères, on relève la présence de 4 pères ayant vécu des naissances par forceps, dont 3 étaient présents dans la pièce lors de l'extraction. Notons que ces 3 mêmes hommes, tous primipères, n'avaient pas assisté à des séances de PNP. On remarque également la présence de 4 pères dont les compagnes ont présenté des saignements subnormaux, dont 3 qui étaient présents dans la pièce lors de la prise en charge de l'hémorragie. Qui plus est, ces 3 mêmes hommes n'avaient pas fait l'expérience de la PNP.

Toutefois, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation significative entre un souvenir marqué de l'accouchement et la mise en récit de la complication par l'équipe soignante, ou la temporalité de réalisation de l'entretien, ou encore le métier exercé par le père.

b) La question d'un futur accouchement

Une grande majorité de pères n'a pas évoqué d'appréhension supplémentaire face à l'éventualité d'un prochain accouchement, aux vues des complications vécues : « *c'est pas quelque chose qui nous ferait peur en se disant oulala la dernière fois ça s'est mal passé* », « *c'est pas ça qui nous arrêterait* ». Mieux encore, certains se sentent même plus sereins du fait justement d'avoir connu un accouchement compliqué : « *on sait comment ça peut se passer maintenant* », « *j'aurai plus d'expérience* », « *je pense qu'on va pas du tout paniquer [...], on est quelque part un peu plus préparés* ». Parmi ces derniers, ceux qui se sentent plus préparés maintenant, la plupart avaient pu échanger avec un membre de l'équipe, en SDN ou à la maternité, au sujet de la complication maternelle.

Les 7 autres pères sont plutôt inquiets quant au risque éventuel de récurrence : « *il y aurait un peu d'appréhension, malgré tout* », « *j'appréhenderai de savoir que ça peut arriver, et que ça peut être encore plus grave* », ou encore « *je pense que j'aurais un peu peur [...] que ça se reproduise* ». Parmi ces 7 pères qui appréhendent un nouvel accouchement, on en comptabilise 5 qui se sont remémorés la scène de la complication et qui y pensent encore à l'heure actuelle. Parmi les 7, on relève la présence de 4 pères ayant connu des naissances par forceps. Enfin, plus de la moitié de ces 7 pères qui appréhendent une récurrence,

n'avaient pas eu l'occasion d'aborder la situation vécue avec un membre du personnel soignant.

On observe toutefois que malgré une certaine appréhension, les 21 pères interrogés souhaiteraient être de nouveau présents en SDN pour un éventuel futur accouchement.

c) Les relations au foyer

Dans le cadre de l'enquête, nous avons cherché à évaluer le lien père-enfant ainsi que les liens au sein du couple, afin de mettre en évidence un éventuel trouble du lien (avec la mère ou l'enfant), qui pourrait être lié au vécu de l'accouchement compliqué.

- Lien avec le bébé

Le lien père-enfant a été évalué en recherchant la notion de plaisir chez les pères : plaisir de s'occuper de l'enfant, d'être en sa présence, investissement de leur paternité.

Ainsi, 19 des 21 pères interrogés ont manifesté leur enthousiasme à exécuter des activités diverses et variées avec leur enfant. En parlant de leur bébé, le visage de ces hommes s'est illuminé : « *le biberon c'est un moment sympa [...] c'est un plaisir* », « *tout me plaît* », « *la petite interagit [avec moi], c'est vraiment sympa* ».

A l'inverse, 2 pères n'ont pas évoqué ce sentiment et ont mis en avant un investissement de leur paternité difficile : « *y'a pas vraiment d'échange, je trouve pas ça très intéressant* », « *j'ai mis une quinzaine de jours à m'y faire et j'aime pas rester seul avec lui* ». Cette situation concerne 2 primipères, qui n'ont pas fait de PNP et qui ont séparément vécu une naissance par forceps, et une HDD méconnue du père. A noter que cette difficulté d'investissement de la paternité n'a pas été évoquée comme conséquence de l'accouchement compliqué ; elle semble d'avantage liée à l'arrivée d'un enfant.

- Lien avec leur compagne

Pour 6 pères, la relation de couple n'a pas connu de changement particulier : « *c'est vraiment quasiment comme avant* ».

Une évolution positive de la relation de couple a été décrite par 8 pères : « *ca a créé un lien supplémentaire [...], c'est que du positif* ». Toutefois, ce renforcement du lien est dans la quasi-totalité des cas, dû à l'arrivée de l'enfant au sein du couple. Seul 1 père a corrélé ce rapprochement à la situation vécue en SDN : « *je pense que je me suis encore plus rapproché d'elle, du fait de ce qu'il s'est passé bien sûr* ».

Enfin, les 7 pères restants ont signalé une adaptation difficile au sein du couple, du fait de la naissance d'un enfant : « *on n'a pas trouvé nos marques* », « *j'aimerais bien retrouver ma femme* ». Cependant, il convient de souligner que ces difficultés n'ont en aucun cas été mises en lien avec le vécu de l'accouchement dystocique.

6. L'accompagnement du père en SDN : satisfaction et suggestions

Par la suite, nous avons questionné ces hommes au sujet de l'accompagnement dont ils avaient pu bénéficier en SDN. Ils se sont exprimés d'une part sur leur degré de satisfaction, mais ils ont également formulé quelques suggestions d'amélioration sur cet accompagnement à la fois global en SDN, mais aussi au moment de la complication en elle-même.

Tout d'abord, il convient de mettre en évidence la satisfaction de 20 pères quant au comportement en SDN de l'équipe médicale envers eux : « *ils m'ont toujours parlé, jamais mis sur la touche* », « *le personnel s'adresse bien tout le temps au couple et pas que à la maman* », « *je me suis complètement senti inclus* », « *on me demandait si j'avais mangé, tout ça* ». Le père restant ne s'est quant à lui pas senti suffisamment inclus en SDN, il témoigne : « *c'est vrai que les pères, il n'y a strictement rien, c'est comme si on était, oui, figurant [...], on n'est pas assez pris en considération [...] j'aurais aimé qu'on me fasse plus participer* ».

Le motif principal de suggestion d'amélioration de l'accompagnement à été évoqué par 9 pères et concerne un manque de communication et d'information suite à la survenue de la complication : « *c'est vrai que pour le coup, une petite minute d'explication, ça aurait été confortable* », « *à la rigueur que quelqu'un vienne à la maternité, deux ou trois jours après, nous expliquer ce qu'il s'était passé* », ou encore « *j'aurai eu besoin quand même de quelqu'un pour me rassurer, pour m'expliquer comment ça allait se dérouler* ».

7. Autres éléments recueillis

Pour clore l'entretien, nous avons fait en sorte que les pères puissent s'exprimer au sujet de leur vécu de l'entretien, et sur les motifs qui les avaient incités à accepter cette entrevue :

- 9 des 21 pères interrogés ont accepté ce rendez-vous dans le but de nous aider et de rendre service : « *vous êtes élève SF, on est là pour aider aussi* », « *ça m'a fait plaisir de vous aider, je trouve ça plutôt bien [votre travail], c'est comme ça qu'on avance* ».
- Toutefois, ils sont 15 à avoir évoqué l'aspect bénéfique pour eux, voire même « thérapeutique » de l'entretien : « *ça fait du bien d'en parler à quelqu'un qu'on connaît pas, vous, j'avais accepté justement pour ça, parce que je savais pas comment je serai après [...], c'est comme quand on a des soucis, on va voir un psy, ben là, c'est vous* », « *je pense que ça fait du bien, j'avais hâte justement d'avoir cette conversation avec vous, et je suis content* », « *je pense que ça fait du bien, après avoir digéré, de reposer les choses, [...] et puis c'est bien d'en reparler avec vous seul à seul, et pas devant ma femme* ». La moitié d'entre eux en avait préalablement rediscuté avec le personnel médical et l'autre moitié n'avait pas abordé le sujet jusqu'à l'entretien.

A noter que 3 de ces pères nous ont remercié de ce temps d'entretien et d'expression que nous leur avons consacré.

Enfin, après l'arrêt de l'enregistrement par dictaphone, nous nous sommes rendus disponibles pour d'éventuelles questions ou autres sujets qu'ils auraient souhaité aborder.

Pour 6 pères, les discussions ont été d'avantage orientées vers leur enfant, avec des questions diverses. Quelques uns se sont exprimés sur la difficulté à investir leur rôle de père.

Il convient de signaler que pour 4 pères, pour qui la conjointe a présenté une HDD, nous avons discuté près d'une heure après l'entretien, afin de répondre aux questions qu'ils nous ont posé quant à l'origine, au mécanisme et à la prise en charge médicale des saignements. Pour 3 d'entre eux, ceux qui étaient les plus demandeurs, nous avons eu recours à des schémas explicatifs, pour tenter de répondre à leur demande. Nous n'avons néanmoins pas mis en évidence de lien entre cette demande et la parité de ces hommes, ou une participation à la PNP, ou une mise en récit par l'équipe de la situation.

