



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Vécu des « primipères » en salle de naissance
Influences réciproques du vécu et de l'implication

Mémoire présenté et soutenu par
Margaux Fernandez

Directeur de mémoire : Léo Pomar
Sage-femme échographiste
Doctorant en Sciences de la Vie

Année de la soutenance 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

Vécu des « primipères » en salle de naissance
Influences réciproques du vécu et de l'implication

Mémoire présenté et soutenu par
Margaux Fernandez

Directeur de mémoire : Léo Pomar
Sage-femme échographiste
Doctorant en Sciences de la Vie

Année de la soutenance 2019

Je tiens à présenter ici tous mes remerciements aux personnes ayant collaboré à la réalisation de ce mémoire, notamment,

M. Léo Pomar, pour m'avoir guidée et encadrée à travers ce projet avec tout le professionnalisme et l'expertise dont il sait faire preuve.

Mme. Laurena Toupet, pour son investissement dans mon travail notamment pour l'élaboration de la trame des entretiens, qui représente les fondations de cette composition.

Vivien, pour l'inspiration qu'il m'a donnée, le partage de son histoire et de son travail.

Aux pères, pour le partage de leur histoire et le temps qu'ils m'ont accordé.

GLOSSAIRE

APD : **A**nalgésie **P**éridurale

ASD : **A**ccouchement **S**ans **D**ouleur

CHRU : **C**entre **H**ospitalier **R**égional **U**niversitaire

CIRDH : **C**entre **I**nternational de **R**echerche et de **D**éveloppement de l'**H**aptonomie

CPP : **C**omité de **P**rotection des **P**ersonnes

CU : **C**ontractions **U**térines

INSEE : **I**nstitut **N**ational de la **S**tatistique et des **E**tudes **E**conomiques

PMA : **P**rocréation **M**édicalement **A**ssistée

PNP : **P**réparation à la **N**aissance et à la **P**arentalité

PPO : **P**sycho-**P**rophylaxie **O**bstétricale

SDN : **S**alle **D**e **N**aissances

UDAF : **U**nion **D**épartementale des **A**ssociations **F**amiliales

SOMMAIRE

Glossaire	p. 5
Sommaire	p. 6
Préface	p. 8
Introduction	p. 9
1. Représentation du père	p.11
1.1 Définition du père	p.11
1.2 Historique	p.12
1.3 Représentations sociales :« les nouveaux pères »	p.14
1.4 Chamboulements identitaires	p.14
2. Vécu de l'accouchement et implication au moment de la naissance	p. 19
2.1 Vécu et implication : influences réciproques	p. 21
2.2 Les freins rencontrés en salle de naissance	p. 22
2.3 Investissement de la parentalité et de la paternalité	p. 25
3. Matériel et méthodes	p. 28
3.1 Problématique et hypothèses	p. 28
3.2 Matériel et méthodes	p. 29
3.3 Analyse statistique	p. 32
4. Présentation des résultats	p. 32
4.1 Description de la population	p. 32
4.2 Réponses aux objectifs principaux	p. 37
4.3 Réponses aux objectifs secondaires	p. 39
5. Discussion	p. 46
5.1 Principaux résultats	p. 46
5.2 Forces et limites de l'étude	p. 47
5.3 Confrontation aux données de la littérature scientifique	p. 48

Conclusion	p. 51
Bibliographie	p. 53
Table des matières	p. 57
Annexes	p. 60
Abstract	p. 78
Résumé	p. 79

PRÉFACE

L'idée de ce mémoire m'est venue lors de ma rencontre avec un père en salle de naissance à la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy.

Ce père, dessinateur par passion, racontait l'expérience de la naissance de son premier enfant, vécue comme traumatisante, à partir du départ au bloc opératoire pour effectuer une extraction par césarienne. Le moment le plus mémorable pour lui étant l'afflux de soignants dans la salle d'accouchement : sages-femmes, gynécologue-obstétricien, réanimateur-anesthésiste, étudiant sage-femme, interne, auxiliaire de puériculture etc... Il se rappelle également de cet instant dans la salle d'attente du bloc opératoire, seul, sans nouvelle de sa femme et de son premier enfant à naître, ignorant combien de temps il resterait là. Si aujourd'hui, il explique garder un bon souvenir de la venue au monde de son enfant, c'est grâce à son loisir qu'il peut s'exprimer, notamment le sentiment d'abandon et d'impuissance qu'il a éprouvé dans la salle d'attente (planche ci-dessous).

S'il a pu partager son histoire sans aucune gêne ou censure, cela reste un cas particulier de mon expérience professionnelle, qui m'a interpellé. Cette réflexion m'a donné l'envie de m'intéresser au vécu des pères en salle d'accouchement, notamment pour ces hommes devenant père pour la première fois, les "primipères". Le caractère singulier de cet échange, m'a également amené à me dire que cette aisance dans la parole ne peut être le cas de tous les pères, dont les souvenirs ou les questionnements restent sans doute silencieux.

C'est donc suite à ce récit de vie que la première ébauche de cette réflexion était fixée : quel est le vécu des hommes pendant le processus de la naissance, et selon ce vécu, parviennent-ils à investir pleinement le rôle de père qu'ils envisageaient ?



« Mon père ce super héros », planches extraites de PRINCESSE KEUPON tome 1 : Mon fils est une fille.

Avec l'aimable autorisation de l'auteur.

INTRODUCTION

La naissance, autrefois réservée à la gent féminine a vu son aspect changer à plusieurs reprises au cours de l'Histoire. Désormais, les pères sont conviés et même attendus par les parturientes et les équipes médicales. De par les divers changements sociétaux et progrès de la médecine apparus au cours de ces derniers siècles, l'on a également chargé l'homme d'un rôle, d'une mission à accomplir dans ce domaine qui lui est si étranger : la maternité.

Bien que l'on connaisse précisément les divers bouleversements psychologiques que subit la femme enceinte, la science ne s'est que peu penchée sur la question concernant l'homme, qui pourtant, a vu son statut se modifier d'un extrême à l'autre. D'abord pilier protecteur de la famille, le père se retrouve projeté dans un rôle qu'il méconnaît jusqu'alors, jurant avec les anciennes mœurs. De nos jours, c'est l'enfant qui est au centre de toutes les attentions.

C'est au milieu de ces remodelages des schémas familiaux traditionnels, que les pères vont devoir trouver leur nouvelle place, et cela, dès qu'ils empruntent le chemin de la maternité. Ces chamboulements amènent chez le père des remaniements psychologiques importants, pourtant peu étudiés en France. Dans d'autres pays, comme la Suède, ce sujet aura fait couler beaucoup d'encre, notamment celui du vécu du père à la naissance, moment charnière dans la vie du couple.

Ce manque de connaissance sur les pères français nous a amené à entreprendre cette étude afin de répondre à la question suivante : comment les pères vivent l'accouchement et comment s'y impliquent-ils - autrement dit, comment prennent-ils leur place - ? De même, est-ce que ces deux facteurs s'influencent l'un et l'autre ?

Dans une première partie, nous allons retracer le parcours des pères dans le processus de maternité, au fil de l'Histoire française, puis, recenser les différentes études à travers l'Europe afin de collecter des données sur le vécu des pères en France et au-delà de nos frontières.

La deuxième partie sera consacrée à la description de l'étude, la méthode employée et les résultats obtenus.

Enfin, dans une troisième partie, nous confronterons ces résultats à la littérature scientifique après avoir mis en évidence les forces, les limites et difficultés rencontrées.

Partie 1

1. REPRÉSENTATIONS DU PÈRE

Dans cette première sous-partie, nous évoquerons les différentes définitions que l'on peut appliquer au mot « père », puis nous ferons un rappel historique du rôle de l'homme dans la maternité.

Enfin, nous clôturerons cette première partie en étudiant les représentations sociales actuelles du père en devenir.

1.1 DEFINITIONS DU « PÈRE »

Le mot « père » vient du latin « *pater* ». De cette origine latine, plusieurs approches du père ont pu éclore : l'approche biologique, par la filiation, juridique, par la création, et théologique.

Le père dit “biologique” est l'homme ayant engendré un ou plusieurs enfants, il est considéré comme le géniteur.

Le père “adoptif” est l'homme ayant adopté un ou plusieurs enfants, dont il n'est pas le géniteur. Cette définition du père s'accorde avec l'approche par la filiation.

Ces deux dernières définitions nous permettent d'introduire l'approche juridique du père. Le père au sens juridique du terme, est un statut lui conférant une autorité reconnue sur un ou plusieurs enfants au sein d'une cellule familiale, qu'il les ait engendrés ou non.

Le père “créateur” désigne celui qui est auteur d'une œuvre, promoteur d'une doctrine, d'une technique.

Enfin, le père au sens théologique du terme désigne la première personne de la Trinité.

Parmi toutes ces définitions, nous retrouvons le concept de “fondateur”, celui qui initie et qui est à l'origine, celui qui donne naissance à quelqu'un ou quelque chose, lui attribuant des droits sur ce dont il est générateur.

1.2 HISTORIQUE

La présence des pères durant le processus d'enfantement, n'a pas toujours été une évidence. La place que l'homme détient dans ce contexte a fortement évolué au fil des siècles.

1.2.1 Durant l'Antiquité

En effet, le rôle du père durant l'Antiquité s'oppose à celui du père d'aujourd'hui. Son rôle est défini par le *pater familias*, que l'on retrouve dans la législation grecque et romaine.

Le *pater familias* s'applique à l'homme le plus vieux de la structure familiale et apparaît comme un chef du culte domestique. Il détient ce qu'on appelle le *patrias potestas* qui définit un modèle familial où le père détient un droit de correcteur d'exhérédation. Il est le pilier de la cellule familiale, celui qui détient le pouvoir sur sa femme, ses enfants naturels et adoptifs, ainsi que sur ses esclaves. Ce statut qui lui est conféré par la législation antique, le décrit comme la « puissance paternelle », puissance à qui on doit le respect, jusqu'à sa mort. Il a pour mission de fournir argent, nourriture et protection à sa famille, mais détient également le droit de vie et de mort sur eux. Le *pater familias* est conçu dans l'intérêt presque entier du père, et non dans celui de l'enfant. ^[1]

1.2.2 Jusqu'au XVII^E siècle

Peu d'écrits datant du Moyen-Âge sont à disposition aujourd'hui, afin d'étudier la pratique de l'accouchement (transmission orale). Néanmoins, on retrouve des traces témoignant de deux caractéristiques de l'accouchement à cette époque-là : le caractère collaboratif de l'accouchement, et d'autre part, son caractère exclusivement féminin.

En effet, pour l'espèce humaine l'accouchement peut être défini comme social. Selon Rosenberg et Trevathan, la bipédie de l'être humain représente une contrainte pour la femme, l'empêchant d'accoucher dans un endroit isolé et sûr, comme pour l'ensemble des autres mammifères. Cette caractéristique de l'évolution, amène les femmes à s'entraider lors de la naissance. D'une part dans une perspective d'accompagnement et d'empathie pour celles ayant déjà accouché, et d'autre part pour mettre en œuvre les techniques obstétricales acquises par les matrones, afin d'extraire l'enfant du bassin maternel ^[2].

L'accouchement était réalisé dans le foyer de la mère, entourée de sa mère, ses sœurs et autres femmes ayant déjà accouché. Les hommes ne sont pas les bienvenus et se tiennent donc à l'écart de cet événement.

1.2.3 Au XVIII^E siècle

C'est vers la fin du XVII^E-début du XVIII^E siècle, que les accoucheurs s'inscrivent dans le parcours de santé des femmes enceintes, notamment en ce qui concerne l'accouchement pathologique, où ce sont les chirurgiens qui sont appelés à l'aide. Bien que n'ayant que peu de connaissances en plus que les matrones et sages-femmes de l'époque, ce sont eux qui savent manier les instruments d'extraction fœtale comme les forceps et les leviers. Les femmes n'acceptent plus de mourir en couche ou de voir leur bébé mourir, de ce fait, les accoucheurs sont finalement systématiquement appelés lorsqu'une naissance approche. Bien qu'ils doivent opérer à couvert des parties génitales de la parturiente, les maris craignent la présence des accoucheurs. C'est ainsi que les pères se font une place auprès des parturientes ^[3]^[4].

1.2.4 Au XIX^E siècle

Cette période de l'Histoire est marquée par la médicalisation de l'accouchement. Les sages-femmes sont formées dans les facultés de médecine, l'utilisation d'instruments à l'accouchement se répand de plus en plus et les techniques sont plus performantes.

Tarnier et Pasteur mettent en place les prémices de l'hygiène hospitalière afin de lutter contre la fièvre puerpérale. La femme est désormais mise à nue, et installée en position gynécologique, ce qui tranche avec les anciennes pratiques.

Ces remaniements dans la maïeutique perturbent la place que chacun tenait auparavant, et le père accepté depuis peu à l'accouchement, voit sa nouvelle place remodelée ^[4].

1.2.5 Du XX^E à nos jours

Ces avancées médicales amènent de plus en plus de femmes à accoucher dans les hôpitaux, et l'accouchement à domicile est délaissé. De plus, la médicalisation de la naissance oriente toute l'attention des professionnels de santé autour du couple mère-enfant, et délaisse le père. La technique prend de plus en plus de place, et déshumanise la naissance.

Dans le même temps, le XX^E siècle est marqué par l'arrivée de nouvelles méthodes d'accompagnement des femmes durant la grossesse et l'accouchement, incluant le père, ce qui révolutionne son rôle et les attentes que l'on a de lui ^[4].

Parmi les grandes innovations de l'obstétrique du XX^E siècle, dans les années 1950, les Dr. Vellay et Lamaze proposent une nouvelle méthode d'accouchement, l'accouchement sans douleur (ASD), initiée par Pavlov en URSS. Cette nouvelle méthode présente la psycho-prophylaxie obstétricale (PPO) basée sur des supports pédagogiques prénataux. Fait révolutionnaire et innovant, les pères y sont invités, afin de mieux comprendre les principes de cette nouvelle méthode ^[5].

En 1960, le docteur Frans Veldman introduit le concept « d'haptonomie », puis le reprend en 1979, pour créer en 1980 le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie (CIRDH). L'haptonomie est une méthode d'accompagnement prénatal, permettant au père et à la mère d'entrer en contact, et de communiquer avec leur enfant, encore maintenu dans le giron maternel ^{[6][7]}.

En 1989, naît la méthode Bonapace, proposée par Madame Julie Bonapace, psychothérapeute canadienne spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Elle met en avant son envie « d'accoucher en confiance » en consolidant les compétences parentales, pour vivre la naissance d'un enfant dans un contexte sécuritaire, préservant le naturel de cet événement de la vie, tout en profitant des progrès de la médecine ^[8].

Toutes ces nouvelles méthodes changent la vision de la naissance dans l'imaginaire collectif. On attend maintenant du père qu'il s'investisse durant la grossesse, et au moment de la naissance.

Nous nous retrouvons face à un paradoxe. Celui où la technique médicale et l'accompagnement relationnel et émotionnel s'entrechoquent afin de faire de la naissance un moment singulier dans la vie du couple, tout en conservant une sécurité médicale déshumanisante. C'est à la frontière de ces deux aspects que les pères vont trouver leur place.

1.3 REPRESENTATIONS SOCIALES : « LES NOUVEAUX PERES »

Avant d'appréhender les hommes en tant que pères, le statut des hommes en tant que conjoint est redéfini dans la société française dans les années 1900. Des

remaniements sociétaux au niveau des familles et des couples sont opérés, aspirant à une égalité homme-femme.

Il en va de même dans les maternités. Désormais, nous ne sommes plus dans le schéma du père écarté de sa femme et de son enfant, mais dans une configuration intégrant le couple dans la naissance de leur enfant. Une place a été faite à l'homme en tant que père durant la grossesse et l'accouchement. Il en découle des attentes, autant de la part de la société, qui s'est formée une nouvelle image du père, que du corps médical et de la femme. Il a la possibilité de s'impliquer, on attend de lui qu'il investisse le rôle qu'on lui propose.

