



HAL
open science

Vécu du père après un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (ventouse ou forceps) à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble

Camille Delozanne

► To cite this version:

Camille Delozanne. Vécu du père après un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (ventouse ou forceps) à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01203708

HAL Id: dumas-01203708

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203708>

Submitted on 8 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Vécu du père après un accouchement par voie basse
avec extraction instrumentale (ventouse ou forceps)
à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble**

Mémoire soutenu le 8 septembre 2015

Par Camille DELOZANNE

Née le 3 octobre 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2015

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Vécu du père après un accouchement par voie basse
avec extraction instrumentale (ventouse ou forceps)
à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble**

Mémoire soutenu le 8 septembre 2015

Par Camille DELOZANNE

Née le 3 octobre 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2015

Je remercie les membres du jury :

Mme Chantal SEGUIN ; Directrice Département de maïeutique, UFR médecine de Grenoble, présidente du jury,

Pr Pascale HOFFMANN ; Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, HCE-CHU de Grenoble, co-présidente du jury,

Mr Laurent GAUCHER ; Sage-Femme HFME et Pôle IMER, Hospices civiles de Lyon, sage-femme invité,

Mme le Docteur Annie POIZAT ; Psychiatre, Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal au CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire,

Mme Nadine VASSORT ; Sage-Femme Cadre Supérieur Enseignante du Département de maïeutique à l'UFR de médecine de Grenoble, guidante de ce mémoire

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Docteur Annie POIZAT, Psychiatre, Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal au CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire,

Pour votre gentillesse, votre réactivité et vos remarques pertinentes,

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Cadre Supérieur Enseignante du Département de maïeutique à l'UFR de médecine de Grenoble, guidante de ce mémoire,

Pour vos conseils et votre soutien, dans ce mémoire comme dans mon projet professionnel, pour votre bienveillance,

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, référente de promotion,

Pour tout ce que tu as fait pour nous pendant ces quatre années. Pour les professionnels que nous sommes grâce à toi,

Merci à tous les pères et au personnel hospitalier, sans qui rien n'aurait été possible,

Merci à tous les professionnels qui m'ont aidée à devenir la sage-femme que je suis,

Je remercie également :

Elie GOUDON,

Pour ton aide et nos neuf années d'études ensemble,

Emeline GARANCINI, ma future associée,

Pour notre amitié unique, pour nos discussions et notre vision de la profession, pour tout ce que tu m'apportes,

Marie-Aline DELOZANNE,

Pour tes relectures et tes encouragements, pour m'avoir toujours soutenue, pour avoir toujours été là,

A tous ceux qui ont toujours cru en moi ...

TABLE DES MATIERES

Abréviations	1
I. INTRODUCTION	2
II. MATERIEL ET METHODE	4
1. Type d'étude	4
2. Site d'étude	4
3. Population	4
4. Recueil de données	4
4.1 <i>Méthode de recueil</i>	4
4.2 <i>Données recueillies</i>	5
5. Critères de jugement	5
6. Nombre de sujets nécessaires	6
7. Traitement des données et analyse statistique	6
III. RESULTATS	7
1. Population	7
1.1 <i>Inclusion</i>	7
1.2 <i>Caractérisation</i>	7
2. Objectif principal	10
3. Objectifs secondaires	12
IV. DISCUSSION	18
1. Limites de l'étude	18
2. Discussion des résultats	19
2.1 <i>Objectif principal</i>	19
2.2 <i>Objectifs secondaires</i>	21
V. CONCLUSION	26
Bibliographie	28
ANNEXES.....	30
Résumé	34

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier de Grenoble

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

NR : Non Répondu

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder (Trouble de Stress Post Traumatique)

I. INTRODUCTION

Traditionnellement, l'accouchement est une histoire de femmes. L'homme, le futur père, a longtemps été absent et exclu de la grossesse et de l'accouchement. L'image du père était celle fumant nerveusement dans la salle d'attente. Cette image est « ...révélatrice d'un embarras, de la conscience d'une inutilité, de l'impuissance de l'homme en cette circonstance » (Jacques Barbaut)^[1]. Le père attendait ailleurs, n'ayant aucun aperçu de ce qui se passait en salle d'accouchement. On lui présentait son enfant à la fin de l'accouchement.

La société a évolué, la notion de couple et de famille aussi, avec la légalisation de la pilule en 1967^[2], donnant le choix de ne pas avoir d'enfant.

L'essor de l'échographie dans les années 80 a permis l'arrivée des pères dans les maternités lors des consultations prénatales. Parallèlement, le développement de la préparation à la naissance et à la parentalité, notamment de l'haptonomie, a de plus en plus impliqué le père, qui dans ces mêmes années a commencé à entrer en salle de naissance.