En définitive, à travers la richesse des propos recueillis lors des entretiens, nous avons pu constater le vécu des pères en SDN lors de la survenue de complications maternelles et évaluer son impact à plus long terme. Le dessein de ce travail étant d'améliorer nos pratiques de soignant, les pères interrogés ont mis en lumière le rôle qu'avait pu jouer l'équipe médicale dans cette situation, et grâce à leur témoignage, nous avons maintenant un plus net aperçu des directions dans lesquelles nous pourrions nous améliorer afin de les accompagner de manière optimale.

Troisième Partie

« Le savant n'est pas l'homme qui fournit les vraies réponses, c'est celui qui pose les vraies questions »

Claude Lévi-Strauss

I) Vivre la complication maternelle en tant que père

Nous veillerons, dans cette troisième partie, à être nuancés dans l'analyse de nos résultats. Nous ne serons pas en mesure d'affirmer ou d'infirmier de manière certaine les hypothèses préalablement émises, au regard de notre enquête plutôt qualitative que quantitative, mais nous parviendrons tout de même à dégager certaines tendances suite à nos résultats, qui nous conduiront à suggérer quelques pistes de réflexion.

1. Les éléments et sentiments les plus marquants

« *A l'intérieur, l'accouchement est une joie extraordinaire à l'égard de l'enfant, une angoisse très forte ressentie à l'égard de ma femme* » écrit Clerget (5). Cette citation prend tout son sens lors de la survenue de complications maternelles en SDN. Elle illustre bien le sentiment d'ambivalence ressenti par les pères lors de l'accouchement. Lors de notre étude, c'est une émotion qui a été largement

décrite par les hommes, à l'instar de ce témoignage : « *c'est un moment de la vie magique, mais y'a aussi ce stress, car les accidents ça arrive* ».

Ce qu'il faut comprendre, c'est que certaines émotions ont été ressenties par plusieurs hommes, en dépit du type de complication vécue. Néanmoins, pour être précis, il convient de reprendre les éléments importants des témoignages, selon le type d'accouchements dystociques, afin de mieux comprendre les différentes situations vécues par les pères.

Commençons par la naissance par extraction instrumentale. Globalement, dans notre étude, les pères présents au moment de la naissance par forceps, et ce même lorsqu'un drap a été placé sur les jambes de leur femme pour limiter leur vision, ont été très impressionnés par l'aspect visuel des forceps, et par la réalisation de l'extraction. Il n'en est rien pour les hommes ayant été invités à quitter la pièce. Peut être alors devrait-on de manière plus systématique leur suggérer d'attendre dehors ?

Nous avons cherché à savoir ce que pouvait nous apprendre la littérature à ce sujet. Dans une étude menée sur 392 pères français (14), un des axes de recherche était de savoir si les pères avaient souvenir d'une image déplaisante lors de l'accouchement, et si oui, quelle était-elle ? Ils sont 15% à avoir été heurtés par la vision des instruments. Ceci amène à la réflexion : pourquoi alors ne pas leur éviter cette situation ? En Lorraine, par exemple, sur 9 établissements hospitaliers, 5 conduisent systématiquement les pères hors du bloc lors d'une extraction (3). Il apparaît donc que les pratiques ne sont pas standardisées à ce propos, à l'époque où nous prôtons pourtant un exercice hospitalier très protocolaire.

Pour ce qui est des naissances par césarienne en urgence (code orange et rouge), nous retiendrons la notion de dépossession de leur femme et de leur enfant, décrite par les pères de l'étude. En effet, ils sont nombreux à avoir évoqués cet « enlèvement » de leur femme par les soignants. Mais nous savons bien que c'est une situation délicate, car dans la minute suivant la décision de césarienne, la patiente doit être emmenée au bloc, c'est là la priorité des soignants. C'est alors que l'urgence médicale prend le pas sur l'accompagnement, puisque le personnel n'a alors pas le temps d'expliquer la situation au père et de

l'accompagner au mieux, ce qui est bien légitime. En conséquence, le père n'est pas en mesure d'élaborer l'évènement, et c'est ce qui traduit ce sentiment de dépossession, « d'arrachement ».

Enfin, les hommes dont la compagne a vu survenir une HDD, sont en majorité restés dans la pièce, et ont donc été témoins de l'écoulement de sang, qu'on sait parfois très impressionnant, même pour nous, soignants, davantage habitués à cette situation. Souvent d'ailleurs, il s'agit d'une situation où les professionnels eux-mêmes font état de stress. Et lorsque le père n'a pas été invité à quitter la pièce, ce qui a concerné la majorité des pères de notre étude, il est également témoin de ce stress engendré chez l'équipe, ce qui ne peut sans nul doute que majorer sa propre inquiétude. Les risques et la rapidité d'aggravation de l'HDD sont tels, que les professionnels sont entièrement concentrés sur l'aspect médical. Pour une prise en charge optimale de la patiente et pour limiter la morbi/mortalité maternelle, les actes médicaux doivent être rapides et méticuleux. Comment les soignants auraient-ils alors le temps de se préoccuper aussi du père ?

Par conséquent, lorsque les hommes restent présents dans la pièce, il semble difficile de faire comme s'ils n'étaient pas là. D'autant plus que lors de la survenue d'une HDD, se pose la question de leur place spatiale. En effet, l'hémorragie survient après la naissance de l'enfant, alors confié à son papa. La prise en charge médicale nécessitant un espace libre autour de la patiente, nous avons pu constater dans notre enquête, que les pères s'étaient donc cherchés une place, « *dans un coin* », pour ne pas déranger. Nous n'avons pas de mal à imaginer qu'au regard de la configuration des salles d'accouchement, cette place les expose souvent à la vue du sexe ensanglanté de leur compagne. Nous avons établi dans la première partie, que la vue de ce sexe lors de l'accouchement, pouvait alors ramener le père à la scène primitive, celle de sa propre naissance, avec toute la violence que ça implique (15). Alors, une fois de plus, tout comme lors des naissances par forceps, posons-nous la question : pourquoi ne pas accompagner ces hommes et leurs bébés dans une autre pièce ? Il semble que ce serait appréciable à la fois pour ces pères, pour limiter leur vision, mais également pour les soignants, qui pourraient davantage se concentrer sur la patiente, sans avoir à s'inquiéter de ce que pourrait voir ou entendre le père. Il semble raisonnable de se poser la question de ce qu'on doit laisser voir ou non aux

hommes, d'adopter une position modérée entre tout leur cacher, et tout leur montrer.

Dans notre travail, nous avons pu rapprocher certaines complications, où les émotions décrites par les pères étaient communes. C'est le cas de la césarienne et de l'HDD, où l'urgence est telle, qu'elle éveille en eux une importante angoisse de mort à l'égard de leur compagne. Or, nous avons appris de la littérature que ce sentiment favoriserait la survenue d'un véritable traumatisme chez la personne qui en aurait fait l'expérience. Il conviendrait donc d'être particulièrement vigilant dans les suites de la naissance, quant à l'état émotionnel des hommes qui auraient évoqué ce ressenti.

D'autre part, l'étude a montré que la douleur exprimée par la mère, avait été source de troubles chez les hommes qui en ont été témoins, notamment lors de naissance par forceps ou d'HDD. Dans tous les cas, le fait d'aborder ce sujet lors des entretiens, a fait surgir à nouveau des émotions intenses : bégaiements, larmes, silences pesants. On souligne la difficulté pour ces hommes à surmonter ce sentiment d'impuissance qu'a engendré la douleur de leur femme, même 2 mois après la naissance. Rappelons l'exemple du témoignage de Mr D. : « *on l'entendait crier depuis le couloir [...], je suis parti le plus loin possible* ».

Nous nous sommes même laissé aller à penser que la difficulté qu'ils ont eu à dépasser cette situation, pouvait résider en une certaine culpabilité de leur part. Ils pourraient se sentir responsables de la douleur ressentie par leur femme, en ayant désiré et créé cet enfant (14).

Finalement, on a vu que, de manière générale, dès la survenue de complications et donc d'une situation d'urgence, le stress de l'équipe et sa concentration sur la prise en charge médicale de la mère et de l'enfant, prenaient logiquement le pas sur l'accompagnement et le relationnel avec les patients. L'équipe est donc moins disponible, particulièrement pour les pères. Lors des entretiens, sans que nous les ayons incités à le faire, plusieurs pères ont souhaité nous rapporter des paroles prononcées par les soignants, des paroles qu'ils n'avaient pas oubliées. Ce besoin de nous les faire partager semble traduire un certain trouble vis-à-vis de ces mots, même plusieurs semaines après les avoir entendus. Il apparaît alors important de rappeler qu'à travers ces paroles, les

pères peuvent y entendre un message, ne faisant que bien souvent renforcer leur inquiétude. Il est donc de notre devoir de soignant de veiller à ne pas véhiculer de tels messages. Par ailleurs, même si ce n'est pas le sujet traité dans ce travail, nous soulignons tout de même, que lorsque le père n'est pas présent dans la pièce, la mère elle, est bien là. Et bien que notre priorité soit une prise en charge optimale de la patiente, il est de notre devoir le plus déontologique de ne pas l'effrayer sur son état avec des paroles médicales, qui seraient, autant pour elle que pour son conjoint, dénuées de sens. En somme, soigner le choix de nos mots, pour ne pas créer d'autres maux chez la femme et son conjoint.