Il naît ainsi le concept des « nouveaux pères ». Ce concept recentre l'organisation de la cellule familiale dans l'intérêt de l'enfant, et non plus dans celui du chef de famille. Si autrefois, l'autorité du père lui revenait automatiquement par son âge et son sexe, les nouveaux pères doivent aujourd'hui faire leurs preuves. Cette autorité s'obtient juridiquement par la reconnaissance de l'enfant, mais également au sein de la structure familiale en s'impliquant dans les tâches quotidiennes, autrefois tenues par les femmes. Le schéma familial traditionnel est renversé, les femmes travaillent et ont moins de temps à consacrer à leurs enfants, ce qui génère un déséquilibre lorsqu'on reste sur un fonctionnement familial genré ^[9].

Dans cette dynamique, la juridiction française met en place pour les pères des congés leur permettant d'assurer leur rôle de père : le congé de naissance, le congé paternité et le congé parental. Bien que les congés de naissance et paternité soient utilisés par la majorité des pères, le congé parental reste lui, délaissé. En effet selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (2013), un homme sur neuf réduit ou cesse son activité professionnelle contre une femme sur deux ^[10].

Selon l'étude de Brachet et Salles (2016), publiée dans l'Union Départementale des Associations Familiales du Nord (UDAF 59), les pères se sentent émotionnellement et affectivement investis, mais elles observent un décalage, puisqu'ils sont peu présents physiquement et participent peu aux tâches quotidiennes, laissées à la mère. Le rôle de père est associé à un loisir, car principalement exercé lors des week-ends et des vacances scolaires. Peu nombreux sont les pères à concilier vie de famille et travail, en aménageant des horaires plus flexibles et compatibles à une vie de famille ^[11].

1.4 CHAMBOULEMENTS IDENTITAIRES

D'abord homme, puis conjoint, et enfin père, les hommes traversent plusieurs phases où leur statut et leur identité sont remaniés afin de trouver un équilibre dans cette nouvelle configuration de leur vie. Au-delà des stades du développement psychique rencontrés durant l'enfance et l'adolescence, d'autres mécanismes inconscients se mettent en place durant la vie adulte. L'arrivée d'un enfant dans le foyer familial peut être l'élément déclencheur de ces mécanismes, pouvant basculer dans le pathologique lorsqu'ils ne sont pas pris en charge. Parmi les pathologies paternelles périnatales, nous en étudierons deux, le syndrome de couvade et la dépression paternelle du post-partum.

1.4.1 Le syndrome de couvade

Historiquement, la couvade est une « coutume rencontrée dans certaines sociétés, selon laquelle, après l'accouchement, c'est le père qui joue le rôle social de la mère et est au centre des réjouissances ». En effet, il est décrit que les pères ressentaient une grande fatigue les contraignant à s'allonger, d'intenses maux de ventre et présentaient une pâleur. De ce fait ils bénéficiaient des mêmes soins que l'on prodiguait aux femmes accouchées.

De nos jours, la couvade a une autre signification. Elle représente l'ensemble des symptômes qu'un père peut ressentir, par identification à sa conjointe enceinte. Ainsi, durant le premier trimestre de la grossesse, nous pouvons rencontrer des pères nauséeux. Au fil de la grossesse, ces pères touchés par la couvade auront pour certains significativement pris du poids, procédé à des extractions dentaires pour de violents maux de dents, décriront des insomnies, des cauchemars, des troubles digestifs ^[12].

L'origine de ce syndrome est mal connue, mais plusieurs théories permettent d'en expliquer la survenue. Parmi elles, Klein explique dans sa thèse en 1972, que la couvade résulte de la mise en évidence de l'incapacité à enfanter de l'homme, qui se sent alors inférieur à sa femme enceinte. Un conflit interne résulte alors de ce sentiment d'infériorité, alimenté par des sentiments d'amour et de haine, générant une jalousie à l'encontre de sa conjointe. Cette rivalité s'imposant à lui, les symptômes psychosomatiques décrits ci-dessus témoignent de son identification à sa femme, il est lui-même « enceint » ^[13]. On notera par ailleurs la description tardive de ce syndrome, peut-être due à une implication récente des pères dans la grossesse.

Freud situe les origines de la couvade dans l'enfance, au travers des « théories sexuelles infantiles », qu'il décrit en 1907. Les théories sexuelles infantiles regroupent l'ensemble du développement sexuel de l'enfant, passant par la prise de conscience de son corps, de la différence entre les sexes, la capacité de l'enfant à penser par lui-même etc... Freud fait le parallèle entre cette période de la vie et la préhistoire : c'est une période qui certes précède l'entrée dans l'histoire, mais l'affecte *a posteriori*. Ainsi, les fragilités de l'homme vis-à-vis de sa sexualité résident en cette période de l'enfance. Freud compare l'homme à un cristal. Lorsque l'homme décompense, c'est le cristal qui tombe et se brise selon les lignes et les points de fragilité qui le dessinaient ^[14].

Selon Trupin, c'est malgré l'implication des pères dans la grossesse de leur compagne que ce syndrome survient. Selon lui, la mise en place d'une PNP précoce (dès le 1^{er} trimestre de la grossesse) serait un des moyens de prévention possible du syndrome de couvade, dans la mesure où les pères y participent ^[15].

Des auteurs espagnols, Navas, Garcia Albea et Garcia-Parajua ont décrit à l'occasion du 25ème Congrès Européen de Psychiatrie le syndrome de couvade comme un déroulement physiologique du passage de l'homme au père. Ce passage ne peut s'effectuer que par une participation proactive et une préparation constructive de l'homme à sa paternité ^[16].

Bien que ce sujet ait fait couler beaucoup d'encre outre-Manche, on ne retrouve que peu de traces récentes à ce sujet dans la littérature scientifique francophone.

1.4.2 La dépression paternelle du post-partum

La dépression paternelle du post-partum est une affection périnatale suscitant les intérêts depuis peu. Parfois aussi nommée « daddy-blues », en parallèle du plus célèbre « baby-blues », cette affection n'a pourtant rien à voir avec le « baby-blues », et comporte ses propres caractéristiques et spécificités.

Comme pour le syndrome de couvade, cette pathologie se retrouve enracinée dans l'enfance, durant l'Œdipe plus précisément. C'est durant cette phase cruciale du développement psychique de l'enfant, que vont se construire les fondations de la relation père-fils, que le père en devenir va utiliser comme exemple ou contre-exemple avec son enfant, lorsqu'il s'agit d'un fils.

Luca et Bydlowski décrivent dans leur étude *Dépression paternelle et périnatalité* (2001) le mécanisme possible de la mise en place de la dépression paternelle périnatale. Il se décompose en quatre axes ^[17] :

- La naissance vécue comme un traumatisme. Ce traumatisme se déroule sous plusieurs aspects : conflits psychotiques, sentiment de castration face à une mère donnant la vie, rappelant à l'homme son incapacité à le faire.
- La survenue d'angoisses et de culpabilité : le père développe des angoisses de mort vis-à-vis de son enfant, il a peur de le perdre. Ce sentiment l'habite suffisamment pour qu'il ne parvienne pas à se projeter à travers cet enfant, qui finit par être considéré comme un objet perdu. Luca et Bydlowski décrivent la perte de cet objet comme une « hémorragie narcissique ». A cela s'entrechoque le sentiment de culpabilité, accompagné de remords et de reproches dépressifs relatifs à l'importance de la relation œdipienne père-fils. C'est en cela que la dépression s'enracine chez le père.
- L'incapacité du père à s'investir dans un modèle familial triangulaire. Le père dépressif reste selon le modèle archaïque qu'il a connu avec sa mère, la dyade mère-enfant. Il n'arrive pas à orienter l'attention de son enfant au monde (lui), qui reste en symbiose avec sa mère.
- La transmission transgénérationnelle se distingue comme le quatrième rouage inconscient pouvant amener au « daddy-blues ». Il s'agit de la projection des « fantômes », des secrets enfouis chez le père, sur son nouveau-né. Inconsciemment, le père dépressif va projeter son deuil (d'un proche, d'un défunt, d'une personne disparue etc...) sur ce bébé neuf qui va lui rappeler cette personne. Arrêté par cette projection, il est dans l'incapacité d'investir sa paternité pour le moment.

Selon ce mécanisme, Luca et Bydlowski identifient la dépression comme la défense que le père adopte pour protéger le Moi de la décompensation.

2. VECU ET IMPLICATION DU PÈRE AU MOMENT DE LA NAISSANCE

Cette deuxième partie nous permettra d'étudier de manière approfondie quelle place les pères souhaitent tenir au moment de l'arrivée de leur enfant, ainsi que les limites auxquels ils sont confrontés. Nous verrons par ailleurs, comment ces limites heurtent l'investissement du rôle de père pour ces hommes.

2.1 VECU ET IMPLICATION : INFLUENCES RECIPROQUES

Ce mémoire a pour vocation d'étudier le vécu de l'accouchement du point de vue du père, mais aussi son implication dans cet accouchement. Ces deux notions, certes proches, sont à distinguer.

Le vécu se définit comme « l'expérience vraiment vécue, les faits, les événements de la vie réelle ». On parle ici d'un sentiment qui pourra être qualifié de positif ou de négatif, la façon dont le souvenir restera ancré dans la mémoire de l'individu.

L'implication ici, aura pour dénotation l'investissement, c'est-à-dire, le fait pour un individu de mettre beaucoup de lui-même dans une action, un travail.

2.1.1 Vécu de l'accouchement du point de vue du père

Le vécu de l'accouchement du point de vue du père reste encore sombre en France, puisqu'il n'a été que peu étudié.

En revanche, on retrouve beaucoup plus de ressources anglophones, notamment parmi les études suédoises où se manifeste un intérêt particulier pour celui-ci.

Par exemple, dans l'étude « *First-time fathers' experiences of childbirth — A phenomenological study* » (2011), Premberg, Carlsson, Hellstrom et Berg se sont intéressées au vécu de 10 primipères, issus de la maternité du Sahlgrenska University Hospital (Gothenburg). Les différents récits de vie recueillis ont permis de distinguer 4 catégories de vécus différents :

- « Un processus dans l'inconnu »
- « Une expérience partagée »
- « Préserver et soutenir la femme »
- « Se retrouver à découvert, avec de fortes émotions enfouies »

Transversalement, les auteures inscrivent le vécu du père au travers de 2 dynamiques, polarisées selon 2 émotions. Elles expriment cela de la manière suivante : « *an interwoven process pendulating between euphoria and agony* ».

Le caractère « *interwoven* », signifiant « imbriqué » ou « impliqué », définit le père (selon leurs dires) comme investi d'un rôle sécurisant et soutenant pour la mère. Tandis que le caractère « *pendulating* », ici pouvant être traduit comme « en suspens » ou « oscillant », décrit plutôt l'état d'esprit du père que la mission qu'il s'attribue. Cet état d'esprit vacille entre ces deux émotions extrêmes que sont l'euphorie et l'agonie.

L'euphorie sera plutôt ressentie en début de travail, dans l'espoir d'un travail brillant afin de pouvoir enfin rencontrer l'enfant qu'il attend depuis neuf mois. La naissance est décrite comme l'instant où l'euphorie est la plus intensément ressentie.

L'agonie se caractérise en premier lieu par l'inquiétude que le père manifeste pour sa femme et son enfant notamment face à la douleur des contractions utérines (CU) devant lesquelles il est impuissant. Ce sentiment d'impuissance ancre plus profondément son agonie, couplé au sentiment d'incertitude quant à la suite des événements, le plaçant dans une position difficile durant le travail, lui faisant perdre sa place et ses repères. De cette position de repli instinctivement adoptée, il découle un sentiment d'être « sans importance » et « laissé de côté », amenant le père à la suppression de ses besoins et de ses sentiments. Les pères se mettent alors « entre parenthèses » car se sentent en difficulté, souffrant de voir leur femme souffrir, mais souhaitent apporter tout le soutien dont ils peuvent faire preuve auprès de leur compagne vulnérable.

C'est justement par cette participation active au travail, que le père va pouvoir apaiser ce sentiment d'agonie, au profit « d'une expérience partagée » afin de « préserver et soutenir sa femme ».

Les auteures rappellent également le rôle primordial des professionnels de santé, et notamment des sages-femmes, qui inspirent un sentiment de reconnaissance et de réassurance chez les pères ^[18].

2.1.2 Implication des pères

De nos jours, les pères perçoivent leur participation à l'accouchement comme « évidente et naturelle ». Les motivations recueillies par Moreau, Kopff-Landas, Séjourné et Chabrol dans leur étude « Vécu de l'accouchement par le couple primipare : une étude qualitative » (2008), témoignent de leur investissement. Les pères souhaitent

voir un accouchement, accueillir l'enfant, accompagner la conjointe. Certains se seront déjà investis en amont, en participant aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Selon la même étude, les pères déclarent avoir trouvé la PNP utile afin d'appréhender l'accouchement plus sereinement.

Cependant, un jugement auto-dépréciatif reste tenace dans leur esprit. Les jeunes pères se dévalorisent, ne sont jamais certains d'avoir pleinement rempli leur rôle, ont éprouvé un sentiment d'impuissance et ont souffert de voir leur compagne souffrir, sans ne rien pouvoir faire pour la soulager.

Du côté de l'enfant, quel est leur investissement ? L'accueil du nouveau-né faisant partie de leur objectif, cela reste quelque chose de possible pour eux, dès lors que sa santé le permet. Cet accueil peut aussi se voir à travers le geste de la section du cordon, possible également lorsque l'on ne retrouve pas de circulaire du cordon. Ce geste reçoit malgré tout un accueil mitigé, partagé entre le sentiment valorisant d'avoir pu réaliser un véritable geste médical, et le sentiment de frustration, comme si ce geste « simple » leur était laissé pour les contenter ^[19].

Afin de mieux comprendre les besoins et les attentes des pères, Longworth, Kingdon et Cert ont établi 4 différentes catégories de comportements paternels dans leur étude « *Fathers in the birth room : what are they expecting and experiencing ?* » (2011).

- Les pères déconnectés durant la grossesse et le travail
- Les pères en périphéries des événements pendant le travail
- Les pères dans une attitude de contrôle/prise d'initiatives
- Les paternités commençant à la naissance suivie d'une reconnexion

Cette étude conclut que l'implication des pères se retrouve limitée par leur manque de connaissance en obstétrique, mais également par le manque de contrôle auquel il se retrouve confrontés, se sentant alors spectateur d'une situation qui les dépasse ^[20].

La méta-analyse de Johansson, Fenwick et Premberg (2015) appuie cette idée en assurant que les pères nécessitent une préparation à la naissance et à la parentalité ^[21].

L'étude de Longworth, Kingdon et Cert rappelle rappeler le rôle idéal de la sage-femme dans l'accompagnement des pères afin de les aider à trouver une place confortable et encourageante pour une participation active dans la naissance de l'enfant.

2.2 LES FREINS RENCONTRES EN SALLE DE NAISSANCE

2.2.1 Les pressions subies

Diverses sources de pressions ressenties chez les pères peuvent être présumées, et que l'on peut imaginer à l'origine d'un stress durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (notamment concernant la parentalité et l'investissement de la paternité).

C'est ce qu'ont étudié les chercheurs suédois Hildingsson, Haines, Johansson, Rubertsson, et Fenwick, dans leur étude « *Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health* » (2014).

De leur enquête, il ressort que les « primipères » ayant peur de l'accouchement déclarent avoir une moins bonne santé physique et mentale que les « primipères » ne ressentant aucune crainte. Les hommes exprimant des craintes relatives à la naissance se sentent plus en difficulté dès la grossesse jusqu'à l'accouchement contrairement aux hommes non craintifs. Cela a pour effet d'impacter négativement le vécu de l'accouchement, mais ne touche pas leur parentalité. Cela ne concerne pas les hommes déjà père d'un enfant.

Par ailleurs, les « primipères » craintifs de la naissance ont moins fréquenté les séances de PNP, contrairement aux hommes non craintifs ^[22].

De manière plus approfondie, Etheridge et Slade ont recherché les causes de survenues de traumatismes chez les pères dans leur étude « *“Nothing’s actually happened to me.” : the experiences of fathers who found childbirth traumatic* » (2017). L'ensemble de la population regroupait 11 primipères, tous ayant participé à un accouchement compliqué d'un état de santé inquiétant (6 hémorragies de la délivrance, 2 naissances avec une analgésie péridurale non efficace, dont 1 compliqué d'une épisiotomie, 1 naissance prématurée, 1 extraction par ventouse compliquée d'un circulaire du cordon).