La grossesse devient une aventure à deux, une aventure de couple.

Maintenant, la présence du père pendant la grossesse et à l'accouchement n'est plus à défendre, puisque neuf pères sur dix assistent à la naissance de leur enfant^[3].

Ces pères voient de plus en plus d'actes : les touchers vaginaux, les sondages urinaires, les accouchements..., malgré une majorité (57%) gênée par les touchers vaginaux répétés^[4].

Ils sont de plus en plus nombreux à rester, et de plus en plus d'hôpitaux proposent par exemple aux pères d'entrer en salle de césarienne : l'hôpital Foch^[5] qui en informe les parents sur son site internet ou encore l'HCE de Grenoble qui le permet aux pères dans certaines situations. Ils font partie intégrante de la maternité, et le personnel hospitalier s'occupe désormais de couples comme l'indique le nom de certaines maternités : l'Hôpital Couple Enfant à Grenoble.

Cependant en obstétrique il existe des situations urgentes lors desquelles la vie de la mère et/ou de l'enfant peuvent être menacées. Dans ces situations d'urgence le père peut se retrouver exclu : un professionnel de santé peut lui demander de sortir de la salle ou il peut être laissé de côté, sans explications sur l'instant, l'urgence étant de sauver la mère et/ou l'enfant.

A l'accouchement, lorsque des anomalies du rythme cardiaque fœtal font craindre un risque d'acidose fœtale ou lorsque les efforts expulsifs durent plus de 30 minutes, il est nécessaire d'aider à l'expulsion avec une ventouse ou des forceps. Le choix de l'un ou l'autre est fonction de l'opérateur et de la situation^[6].

Or d'après l'étude de Karen K. et al.^[7], les hommes trouvent les extractions instrumentales plus traumatiques que les accouchements par voie basse eutociques, et se sentent moins utiles lors de l'accouchement.

L'expérience de la naissance est vécue de façon moins positive que lorsque l'accouchement est physiologique^[8], voire est associée à un mauvais vécu de la naissance^[9]. On retrouve aussi des sentiments proches de la panique.

Dans cette même étude un père s'exprime ainsi "Les difficultés lors de la naissance m'ont marqué à vie".

Cependant lors d'une autre étude, seul un père (sur un échantillon de 27) ne serait pas resté s'il avait dû choisir de nouveau.^[7]

On compte en France plus de 800 000 naissances par an^[10] dont en moyenne 3,9% par forceps et 5,3% par ventouse en 2010^[11] selon la dernière ENP.

Afin de mieux accompagner les couples dans cette situation, il est important de savoir quel est l'état de stress des pères lors d'un accouchement avec extraction instrumentale et ce qui pourrait diminuer ce stress.

L'hypothèse de notre étude est de montrer qu'un accouchement par extraction instrumentale peut entraîner une détresse significative chez le père.

L'objectif principal de cette étude est de mesurer le score de stress des pères suite à un accouchement par ventouse ou forceps.

L'objectif secondaire est de déterminer comment les professionnels de santé pourraient agir afin d'aider les pères à mieux vivre l'événement.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, de type descriptive, rétrospective, déclarative et monocentrique.

2. Site d'étude :

L'étude a été réalisée à la maternité du CHU de Grenoble, dans le service de suites de couches. C'est une maternité de type 3 réalisant presque 3000 accouchements par an (2961 en 2012) dont 15,1 % par extraction instrumentale (ventouse et forceps)^[12].

3. Population :

Les pères ont été recrutés pendant la période du 24 juin au 23 août 2015. L'inclusion a été réalisée à la maternité, lors du séjour du post-partum de la mère. Tous les pères, dont la conjointe était hospitalisée suite à l'accouchement d'un enfant unique et ayant eu une extraction instrumentale, ont été inclus.

Ont été exclus de l'étude les pères absents lors du travail et de l'accouchement, les pères dont le nouveau-né était hospitalisé en néonatalogie, les pères analphabètes ou illettrés, les pères ne parlant pas français, les pères refusant de participer et les couples refusant de recevoir de la visite.

4. Recueil de données :

4.1 Méthode de recueil :

Les données ont été recueillies de manière rétrospective à l'aide d'un questionnaire anonyme donné aux pères ou à défaut aux mères.

Les questionnaires ont été numérotés de 1 à 38.

En parallèle l'Apgar^[13] à une et cinq minutes de vie était issu du carnet de santé et relié au numéro du questionnaire avec le mode d'accouchement.

Les questionnaires ont été récupérés par l'équipe et déposés dans des enveloppes prévues à cet effet.

4.2 Données recueillies :

Le questionnaire comprenait 23 questions fermées, une question ouverte et une échelle d'auto-évaluation.

Cinq données servaient à caractériser les pères, quatre autres les enfants.