Afin de renforcer cette notion de focalisation des soignants sur la prise en charge médicale, on peut rappeler que les 12 pères qui ont été invités à quitter la pièce pendant la complication, tous types d'accouchements dystociques confondus, ont décrit leur solitude dans la salle d'attente ou dans le couloir. Remémorons-nous cette éloquente citation de Mr A. : « *4 murs quoi, sans personne...* ».

Sur ces 12 pères, seuls 3 ont reçu la visite d'un membre de l'équipe (Médecin, Sage-femme ou Auxiliaire de puériculture) pendant cette attente. Même si nous avons conscience que les situations d'urgence requièrent un grand nombre de soignants, on peut penser que lorsque les circonstances sont favorables (faible charge de travail, garde de jour où le personnel est plus nombreux), une personne de l'équipe serait en mesure de rendre une visite à ces pères. Cette visite n'exige pas d'être longue, mais la simple vue par ces pères d'un visage connu, serait une preuve de leur considération par l'équipe, et même de la réalité de leur existence, ce qui serait le gage d'un indicible réconfort pour ces hommes.

2. L'aspect salvateur de la communication

- **Avec l'équipe**

Comme nous le savons, la SF, membre de l'équipe « référent » pour le couple, doit faire appel à la fois à ses compétences techniques, mais aussi relationnelles pour une prise en charge globale du couple. Nous venons de montrer que lorsque la situation se complique d'un point de vue médical, c'est davantage sa fonction de technicienne qui est mise en avant, ce qui explique que la majorité des pères interrogés n'aient pas reçu d'explication au sujet de la situation, lors de la survenue de complications. Mais une fois l'urgence maîtrisée, la communication devrait logiquement pouvoir retrouver sa place.

Après la naissance, le père est habituellement présent en SDN pendant les deux heures minimum qu'exige la surveillance maternelle, ainsi que pendant le séjour d'environ 3 jours à la maternité. C'est autant de temps dont disposerait l'équipe pour permettre au couple d'enclencher les premiers facteurs de résilience après cette situation à potentialité traumatique (cf. première partie). Comme nous l'avons vu, ceci serait favorisé par la mise en récit de la situation par l'équipe médicale, ainsi que sa mise à disposition pour d'éventuelles questions auxquelles le père n'aurait pas trouvé réponse. A travers certains auteurs tel que Boris Cyrulnik, nous avons mis en évidence l'aspect bénéfique de cette mise en récit avec les protagonistes présents au moment de la scène. Cette idée a été soutenue par les 4 pères de l'étude qui ont pu, en maternité, rediscuter de l'accouchement avec l'équipe présente au moment de la naissance. La relation de confiance étant déjà créée entre le couple et la SF de SDN, cette dernière représenterait volontiers un point d'ancrage, une référence, pour ce couple, et donc pour ce père. Mais nous avons conscience de la difficulté de réalisation de ces entretiens. En SDN, la charge de travail de la garde ne permet pas toujours à l'équipe de se rendre disponible comme elle le souhaiterait. D'autant plus qu'avoir cette conversation immédiatement en SDN, ne serait pas forcément toujours opportun, comme nous l'ont rappelés certains pères lors des entretiens.

Nous concevons également la difficulté pour les soignants de rendre visite aux pères pendant le séjour à la maternité, notamment au regard des plannings de gardes.

Alors, quelle proposition pouvons-nous formuler lorsque la communication n'a pas pu être engagée en SDN ou à la maternité par la SF ayant vécu la situation ? La solution réside peut-être en la SF de garde en maternité. Celle-ci n'a certes pas vécu l'évènement de la naissance, mais au vue des éléments du dossier dont elle dispose et de ses connaissances obstétricales, il semblerait pertinent qu'elle se rende disponible pour d'éventuelles questions que pourraient formuler les pères. On rappelle d'autant plus, que quelques pères interrogés nous ont affirmé ne pas avoir osé poser leurs questions à la maternité. Nous ne manquerons donc pas de veiller à leur prêter une attention suffisante car c'est seulement en sachant qu'ils vont être entendus, qu'ils oseront davantage verbaliser leurs émotions (3).

D'autre part, lors de nos entretiens, nous avons été troublés par le témoignage de 2 pères, dont les compagnes avaient toutes deux fait face à une HDD. Ces 2 pères ont affirmé ne pas être au courant qu'une complication maternelle était survenue. Cet élément nous a posé question et nous a amené à formuler deux hypothèses principales qui pourraient expliquer cette non-information. Il est possible, qu'en effet, la SF ne les ai pas informés de cet évènement, peut-être dans le but de ne pas les inquiéter inutilement, puisque l'issue s'est révélée favorable pour la mère. Elle n'aurait pas été dans l'obligation de leur fournir cette information, puisque ces 2 pères réalisaient avec l'Auxiliaire les premiers soins du nouveau-né pendant la prise en charge maternelle. La SF se serait donc peut-être laissée guider par le principe suivant : *« ce qu'on ignore ne peut pas nous faire de tort »*. Mais nous ne pouvons rien affirmer, dans la mesure où nous avons conscience qu'il existe une différence entre ce qui a été dit par l'équipe, et ce qui a été entendu par les pères. Les pères, lors de l'entretien, nous auraient donc fait part de leur réalité subjective et non réelle. Ces pères ont pu, inconsciemment, par peur d'affronter le stress de la situation, en somme par déni, occulter les informations reçues. Pour étayer cette hypothèse, nous rappelons cette citation : *« c'est possible qu'ils m'aient dit quelque chose, mais j'en ai pas le souvenir »*.

De manière générale, lorsque nous avons proposé aux hommes de nous soumettre leurs éventuelles suggestions d'amélioration quant à l'accompagnement dont ils avaient bénéficié en SDN, ils sont tout de même la moitié à avoir évoqué le manque d'informations reçues au sujet de la complication en elle-même. Ceci renforce notre idée selon laquelle communiquer, expliquer et mettre en récit la situation, améliorerait le vécu de ces pères. Notons bien que nous ne proposons pas ici une analyse en connivence avec une idéologie individuelle, mais que nous ne faisons que rapporter une demande formulée par les pères, une requête, que nous avons identifié comme un réel besoin. Un des résultats de l'enquête illustre également ce besoin. La principale appréhension quant à la question d'un futur accouchement, est représentée par la peur d'une récurrence de la complication. Cette peur a été formulée par des pères qui n'avaient pas eu l'occasion d'aborder la situation vécue avec un membre de l'équipe médicale, ni en SDN, ni à la maternité.

Enfin, pour les césariennes de manière générale et plus particulièrement pour les 2 pères dont la compagne a subi une complication d'une rare gravité, ayant conduit à un séjour en réanimation, nous avons pu constater que les explications données au père en SDN et à la maternité avaient été des plus riches, et qui plus est, fournies à plusieurs reprises. Alors, nous nous sommes demandés pourquoi dans les situations de forceps et d'hémorragie, cela n'a jamais été le cas ? Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle ces deux situations sont beaucoup plus fréquentes lors de l'accouchement, et de ce fait quelque peu banalisées par les soignants, ce que nous comprenons aisément. En effet, lorsque le cas est rare et/ou grave, alors les équipes, empathiques, peuvent elles-mêmes être choquées par l'évènement. Dans ce cas, elles mettront un point d'honneur à prendre soin de ces hommes, et à les accompagner au mieux. Nous pensons notamment à ces 2 hommes de notre étude, dont les femmes étaient en service de réanimation, suite à la survenue d'une complication dont l'issue a bien failli être fatale. Dans ce cas, en maternité, Médecins et SF étaient davantage présents et s'assuraient de la bonne compréhension de la situation par le père. Rappelons cette citation de Mr A. : « *vous revenez [de la réanimation], après, vous pleurez avec les SF* ».

Dans notre enquête, ce sont les 2 seuls pères qui se sont vu proposer pendant le séjour, une rencontre avec un psychologue, au même titre que leur femme. A

noter que ces hommes avaient tous deux accepté. Il serait donc peut-être souhaitable d'encourager SF et Auxiliaires en maternité, elles qui sont en première ligne, à ouvrir la communication avec les hommes, témoins d'accouchements compliqués, afin d'identifier précocement, un éventuel état émotionnel susceptible de nécessiter une entrevue avec un psychologue, que ce soit d'ailleurs programmé pendant le séjour, ou à distance.

Mais ne nous méprenons pas, il ne s'agit pas dans ce paragraphe d'inciter les agents du personnel à communiquer, à tort, une masse d'informations que certains pères n'auraient pas souhaité connaître, mais bel et bien de s'affranchir de leurs besoins, afin d'y répondre du mieux possible, et de respecter leur souhait dans la relation d'échange.