Les résultats de cette étude montrent que les pères sont notamment traumatisés par la vision de la souffrance de leur femme, ainsi que l'enchaînement rapide des événements inattendus face à ces complications obstétricales.

Les auteurs suggèrent qu'assister à l'accouchement peut également être traumatisant pour les pères, pouvant aller jusqu'à générer des symptômes de stress post-traumatiques « graves et durables ».

Selon Etheridge et Slade, anticiper et proposer un soutien émotionnel des pères en amont et en aval de l'accouchement est primordial afin de les préserver d'un choc psychologique, notamment par la mise en place d'une consultation post-natale et par leur intégration dans les services de suites de couches des maternités ^[23].

2.2.2 Relation avec le corps médical

Toujours à propos de cette dynamique d'accompagnement, la relation patient-soignant semble primordiale pour assurer le bon vécu des patients, notamment dans un contexte d'accouchement médicalisé et déshumanisé (cf 1.2.5).

La question de la relation entre le père et les sages-femmes de salle de naissance a été posée dans l'étude d'Hildingsson, Cederlöf et Widen nommée « *Father's birth experience in relation to midwifery care* » (2010). Cette étude aura regroupé au total 595 pères (dont 258 primipères), tous interrogés à 2 mois du post-partum, notamment à propos de leur relation avec l'équipe médicale, et l'impact sur le vécu de la naissance ^[24]

Les résultats de cette étude montrent que la présence des sages-femmes est un important facteur d'influence positive chez les pères. Si d'autres études ont montré que la présence de la sage-femme apportait sécurité et confiance aux pères ^[25], celle-ci prouve que les pères sont satisfaits de la présence de la sage-femme et que l'expérience de la naissance était 4x plus mise en avant lorsque des informations éclairées étaient apportées aux couples/pères.

Les résultats de cette étude ont également été traités en séparant les pères en 2 sous-groupes, afin que la parité des pères n'agisse pas comme facteur de confusion sur les variables testées. Parmi les primipères, il semble que seul le soutien de la sage-femme témoigne du bon vécu de la naissance, tandis que chez les « multipères » (pères ayant déjà un enfant), en plus du soutien de la sage-femme, ils semblent avoir besoin d'informations sur l'avancement du travail.

2.2.3 La médicalisation du corps féminin

2.2.3.1 Accueil de la biomédicalisation

Comme nous l'avons vu au point 1.2.4, la maïeutique est devenue une discipline d'intérêt médical, où la technique a pris une place centrale. Cette médicalisation de l'accouchement est plus ou moins la bienvenue selon les pères. Certains la valoriseront,

garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant, leur bon état de santé, assurant un suivi continu des différents paramètres vitaux maternels et fœtaux. Tensiomètre, capteur de saturation, cardiotocographe fœtal etc... autant d'appareils et d'électroniques imposant, bipant et clignotant pouvant être source de stress et d'anxiété, mais aussi rassurant, car permettent la surveillance et le contrôle continu de l'état de santé du couple mère-enfant. Pour d'autres, cette médicalisation est moins bien reçue, car le caractère anxiogène de ces appareils médicaux prend le pas sur leur aspect rassurant.

Le résultat reste néanmoins unanime, en salle de naissance, le père adopte une attitude protectrice envers sa femme et son bébé naissant. L'objectif reste le même pour tous : la sécurité ^[26].

2.2.3.2 La place du père

Cet objectif que se fixent les pères maintient chez eux une vigilance quasi-infaillible. D'une part sur un plan clinique où ils s'investissent auprès de leur compagne pour soulager la douleur des CU, être aux petits soins avec elle (étancher leur soif, sécher leurs larmes, leur témoigner tendresse et affection). D'autre part sur le plan paraclinique, le regard fixé sur les écrans des différents appareils de surveillance, à guetter le moindre « bip », le moindre ralentissement du cœur fœtal ^[26].

L'homme se retrouve dans une situation inhabituelle. Le contexte le place dans un service hospitalier, plus ou moins anxiogène selon certains, dédié à la femme. La médecine encadrant ce service ne s'adresse qu'à elle et bien que les équipes médicales se chargent d'informer le couple de l'évolution de la prise en charge, les pères ne détiennent pas toujours en eux toutes les clés nécessaires à une compréhension éclairée de la situation (dilatation du col, stade de travail, état de santé de l'enfant etc...). Face à cette situation de vulnérabilité, le père en devenir cherche à témoigner de sa virilité, c'est-à-dire, sa capacité à faire des choix et prendre des décisions, en s'imposant par exemple comme défenseur du projet parental, en interpellant le personnel médical ou en réclamant l'analgésie péridurale ^[26].

Paradoxalement à cela, on observe un inversement des rôles, d'un point de vue du genre. La femme « travaille », tandis que le conjoint maternel. En accompagnant sa conjointe pour un état meilleur, des cadres sociaux normatifs se reproduisent ^[26].

2.3 INVESTISSEMENT DE LA PARENTALITE ET DE LA PATERNITE

Bien que le vécu/l'implication du père puisse être malmené(e) durant le travail et l'accouchement, qu'en est-il de son investissement auprès de son enfant, plus précisément, de son investissement en tant que père ?

Redshaw et Henderson expliquent dans une étude nationale britannique (2013) que l'investissement précoce des pères auprès de leur enfant est un facteur favorable à leur bon développement cognitif et socio-émotionnel à long terme. C'est pourquoi il est primordial d'initier l'investissement des pères en amont de la naissance afin d'anticiper un développement optimal pour l'enfant à naître ^[27].

De surcroît, Chin, Hall et Daiches (2011) reprennent dans une méta-analyse la notion développée par St John et al. (2005), selon laquelle les pères ont un imaginaire assez précis de quel père être pour leur enfant. Parfois à l'instar de leur propre père, parfois à l'inverse, ou dans une attitude plus nuancée, les nouveaux pères fantasment sur la manière dont ils élèveront leur enfant. Toutefois, comme le soulignent les auteurs de cette revue systématique de la littérature, bien que les pères se projettent aisément dans un avenir lointain, il n'en est rien concernant l'avenir proche, c'est-à-dire, comment investir ce bébé qu'ils viennent à peine de rencontrer et qui ne correspond pas encore tout à fait à l'image fantasmée précédemment évoquée ^[28].

Du côté du père également, ces remaniements de la structure familiale affectent sa santé. Bartlett identifie dans une revue de la littérature, les différents symptômes retrouvés chez les pères durant le processus de l'enfantement, de la grossesse jusqu'à l'investissement du rôle de parent dans le post-partum, et bien au-delà, jusqu'en cas de divorce entre les parents (avec perte de la garde de l'enfant pour le père) ^[29].

Concernant le post-partum, les études recueillies prouvent que la première année de vie avec l'enfant est vécue comme un bouleversement pour les nouveaux pères, à la recherche de leur nouvelle place, face à ce bébé qui est désormais la priorité pour leur partenaire. Les pères décrivent ressentir un sentiment d'inconfort voire même d'exclusion. Sur le plan psychologique, certains pères vont jusqu'à exprimer des signes de dépression, légers à sévères selon les cas. D'autres études ont permis de démontrer certaines modifications comportementales chez les pères à type de nervosité, troubles de la concentration, troubles du sommeil, fatigue, maux de têtes, irritabilité/agitation. ^[29]

Quant à la paternalité, qui s'inscrira sur un plus long terme, elle paraît bénéfique pour la santé des pères d'après les études recueillies. Toutefois, ce résultat peut être biaisé par un/des facteurs de confusions (le nombre d'enfants, le mode de vie du père étant à prendre en compte).^[29]

De nombreux bouleversements ont marqué l'histoire de l'homme dans le thème de la maternité, autant sur le plan historique, que sur le plan sociologique, anthropologique et psychologique. Son statut n'est pas encore figé, il est encore en cours d'évolution et tend à toujours plus s'inscrire dans le processus de l'enfantement.

Partie 2

3. MÉTHODOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

Dans cette deuxième partie, nous allons expliquer et justifier la méthodologie utilisée. Nous développerons les problématiques et les hypothèses mises en jeu, le type d'étude, la population cible et l'enquête menée.

Ensuite, nous présenterons les résultats apportés par l'étude et les corrélations retrouvées entre les différentes variables testées.

3.1 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHESES

3.1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de décrire le vécu des pères et leur implication en salle d'accouchement lors de la naissance de leur premier enfant.

L'objectif secondaire était d'identifier les variables ainsi que les événements du processus de la naissance affectant négativement ou positivement l'implication et le vécu des primipères en salle d'accouchement.

3.1.2 Les hypothèses testées

Les hypothèses que nous souhaitons tester sont :

- Il existerait une corrélation entre le vécu de l'accouchement et l'implication des « primipères »
- Le fonctionnement genré du couple aurait une influence sur l'implication du père au moment de l'accouchement
- Les pressions sociales seraient à l'origine de vécu de l'accouchement différent
- La prise en charge par l'équipe soignante serait un élément clé pour permettre au père de s'investir dans la naissance.
- La médicalisation du corps féminin serait un facteur influençant négativement le vécu de cette naissance chez le père.
- La méconnaissance/ le manque de connaissance de la maïeutique chez les hommes serait à l'origine de difficultés dans l'investissement au moment de l'accouchement
- La rédaction d'un projet de naissance influencerait positivement sur l'implication à l'accouchement.

3.2 MATERIEL ET METHODES

3.2.1 Type d'étude

Nous avons choisi d'effectuer une étude qualitative épidémiologique descriptive monocentrique auprès d'une population cible décrite dans la partie suivante.

3.2.2 Population ciblée

3.2.2.1 Critères d'inclusion

La population source représentait les hommes devenant pères pour la première fois. L'intérêt de cibler l'étude sur les « primipères » était de recueillir le vécu le plus neutre possible de l'expérience de la naissance et d'écarter un biais de sélection en ne mélangeant pas les « parités » chez les hommes francophones.

Ainsi, ont également été inclus les grossesses singletons, les accouchements par voie basse à la Maternité du CHRU de Nancy, d'un enfant à terme (> 37 SA).

3.2.2.2 Critères d'exclusion

Les pères exclus de cette étude étaient ceux ayant déjà un enfant biologique, n'étant pas présent lors de la naissance de leur enfant, les pères d'un enfant né prématuré ou de jumeaux, les pères d'enfant né par césarienne et les naissances hors-Maternité du CHRU de Nancy.

3.2.2.3 Unité

L'unité de cette étude était l'individu, soit un père rentrant dans les critères d'inclusion.

3.2.2.4 Echantillon

Afin de pouvoir extrapoler ces résultats, des entretiens semi-directifs ont été réalisés chez les pères souhaitant participer à l'étude, jusqu'à obtenir une redondance dans les réponses apportées à l'étude (environ 20 témoignages).

3.2.2.5 Modalités de recrutement

Le recrutement de la population cible s'est effectué dans les services de suites de couches de la MRUN, après demande d'autorisation à la sage-femme coordinatrice de la Maternité, ainsi qu'à la sage-femme coordinatrice des secteurs anténatal et postnatal.

Une note d'information à l'attention des pères que nous souhaitions interroger a été transmise contenant nos coordonnées afin qu'ils nous recontactent s'ils ont souhaité être inclus dans l'étude (Annexe 1).

La réalisation des entretiens semi-directifs nécessaires au recueil de données s'est effectuée dans le service de suites de couches, après demande auprès de l'équipe de garde d'un bureau disponible (Annexes 2 à 5). Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone.

3.2.2.6 Validation par le CHRU de Nancy

Après vérification auprès des services concernés, cette étude ne nécessitait pas de validation par le Comité de Protection des Personnes (CPP), et a été approuvée par le Comité d'Ethique du CHRU de Nancy.

3.2.3 Choix de l'outil de recueil

L'objectif de ce mémoire était de recueillir un récit de vie et de pouvoir décrire le vécu des pères durant l'accouchement, selon les représentations sociales actuelles, composées de facteurs genrés, de préjugés et de stéréotypes.

Une première possibilité aurait été de réaliser le recueil de données par un questionnaire, distribué dans les services de suites de couches. Mais souhaitant recueillir un témoignage plus que des données, le questionnaire ne semblait pas être un outil adapté pour la réalisation de cette étude. Par ailleurs, cet outil ne permettait pas au sujet de l'étude de s'exprimer librement sur son vécu, ce qui serait à l'origine de biais d'information importants. Il semblait également paradoxal qu'un récit de vie soit recueilli par un questionnaire.

Nous avons donc opté pour un recueil d'information par entretiens semi-directifs pour interroger la population cible afin de répondre au mieux aux axes de questionnement. Le fait d'utiliser des entretiens semi-directifs permettait d'orienter le récit du sujet sur les hypothèses que nous souhaitions tester dans cette étude, tout en

laissant au sujet le loisir de s'exprimer librement, générant un recueil de données plus exhaustif.

La trame des entretiens a été testée au préalable sur trois personnes, afin de s'assurer du déroulement logique des questions, de la faisabilité de recueil des réponses. La trame a été établie avec l'objectif d'obtenir des entretiens d'une durée minimale de 20 minutes, et d'une durée maximale estimée à 60 minutes environ. Suite à ces essais, des remaniements ont été fait notamment concernant l'ordre des questions et la syntaxe.

3.2.4 Description de l'enquête menée

Les entretiens se sont déroulés dans les services de suites de couches de la MRUN, durant l'hospitalisation post-partum de la mère et de l'enfant, c'est-à-dire entre J+1 et J+3 après l'accouchement. La notion de temporalité pour la réalisation de ces entretiens a été choisie de manière à recueillir un témoignage récent auprès des sujets de l'étude, et également pour une question d'accessibilité. Réaliser ces entretiens durant le temps de l'hospitalisation du couple mère-enfant semblait être l'occasion de rencontrer le père, où il semblait être plus disponible que lors du retour à domicile, qui reste un moment charnière dans la vie de cette nouvelle famille.

Les entretiens ont été réalisés sur la période de Novembre 2018 à Mars 2019. Sur 22 entretiens réalisés, 20 en ont été retenus et 2 rejetés car ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion de la population ciblée.

La trame de l'entretien mené comportait 31 questions ouvertes, organisées selon 6 axes d'approche organisés de la manière suivante :

- Questions d'ordre socio-démographiques
- Questions relatives à la grossesse
- Questions relatives à l'accouchement
- Questions relatives à l'hospitalisation du couple mère-enfant
- Questions relatives à la puériculture et le retour à domicile
- Questions relatives aux pressions sociales

Nous avons également choisi d'étudier transversalement la prise en charge du père par l'équipe médicale à chaque étape de l'entretien, notamment par la facilité à poser des questions auprès de l'équipe médicale de garde, l'obtention de réponses

claires et compréhensibles et l'inclusion du père en tant que membre à part entière de la famille.

3.3 ANALYSE STATISTIQUE

Les résultats des variables qualitatives catégorielles et ordinales sont présentés sous forme de proportions. Des regroupements ont été réalisés pour les questions ouvertes afin de créer des variables qualitatives nominales, à modalités restreintes, dont les proportions sont présentées. Pour les variables quantitatives, la moyenne ou la distribution (interquartiles) sont présentées. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata 14.

4. PRESENTATION DES RESULTATS

4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

4.1.1. Population

Durant la période de l'étude, 22 entretiens ont été réalisés, d'une durée moyenne de 33 minutes (min :19min - max : 57min), auprès de primipères francophones sélectionnés aléatoirement dans le service de suites de couche de la Maternité du CHRU de Nancy. Deux entretiens ont été exclus : le premier en raison d'un père ne maîtrisant pas suffisamment la langue française pour pouvoir répondre de manière satisfaisante, et le second en raison d'un déni de grossesse tardif de sa conjointe. Au final, 20 entretiens ont été inclus.

4.1.2. Caractéristiques des pères

L'âge médian des pères interrogés était de 29 ans (IQ 27-30). 16 pères (80,0%) étaient originaires d'Europe de l'ouest, 3 des DOM français (15,0%) et 1 (5%) d'Afrique du nord. 12 pères (60,0%) présentaient un niveau socio-éducatif supérieur au Baccalauréat. 12 pères (60,0%) appartenaient à la classe socio-économique moyenne, 5 (25%) à la classe supérieure et 3 (15%) à la classe inférieure (Tableau 1) (Annexe 6).