- **Avec l'entourage**

Nous avons été étonnés de constater que plus de la moitié des pères interrogés, n'avait pas eu de discussion *a posteriori* avec leur femme au sujet de leur vécu de cette situation en tant qu'homme. Ceci traduit un évident manque de communication au sein du couple. On peut penser que les différentes issues possibles de la naissance ne sont que très peu discutées au sein du couple, en amont de l'accouchement. C'est un sujet qui reste un peu tabou. La société en est en partie responsable. En effet, l'existence d'un homme sensible, pouvant ressentir des émotions, n'est pas fondamentalement ancrée dans les mœurs, mais l'homme est encore perçu comme devant être fort, dans la continuité du transgénérationnel. A ce propos, Clerget affirmait d'ailleurs : « *J'ai rencontré des hommes désolés, honteux de leurs peurs, blessés de leurs craintes* ». De fait, c'est la femme qui accouche, qui subit la complication, l'homme ne se sentant alors pas le droit d'évoquer sa propre souffrance, lui qui n'est « que » témoin. Remémorons-nous la pensée de Mr F. qui nous confiait, non sans une certaine émotion : « *nous on est plus là, comment dire, comme figurants* ».

Parmi ces pères qui n'ont pas confié leur ressenti à leur compagne, on remarque que, bien souvent, ces hommes n'avaient pas eu l'occasion de s'exprimer non plus avec le personnel soignant. Ceci nous permet de suggérer une part de

responsabilité de l'équipe médicale. En effet, si elle rendait légitime la présence du père, ainsi que sa position parfois difficile, en s'investissant dans l'accompagnement de celui-ci, alors elle favoriserait une prise de conscience chez la femme, du vécu de son mari.

Attardons-nous maintenant un instant sur les confidences des hommes faites à leur entourage. On peut mettre en évidence que les quelques pères de l'étude qui ont ressenti un réel besoin d'en parler avec leur entourage (amis, famille, collègues), sont ceux qui n'avaient pas abordé le sujet ni avec l'équipe, ni avec leur compagne. En d'autres termes, lorsqu'il n'y a pas d'ouverture à la communication et à la mise en récit de l'évènement avec les personnes qui l'ont vécu, alors le père rencontre des difficultés à surmonter la situation, et va donc se tourner vers des tierces personnes, comme « *un exutoire* », selon les dires de l'un d'eux. Cependant, l'un ne remplace pas l'autre, car la communication n'est pas la même avec les soignants et l'entourage, et les deux peuvent être nécessaires. Lorsqu'il s'adresse à son entourage, le père va, de ce fait, rechercher un soutien social et communautaire, pour renforcer ses ressources externes, afin de favoriser le processus de résilience(17). Mais tous les hommes ne sont pas capables de telles compétences émotionnelles et sociales, selon par exemple leur expérience individuelle de vie et leur personnalité. Alors on peut se demander s'il n'est pas du devoir des professionnels de santé et de la société de favoriser les échanges verbaux, et de tenter de mettre fin à ces tabous.

3. Quel impact sur ces hommes ?

En ce qui concerne le souvenir de l'accouchement, lors de nos entretiens, plus de la moitié des pères a dit ne pas y avoir repensé. Cette donnée est à nuancer bien sûr, puisqu'il peut y avoir une différence entre ce qu'ils nous ont affirmé et ce qui est réel. Il semble vraisemblable que même inconsciemment, tous les pères se soient remémorés la situation compliquée, ne serait-ce qu'en repensant aux premiers instants passés avec leur bébé. L'existence de l'enfant est associée à sa mère, et l'un ne va pas sans l'autre. Ce que l'on peut en revanche évoquer, c'est qu'ils n'y ont probablement pas repensé de manière négative. Cette situation n'a sans doute pas été désorganisatrice, et on aurait tendance à penser que pour ces pères, cette expérience a pu finalement permettre de consolider leurs ressources et de faire évoluer leur histoire personnelle, en leur permettant de dépasser l'évènement.

Parmi ces pères, qui selon eux, ne se sont pas remémorés la scène de la complication, on compte presque tous les pères dont la compagne a eu une césarienne. On peut donc insister sur un élément déjà évoqué, à savoir que la césarienne, souvent réalisée dans l'urgence, représente tout de même une intervention chirurgicale, et de ce fait il semblerait que les équipes prennent davantage conscience de son potentiel impact sur le père que lors de naissance par forceps, ou d'HDD, complications qui pourraient apparaître comme étant plus banales. Ceci est illustré par le fait que 5 des 6 pères de l'étude dont les enfants sont nés par césarienne, avaient eu un temps d'échange à ce sujet avec l'équipe, ce qui n'est pas retrouvé pour les autres types de complication.

Mais une autre hypothèse est à formuler, en effet, si presque tous les pères ayant vécu la césarienne en urgence de leur femme, n'ont pas évoqué de souvenirs négatifs suite à cette situation, c'est peut-être aussi parce qu'aucun d'entre eux n'a à proprement parler, assisté à la césarienne, puisqu'ils ont tous été conduits à l'écart de l'agitation en salle d'attente. Nous l'aurons compris, ce n'est pas le cas pour la majorité des hommes ayant vécu les forceps ou l'HDD de leur femme. Et c'est sans surprise que nous constatons donc que ce sont ces hommes présents dans la pièce au moment de la prise en charge qui composent en majorité les pères qui se sont remémorés la scène. Alors cette fois, plus qu'une suggestion, nous demandons à nouveau : pourquoi ne pas faire sortir tous les pères de la

pièce dès la survenue d'une complication ? A cette question, certains répondront que notre étude a mis en évidence leur mauvais vécu pendant le temps d'attente, ponctué par un important sentiment de solitude. Mais nous rétorquerons à ceux-ci que le vécu n'est pas optimal que les pères soient présents ou non lors de la prise en charge. Alors qu'à l'inverse, l'impuissance, nourrie par la culpabilité de ces hommes, semble être vécue plus frontalement lorsqu'ils ont été présents. De même, l'impact à plus long terme, notamment en matière de souvenirs, semble amélioré s'ils ont attendus à l'écart.

Les hommes qui nous ont confié s'être remémorés la scène, ont décrit la présence d'images, et de *flash-back*, venant perturber leur quotidien, même deux mois après l'accouchement dystocique. Ce constat ne suffit évidemment pas à poser un diagnostic d'ESPT. Nous n'avons bénéficié que d'un seul entretien avec ces pères, qui plus est d'une durée limitée, et nous n'avons pas retrouvé d'association entre ces *flash-back* et d'autres symptômes tels que des cauchemars ou une altération de la personnalité ou des projections d'avenir (cf. première partie). Mais cela suffit sans aucun doute à évoquer une potentielle apparition de ce syndrome. Rappelons que l'apparition de ce syndrome a déjà été décrite, notamment chez des patientes, à la suite d'une HDD (22). Notons que dans cette étude sur 68 patientes, 20% d'entre elles avaient fait part du traumatisme de leur mari. Mais malgré cette donnée, aucune étude n'a été menée visant à démontrer la survenue d'un ESPT chez les pères. Il faudra donc nous contenter d'hypothèses.

Nous avons également cherché à étudier un autre versant de l'impact de cet accouchement accidenté, en demandant aux pères quels sentiments les animent en vue d'un futur accouchement. On a mis en évidence qu'à l'unanimité, les pères de l'étude souhaiteraient être de nouveau présents en SDN dans l'éventualité d'un prochain accouchement. On peut penser que cette décision serait prise dans le but de tenter de résoudre, de réparer la situation première. En effet, suite à ce premier accouchement compliqué, où ils ont pu être plus passifs, conséquence de leur manque d'expérience dans ce domaine, ils pourraient alors la prochaine fois, si l'accouchement se déroulait de manière dystocique de nouveau, tenter de s'approprier d'avantage la situation. Ainsi, ils se retrouveraient cette fois dans une

situation active, qui serait alors beaucoup moins génératrice de désorganisation psychique, comme la première fois.

D'autre part, nous avons tenté de savoir si cette naissance avait eu un impact au sein du couple, ou de la dyade père-bébé, mais nous n'avons pas relevé de difficulté en corrélation avec la survenue d'un accouchement compliqué. Nous avons préalablement émis l'hypothèse qu'une DPN pourrait apparaître, ce qui n'a donc pas été vérifié. Encore une fois, ce n'est pas parce que nous ne l'avons pas mise en évidence, que la réalité d'une telle pathologie n'existe pas. Rappelons que dans une étude réalisée à Toulouse (23), plus représentative en terme d'échantillon que la nôtre, l'existence de symptômes de dépression paternelle avait bel et bien été démontrée, dépression qui plus est souvent en lien avec une dysthymie maternelle. Ainsi, pour ce qui est de notre étude, nous n'affirmerons ni n'infirmerons les conjectures préalablement émises en terme de lien du couple et de lien père-bébé, en espérant que d'autres travaux de recherche plus poussés voient prochainement le jour.