4.1.3. Découverte de la grossesse et participation à la grossesse

La découverte de la grossesse de leur conjointe, principalement par test de grossesse, a été associée à une émotion positive pour 17 (85,0%) d'entre eux.

Tous les pères ont participé à au moins une consultation prénatale, échographie ou séance de PNP. cinq pères (25,0%) avaient participé à la rédaction d'un projet de naissance, sept (35,0%) n'y avaient pas participé, et huit (40,0%) ne connaissaient pas le projet de naissance.

Tous les pères estimaient avoir une connaissance faible ou modérée du déroulement physiologique de la grossesse au moment de sa découverte. Neuf d'entre eux (45,0%) ont pu obtenir des informations par documentation personnelle, trois (15,0%) en avait reçu au cours de leur parcours professionnel et un (5,0%) avait bénéficié d'informations au cours d'un parcours de procréation médicalement assistée (PMA). Dix-huit pères (90,0%) ont estimé qu'ils avaient eu la possibilité de poser des questions et d'obtenir des réponses par des professionnels. Six pères (30,0%) estimaient que la PNP avait été utile, trois (15,0%) qu'elle avait été inutile et 11 (55,0%) étaient mitigés quant à l'apport d'informations sur la grossesse par la PNP. Quinze pères (75,0%) avaient eu une expérience précédente d'une naissance dans leur entourage (famille, amis proches, collègues), six (30,0%) trouvaient que cette expérience était utile pour leur implication dans la grossesse actuelle. (Tableau 2) (Annexe 7)

4.1.4. Déroulement du travail et de l'accouchement

Pour 13 couples (65,0%), l'arrivée à la maternité correspondait à un travail spontané, et pour sept (35,0%) à un déclenchement. A leur arrivée à la maternité, 18 pères (90,0%) se sentaient confiants, et deux (10,0%) en repli. Quatre pères sur cinq (80,0%) qui avaient réalisé un projet de naissance ont estimé que le projet de naissance avait été respecté.

L'ensemble des patientes a bénéficié d'une analgésie péridurale (APD), et tous les pères ont dû sortir au moment de la pose de l'APD sans explication au préalable. Quinze (75,0%) ont eu une réaction neutre au moment de leur sortie de la salle d'accouchement pour l'APD, et cinq (25,0%) se sont senti insatisfaits ou déçus de devoir quitter leur conjointe pendant ce moment (Tableau 3) (Annexe 8).

11 patientes (55,0%) ont bénéficié d'un accouchement physiologique, et neuf (45,0%) d'un accouchement pathologique (dont sept extractions instrumentales par ventouse, une extraction instrumentale par spatules, et une épisiotomie).

Parmi ces accouchements pathologiques, un fœtus a subi un pH au scalp, et quatre d'entre eux ont été pris en charge par les pédiatres pour détresses respiratoires (dont deux pour détresse respiratoire sévère, amenant à l'intubation de l'enfant et une hospitalisation en néonatalogie) (Tableau 4) (Annexe 9).

4.1.5 Caractéristiques du post-partum

Pour sept pères (35,0%), il n'y a pas eu de retour à domicile suite à la naissance de leur enfant, ils ont bénéficié d'un séjour à la maternité. Tous ont eu accès à leur demande et associent un bon vécu à leur post-partum. Sept pères (35,0%) évoquent un souvenir difficile de leur post-partum, notamment deux parlent de solitude, de culpabilité et de souffrance de laisser leur femme et leur nouveau-né à la maternité [ces deux pères expliquaient notamment le sentiment de ne pas se sentir à leur place]. Trois pères (15,0%) ont bien vécu leur retour à domicile, un parlait de sentiment d'euphorie, l'autre explique qu'un ami avait prévu de passer ce moment-là avec lui pour lui éviter d'être seul (expérience que cet ami avait mal vécu).

90,0% des pères ont pris leurs congés de naissance, un le reportera à plus tard et le dernier n'en a pas bénéficié (intérimaire). De même pour le congé paternité, 14 pères l'ont utilisé (70,0%), trois ont décidé de le remettre à plus tard (notamment pour reporter le recours à une nourrice au moment où la mère reprendra son activité professionnelle), trois ne l'ont pas utilisé (dont un du fait de son statut d'intérimaire).

Pour la majorité des pères (80,0% : 16), ce/ces congé(s) leur serviront à faire connaissance avec leur enfant, soutenir leur femme dans le post-partum, prodiguer des soins à leur nourrisson et trouver leur place dans cette famille naissante. Trois d'entre eux (15,0%) n'avaient pas encore réfléchi à la mise à profit de leur(s) congé(s), et un (5,0%) a prévu un voyage.

Concernant l'accueil de l'enfant, la confection de la chambre a été partagée dans 90,0% des cas (18), et pour 10% (2), c'était une tâche qui incombait. Il en va de même pour les achats des affaires du nouveau-né (choix des vêtements, doudous, couleurs etc...), cette tâche a majoritairement été réalisée par le couple (65,0% des couples), dans 25,0% des cas (cinq), seule la mère s'en est occupée, et deux couples ont pu récupérer des affaires de leur entourage et n'ont donc pas eu d'achats à faire (Tableau 5) (Annexe 10).

Durant la réalisation des entretiens, la réalisation de la chambre semblait être un moment charnière dans l'investissement du rôle de père puisque c'est à ce moment-là que les hommes présentaient avec plus précision la vision de l'arrivée de l'enfant au sein de leur foyer. Dans la plupart des cas, c'est un moment privilégié pour le père puisque c'est enfin l'occasion pour lui de donner de son temps pour préparer l'arrivée de son bébé. Pour d'autres pères, cela a été une source de stress et d'anxiété, l'esprit focalisé sur l'achat du meilleur matériel possible et la peur de manquer de quelque chose d'essentiel au bien-être du bébé.

A la maison, comment imaginez-vous votre quotidien avec votre bébé ? Aucune idée, il y a des trucs que je ne maîtrise pas, par exemple le berceau. Ici il est en hauteur c'est quand même vachement pratique parce qu'il n'y a pas besoin de se baisser alors que le nôtre est plutôt bas au sol et aussi on n'a pas de lit électrique. On ne peut pas mettre le bébé au sein et faire lever le fauteuil. Après on a une chaise haute spéciale bébé mais j'ai aucune idée de comment ça va se passer. Le problème c'est vraiment le berceau qui est bas et le siège qui ne s'ajuste pas.

Pour l'un des papas, nous pouvons même nous interroger sur la survenue d'un syndrome de couvade (cf 1.4.1) au travers de son témoignage :

La chambre de bébé est-elle prête ? Oui, mais c'était une grosse source de stress pour moi les achats, l'aspect matériel etc... J'ai perdu 10kg pendant sa grossesse à cause de ça. Depuis qu'on a acheté tout ce qu'on devait j'ai récupéré tout mon poids, j'ai eu des problèmes de santé au niveau psychologique et depuis qu'on a fait les achats ça va mieux. Je me suis calqué sur elle en fait, les nausées tout ça je les ai eues aussi, les douleurs aussi, mal au bassin aussi.

A propos de l'organisation du couple pour les soins de l'enfant (change, cordon, bains, alimentation etc...) les pères projetaient une organisation équitable (15, 75,0%), trois (15,0%) n'y avaient pas réfléchi au moment de la réalisation de l'entretien, un ne s'est focalisé que sur l'aspect matériel et n'a pas du tout évoqué sa participation aux soins.

4.1.6 Les pressions subies

Huit pères (40,0%) ont déclaré n'avoir subi aucune pression durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum, quelle qu'en soit la source. Parmi les autres, six expliquaient en avoir subi de la part de leur entourage proche, notamment par la famille/belle-famille, les amis et les collègues de travail. Trois pères (15,0%) ont exprimé

avoir ressenti de la pression venant d'eux-mêmes, et trois pères ont raconté avoir ressenti de la pression venant du corps médical, émanant notamment d'une mauvaise relation avec celui-ci (2 sages-femmes et 1 auxiliaire puéricultrice) (Tableau 6) (Annexe 11).

Paroles d'un père en salle de pré-travail avec sa femme :

Elle [l'APD] est arrivée tôt durant le travail, on ne pensait pas qu'on la poserait aussi tôt. Parce que lorsque la sage-femme nous a dit que le travail avait commencé, elle nous a demandé si elle voulait une péridurale et oui elle en voulait une. Et à peine dit, on est passé en salle de naissance pour poser la péridurale alors qu'elle voulait attendre encore un peu ».

Après avoir discuté de ce moment avec le père, il semblerait qu'il s'agisse d'une mésentente entre la sage-femme et le couple, la sage-femme demandant si l'APD était souhaitée à cet instant, le couple comprenant la question différemment, plutôt comme « souhaitez-vous une APD durant votre travail ? »

Paroles du père d'un enfant à risque d'hypoglycémie :

Avant de rentrer chez moi je l'ai accompagnée dans la chambre, et là c'est la douche froide, on a l'impression d'être au tiers-monde, dans un dispensaire, et on fait face à 2 personnes qui font la tête, qui nous parlent comme des chiens, qui nous hurle dessus "qu'est-ce qu'il a votre bébé ?!", on s'est fait engueuler.

Paroles du père d'un enfant allaité :

Il y avait seulement une auxiliaire puéricultrice qui ne faisait que répéter « allez tête allez tête allez tête », alors déjà, c'est insupportable et ensuite plaquer la tête du bébé contre le sein de ma femme ça ne va pas le faire téter plus. Contrairement à sa collègue en salle de naissance qui a fait à peu près les mêmes gestes mais pas de la même façon, c'était vachement moins intrusif et elle ne répétait pas « allez tête allez tête allez tête »

Concernant la gestion de ces conflits, la plupart des pères s'accordaient à passer-outre (huit, 40,0%), d'autres privilégieront le dialogue (trois, 15,0%). Pour un père, ce conflit généra une dispute avec sa famille (5,0%).

En lien avec ces pressions, nous nous sommes intéressés sur l'impact de ces conflits sur le rôle de père. Aucun père ne déclare avoir été perturbé par ces conflits (Tableau 6) (Annexe 11).

La dernière question posée lors des entretiens était relative à leur intérêt pour de la PNP destinée aux pères. La question leur a été présentée comme étant une séance parmi les sept remboursées par la Sécurité Sociale, destinée aux pères, qui leur permettrait de leur donner plus de conseils pratiques pour le jour de l'accouchement et le post-partum.

16 pères (80,0%) étaient favorables pour participer à cette séance de PNP, dont un précisera la faire si elle est réalisée en individuel car ne souhaite pas étendre ses craintes et ses inquiétudes devant d'autres. Il précisait de plus que, bien que l'expérience des autres soit toujours intéressante, l'entourage a tendance à justement vouloir donner « *trop de bons conseils* » ce qui a pour résultats de perdre les parents. Les quatre autres pères ne sont pas intéressés notamment deux en justifiant qu'ils préféreraient justement tout partager avec leur femme. Un des pères favorables à la PNP ajouta qu'il préférerait même une consultation type « *débriefing* » après l'accouchement pour justement parler de son vécu, à l'instar de la consultation post-natale proposée à la femme.

4.2 REPONSES AUX OBJECTIFS PRINCIPAUX

4.2.1 Vécu des pères en salle d'accouchement

Pour cinq (25,0%) des pères l'image de la naissance s'est rapportée aux efforts expulsifs, pour cinq (25,0%) à la découverte et aux soins de leur nouveau-né, pour quatre (20,0%) à la douleur de leur compagne, pour cinq (25,0%) à la médicalisation de l'accouchement ou à la nécessité d'une instrumentation ou d'un geste sur le nouveau-né. Un (5,0%) père décrit l'image de la naissance comme un souvenir global : ce père ne décrit pas d'image marquante de la naissance, mais a plutôt retenu son bon déroulé, l'organisation de l'équipe médicale pour réaliser un accouchement (enchaînement des gestes, fluidité dans la prise en charge), et la vague d'émotion ressentie durant l'accouchement. Trois (15,0%) pères décrivent également un sentiment de surprise, ne s'attendant pas à avoir une place aussi près de leur conjointe pendant l'accouchement, notamment aussi près de leurs jambes.

18 pères (90,0%) ont estimé n'avoir pas ressenti de peur au moment de l'accouchement, et deux (10,0%) ont ressenti une peur mitigée. Le premier a ressenti de la peur tout le long de l'accouchement puis un soulagement, car s'étant beaucoup renseigné en amont, avait vu plusieurs vidéos/reportages à propos de la naissance où « *les mamans ressortaient en piteux état en termes de sutures, et où parfois le bébé allait mal. Pour nous ça allait alors j'étais soulagé* ». Le deuxième est plutôt resté focalisé sur la technique, les gestes, le matériel qu'il a vu : « *J'étais surpris par la vitesse de la naissance une fois que la tête est passée, les gestes sont rapides, secs et précis, je pensais que ça allait être long, qu'on tirait doucement [en parlant d'une extraction par ventouse] mais pas du tout, une fois que la tête est passée, tout va très vite, c'est plus rapide que la sortie de bain.* »

Quatorze (70,0%) des pères ont décrit qu'ils se sentaient vulnérables lors du travail et de l'accouchement : quatre (20,0%) en relation avec leur impuissance face à la douleur ou aux CU ressenties par leur compagne, et un (5,0%) par rapport à l'équipe médicale. Concernant ce dernier c'est un père souffrant de surdité acquise au cours de sa vie. Durant l'entretien, il raconte que « *la sage-femme m'a bousculé parce que j'étais trop près des jambes de ma femme. Elle me l'a dit mais comme elle avait un masque je n'ai pas compris alors elle m'a bousculé.* ».

Huit pères (40,0%) ont décrit un sentiment de transparence en salle d'accouchement, un l'exprimera comme s'étant senti comme « *une pièce rapportée* ». Douze (60,0%) ont estimé avoir subi une certaine forme de pression pendant l'accouchement (Figure 1) (Annexe 12).

Globalement, 11 pères (55,0%) ont pris conscience de leur paternité selon un processus évolutif au fil de la grossesse et de l'accouchement, trois (15,0%) réellement au moment de l'accouchement, deux (10,0%) au moment de l'accueil du nouveau-né et de ses soins, deux (10,0%) avaient déjà pris conscience de cette future paternité au cours d'une échographie prénatale, et deux (10,0%) n'avaient pas encore conscience de leur paternité au moment de l'entretien. Aucun des pères interrogés n'estimait que leur rôle de père avait été perturbé au moment de l'accouchement.

4.2.2 Implication pendant le travail et l'accouchement

Globalement, 11 pères (55,0%) se sont sentis impliqués dans l'accouchement, sept (35,0%) n'ont pas eu l'impression d'être impliqués, et deux (10,0%) sont mitigés quant à leur implication au moment de l'accouchement (Figure 2) (Annexe 13).

10 pères (50,0%) se sont globalement sentis impliqués par rapport au soutien de leur compagne, dont deux (10,0%) qui ont situé leur implication dans l'aide fournie afin de supporter les CU. Les huit autres décrivent leur implication par leur présence et leur capacité à être répondant aux besoins de leur femme (sécher les larmes, apporter de l'eau, faire la lecture). Pour ces huit pères, aucun n'avait connaissance des points d'acupressions et des positions de travail. Six pères (30,0%) ne se sont pas sentis impliqués face à leur compagne, dont un qui précisait que c'était principalement dû à un sentiment d'inutilité pendant les CU ; un père (5,0%) était mitigé dans son implication pour soutenir sa compagne, et trois pères (15,0%) n'ont pas évoqué leur implication face à leur compagne dans leur entretien, mais se sont plutôt concentré sur la naissance elle-même ou leur enfant (Figure 2) (Annexe 13).

D'autres se placent par défaut en position de « semi-acteur » ou de « simple accompagnant », et ce, malgré les retours positifs que certains ont pu recevoir de la part des sages-femmes. Concernant la section du cordon, cela n'a pas toujours été relevé comme un objectif pour le père, deux d'entre eux ont dit l'avoir fait parce que cela leur a été proposé, et aussi parce que c'est la seule chose qu'on leur propose de faire. Selon eux, ce geste ne les a pas pour autant rendus acteur de la naissance de leur enfant (Figure 2) (Annexe 13).