Ce que nous pouvons en revanche retenir de notre enquête, c'est qu'une perte de repères au sein du couple et un investissement difficile de la paternité ont été décrits lors des entretiens, mais plus volontiers mis en lien avec l'arrivée d'une troisième personne au foyer, à savoir le bébé, que corrélés au vécu de l'accouchement accidenté.

II) Améliorer le vécu et minimiser les conséquences

1. L'influence de l'anticipation d'un éventuel accouchement compliqué

Nous avons appris de la littérature, que le choc lié au vécu d'une situation serait d'autant plus important que l'évènement n'aurait pas été anticipé. En effet, dans notre étude, plusieurs pères ont insisté sur le caractère imprévisible de la situation. Nous allons donc tenter d'expliquer dans quelle mesure nous pourrions sursoir à cette difficulté.

Dans notre enquête, sur 8 multipères, 3 avaient déjà assisté à un accouchement compliqué. Ces 3 pères font partie de ceux qui affirment ne pas avoir repensé de manière négative à l'accouchement dystocique. On peut alors penser, qu'ils ont été rassurés par le fait que la mère et l'enfant ont survécu, suite à l'accouchement précédant, ainsi, ils ont pu être plus en confiance, à l'image de cette victoire de la vie. De même, ayant déjà vécu une complication maternelle, ils s'étaient plus volontiers préparés à cette éventualité pour cette naissance-ci. L'un des pères, nous a même confié : *« on savait que ça pouvait arriver, et on l'avait déjà vécu »*.

Mais là n'est pas la seule possibilité, car même si aucun des pères interrogés n'est concerné, rappelons tout de même que suite à un premier accouchement compliqué, qui n'aurait pas été dépassé psychiquement par le père, la survenue d'une nouvelle complication pour un autre accouchement pourrait alors réactiver le choc de la situation première et engendrer une importante désorganisation psychique. Les potentialités traumatogènes de ce deuxième accouchement en seraient alors multipliées (17).

En parallèle, on souligne que les pères qui s'étaient remémorés la scène de la complication étaient pour moitié des primipères. Ceci nous conforte dans l'idée

selon laquelle la représentation antérieure de l'éventualité d'une complication, améliorerait son vécu et son impact.

De même, tous les pères de l'étude ont manifesté leur désir d'être à nouveau présent pour un futur accouchement. Comme nous l'avons déjà évoqué, il semblerait qu'au regard de ce qu'ils ont déjà vécu, ils se sentiraient sans nul doute davantage préparés la prochaine fois : « *j'aurais plus d'expérience* », affirmait l'un d'eux.

De surcroît, notre enquête comptabilisait une majorité de primipères, qui ont confié s'être au départ sentis un peu perdus quant au déroulement des événements en SDN. A l'appui, rappelons cette citation : « *ah je savais pas où j'allais* ».

Il convient tout de même de souligner que certains de ces primipères avaient eu connaissance par leur entourage, de quelques expériences de la SDN. Il apparaît que de tels comportements seraient à encourager. Les hommes, s'ils transmettaient leur propre expérience à leurs pairs, permettraient à ces derniers de prendre connaissance de l'existence de ces situations compliquées. Mais souvenons-nous d'un des pères interrogés, qui avait justifié cette non-transmission de son expérience à ses amis, par le fait que ceux-ci attendaient un bébé, cet homme ne voulant donc pas « *leur faire peur à l'avance* ». Revenons alors sur cette notion fondamentale de la communication, qu'il convient certes d'employer sans excès, afin de ne pas faire basculer les hommes dans une réelle angoisse quant à la survenue de complications liées à l'accouchement. Mais si cette communication est inexistante dans la société et que ces sujets restent tabous et déniés, alors comment les hommes pourraient-ils se créer une représentation anticipée d'une éventuelle complication ?

En matière de préparation préalable des hommes aux événements liés à l'accouchement, on a pu également mettre en lumière le rôle de la profession exercée par le père. En effet, les pères issus du milieu agricole, au nombre de 3 dans notre étude, ont signalé avoir quelques connaissances en obstétrique, puisqu'ils avaient, durant leur carrière, assisté à des naissances d'animaux et connaissaient par conséquent les enjeux en terme de risques maternels.

Parmi les pères interrogés, 3 autres exerçaient des professions où ils étaient en contact fréquent avec le monde hospitalier (Ambulancier, Magistrat, Gendarme), et ont donc manifesté de ce fait leur confiance envers les soignants et la prise en charge hospitalière. Ceci nous permet de suggérer que la profession exercée par l'homme peut avoir un impact sur son vécu d'une complication de l'accouchement, dans le continuum d'une anticipation de l'éventuelle survenue de la situation.

On sait cependant qu'il est impossible pour tous les pères d'exercer une profession susceptible d'améliorer leur vécu, et qu'ils ne peuvent pas tous avoir déjà fait l'expérience d'un accouchement compliqué, ou avoir partagé des expériences lors de discussions intrafamiliales ou entre amis. Alors, quel champ d'action pouvons-nous développer pour les aider à rendre plus prévisible la situation et ainsi améliorer leur vécu et l'impact d'un tel évènement ? La réponse que nous formulons est celle de la PNP.

En effet, dans notre enquête, la moitié des pères avait assisté à des séances de PNP en couple. Quelques uns ont même, lors de l'entretien, souligné le bénéfice de ces séances *a posteriori* de la survenue d'une complication. Un exemple nous est fourni par Mr C. : « *La SF nous avait bien expliqué tous les cas de figure [...] donc c'est vrai qu'on avait déjà une vision de comment ça pouvait se passer* ». L'information reçue préalablement, permettrait alors au père de se créer une représentation de la situation. Cette visualisation en amont, donnerait un sens à l'évènement, et serait donc par conséquent protecteur vis-à-vis de l'apparition d'un traumatisme.

D'autre part, nous avons mis en évidence que parmi les pères qui, deux mois après l'accouchement, revivent le moment de la complication, la plupart n'avait pas participé à ces séances de préparation. On comprend alors aisément dans quelle mesure cette activité est importante pour l'élaboration primitive d'une situation à venir. Il nous apparaît alors fondamental d'encourager ces hommes à participer et à s'investir dans ces séances. Mais là n'est pas la seule part du travail à réaliser, puisqu'assister à ces séances ne suffit pas, il faut également que le contenu de cette animation soit pertinent. Effectivement, nous avons, par le passé, pu être témoins de séances où l'éventualité d'une complication était évoquée, mais (trop) succinctement. On peut penser que ce choix d'animation est probablement fait dans le but d'épargner un peu les couples, de ne pas leur faire

peur, afin de ne pas favoriser l'apparition d'une angoisse paralysante au sujet de l'accouchement. Ce point de vue apparaît bien légitime, mais qu'en sera-t-il lorsque, le jour de la naissance, la réalité de l'annonce d'une complication viendra faire tomber les remparts de cette ignorance, sensés sécuriser les hommes ?

Il semble donc opportun, de favoriser une information des plus justes quant à la réalité des risques de l'accouchement. D'autant plus que, préalablement préparé, le père, lors de la situation, serait davantage en mesure de prendre sa place et de travailler main dans la main avec l'équipe, pour soutenir sa compagne (3).

Enfin, lors de l'étude, 2 pères, dont les compagnes ont vécu des césariennes, se sont sentis préparés par l'équipe, avant l'intervention, soit pendant le travail. L'anticipation de la survenue d'une complication maternelle par l'équipe, représenterait donc un ultime moyen de permettre au père une élaboration de l'évènement, en amont. On a pourtant compris que si ces complications maternelles peuvent être pourvoyeuses d'un tel choc, c'est justement parce qu'elles sont imprévisibles. Et même si nous savons qu'en obstétrique, tout particulièrement, l'anticipation n'est pas des plus aisées, nous avons tout de même conscience que, pour chaque type de complication maternelle, il est des contextes où l'issue de la naissance peut être suspectée en amont. Ces 2 pères, par exemple, avaient été « *préparé[s] tout doucement [par l'équipe]* », selon les dires de l'un d'eux, au regard de nombreuses anomalies du rythme cardiaque fœtal, apparues pendant le travail.

Prenons un autre exemple, celui de la naissance par forceps. Lorsque la SF s'installe pour l'accouchement et que l'enfant est encore retenu haut dans le bassin, ou que les conditions locales ne semblent pas favorables, alors peut-être serait-il judicieux d'expliquer aux parents, qu'après 30 minutes d'efforts expulsifs, le médecin pourrait être amené à réaliser une extraction instrumentale ?

Que dire alors de l'HDD, complication souvent qualifiée comme étant la plus imprévisible ? De la même manière, il existe des contextes plus propices à sa survenue (parité, travail long, macrosomie etc.). Alors, peut-être aussi dans ces cas-là, le risque d'hémorragie pourrait être évoqué au préalable avec les couples. La difficulté de transmettre de telles informations est réelle. En effet, il ne s'agit pas d'effrayer les parents, mais seulement d'évoquer cette éventualité. Dans certains cas, l'anticipation pourrait donc être possible, dans la mesure où la SF,

pendant le travail, évoquerait ses craintes et son avis professionnel, quant à l'apparition d'une anomalie, ou quant à l'évolution possible vers une complication. Ceci permettrait sans doute également au couple de se sentir davantage concerné, investi, et inclus dans le travail et l'accouchement, voire même de renforcer la relation de confiance avec la SF qui les prendrait en charge (3). Finalement, les suggestions émises dans ce paragraphe, perpétuent la notion fondamentale, déjà évoquée, de dialogue, de communication avec les couples, et notamment avec le père. Mais nous avons conscience que la réalité est parfois source de désillusions, puisqu'il existe un écart entre la théorie, idéale et souhaitée, et la réalité du déroulement de la situation.

2. Un entretien « thérapeutique »

C'est avec un certain contentement, que nous avons constaté l'aspect bénéfique qu'ont procuré nos entretiens sur les pères interrogés. Ils sont en effet une large majorité à avoir décrit cette conversation comme étant « thérapeutique ». De plus, il convient de souligner la très faible proportion de refus de la part des pères pour la réalisation de nos entretiens. L'enthousiasme qu'ils ont manifesté à l'égard de ces entrevues, ainsi que les efforts qu'ils ont pu fournir pour honorer nos rendez-vous (distance kilométrique parfois supérieure à 40km), témoignent de leur réel besoin de communiquer. Ceci est sans doute la conséquence d'un manque d'espace réservé pour ces hommes. Certaines maternités ont déjà su se mettre au diapason de cette demande masculine, réelle mais parfois inexprimée. C'est le cas de la Clinique mutualiste des Eaux-Clares, à Grenoble, qui a mis en place il y a plusieurs années, des « réunions de pères » (1). Il s'agit d'un espace qui leur est entièrement dédié et où ils peuvent partager leur expérience et échanger leur ressenti, sans avoir à le faire en présence de leur femme, et en ayant le sentiment d'être compris par leurs pairs. L'accouchement n'est pas seulement une histoire de femmes. Les hommes, de part le rôle qu'ils jouent ne serait-ce que dans la procréation, ont légitimement leur mot à dire, au sujet de la naissance d'un enfant, de leur enfant.

Cette solution, bien que très profitable, n'est pas réalisable au sein de tous les établissements hospitaliers, et qui plus est, elle ne répondrait qu'à une partie seulement des besoins exprimés par ces hommes.

En effet, plus qu'un temps de parole et d'expression, les pères interrogés ont profité de l'entretien réalisé pour poser certaines questions, en lien avec la complication elle-même : causes, mécanisme, conséquences éventuelles, risque de récurrence. Ces questions ont fait appel à nos connaissances obstétricales. C'est ainsi que pour certains hommes, des schémas explicatifs se sont révélés nécessaires à leur bonne compréhension. Alors, afin qu'un plus grand nombre de pères aient la possibilité de bénéficier de ces réponses, il serait peut être souhaitable qu'ils soient vivement encouragés par les soignants, à accompagner leur femme à la visite post-natale. Il est vrai que cette visite post-natale nous a semblé être une pertinente alternative, puisqu'elle se déroule à distance de l'accouchement (6 à 8 semaines).

Rappelons ce témoignage de Mr A. : « *je pense que ça fait du bien, après avoir digéré, de reposer les choses* ». Ceci suggère la nécessité d'un temps de latence entre le déroulement des faits et le moment pour aborder à nouveau le sujet. D'autant plus que notre étude a constaté que parmi les hommes qui ont trouvé un bénéfice personnel à notre entrevue, la moitié avait déjà mis en récit l'accouchement compliqué avec les soignants, en SDN ou à la maternité. Ceci démontre bien que même si un retour « à chaud » avec l'équipe est souhaitable, il n'exclut pas la nécessité d'en reparler *a posteriori*, où le contenu sera probablement différent.

Le besoin de respecter ce temps de latence, est illustré par la notion de l'après-coup, définie par Freud et mise en exergue par Lacan. Cette théorie explique que le sujet qui a vécu des événements potentiellement traumatisants, sera en mesure de les remanier, en vue d'une réorganisation, dans une temporalité qui lui est propre, la temporalité psychique des hommes étant plus longue que celle des femmes. Le sujet va donc pouvoir réélaborer de cette expérience antérieure, les éléments qu'il n'avait pas pu pleinement intégrer en premier lieu (25).

On comprend donc que même si les pères, immédiatement après la naissance, n'ont pas exprimé leur besoin d'en reparler ou n'ont pas posé de questions, cela ne signifie pas pour autant que ces besoins n'apparaîtront pas après un certain

temps de latence. D'autant plus qu'on peut imaginer que l'après-coup serait également plus long pour les hommes que pour les femmes, puisqu'ils n'ont pas vécu l'accouchement accidenté dans leur propre corps.

Finalement, insistons une nouvelle fois sur les bénéfices que pourrait apporter leur présence à la visite post-natale, à distance de l'accouchement. Bien sûr, dans le cas où l'homme assisterait à cette visite, le professionnel de santé présent devrait alors se montrer attentif et se rendre disponible pour ce père, en évitant de le considérer comme simple accompagnant de sa femme.

3. Un accompagnement global

Le sujet de notre travail concernait certes le ressenti des pères lors de complications maternelles de l'accouchement, mais il semble peu pertinent de le dissocier du vécu global, en amont, c'est-à-dire pendant la grossesse et le travail. En effet, on peut penser que si le vécu du père n'est pas optimal pendant la grossesse et le travail, alors comment pourrait-il l'être dès lors que des complications surviennent ?

Lors de notre étude, lorsque nous avons tenté d'évaluer le degré de satisfaction des pères au sujet de l'accompagnement dont ils avaient pu bénéficier en SDN, certains ont ressenti le besoin de nous parler de quelques aspects qui n'étaient pas en lien avec la dystocie de l'accouchement. Par exemple, certains ont évoqué l'aspect matériel : « *la chaise en bois, c'est quand même pas top* », « *à part avoir une chaise, c'est tout ce qu'on a quoi !* ». Cette plainte quant au manque de confort a déjà été décrite dans d'autres études (2), et elle témoigne du peu de considération accordée à la place du père. Là où les professionnels de santé se concentrent sur le corps de la femme, il convient de ne pas oublier de s'occuper du corps et des besoins primaires de l'homme. Ces attentions témoigneraient de la reconnaissance de leur présence et de leur existence. Et même si de nombreux efforts ont déjà été fournis pour inclure davantage les pères en SDN, on constate qu'un long chemin reste encore à parcourir. Clerget écrivait d'ailleurs que « *les*

malaises des hommes pendant l'accouchement ne sont pas étrangers à la place qui leur est conférée » (5).

Les pères souhaitent être présents en SDN, c'est une réalité. Dans notre étude, cette pensée a fait l'unanimité. Et puisque c'est leur choix d'homme, veillons alors à ce que les équipes médicales travaillent réellement à inclure ces pères dans le processus de la naissance, plutôt que de se contenter de les tolérer (5). On a compris que favoriser la participation active des pères à l'accouchement est fondamentalement important pour leur vécu. Mais nous avons bien conscience que ce n'est pas toujours chose aisée : le rendement et l'efficacité exigés à l'hôpital et la charge de travail de certaines gardes, réduisent le temps d'échange et de communication que nous pouvons accorder aux pères, pour bâtir une solide relation de confiance et s'affranchir de leurs besoins et de leurs craintes. D'autant plus qu'il semblerait, que les professionnels de santé soient peu formés dans ce domaine, et il en est de même pour les étudiants SF, pourtant professionnels de demain. En effet, là où le relationnel avec la mère est largement exploré, la relation avec le père l'est très peu et semble plus volontiers se perfectionner à travers l'expérience du professionnel. On observe que certains étudiants et certains professionnels sont plus à l'aise dans la relation d'échange, cependant ce n'est pas le cas de tous.

Dans notre enquête, 2 pères, à travers leurs témoignages, ont souligné cet aspect. Ces 2 hommes, qui avaient accompagné leur femme lors des consultations de surveillance de terme, avaient été accueillis par des étudiants SF, et s'étaient alors sentis mis à l'écart : *« les deux fois, elles ont dit bonjour à la maman, et pas à moi, pas un regard [...], ça m'a dérangé »*. On peut penser que si les étudiants concernés n'ont pas échangé avec ces pères, c'est peut-être en partie parce qu'ils ne savaient pas comment les aborder, ou peut-être aussi que les pères ne sont pas encore pleinement intégrés par les soignants.