4.3. REPONSES AUX OBJECTIFS SECONDAIRES

4.3.1 Relation entre l'implication et le vécu de l'accouchement

Afin d'étudier le vécu et l'implication dans l'accouchement nous avons classé les pères en « globalement impliqués » (« modérément impliqués ») ou « non impliqués » en fonction de leurs réponses aux questions précédentes.

Nous n'avons pas observé de différence entre les pères impliqués et ceux non-impliqués concernant la pression ressentie à l'accouchement (7/11 vs 4/7). Les différences retrouvées concernent le sentiment de peur (2/11 vs 0/7), le sentiment de vulnérabilité (8/11 vs 3/7) et le sentiment de transparence à la naissance (2/11 vs 4/7) (Figure 3) (Annexe 14).

Le sentiment de peur a été décrit par les pères lors de l'utilisation d'une ventouse pour extraire l'enfant et notamment la force employée pour utiliser cet instrument « *Ce qui m'a impressionné c'est son bras qui tremblait et la sueur qui dégoulinait de son*

front », mais aussi, la survenue d'une indication de césarienne en cours de travail. Dans ce cas précis, le père a rapporté la culpabilité que lui a transmise l'équipe médicale : « *Et parfois ils ont été culpabilisant parce que comme le col ne dilatait plus ils nous ont dit « là il faut que ça avance sinon c'est césarienne ». Là c'est culpabilisant parce qu'on n'y peut rien, mais on était tellement crevés qu'on n'a pas réagi.* »

Le sentiment de vulnérabilité exprimé par les pères était majoritairement expliqué par les CU, se sentant impuissant face à la douleur. A contrario, un père a décrit un sentiment de fierté car a réussi à accompagner sa conjointe le plus loin possible dans le travail en exerçant des points d'acupression sur elle, l'aidant à supporter la douleur.

Enfin le sentiment de transparence étudié au travers des entretiens semblait moins présent auprès des pères, décrivant très positivement les équipes médicales de salle de naissance, notamment sur leur accueil, leur accompagnement, leur soutien mais aussi pour l'espace et l'intimité qu'elles ont su laisser au couple. S'il reste néanmoins éprouvé, cela s'est traduit par le fait que l'on ne s'adressait que très peu aux pères/aux couples, mais plus spontanément vers la parturiente et qu'ils se sentaient accueillis en tant qu'accompagnateur plutôt qu'en tant que couple.

4.3.2 Facteurs favorisant ou limitant le bon vécu et l'implication

L'implication s'est traduite selon leurs dires par le soutien apporté pour la gestion des CU de leur conjointe (points d'acupressions et empathie) et les encouragements exprimés lors des efforts expulsifs. Leur non-implication s'est beaucoup expliquée par leur méconnaissance en maïeutique (notamment dans l'accompagnement dans la douleur) couplée à la confiance qu'ils ont envers les équipes médicales.

Réciproquement, les pères se sentent obligé de leur faire confiance puisque les connaissances des professionnels de santé dépassent les leurs. Dans la majorité des cas (18 : 90,0%), cette confiance était spontanée, alors que pour les deux autres pères, ils se sont retrouvés en situation de repli. Quant à l'implication par rapport à leur nouveau-né, 12 pères (60,0%) ont eu le sentiment d'être impliqués dans l'accueil du nouveau-né, six (30,0%) ne se sont pas sentis impliqués et deux (10,0%) ont ressenti une implication modérée.

Parmi les pères ne s'étant pas senti impliqués ou que modérément impliqué, nous avons retrouvé plusieurs variables à l'origine de ce sentiment. D'autre part l'état

néonatal (détresse respiratoire) empêchant le père de suivre son enfant pour assister à ses premiers soins, l'aspect médicalisé de l'accouchement positionnant les pères dans une image de la naissance à laquelle il n'était pas préparé (notamment ceux ayant élaboré un projet de naissance type « parcours physiologique »).

4.3.2.1 Les facteurs influant sur le vécu de l'accouchement.

Parmi les accouchements physiologiques retrouvés dans les entretiens (11), aucun père ne garda un souvenir négatif de ce moment.

Parmi les autres accouchements, sept ont été réalisés par ventouse dont un couplé à un pH au scalp, un par spatules et un de manière non-instrumentale mais nécessitant une épisiotomie. De même parmi ces neuf naissances, quatre enfants ont présenté une détresse respiratoire à la naissance, dont deux sévères.

Bien que ces naissances ont été impactées par une intervention médicale imprévue, cela n'a pas toujours été à l'origine d'un mauvais vécu chez le père. Aucun père n'a décrit être marqué par l'utilisation de la ventouse pour la naissance de son enfant, notamment un qui disait avoir reçu des explications au préalable par la sage-femme de salle de naissance sur son indication et était donc préparé à l'utilisation de celle-ci. De même, pour le père de l'enfant ayant subi un pH au scalp, la sage-femme prit le temps d'expliquer au couple son indication et le déroulé de l'intervention. Concernant le père ayant vu l'épisiotomie, celui-ci n'en a pas retenu de souvenir négatif, puisqu'il a reçu les explications de l'indication de l'épisiotomie *a posteriori*.

En revanche, les pères des quatre enfants ayant subi une détresse respiratoire ont gardé un mauvais vécu de la naissance de leur enfant, notamment ceux pour qui la détresse respiratoire fut sévère, allant jusqu'à l'intubation de l'enfant et son hospitalisation en néonatalogie.

Parmi ces deux enfants, l'un est né par ventouse, l'autre par spatules. La ventouse ne semblant pas être un facteur de vécu négatif, le mauvais souvenir de l'accouchement chez le père semble émaner de l'hospitalisation de l'enfant en néonatalogie. Cela traumatisa le père, par la vision du corps médicalisé du nouveau-né,

mais aussi par la non-information des parents sur l'état néonatal pendant les soins de réanimation effectués par les pédiatres, dont il dit avoir été choqué.

Un autre critère mis en évidence est celui de la relation avec les équipes médicales. Parmi les pères interrogés, tous sauf trois ont salué l'accueil et l'accompagnement des équipes médicales de salle de naissance. Ils expliquaient par ailleurs que leur accompagnement fut optimal autant sur les explications apportées lors des différentes interventions effectuées sur la patiente et le fœtus, que sur l'espace et l'intimité laissés au couple. Les deux autres retiennent un vécu négatif de l'accouchement, notamment à l'annonce d'une éventuelle césarienne pour stagnation de la dilatation, que le père a décrit comme culpabilisante. Le deuxième père explique son mauvais vécu de la naissance pour le manque d'accompagnement de l'équipe médicale :

Notre projet de naissance n'était déjà pas respecté [ne pas porter de masque] et comme c'était la nuit et qu'on était crevés, on a laissé tomber. En plus, elles fêtaient Noël ensemble et je n'ai pas voulu les déranger pour poser des questions, j'ai préféré consacrer mon temps à ma femme. J'ai un peu regretté après, j'aurai dû aller les voir. Par exemple, on a voulu mettre de la musique de yoga mais on n'a pas su faire marcher le poste et on n'a pas voulu déranger l'équipe.

Le troisième père dira « vis à vis de l'équipe médicale j'avais l'impression d'être un fardeau, d'être une pièce rapportée, ça ne me choquerait presque même pas qu'on nous dise « écoutez on va procéder à l'accouchement, on va vous demander de sortir, on vous rappelle quand le petit est là » En explorant plus profondément ceci avec le père, celui-ci n'a pas su expliquer la raison de ce sentiment. En revanche, il aura eu une critique de lui-même très dévalorisante tout au long de l'entretien, se plaçant par défaut dans une position inférieure et illégitime vis-à-vis de la maternité.

Bien que les pères ont en majorité décrit un sentiment de vulnérabilité (notamment face à la douleur), ou se sont considérés comme des spectateurs/semi-acteurs lors de la naissance, cela n'a pas semblé affecter leur vécu de l'accouchement. En revanche, l'état de santé néonatal semblait beaucoup plus les affecter. Toutefois, cet impact négatif peut être neutralisé par les équipes soignantes. Il semblerait que l'information des parents apparait comme un facteur essentiel et nécessaire au bon vécu des pères, d'autant plus lorsque l'accouchement devient pathologique et/ou que l'état néonatal présente des complications. Le vécu du père pouvant être d'autant plus affecté que la situation se dégrade, le discours et la communication avec l'équipe médicale doit

être établi et soigné afin d'assurer le bon vécu des pères et les placer dans une situation sécurisée et déculpabilisante.

La valorisation par la mère et par l'équipe semblerait aussi être un facteur favorisant le bon vécu de la naissance. Ce facteur a pu être identifié auprès des pères ayant suivi des cours de PNP leur apprenant les différentes méthodes d'accompagnement dans la douleur. A la question « selon vous, avez-vous été acteur de la naissance de votre enfant », ceux-ci répondront « oui » et même parfois décriront un sentiment de fierté car ils ont su apporter un soutien utile à leur compagne souffrante, se sont senti investis d'une mission, d'un rôle à tenir : *« Je trouve que le père a un rôle qu'on ne peut pas effacer. Sans vouloir me rendre indispensable, je sais que je n'ai pas été de trop à ce moment-là, je sais que j'ai été utile, et elle me l'a dit »*

C'est là que l'on peut identifier l'implication du père elle-même comme facteur d'un vécu positif de l'accouchement de son point de vue.

4.3.2.3 Les facteurs favorisant l'implication

Parmi les facteurs étudiés au fil des entretiens, l'émotion positive à l'annonce de la grossesse (17/20), le respect de celui-ci (3/4), la participation à la PNP (9/17) et le travail spontané (13/20) ont semblé être des facteurs favorisant l'implication du père au moment du travail et de l'accouchement (Figure 4) (Annexe 15).

Lors de l'annonce de la grossesse, les pères décrivant avoir ressenti une émotion positive se sont décrits comme impliqués durant le travail et l'accouchement. En revanche, aucune relation n'a été retrouvée pour les autres cas.

Parmi les quatre pères ayant rédigé un projet de naissance avec leur compagne, trois se sont senti impliqués dans la naissance de leur enfant, un a décrit un avis mitigé sur son implication (notamment car le projet n'a pas été respecté).

La PNP semble favoriser l'implication des pères en salle d'accouchement, dans la mesure où le père l'a estimée utile. Comme il est décrit ci-dessus, les pères ayant suivi de la PNP où leur ont été expliqués les méthodes d'accompagnement de la douleur ont pu s'impliquer plus facilement durant le travail. Cette implication leur a permis de s'investir, de prendre un rôle bénéfique pour leur compagne et de se sentir utile, impactant

positivement leur vécu de la naissance. Par la suite cette prise d'initiative a pu être valorisée par leur conjointe et/ou l'équipe médicale (cf 5.3.2.1).

En revanche, aucune relation n'a été retrouvée entre l'implication du père dans la naissance de son enfant et l'origine géographique, le suivi de la grossesse, le niveau de connaissances en gynécologie et obstétrique, la documentation personnelle à ce sujet, l'expérience de la naissance dans l'entourage et la participation future aux soins de l'enfant.

4.3.2.4 Les facteurs freinant l'implication

Parmi les facteurs étudiés, nous avons retrouvé deux facteurs pouvant faire entrave à l'implication des pères.

On ne retrouve pas de facteurs limitant l'implication selon le niveau d'étude des pères (Figure 5) (Annexe 16). En revanche, la profession semble l'affecter, notamment chez les pères exerçant une profession intermédiaire (6/10) (Figure 6) (Annexe 17).

Après l'analyse de ces résultats, nous pouvons reprendre les quatre catégories évoquées par Longworth, Kingdon et Cert ^[20] et les appliquer à notre étude. Ainsi, on retrouve :

- Aucun des pères n'étaient déconnectés durant la grossesse et le travail
- 3 (15%) pères sont restés en périphérie des événements pendant le travail (ont répondu « non » à la question « avez-vous été acteur de la naissance de votre enfant ? auprès de votre compagne ? auprès de votre enfant ? »)
- 11 (55%) pères estiment avoir été dans une attitude de contrôle/prise d'initiatives (soutien dans la douleur, subvenir aux besoins de leur compagne, avoir suivi l'enfant pour les premiers soins etc...)
- 6 (30%) pères ont pris conscience de leur paternité à la naissance (dont 1 qui explique ne pas en avoir encore pris conscience au moment de l'entretien)

Partie 3

5. DISCUSSION

5.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a pour but de décrire le vécu du père au moment de la naissance de son premier enfant, son implication durant le travail et l'accouchement ainsi que les freins auxquels il se heurte durant cette période.

C'est une étude épidémiologique qualitative descriptive monocentrée dont l'enquête s'est articulée autour de 20 entretiens semi-directifs avec les primipères, dans le secteur des suites de couches de la Maternité du CHRU de Nancy, durant la période de novembre 2018 à mars 2019. Concernant le vécu, bien que la plupart des pères ressentent un sentiment de vulnérabilité et/ou de peur en salle de naissance, cela n'entache pas leur souvenir de la naissance, qui restera positif grâce à la relation avec les équipes médicales, la valorisation de ceux-ci dans leur investissement, et les explications apportées en cas de complications maternelles et/ou néonatales, neutralisant un potentiel traumatisme. Parmi ces entretiens, il en ressort qu'une émotion positive à l'annonce de la grossesse, la participation à la rédaction du projet de naissance et le respect de ce projet par les équipes médicales, une PNP efficace ainsi que le travail spontané sont des facteurs favorisant l'implication du père dans la naissance de son enfant. Cela ne les empêche pas de s'impliquer selon leurs attentes. Cette implication (modérée ou satisfaisante) semble par ailleurs les faire sentir acteur de ce moment, annihilant un sentiment de transparence ainsi qu'un moins bon vécu. Enfin, s'impliquer dans la naissance de son enfant permet de prendre conscience de sa paternité au moment de la naissance, ou au cours d'un processus évolutif. L'aspect de la relation patient-soignant porte également des conséquences sur le vécu du père : lorsque celle-ci est altérée, le projet de naissance semble moins bien respecté (lorsqu'il y en a un), un sentiment de transparence naît chez le père, ne trouvant plus sa place, ce qui impacte négativement son vécu et son implication. Concernant la survenue de complications, la communication doit être établie avec le père afin de lui fournir des explications, lui épargnant ainsi un mauvais vécu.

5.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Parmi ces résultats, il est à prendre en compte un biais socioculturel qui n'a pas été traité dans cette étude. Bien que l'historique de la représentation du père ait été détaillé en *Partie 1*, sa représentation à travers les diverses convictions religieuses n'a pas été explicitée, alors que l'effectif de sujet interrogé comporte des pères de différentes confessions religieuses (catholique et musulmane). D'autres biais ont pu être identifiés comme un biais d'information, entre les paroles rapportées par les pères, et la traçabilité des actes médicaux réalisés que l'on peut retrouver dans les dossiers obstétricaux. Devant le caractère anonyme de cette étude, les dossiers médicaux n'ont pas été consultés, la méthodologie de l'enquête s'est exclusivement basée sur l'enregistrement des entretiens. De même, le modèle de l'étude du fonctionnement du couple, basé sur la répartition des tâches sur la confection de la chambre du nourrisson et des soins apportés à celui-ci comporte également un biais d'information. L'état de grossesse minimisant les tâches « masculines » attribuées à la femme ces tâches se retrouvent donc à la charge de l'homme, accentuant par conséquent les stéréotypes du couple genré. La bonne formulation aurait pu être « quel était le mode de fonctionnement de votre couple avant la grossesse ? ». Deux autres biais ont également été mis en évidence. Un biais cognitif émanant de l'instant choisi pour interroger les pères. Ce biais n'a pas été anticipé et n'a été remarqué que lors de la réalisation des entretiens. Les pères ayant été interrogés entre J0 et J3 du post-partum, la sensibilité de leur vécu a pu être affectée par l'émotion ressentie lors des premiers jours passés avec leur enfant. Des entretiens réalisés à distance de la naissance recueilleraient peut-être des informations épurées de cet affect. Une deuxième étude, inspirée de celle de Shorey, Dennis, Bridge, Seng Chong et al.^[30], faite à distance du post-partum en complément de la première, serait intéressante à réaliser et permettrait de comparer le vécu du père à proximité et à distance de l'accouchement. Par ailleurs, cette étude pourrait s'appuyer sur les travaux de Premberg, Traft, Hellström et Berg^[31], auteurs du questionnaire d'évaluation de l'expérience de la naissance chez les primipères, et traduit en français par Capponi, Carquillat, Premberg, Vendittelli et al.^[32]. Le dernier biais mis en lumière est le biais de désirabilité sociale, qui nous permet de supposer qu'une ou plusieurs réponses des pères a (ont) été donnée(s) dans le but de donner une réponse socialement acceptable comme par exemple sur le ressenti à l'annonce de la grossesse de sa compagne.