Il nous semblerait alors pertinent, que les sites de formation renforcent cet enseignement théorique, par le biais d'interventions au sujet de la psychologie de l'homme et du père. Ceci pourrait permettre aux étudiants, en plein apprentissage, de développer au plus vite les bons comportements à adopter envers les pères, et de se sentir plus à l'aise dans la relation d'échange. Nous avons toute confiance

en l'avenir, et sommes persuadés que les instances supérieures des Facultés mettront un point d'honneur à parfaire nos connaissances théoriques.

Finalement, nous retiendrons que l'accompagnement global des hommes ne doit pas être négligé, puisqu'en améliorant leur vécu global de la grossesse et de la naissance, nous travaillons déjà à les rendre plus sereins. Et si d'aventure une complication devait survenir, ils se trouveraient déjà dans les meilleures dispositions pour y faire face.

Nous achèverons notre réflexion en insistant sur le fait que ces discussions et suggestions d'évolution des pratiques n'ont en aucun cas pour but d'aboutir à une standardisation, à un protocole comportemental. Rappelons que l'efficacité de nos compétences relationnelles réside en notre capacité d'adaptation, qui doit être guidée par le père, avec ses désirs et ses besoins, et dans sa singularité. Nous souhaitons donc davantage synthétiser les tendances qui se dégagent de notre étude, et ainsi proposer des recommandations, formuler des précautions pour notre pratique. La bonne ligne de conduite n'existe pas, mais elle sera des plus optimales dès lors qu'elle respectera la déontologie de notre profession, ainsi que le père, dans la réalité, l'existence et la reconnaissance de ses émotions.

Conclusion

Au terme d'une grossesse, un couple se présente en SDN, avec l'idée d'y vivre une expérience hors du commun. Le père n'est néanmoins pas toujours préparé à la réalité de ce qui l'attend, surtout lorsque cette idée première est ébranlée par la survenue d'une complication maternelle de l'accouchement.

Il apparaît, au terme de ce travail, que lorsque les pères sont témoins de tels accouchements, ils peuvent être confrontés à un important sentiment de solitude. Cette solitude peut être physique, dans le cas où ils sont tenus à l'écart de la prise en charge médicale maternelle. Mais elle peut également être morale, puisque suite à cette situation, ils peuvent se sentir incompris, d'autant plus si l'accompagnement dont ils bénéficient ne répond pas à leurs attentes.

Leurs témoignages nous ont permis de mettre en lumière le rôle fondamental de la communication. On entend par ce terme à la fois la transmission d'informations quant à la situation vécue, mais aussi la communication au sens de dialogue, de mise en récit des émotions. Ces deux types de communication apparaissent à encourager, afin d'améliorer le vécu du père et son impact à plus long terme.

Il conviendrait donc, suite à des situations d'urgence médicale, d'inciter les professionnels de santé à davantage accompagner le père dans cette épreuve, de le considérer à sa place la plus légitime, en mettant en pratique leurs compétences relationnelles, dans le respect de l'éthique et de la déontologie qu'exigent les professions médicales. Il ne s'agit pas d'essayer d'enlever toute souffrance à l'homme, car cette émotion est inéluctable chez tout être humain, mais plutôt de tenter de l'alléger, et d'aider les pères à y faire face.

Quelques mots semblent suffire à résumer l'ensemble de notre recherche et de notre pensée, ils nous sont proposés par Clerget :

« Les hommes [...] ne sont pas à plaindre. Ils sont à entendre. ».

Références bibliographiques

1. Limousin Y. Le vécu du père pendant la grossesse [Mémoire de Sage-femme]. Grenoble; 2003.
2. Kwasniewski M. Le ressenti du père en salle d'accouchement pendant le travail et l'accouchement physiologiques [Mémoire de Sage-femme]. Grenoble; 2010.
3. Richecoeur S. Quelle place pour le père au décours de la césarienne? [Mémoire de Sage-femme]. Nancy; 2009.
4. Le Camus J. Pères et bébés. L'Harmattan. 1995. 231 p.
5. Clerget J. Comment un petit garçon devient-il un papa? érès. 2008. 212 p.
6. Gabard J. Le féminisme et ses dérives-Rendre un père à l'enfant-roi. Paris Max Chaleil. 2011. 158 p.
7. Julien P. Le manteau de Noé. Desclée de Brouwer. 1991. 91 p.
8. Castelain-Meunier C. La Paternité. Que sais-je? 1997. 124 p.
9. Naouri A. Une place pour le père. Editions du seuil. 1985. 322 p.
10. OMS. 10 faits sur la santé maternelle [Internet]. WHO. [cité 2 nov 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/fr/
11. Pomarède R. Une nouvelle étape dans la surveillance de la mortalité maternelle. Bull Epidémiologique Hebd. 2006;(50):391 à 402.
12. Bouvier-Colle M-H, Deneux-Tharoux C. Résumé EPIMOMS [Internet]. [cité 2 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.sfar.org/article/865/etude-epimoms-epidemiologie-de-la-morbidite-maternelle-severe>
13. Madsen SA, Munck H. Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement. Santé Ment Au Qué. 2001;26(1):27 à 38.
14. Bire F. Voir ou ne pas voir l'expulsion et ses conséquences sur le désir du conjoint à la reprise d'une activité sexuelle [Mémoire de Sage-femme]. Limoges; 2012.
15. Bydlowski M. La dette de vie. Presses Universitaires de France. 2008. 213 p.
16. Fonty B. Les pères n'ont rien à faire dans la maternité. First Editions. 2003. 232 p.
17. Josse E. Le traumatisme psychique chez l'adulte. De boeck. 2014. 292 p.
18. Greco Geffroy G. Etat de stress post traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes [Thèse de médecine]. Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2005.

19. Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse: la mère et l'enfant. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Encyclopédie médico-chirurgicale. 2001. p. 312 à 318.
20. Boris Cyrulnik: « De chair et d'âme » [Internet]. AkademTV; 2007 [cité 15 nov 2014]. Disponible sur: www.akadem.org
21. Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. p. 2. Disponible sur: <http://www.dsm5.org>
22. Gosme C, Ventré C, Ricbourg A, Gayat E, Mebazaa A. L'Hémorragie du post-partum: un accouchement « accidenté ». Vocat Sage-Femme. 2014;(107):16 à 19.
23. Séjourné N, Vaslot V, Beaumé M, Chabrol H. Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. Psychol Fr. 2012;(57):215 à 222.
24. INSEE. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles [Internet]. 2012 [cité 31 janv 2015]. Disponible sur: <http://insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=nomenclatures/pcs2003/pcs2003.htm>
25. Lacan J. Le séminaire. Les écrits techniques de Freud. Seuil. 1998. 436 p.

Bibliographie

Ouvrages

- BYDLOWSKI M. *La dette de vie*. Presses Universitaires de France, 2008. 213p.
- CASTELAIN-MEUNIER C. *La paternité. Que sais-je ?*,1997. 124p.
- CLERGET J. *Comment un petit garçon devient-il un papa ?* érès, 2008. 212p.
- FONTY B. *Les pères n'ont rien à faire dans la maternité*. First Editions, 2003. 232p.
- GABARD J. *Le féminisme et ses dérives - Rendre un père à l'enfant-roi*. Paris Max Chaleil, 2001. 158p.
- JOSSE E. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De boeck, 2014. 292p.
- JULIEN P. *Le manteau de Noé*. Desclée de Brouwer, 1991. 91p.
- LACAN J. *Le Séminaire. Les écrits techniques de Freud*. Seuil, 1998. 436p
- LE CAMUS J. *Pères et bébés*. L'Harmattan, 1995. 231p.
- NAOURI A. *Une place pour le père*. Éditions du seuil, 1985. 322p.
- RANK O. *Le traumatisme de la naissance*. Petite bibliothèque Payot, 1990. 292p.

Articles

- DARVES-BORNOZ JM, et al. *Psychiatrie et Grossesse : la mère et l'enfant*. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Encyclopédie médico-chirurgicale. 2001 ;p312-8.
- GOSME C, et al. *L'hémorragie du post partum : un accouchement « accidenté »*. Vocation Sage-femme. 2014 ;(107) : p16-9.
- MADSEN SA, MUNCK H. *Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement*. Santé Mentale au Québec. 2001 ;26(1) : p27-8.
- POMAREDE R. *Une nouvelle étape dans la surveillance de la mortalité maternelle*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2006 ;(50) : p391-402.
- SEJOURNE N, et al. *Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français*. Psychologie Française. 2012 ;(57) : p215-22.
- SENTILHES L, et al. *Long-Term psychological impact of severe post-partum haemorrhage*. Acta obstetricia gynecologica Scandinavica. 2011 ;(90) :p615-20

Cours et supports délivrés au cours de la formation maïeutique

- GABARD J. Cours dispensé à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulé : *Être père aujourd'hui ?*, Unité optionnelle Master 1, 2014.
- MOYENIN C. Cours dispensés à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse intitulés : *Psychologie du couple, Psychologie de la cellule familiale, et La fonction parentale*, Licence 3, 2012-2013.

- École de Sage-femme de Bourg-en-Bresse, Document guide pour la réalisation du mémoire : *La méthodologie d'enquête* (Volume I), 2011, et *La rédaction du mémoire* (Volume II), 2009.

Littérature grise

- BIRE F. *Voir ou ne pas voir l'expulsion et ses conséquences sur le désir du conjoint à la reprise d'une activité sexuelle*. Mémoire de Sage-femme, Limoges, 2012.

- DUPRE L. *Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique*. Mémoire de Sage-femme, Clermont-Ferrand, 2012.

- GRECO GEFFROY G. *État de stress post traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes*. Thèse de Médecine, Versailles Saint-Quentin en Yvelines, 2005.

- KWASNIEWSKI M. *Le ressenti du père en salle d'accouchement pendant le travail et l'accouchement physiologiques*. Mémoire de Sage-femme, Grenoble, 2010.

- LIMOUSIN Y. *Le vécu du père pendant la grossesse*. Mémoire de Sage-femme, Grenoble, 2003.

- NICOL C. *Naissance et Intimité : Regard des femmes en Salle d'accouchement. Le tact relationnel au cœur de notre pratique*. Mémoire de Sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2013.

- RICHECOEUR S. *Quelle place pour le père au décours de la césarienne ?* Mémoire de Sage-femme, Nancy, 2009.

- TOULOUSE S. *Quand la vie naissante se raconte... La mise en récit de l'accouchement : un rite de passage*. Mémoire de Sage-femme, Caen, 2013.

Sites internet

- BOUVIER-COLLE M-H, DENEUX-THARAUX C, *Résumé EPIMOMS*. [www.sfar.org/article/865/etude-epimoms-epidemiologie-de-la-morbidite-](http://www.sfar.org/article/865/etude-epimoms-epidemiologie-de-la-morbidite-maternelle-severe)

[maternelle-severe](http://www.sfar.org/article/865/etude-epimoms-epidemiologie-de-la-morbidite-maternelle-severe)

-Forums de grossesses, www.famili.fr

-Forums de pères, www.jeunepapa.com

- INSEE, *Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles*. 2012. <http://insee.fr>

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *10 faits sur la santé maternelle*. www.who.int/fr

- Portail Épidémiologique de France, <http://epidemiologie-france.aviesan.fr>

Autres documents

- American Psychiatric Publishing, DSM V. *Posttraumatic Stress Disorder*. www.dsm5.org (Rapport)

- CYRULNIK B, *De chair et d'âme*. Akadem TV. 2007. www.akadem.org (Support vidéo)

Annexes

ANNEXE I : Trame des entretiens

Avant toute chose

Nous avons attendu les hommes sur le parking de l'école de SF, et nous avons profité du chemin parcouru jusqu'à la pièce où se déroulait l'entretien pour demander des nouvelles de l'enfant, et ainsi « démystifier » l'entrevue, en essayant de créer un climat de confiance, en amorçant davantage une conversation, qu'un interrogatoire. Nous avons profité également de ce moment pour chercher à connaître leur profession, pour que cette question ne crée pas un sentiment de stigmatisation lors de l'entretien.

Une fois en tête-à-tête dans la pièce

Explication du déroulement et des modalités de l'entretien après les avoir invité à s'installer dans un fauteuil :

- Garantie de l'anonymat et du respect du secret professionnel
- Demande d'accord pour enregistrer l'entretien, en promettant la suppression de la bande audio dès la fin de notre étude.
- Rappel sur l'objectif de cet entretien : davantage un échange, une conversation, qu'un interrogatoire où les réponses seraient attendues, même si l'entrevue sera guidée par quelques questions.
- Explication sur le contenu des questions, pour une conversation en trois parties : d'abord un temps pour faire connaissance et rappeler le contexte de la grossesse, puis un retour sur le déroulement de l'accouchement, et enfin, un temps pour parler de l'après-accouchement, jusqu'à aujourd'hui.

L'entretien

1. Le contexte

- Quel âge avez-vous ?
- Combien avez-vous d'enfants ? Avez-vous déjà assisté à la Naissance d'un de vos enfants avant celui-ci ? Comment s'était-elle passée ?

Pour cette grossesse là :

- Comment s'est passée cette grossesse ? (histoire de la grossesse) :
 - grossesse spontanée ou aide médicale à la procréation ?
 - Préparation à la naissance ou non ?

2. Le jour de la naissance

- Avez-vous choisi d'être présent en Salle de Naissance ? Pour quelle(s) raison(s) ?
- Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ce jour-là, en Salle de Naissance ? (au moment de la complication)

Si besoin : Comment l'avez-vous vécu, comment vous sentiez vous, quels étaient vos sentiments à ce propos ?

- Que vous rappelez-vous à propos du rôle de l'équipe à ce moment là ? Comment s'est-elle comportée vis-à-vis de vous ? (où étiez-vous ?)
- Par la suite, en SDN, pendant les 2h qui suivent l'accouchement ou pendant votre séjour à la maternité, avez-vous pu revenir sur les faits avec un membre de l'équipe médicale, ou avez pu en parler, poser des questions ?
- En avez-vous parlé avec quelqu'un d'autre, votre femme ? amis, famille, collègue, entourage ?

3. Depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui

- Comment vous sentez-vous vis-à-vis de ces événements ?
Y avez-vous pensé à plusieurs reprises ? Qu'est ce qui vous revient ? (émotions, réactions quand vous y pensez). Est-ce que ça revient la nuit ? (*insomnies, agitations, cauchemars...*)
- A l'heure actuelle, comment imaginez-vous l'éventualité d'une prochaine grossesse, un prochain accouchement ? (*souhaiteriez-vous être à nouveau présent ?*)
- Alors comment va votre bébé ? A-t'il bien grossi, bien grandi ? Est-il bien éveillé quand vous le changez, quand vous jouez avec lui ?
- Qu'est ce que vous avez le plus plaisir à faire avec votre enfant ? Et à l'inverse, qu'est ce que vous aimez moins faire avec lui ?
- D'après vous, estimez-vous que votre vie de couple ait pu changer, évoluer, depuis cette naissance ? (est-ce que c'est plutôt positif pour vous ou non ?)

Pour finir :

- En ce qui concerne votre prise en charge par l'équipe, vous le papa, y a-t-il des moments où vous avez été plutôt satisfait, ou à l'inverse certains petits bébols? Est-ce que vous auriez aimé qu'on fasse davantage pour vous ?
- Dans le but de chercher à nous améliorer, avez-vous des suggestions à formuler au personnel par rapport à l'accompagnement dont vous avez pu bénéficier ?

Évaluation de l'entretien :

- De votre côté, comment s'est passé cet entretien ? Qu'en avez-vous pensé ? Avez-vous des suggestions ?
- Souhaitiez-vous me parler d'autre chose ou bien pouvons-nous nous arrêter là ?

Avant de partir

Une fois le dictaphone éteint, nous nous sommes rendus disponibles pour d'éventuelles questions, ou remarques, ou tout point important qu'auraient souhaité aborder les pères.

Retour au parking

Nous avons raccompagné tous les pères à leur voiture, et pendant ce trajet, la conversation s'est poursuivie (questions sur notre formation, sur notre travail, conseils pour les maux de leurs enfants). Avant de se séparer, nous avons informé les pères qu'une fois l'enquête terminée, ils seraient en mesure d'avoir accès aux résultats s'ils le souhaitaient. Ils ont également été invités à faire bon usage de nos coordonnées s'ils en ressentiaient le besoin.

Résumé

Être un père en Salle de Naissance.

Ce n'est déjà pas chose facile, puisque même si depuis les années 1970, les hommes sont de plus en plus intégrés dans ce processus de la naissance, il n'en reste pas moins qu'ils occupent une place difficile, en étant plus volontiers considérés comme témoins de l'accouchement, que sujets ressentant des émotions.

Nous nous sommes interrogés plus particulièrement sur leur vécu lors d'un accouchement ponctué par des complications maternelles. Nous avons également recherché si cet accouchement « accidenté » pouvait avoir un impact psychologique à plus long terme sur ces hommes.

C'est en laissant la parole à 21 pères, par le biais d'entretiens semi-directifs, que nous avons pu effectuer une analyse qualitative de leurs témoignages.

Grâce à leurs confidences, une réflexion a pris essence quant à notre rôle à jouer en tant que soignant pour accompagner ces hommes dans leur vécu de l'accouchement dystocique. En effet, les compétences relationnelles des professionnels de santé devraient être mises à l'honneur, en encourageant la communication, et en tentant de sursoir à l'aspect tabou de la mise en récit d'un évènement potentiellement traumatisant. De même, il semblerait judicieux d'aider ces hommes à anticiper l'éventuelle survenue de complications, afin de leur permettre de prendre part activement à cette naissance.

Titre : Pères en Salle de Naissance : quand les complications maternelles s'en mêlent !

Mots-clés : Pères – Salle de Naissance – Complications maternelles – Accouchement dystocique – Psychologie – Compétences relationnelles

Auteur : Camille BLANC née le 31 Mars 1992
Étudiante Sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse
camille.blanc53@gmail.com