Cette étude présente une faible puissance du fait du faible effectif de la population ciblée. Cependant, afin de pallier au faible nombre d'entretiens recueillis, et apporter plus de richesse à notre étude, nous avons décidé d'explorer l'ensemble du parcours paternel, de l'annonce de la grossesse, jusqu'au post-partum. Cela permet de ne pas cibler les résultats exclusivement sur le moment de la naissance, mais bel et bien de prendre en cours le père dans sa globalité et de différencier davantage de facteurs perturbant/favorisant un bon vécu. C'est pourquoi la trame des entretiens interrogeait les pères aux différents temps du processus d'enfantement. La trame a également été écrite et pensée de manière à être la plus logique possible et la plus fluide possible dans son déroulé, afin d'instaurer une relation de confiance avec le père au travers d'un entretien aux aspects d'une discussion, et non d'un questionnaire. L'élément clé était de recueillir un vécu, et non des réponses à des questions. Enfin, la trame a été rédigée avec l'expertise d'un docteur en sociologie à la faculté de Lettres et Sciences Humaines et Sociales de Nancy. Avant d'être utilisée pour l'étude, la trame des entretiens a été testée sur trois pères de notre entourage, ce qui a permis de réaliser les ajustements nécessaires pour le déroulé logique de celle-ci, la reformulation des questions et anticiper d'autres relances auxquelles nous n'aurions pas pensé.

La littérature scientifique française ne comporte que peu d'études relatives au vécu et/ou l'implication du père au sein des maternités. Cela nous a permis d'examiner de plus près l'attitude des pères dans d'autres pays d'Europe occidentale, notamment la Suède, l'Angleterre et l'Espagne, où la culture diffère de la culture française et les paramètres étudiés étaient différents. Cette étude permet de faire un premier pas dans l'exploration des vécus paternels de la maternité, et comme exprimé ci-dessus, pourrait être complétée d'une étude à distance du post-partum, ou même d'une étude analytique plus puissante, à plus grande échelle, et permettant de tester la significativité des résultats obtenus.

5.3 CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

Cette étude, bien que réalisée à une petite échelle, trouve des résultats en accord avec ceux de la littérature scientifique.

Concernant le vécu et l'implication des pères, nos résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Premberg, Carlsson, Hellstrom et Berg : les pères rencontrés au cours des entretiens peuvent être classés selon les catégories établies par les auteurs :

« un processus dans l'inconnu », « une expérience partagée », « préserver et soutenir la femme » et « se retrouver à découvert, avec de fortes émotions enfouies » ^[18]. Tout particulièrement pour la catégorie « préserver et soutenir la femme » où 12 pères ont déclaré s'être senti vulnérable face à la douleur des CU et se sont investis dans la prise en charge de cette douleur. En revanche, nous ne pouvons pas affirmer avoir des résultats concordant avec cette étude pour l'aspect euphorie/agonie décrit par les pères. Quelques pères ont en effet exprimé un fort sentiment de joie, dont un jusqu'à l'euphorie, mais aucun n'a évoqué de sentiment négatif aussi fort que de l'agonie. Un jugement auto-dépréciatif a également été mis en lumière durant les entretiens, rejoignant les propos de l'étude de Moreau, Kopff-Landas, Séjourné et Chabrol ^[19], et ce, malgré leur implication et les bons retours des sages-femmes et de leur compagne. Enfin, les attentes des pères relatives à l'accueil de l'enfant et à la section du cordon a également reçu un accueil mitigé dans notre étude.

L'hypothèse selon laquelle la méconnaissance/le manque de connaissance de la maïeutique chez les hommes serait à l'origine de difficultés dans l'investissement au moment de l'accouchement semble être confirmée dans notre étude, et rejoint aussi les conclusions de Longworth et Kingdon ^[20] ainsi que dans la métaanalyse de Johansson, Fenwick, et Premberg ^[21]. En effet, les pères sont en manque de connaissances en maïeutique, et la PNP semble être un outil efficace pour pallier à ces lacunes, et leur fournir les clés pour tenir le rôle du conjoint soutenant et protecteur.

A propos de la médicalisation du corps féminin et des pressions subies par les pères durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, nous ne sommes pas en mesure de valider nos résultats avec ceux de la littérature scientifique. La médicalisation du corps féminin ne semble pas être un élément ayant marqué les pères, mais au contraire, a semblé être le bienvenu car cela va de pair avec l'analgésie péridurale, vectrice d'apaisement physique et moral pour le couple. A propos des pressions subies, Hildingsson, Haines, Johansson, Rubertsson et Fenwick^[22] ont démontré que le sentiment de peur chez les pères est corrélé avec une santé fragilisée, or, notre étude n'a pas étudié l'état de santé des pères. En revanche, elle a permis de déceler chez un homme, une dégradation de son état de santé durant la grossesse, faisant penser à un syndrome de couvade, mais cela reste un échantillon de la population trop faible (1/20) pour être comparé à l'étude précédemment citée. De même pour l'étude de Etheridge et Slade ^[23], leur étude aura permis de mettre en avant diverses sources de

traumatismes des pères, mais les critères d'inclusion de leur enquête diffèrent trop des nôtres pour être comparables. Toutefois, la douleur des CU est énoncée comme source de traumatisme chez les hommes, ce qui valide à nouveau nos résultats.

L'accueil et l'accompagnement des sages-femmes trouvent majoritairement un retour très positif de la part des pères interrogés dans notre enquête, reconnaissant pour la patience et la bienveillance dont elles ont su faire preuve. Tout comme cela est décrit dans les études de Hildingsson, Cerdelöf et Widen ^[24], et, Bäckström et Hertfelt Wahn ^[25], cela a eu un impact positif chez eux, améliorant et positivant le vécu de la naissance.

Malgré cela, les hommes restent en demande d'un meilleur accompagnement durant leur parcours au sein des maternités, et souhaitent une reconnaissance en tant que père, et non en tant qu'accompagnant de la femme enceinte, parturiente ou accouchée. Cette reconnaissance va de pair avec une implication d'autant plus motivée, puisqu'investit d'un véritable rôle, doués de clés et de connaissances. La PNP semble être indispensable aux pères afin de leur fournir toute la préparation nécessaire pour qu'ils se sentent impliqués et ce, le plus tôt possible.

Cette implication précoce, dès la grossesse, leur permettrait de se positionner plus aisément en salle de naissance, et d'investir leur paternité avec plus d'assurance. Par extension, selon Redshaw et Henderson ^[27], une implication précoce dans la grossesse de sa compagne, permet au père d'assurer un meilleur développement cognitif et socio-émotionnel pour son enfant à naître. Sur ce dernier point, nous ne sommes pas en mesure de valider nos résultats avec ceux de Chin, Hall et Daiches^[28], ainsi que ceux de Bartelett^[29] car la population de notre étude a été ciblée à un temps trop proche de la naissance. Une étude analytique prospective suivant la corrélation entre l'implication du père et le développement de son enfant serait intéressante à réaliser en vue d'étayer ces résultats.

CONCLUSION

L'accouchement, comme pour la mère et pour le couple, représente un moment charnière pour le père, notamment dans son parcours vers la paternité, et l'acquisition de la parentalité. Sa présence est aujourd'hui requise et est même naturelle et indispensable dans l'imaginaire collectif.

Globalement, tous les pères étudiés dans notre étude manifestent un bon vécu de l'accouchement et 11 d'entre eux ont montré une implication volontaire. Cependant, notre étude fait ressortir un sentiment de transparence, de peur, et de vulnérabilité principalement face à la douleur ainsi que face aux équipes médicales, dans une moindre mesure. Certains facteurs influent négativement le vécu comme un état néonatal pathologique, d'autant plus lorsqu'aucune information ne revient au père sur l'état de santé de son enfant. Le vécu est positivement influencé lorsque la relation avec l'équipe médicale est favorable, ayant pour conséquence un plus grand respect des projets de naissance, un dialogue plus aisé et plus riche en explications sur l'évolution du travail, et une valorisation plus importante des pères dans leur implication. L'implication quant à elle est positivement influencée lorsqu'une émotion positive est ressentie à l'annonce de la grossesse, la participation à la rédaction du projet de naissance, le respect du projet de naissance par les équipes médicales, le travail spontané et une PNP efficace. Cette implication semble moindre lorsque le père est issu d'une profession intermédiaire.

Les séances de PNP ont pour vocation de préparer les pères au travail et à l'accouchement, à l'accueil et aux soins de leur enfant, ainsi que sur le retour à domicile. Toutefois, cela reste encore à améliorer, les pères exprimant leur non-satisfaction vis-à-vis de ces séances, auxquelles ils ne se sentent « que » invités, et non considérés comme des « pères en devenir ».

De plus, il semblerait que ces séances soient animées trop tard selon le calendrier de la grossesse (à partir du 6^{ème} mois en principe). La mise en place de la PNP de manière plus précoce permettrait aux pères d'investir d'autant plus tôt leur paternité, favorisant l'accueil de leur futur enfant. Par ailleurs, la préparation précoce préviendrait par ailleurs les syndromes de couvade, de dépression paternelle du post-partum et assurerait même un meilleur développement de l'enfant à long terme.

Une implication paternelle plus précoce dans la grossesse, permettrait aux sages-femmes de sensibiliser davantage ces futurs-pères sur leur rôle primordial dans la naissance : accompagnement de leur conjointe par des gestes maîtrisés, investissement dans le travail et l'accouchement anticipé afin d'atténuer leur sentiment de vulnérabilité et de transparence, ce qui favoriserait une implication plus volontaire et confiante. Inversement, un bon vécu du travail et de l'accouchement en cours, place les pères dans une situation plus confortable, favorisant une implication plus motivée et volontaires, car sont mis en confiance.

Cette confiance passe évidemment par les équipes soignantes, pendant la grossesse où l'on prépare le père à la naissance, mais aussi à l'hôpital, grâce à l'accueil et l'accompagnement des sages-femmes, que les pères ont su valoriser et remercier. La relation patients-soignants reste un élément fondamental de bienveillance et entrant dans les principes de bienfaisance et non malfaisance que l'on applique aux patients, et devrait guider l'accueil et la préparation des pères par les équipes soignantes, afin d'anticiper leur participation à la naissance et leur rôle dans un trinôme « père-mère-enfant » guidés par l'accompagnement des sages-femmes. Cet accompagnement semble être un facteur primordial pour instaurer une confiance envers la sage-femme en charge de ce trinôme lors de la naissance, dont les compétences tant médicales qu'humaines semblent être grandement appréciées de ces "pères en devenir ».

Cette relation s'inscrit également dans les suites de couches, durant lesquelles les primipères doivent être guidés dans la parentalité au même titre que la mère. Pourquoi dans ce cas, ne pas mettre en place une consultation post-natale pour le père, comme cela a été suggéré par l'un d'eux lors des entretiens ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] : Université Toulouse Jean Jaurès. Le DAGR, article Patria Potestas [Internet : article]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <http://dagr.univtlse2.fr/consulter/2293/PATRIA%20POTESTAS/texte>
- [2] : Rosenberg K, Trevathan W. Birth, obstetrics and human evolution. BJOG. 2002 ; 109 : 1199-206.
- [3] : Berthiaud E. Le vécu de la grossesse aux XVIIIe et XIXe siècles en France. Histoire, médecine et santé. 2012/11/01 ; (2) : 93-108.
- [4] : Morel MF. Naitre en France. ADSP. Décembre 2007-Mars 2008 (61-62) : 22-8.
- [5] : France Archives. Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur [Internet : Recueil des commémorations nationales 2002]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <https://francearchives.fr/fr/commemo/recueil-2002/40009>
- [6] : Adam E. L'haptonomie : un projet pour une naissance [mémoire]. Nancy : Université de Lorraine ; 2012.
- [7] : CIRDH, Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie. Haptonomie prénatale [en ligne]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.haptonomie.org/fr/espace-public/haptonomie-prenatale.html>
- [8] : Cecilio Dos Reis Correia M. La méthode Bonapace : une alternative à l'analgésie péridurale [mémoire]. Paris : Université de Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2015.
- [9] : Brian M. Les nouveaux pères. Le Débat. 2018 ; 200 (3) : 173-89.

[10] : INSEE, Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques. Après une naissance, un homme sur neuf réduit ou cesse temporairement son activité contre une femme sur deux [Internet : article]. [Consulté le 22 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281361>

[11] : UDAF, Union Départementale des Associations Familiales du Nord. Les nouveaux pères. [Internet : article]. [Consulté le 21 mars 2019]. Disponible sur : https://www.unaf.fr/pf/IMG/pdf/Les_nouveaux_pe_res.pdf

[12] : Attali L. Devenir père. Vocation Sage-femme. 2019 ; 18 (137) : 10-4.

[13] : Ebtinger R. Œdipe-père. Aspects psychopathologiques de la paternité. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2005 ; 53 (5) : 211-23.

[14] : Sédat J. Le corps dans les théories sexuelles infantiles. Figures de la psychanalyse. 2006 ; 13 (1) : 17-29.

[15] : Trupin D. La paternité ne commence pas à la maternité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2007 ; 165 (7) : 472-7.

[16] : Navas M, Garcia Albea J, Garcia-Parajua P. Pregnancy in men : Couvade syndrome. European Psychiatry. 2017 ; 41 : S415.

[17] : Luca D, Bydlowski M. Dépression paternelle et périnatalité. Le Carnet PSY. 2001 ; 67 (7) : 28-33.

[18] : Premberg A, Carlsson G, Hellstrom AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth — A phenomenological study. Midwifery [en ligne]. 2011 [consulté le 29 mars 2019] ; 27 (6) : 848-853.

[19] : Moreau A, Kopff-Landas A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : une étude qualitative. Gynécologie, obstétrique, fertilité. 2009 ; 37 (3) : 236-9.

- [20]: Longworth, Kingdon C. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing – A phenomenological study. *Midwifery*. 2011 ; 27 (5) : 588-94.
- [21] : Johansson M, Fenwick J, Premberg A. A meta-synthesises of father's experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*. 2015 ; 31 (1) : 9-18.
- [22] : Hildingsson I, Haines H, Johansson M, Rubertsson C, et al. Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health. *Midwifery*. 2014 ; 30 (2) : 248-54.
- [23] : Etheridge J, Slade P. "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *Midwifery* [en ligne]. 2017 [consulté le 29 mars 2019] ; 17 (1) : 80.
- [24] : Hildingsson I, Cerdelöf L, Widen S. Father's birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth*. 2011 ; 24 (3) : 129-36.
- [25] Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour : first time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery* 2011 ; 27 (1) : 67-73.
- [26] : Azcue M. Transformations et permanence des paternités à l'épreuve de la médicalisation du corps féminin. *Vocation Sage-femme*. 2016 ; 15 (119) : 40-4.
- [27] : Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013 ; 13 (1) : 70.
- [28] : Chin R, Hall P, Daiches A. Fathers' experiences of their transition to fatherhood: a metasynthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011 ; 29 (1) : 4-18.
- [29] : Bartlett E. The effects of fatherhood on the health of men : a review of the literature. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2004 ; 1 (2) : 159-69.

[30] : Shorey S, Dennis CL, Bridge S, Seng Chong et al. First-time fathers postnatal experience and support needs : a descriptive qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2017 ; 73 (12) : 2987-96.

[31] : Premberg A, Taft C, Hellström AL, Berg M. Father for the first time--development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012 ; 12 (1) : 35.

[32] : Capponi I, Carquillat P, Premberg A, Vendittelli F et al. Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. 2016 ; 44 (9) : 480-6.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE	6
PRÉFACE	8
INTRODUCTION.....	9
1. REPRÉSENTATIONS DU PÈRE	11
1.1 DEFINITIONS DU « PÈRE »	11
1.2 HISTORIQUE.....	12
1.2.1 Durant l'Antiquité.....	12
1.2.2 Jusqu'au XVII ^E siècle	12
1.2.3 Au XVIII ^E siècle.....	13
1.2.4 Au XIX ^E siècle	13
1.2.5 Du XX ^E à nos jours.....	13
1.3 REPRESENTATIONS SOCIALES : « LES NOUVEAUX PERES ».....	14
1.4 CHAMBOULEMENTS IDENTITAIRES	16
1.4.1 Le syndrome de couvade.....	16
1.4.2 La dépression paternelle du post-partum	17
2. VECU ET IMPLICATION DU PÈRE AU MOMENT DE LA NAISSANCE... 19	
2.1 VECU ET IMPLICATION : INFLUENCES RECIPROQUES.....	19
2.1.1 Vécu de l'accouchement du point de vue du père	19
2.1.2 Implication des pères	20
2.2 LES FREINS RENCONTRES EN SALLE DE NAISSANCE	22
2.2.1 Les pressions subies.....	22
2.2.2 Relation avec le corps médical.....	23
2.2.3 La médicalisation du corps féminin.....	23
2.3 INVESTISSEMENT DE LA PARENTALITE ET DE LA PATERNITE	25

3. MÉTHODOLOGIE ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.....	288
3.1 PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	28
3.1.1 Objectifs de l'étude	28
3.1.2 Les hypothèses testées	28
3.2 MATERIEL ET METHODES	299
3.2.1 Type d'étude.....	29
3.2.2 Population ciblée.....	29
3.2.3 Choix de l'outil de recueil.....	30
3.2.4 Description de l'enquête menée.....	311
3.3 ANALYSE STATISTIQUE	322
4. PRESENTATION DES RESULTATS	32
4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	32
4.1.1. Population	32
4.1.2. Caractéristiques des pères	32
4.1.3. Découverte de la grossesse et participation à la grossesse.....	333
4.1.4. Déroulement du travail et de l'accouchement.....	33
4.1.5 Caractéristiques du post-partum.....	344
4.1.6 Les pressions subies.....	35
4.2 REPONSES AUX OBJECTIFS PRINCIPAUX.....	37
4.2.1 Vécu des pères en salle d'accouchement	37
4.2.2 Implication pendant le travail et l'accouchement.....	38
4.3. REPONSES AUX OBJECTIFS SECONDAIRES	39
4.3.1 Relation entre l'implication et le vécu de l'accouchement	39
4.3.2 Facteurs favorisant ou limitant le bon vécu et l'implication.....	4040
5. DISCUSSION	46
5.1 PRINCIPAUX RESULTATS	46
5.2 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	47

5.3 CONFRONTATION AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	48
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
TABLE DES MATIÈRES	57
ANNEXES	60
ABSTRACT	788
RESUME.....	799

ANNEXES

Annexe 1 : Note de service, à l'attention des pères contactés pour participer à l'étude

FERNANDEZ Margaux
Mail : margaux.fernandez.29@hotmail.fr
Tel : 06.98.73.94.35

Fait à Nancy, le 13 octobre 2018

Note d'information - Courrier de demande de participation à l'étude

Monsieur,

Actuellement étudiante en 5ème année de l'école de sage-femme de Nancy, je réalise un mémoire de fin d'étude dont le thème est "le vécu des hommes devenant pères pour la première fois en salle de naissance". Ce travail est appuyé par M. POMAR Léo, sage-femme docteur en médecine foetale et échographiste ; Mme. TOUPET Laurena, docteur en sociologie.

Je souhaite réaliser une enquête à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) afin de décrire le vécu des pères en salle de d'accouchement, ainsi que les facteurs influençant leur expérience de la naissance (prise en charge par l'équipe soignante, déroulé de la naissance de l'enfant, pressions extérieures etc...).

La prise en charge du couple mère-enfant étant primordiale pour une bonne pratique clinique et un suivi satisfaisant de la mère et de l'enfant, il est également intéressant de se pencher sur la prise en charge des pères en devenir, notamment au moment de la naissance.

Il est important de faire un état des lieux actuel pour mieux cibler les besoins des pères en devenir et perfectionner leur prise en charge à la MRUN.

C'est pourquoi, je souhaite m'entretenir avec vous Monsieur et recueillir votre témoignage de conjoint et de père.

Je tiens à vous assurer que votre anonymat sera conservé lors de l'entretien et lors de la rédaction de mon mémoire.

Je vous remercie d'avance pour l'importance que vous donnerez à cette demande. Je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

FERNANDEZ Margaux
Étudiante sage-femme en 5ème année

Trame Entretien

Questions d'ordre général/administratives

Quel âge avez-vous ?

À quelle catégorie professionnelle appartenez-vous ?

- Agriculteurs, exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (professions libérales et assimilées, cadres de la fonction publiques, professions intellectuelles et artistiques, cadres d'entreprise)
- Professions intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, technicien,...)
- Employés
- Ouvriers
- Étudiants
- Sans activité professionnelle
- Autre (précisez) :.....

Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- CAP
- BEP
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat général
- BTS (BAC +2)
- Licence (BAC +3)
- Master (BAC +5)
- Doctorat (BAC +8)

Quelle est votre origine géographique (origine de vos parents) ?

- Afrique du Nord
- Afrique moyenne et du sud
- Amérique du nord
- Amérique centrale
- Amérique du sud
- Antilles
- Asie centrale
- Asie de l'est
- Asie du sud
- Asie de l'ouest
- Europe du nord
- Europe de l'est
- Europe de l'ouest
- Europe du sud
- Océanie

Annexe 3 : Trame des entretiens (p.2), suivie pour les 22 entretiens réalisés à la MRUN

Thème de la grossesse

Comment avez-vous appris que votre compagne était enceinte ?

- ⇒ quelle a été votre réaction ?
- ⇒ quelle a été votre première émotion ?
 - ⇒ *joie ? stress ? surprise ? peur ? colère ?*

Aviez-vous des connaissances autour de la grossesse et/ou de la gynécologie avant que votre compagne tombe enceinte ?

- ⇒ si oui, de quelle source ?
- ⇒ si non, vous êtes-vous renseigné ? auprès de qui/quoi ?

A-t-il été facile de poser toutes vos questions au corps médical pendant la grossesse ?

Avez-vous trouver les réponses à toutes vos questions ?

Avez-vous déjà eu une expérience de naissance dans votre famille/entourage proche ?

- ⇒ naissance d'un frère ou d'une soeur durant l'enfance ?
- ⇒ naissance d'un neveu ou d'une nièce
- ⇒ vous souvenez-vous de votre ressenti à ce moment-là ?

A quel moment avez-vous compris que vous alliez devenir père ?

- ⇒ à un moment précis ?
 - ⇒ *à l'annonce ?*
 - ⇒ *pendant l'échographie ?*
 - ⇒ *au moment où vous avez entendu son coeur ?*
 - ⇒ *en faisant la chambre de bébé ?*
- ⇒ au cours de la grossesse ? racontez le processus

Êtes-vous allé en consultations avec votre compagne ?

- ⇒ consultations pré-natales ?
- ⇒ échographie ?
- ⇒ préparation à la naissance ?
- ⇒ comment l'avez-vous vécu ?

Annexe 4 : Trame des entretiens (p.3), suivie pour les 22 entretiens réalisés à la MRUN

Thème de l'accouchement

A quel moment êtes-vous parti pour aller à la maternité ?

- ⇒ pertes des eaux, contractions...
- ⇒ comment avez-vous vécu ce moment ?
- ⇒ comment avez-vous réussi à gérer cette situation ?

Racontez moi le départ à la maternité.

Une fois arrivés à la maternité, quelle a été votre attitude ?

- ⇒ calme ?
- ⇒ stressé ?
- ⇒ avez-vous interpellé le personnel médical ?
- ⇒ vous êtes-vous laissé porter par le personnel soignant ?
- ⇒ si oui, pourquoi ? (confiance en l'équipe, ne savait pas quoi faire....)

Concernant la salle de naissance :

- ⇒ y êtes-vous entré ?
- ⇒ y êtes-vous allé de vous-même ?
- ⇒ avez-vous demandé à entrer ?
- ⇒ vous a-t-on proposé/invité à entrer dans la salle de naissance ?

Aviez-vous préparé un projet de naissance ?

- ⇒ si oui, l'avez-vous écrit à deux ? que la maman ? que le papa ?
- ⇒ a-t-il été possible de l'appliquer ? en êtes-vous satisfait ?

Racontez-moi comment s'est passé la naissance :

- ⇒ quelles images/sons/ odeurs vous ont marqué ?

À propos de l'analgésie péridurale :

- ⇒ avez-vous demandé à rester pendant la pose de la péridurale ?
- ⇒ si non, qu'avez vous ressenti ⇒ *colère ? déception ? neutre ? exclusion ?*
- ⇒ vous a-t-on expliqué pourquoi vous ne pouviez pas rester ?
- ⇒ si oui, avez-vous compris pourquoi ? ⇒ si non, cela vous aurez-il aidé à l'accepter ?
- ⇒ saviez-vous avant l'accouchement, que vous ne pouviez pas rester pour la pose d'APD

Selon vous, est-ce que l'accouchement fait peur ?

- ⇒ est-ce la douleur des contractions ?
- ⇒ est-ce le moment de la naissance ? (passage du bébé, extrac^o instrumentale...)
- ⇒ y'a-t-il eu des gestes qui vous ont marqué/choqué ? (épisio, pH au scalp...)

Avez-vous ressenti un sentiment de vulnérabilité en salle de naissance ?

- ⇒ impuissance face à la douleur
- ⇒ se sentir inutile/transparent
- ⇒ l'impression de ne pas avoir été à sa place

Selon vous, avez-vous été acteur de la naissance de votre enfant ?

- ⇒ participation auprès de votre compagne ? comment ?
- ⇒ participation auprès de votre enfant ? comment ? (habillage, cordon etc...)
- ⇒ si non, quelque chose vous a-t-il empêcher d'y participer ? (peur du sang...)

Annexe 5 : Trame des entretiens (p.4), suivie pour les 22 entretiens réalisés à la MRUN

Thème de l'hospitalisation en suites de couche

Retour à la maison après avoir vécu l'accouchement, quelles émotions avez-vous ressenti ?

Avez-vous pu rendre visite à votre compagne à la maternité ?

- ⇒ utilisation du congé de naissance ?
- ⇒ comment souhaitez-vous le mettre à profit ?

Allez-vous utiliser votre congé paternité ?

- ⇒ comment souhaitez-vous le mettre à profit ?

Thème de la puériculture et de l'accueil de l'enfant

La chambre de bébé est-elle prête ?

- ⇒ si oui, qui s'en est principalement occupé ? pourquoi plutôt l'un de que l'autre ?
- ⇒ si non, quel événement a empêché sa finition à temps ?

Concernant les affaires de bébé (vêtements, doudous, couleurs etc...)

- ⇒ ce sont plutôt vos choix ?
- ⇒ ce sont plutôt ceux de votre compagne ?
- ⇒ ceux de quelqu'un d'autre (famille ?) ?

À la maison, comment envisagez-vous votre quotidien avec votre bébé ?

- ⇒ quelle organisation avez-vous choisie avec votre compagne ?
- ⇒ comment avez-vous décidé de ça ?

Thème de la pression sociale

Ressentez-vous ou avez-vous ressenti une quelconque pression durant la grossesse/l'accouchement/l'hospitalisation ?

- ⇒ de la part de votre famille/belle-famille
- ⇒ de la part de votre compagne
- ⇒ de la part du corps médical
- ⇒ venant de vous-même
- ⇒ autres ?

Comment avez-vous géré cette pression ?

- ⇒ y'a-t-il eu conflits/disputes ? par la discussion ? en vous imposant ? en faisant des concessions

Avez-vous le sentiment que ces pressions que l'on exerce sur vous perturbe votre rôle de père/vous empêche de devenir le père que vous voulez être ?

Si vous aviez eu la possibilité d'assister à de la PNP, avec un contenu adapté aux attentes des futurs pères, y seriez-vous allé ?

Annexe 6

Tableau 1: Détail des caractéristiques des 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité)
– Novembre 2018 à Mars 2019.

		n	(% ou IQ)
Âge (médiane)		29	(27-30)
Origine	Europe de l'ouest	16	(80)
	DOM	3	(15)
	Afrique du nord	1	(5)
Niveau d'études	BAC	4	(20)
	BEP	1	(5)
	Brevet	1	(5)
	BTS	1	(5)
	CAP	2	(10)
	Doctorat	2	(10)
	Master	4	(20)
	Licence	5	(25)
Catégorie professionnelle	Artisan	2	(10)
	Cadre	3	(15)
	Employés	8	(40)
	Intérimaire	1	(5)
	Interne	2	(10)
	Ouvrier	2	(10)
	Profession intermédiaire	2	(10)

Annexe 7

Tableau 2 : Détails de la découverte de la grossesse, des connaissances et de la participation au suivi de grossesse auprès des 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019.

		n	(%)
Type d'annonce	Verbale	1	(5)
	Appel	1	(5)
	Lettre	3	(15)
	Symptômes	2	(10)
	Test de grossesse urinaire	13	(65)
Emotion à l'annonce	Mitigé	3	(15)
	Positif	17	(85)
Suivi grossesse (présent à au moins un RDV)	Consultations prénatales	17	(85)
	Echographies	20	(100)
	PNP	17	(85)
Background obstétrical/gynécologique	Faible	17	(85)
	Modéré	3	(15)
Documentation personnelle	Spontanée	9	(45)
	Etudes/Profession	3	(15)
	Néant	7	(35)
	PMA	1	(5)
Expérience naissance	Aucune	5	(25)
	Au moins une, inutile	9	(45)
	Au moins une, utile	6	(30)
Projet de naissance	Ne connaît pas	8	(40)
	Non réalisé	7	(35)
	Réalisé	4	(20)
	Réalisé et abandonné	1	(5)
Utilité PNP	Utile	9	(45)
	Neutre	10	(50)
	Mitigé/perdu	1	(5)

		n	(%)
Prise de conscience de la paternité	Processus	11	(55)
	Naissance	5	(25)
	Instant-clé	2	(10)
	Absent	2	(10)

Annexe 8

Tableau 3 : Caractéristiques de l'arrivée à la maternité, du travail et de l'accouchement auprès des 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019

		n	(%)
Départ pour la maternité	Travail spontané	13	(65)
	Déclenchement	7	(35)
Attitude du père en SDN	Confiant	18	(90)
	Repli	2	(10)
Entrée en SDN	Invité à entrer	13	(65)
	Prend l'initiative	7	(35)
Projet de naissance	Non réalisé	15	(75)
	Respecté	4	(20)
	Non respecté	1	(5)
APD	Sorti	20	(100)
	Explication données	0	(0)
Réaction à la sortie pour l'APD	Négative	3	(15)
	Neutre	15	(75)
	Satisfait	2	(10)
Sentiment de peur	Non	18	(90)
	Mitigé	1	(5)
	Neutre	1	(5)
Sentiment de vulnérabilité	Non	7	(35)
	Oui	14	(65)
Sentiment de transparence	Non	12	(60)
	Oui	8	(40)
Acteur auprès de la mère	Non évoqué	3	(15)
	Non	5	(25)
	Mitigé	4	(20)
	Oui	8	(40)
Acteur auprès de l'enfant	Non	6	(30)
	Mitigé	2	(10)
	Oui	12	(60)

Annexe 9

Tableau 4 : Caractéristiques médicales des accouchements vu par les pères – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019

		n	(%)
Type d'accouchement	Physiologique	11	(55)
	Pathologique	9	(45)
Extractions instrumentales	Ventouse	7	(35)
	Spatules	1	(5)
Gestes médicaux invasifs	Episiotomie	1	(5)
	pH au scalp	1	(5)
Détresses respiratoires	Modérée	2	(10)
	Sévère	2	(5)

Annexe 10

Tableau 5 : Caractéristiques du post-partum chez les 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019.

		n	(%)
Vécu du retour à la maison	Séjour à la maternité	7	(35)
	Négatif	7	(35)
	Neutre	3	(15)
	Positif	3	(15)
Congés naissance	Non	1	(5)
	Oui	18	(90)
	Reporté	1	(5)
Congés paternité	Non	3	(15)
	Oui	14	(70)
	Plus tard	3	(15)
Mise à profit des congés	Faire connaissance, trouver sa place	16	(80)
	Ne sait pas	3	(15)
	Voyage	1	(5)
Répartition confection chambre	Partage équitable	18	(90)
	Père	2	(10)
Répartition achats	Partage équitable	13	(65)
	Mère	5	(25)
	Récupération	2	(10)
Organisation pour les soins de l'enfant	Partage équitable	15	(75)
	Ne sait pas	3	(15)
	Non évoqué	2	(10)

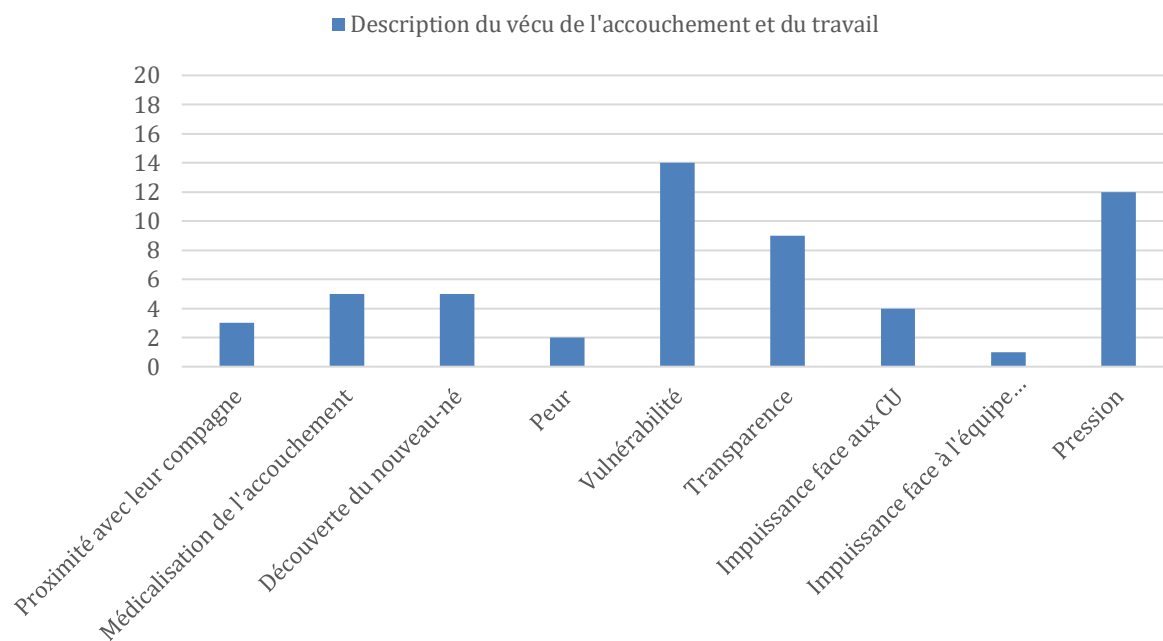
Annexe 11

Tableau 6 : Impact du vécu des pressions exercées sur les 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019.

		n	(%)
Pressions subies	Aucune	8	(40)
	Entourage (famille, belle-famille, compagne, amis, collègue)	6	(30)
	Corps médical	3	(15)
	Père lui-même	3	(15)
Gestion de la pression	Non nécessaire	8	(40)
	Dialogue	3	(15)
	Dispute	1	(5)
	Passe-outré	8	(40)
Rôle du père perturbé	Oui	0	(0)
	Non	20	(100)
Intérêt pour de la PNP destinée aux pères	Oui	16	(80)
	Non	4	(20)

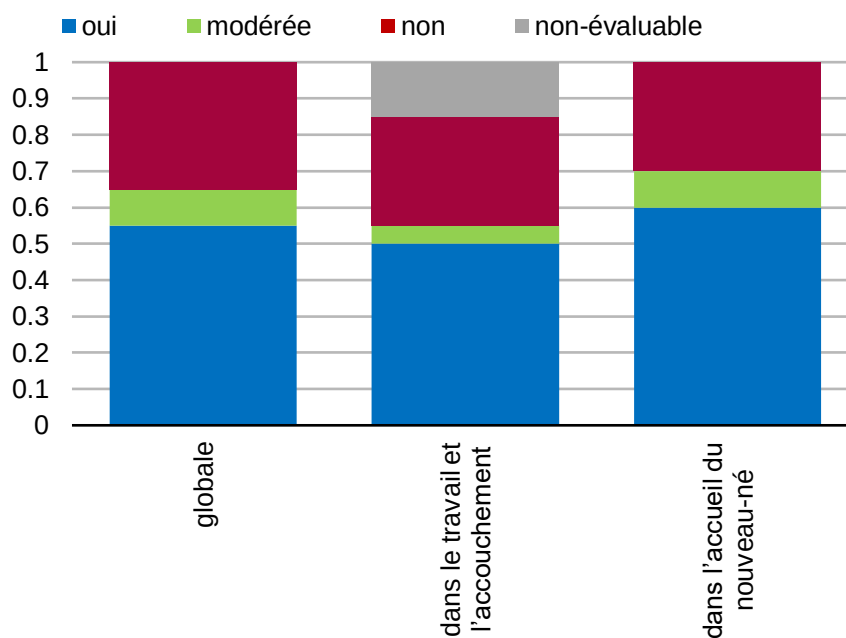
Annexe 12

Figure 1 : Vécu des 20 « primipères » en salle d'accouchement – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019.



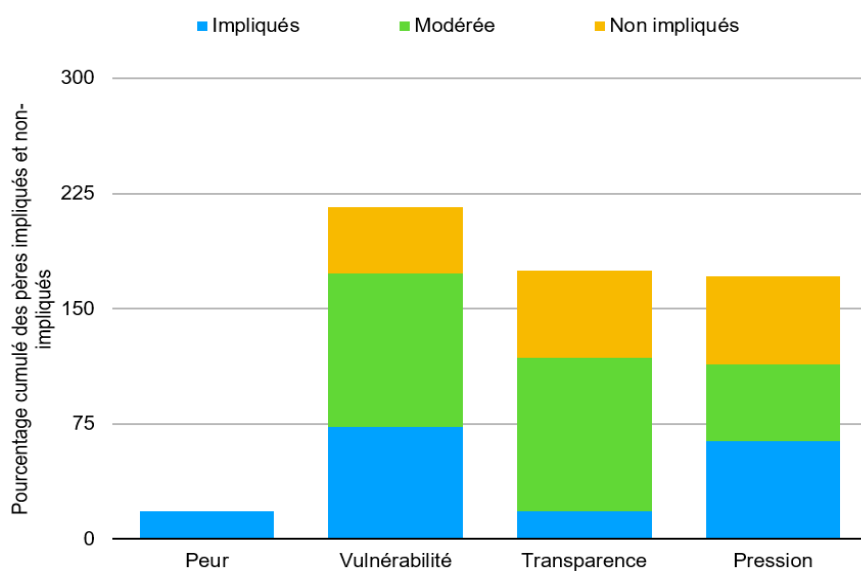
Annexe 13

Figure 2 : Implication des 20 pères interrogés – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019



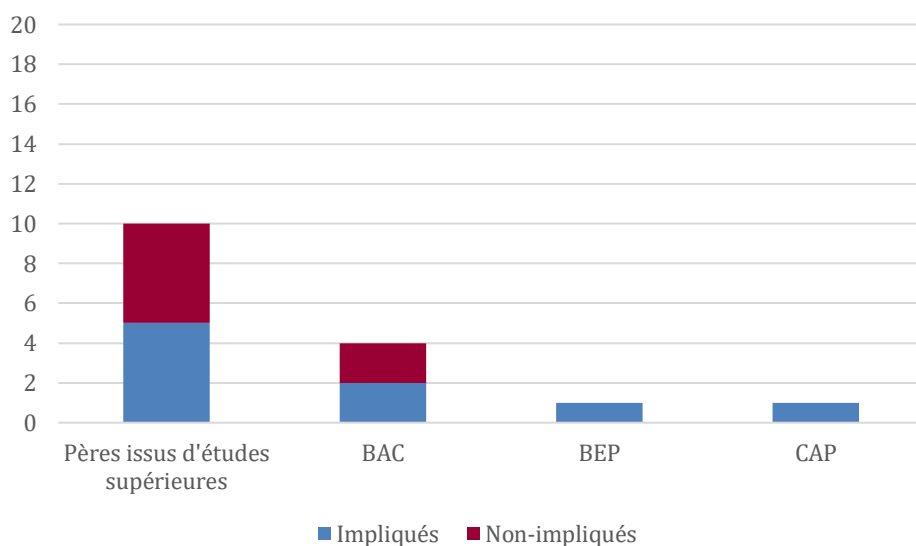
Annexe 14

Figure 3 : Ressenti global des 20 pères en fonction de leur implication dans l'accouchement et la naissance – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019



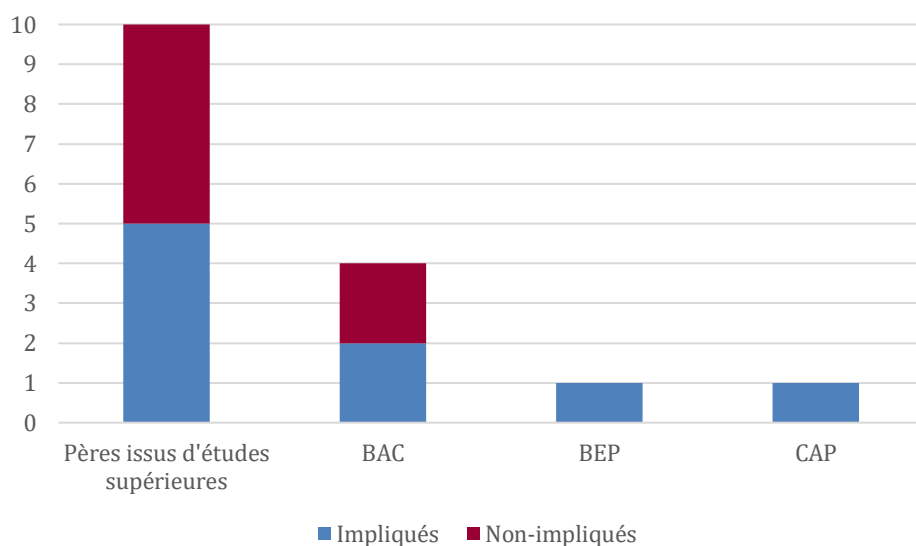
Annexe 15

Figure 4 : Les facteurs favorisant l'implication des pères durant le travail et l'accouchement – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019



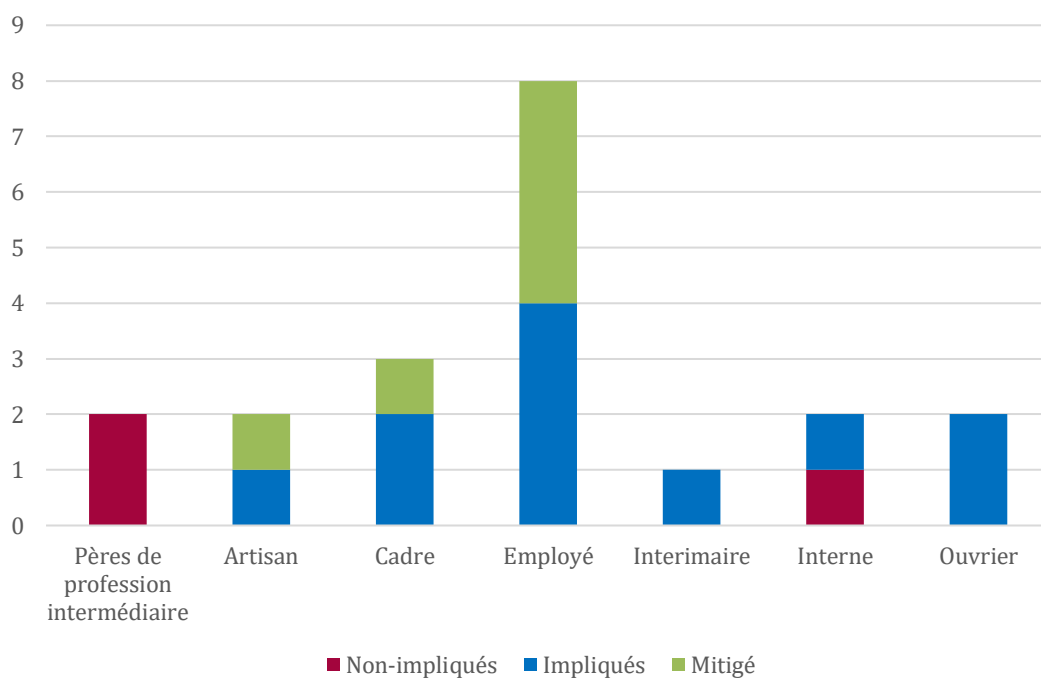
Annexe 16

Figure 5 : Relation entre le niveau d'étude et l'implication des pères durant le travail et l'accouchement – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019.



Annexe 17

Figure 6 : Relation entre la profession et l'implication du père durant le travail et l'accouchement – CHRU Nancy (Maternité) – Novembre 2018 à Mars 2019



ABSTRACT

Objectives : To describe the experience of « first-time fathers » and their involvement during birth. To identify factors that could positively or negatively affect this experience.

Methods : Qualitative and descriptive study conducted at the University Maternity of Nancy, from March 2018 to November 2019. 20 « first-time fathers », who attended the vaginal delivery of their full-term newborn, underwent semi-structured interviews between d0 and d3 post-partum, to study their experience from the pregnancy announcement to the post-partum period.

Results : Overall, all fathers related a positive birth experience, but vulnerability, transparency and fears were described during this process. 11 fathers (55%) were broadly involved, and some factors might facilitate their involvement during birth: a positive feeling at the pregnancy announcement, participating to a birth project and birth preparation courses, a natural induced labour and a good relationship with healthcare providers.

Conclusion : These results are congruent with data published in other countries. Birth preparation courses and accompaniment by a midwife were previously identified as positive factors for the involvement of fathers during delivery and their positive experience of birth. Although fathers are now welcome in birth process, they seem to suffer of a lack of gratitude for their participation, affecting their experience and involvement. Midwives seem to be crucial to reassure them, ensuring a positive paternal experience of birth.

Keywords : childbirth - paternal involvement - paternity – first-time fathers – lived

RESUME

Objectifs : Décrire le vécu des « primipères » et leur implication en salle d'accouchement. Identifier les facteurs affectant positivement ou négativement ce vécu et cette implication.

Matériel et méthodes : Etude qualitative descriptive réalisée à la Maternité du CHRU de Nancy entre le 11/2018 et le 03/2019. 20 « primipères », ayant assisté à l'accouchement par voie basse de leur enfant à terme, ont été interrogés entre J0 et J3 du post-partum par des entretiens semi-directifs, sur leur vécu de l'annonce de la grossesse au post-partum.

Résultats : Tous les pères ont globalement un vécu positif de la naissance, mais des sentiments de vulnérabilité, de transparence, et de peur ont été décrits. 11 pères (55%) se sont sentis globalement impliqués dans l'accouchement, et des facteurs pourraient favoriser cette implication ainsi que le vécu de la naissance : l'émotion positive à l'annonce de la grossesse, le respect du projet de naissance et à la PNP, la mise en travail spontanée et une relation satisfaisante avec l'équipe soignante.

Discussion-conclusion : Le vécu et l'implication des pères en salle de naissance semblent correspondre à ce qui est décrit dans d'autres pays. La PNP et l'accompagnement des sages-femmes sont décrits dans d'autres études comme des facteurs favorisant leur vécu et leur implication dans la naissance et la méconnaissance de la maïeutique est décrite comme un facteur limitant leur expérience de la naissance. Malgré la mise en place de dispositifs d'inclusion des pères, ceux-ci souffrent d'un manque de reconnaissance, affectant leur vécu et l'implication. Les sages-femmes détiennent un rôle primordial pour eux, leur inspirant réassurance et reconnaissance.

Mots-clés : accouchement – implication paternelle – paternité – primipères - vécu