La dernière partie contenait l'échelle d'auto-évaluation : l'Inventaire de Détresse Péritraumatique^{[14], [15]}.

5. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était le score sur l'Inventaire de Détresse Péri traumatique.

L'Inventaire de Détresse Péritraumatique (disponible en annexe) contient 13 items cotés de 0 à 4. Les scores vont de 0 à 52.

Un score supérieur ou égal à 15 indique une détresse significative. Les personnes présentant une forte détresse péritraumatique risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques^[16].

Ce score est utilisé pour savoir si le critère A du DSM IV est présent. Ce critère est le suivant :

« Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. »^[17]

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La participation des pères aux cours de préparation à la naissance
- Leur présence lors de l'accouchement
- Leur estimation de la douleur de leur femme lors de l'extraction : pour cet item nous avons utilisé l'Echelle Verbale Simple dans sa forme écrite.
- Le retour sur l'événement par un membre de l'équipe
- Leur sentiment de confort avec leur enfant
- Leur ressenti par rapport au comportement de l'équipe

6. Nombre de sujets nécessaires :

Notre étude étant descriptive, nous nous étions fixé un minimum de 30 questionnaires à récupérer afin de nous rapprocher des critères d'une EPP.

7. Traitement des données et analyse statistique :

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, les variables quantitatives par des moyennes et des écarts types.

Pour la question ouverte à propos du comportement de l'équipe, nous avons noté tous les comportements positifs indiqués par les pères et nous les avons rassemblés par thème. Pour cela nous avons utilisé un dictionnaire des synonymes.

Pour les comportements négatifs nous avons rassemblé les phrases comportant les mêmes idées et les avons retranscrites directement.

III. RESULTATS

Tous les pourcentages ont été arrondis à la première décimale.

1. Population :

1.1 Inclusion

Trente-huit questionnaires ont été distribués, 30 furent récupérés. Nous avons donc un taux de non réponse à 21,1%.

1.2 Caractérisation

Tableau I : Modes d'extraction de l'enfant :

	n	(%)
Total	30	(100)
<u>MODE D'ACCOUCHEMENT</u>		
- Ventouse	14	46.7
- Forceps	12	40
- Ventouse puis forceps	4	13.3

On peut noter plus de ventouses (60%) en première intention mais un taux d'échec à 28,6%.

Nous avons au final des taux comparables de ventouses et de forceps.

Tableau II : Caractérisation des pères :

	n	(%)
Total	30	(100)
PERES		
Age		
- Moyenne (écart type)	31.5 (5,2)	
- Age minimum	23	
- Age maximum	49	
Statut marital		
- Marié	11	36.7
- Pacsé	11	36.7
- En concubinage	8	26.7
Profession		
- CAP ou équivalent	14	46.7
- Bac ou équivalent	2	6.7
- Bac + 2	4	13.3
- Bac + 3	1	3.3
- Bac + 5 ou plus	7	23.3
- Profession médicale	2	6.7
Parité		
- Primiparité	24	66.7
- Multiparité	6	33.3
• <i>Extraction instrumentale lors du 1er accouchement :</i>	2	33.3
Naturel anxieux		
- Oui	4	13.3
- Plutôt oui	13	43.3
- Plutôt non	6	20
- Non	7	23.3

Deux pères exerçaient une profession médicale, l'un était médecin anesthésiste réanimateur (et ami de l'obstétricien ayant pratiqué l'extraction instrumentale) et le second interne en

médecine. Cependant pour le second le vécu de l'accouchement était mauvais et il présentait un score à 27 sur l'Inventaire de Détresse Péri traumatique.

Les six pères multipares ont assisté à la naissance de leurs précédents enfants. Sur ces six pères, deux d'entre eux ont déjà assisté à un accouchement par ventouses ou forceps.

Tableau III : Caractérisation des nouveau-nés :

	n	(%)
Total	30	(100)
<u>ENFANTS</u>		
Sexe		
- Fille	13	43.3
- Garçon	17	56.7
Poids en grammes à la naissance		
- Moyenne (écart type)	3235	
- Minimum	2420	
- Maximum	4200	
Bonne santé		
- Oui	30	100
- Non		
Apgar à 1 minute de vie		
- ≥ 7 à 1 minute	25	83.3
- < 7 à 1 minute	2	6.7
- Non renseigné	3	10
Apgar à 5 minutes de vie		
- ≥ 7 à 5 minutes	28	93.3
- < 7 à 5 minutes	0	0
- Non renseigné	2	6.7

Les scores d'Apgar non renseignés concernaient des enfants pour lesquels d'après les parents une prise en charge à la naissance fut nécessaire (ventilation pour deux d'entre eux). Cependant cet item n'était pas rempli dans le carnet de santé.

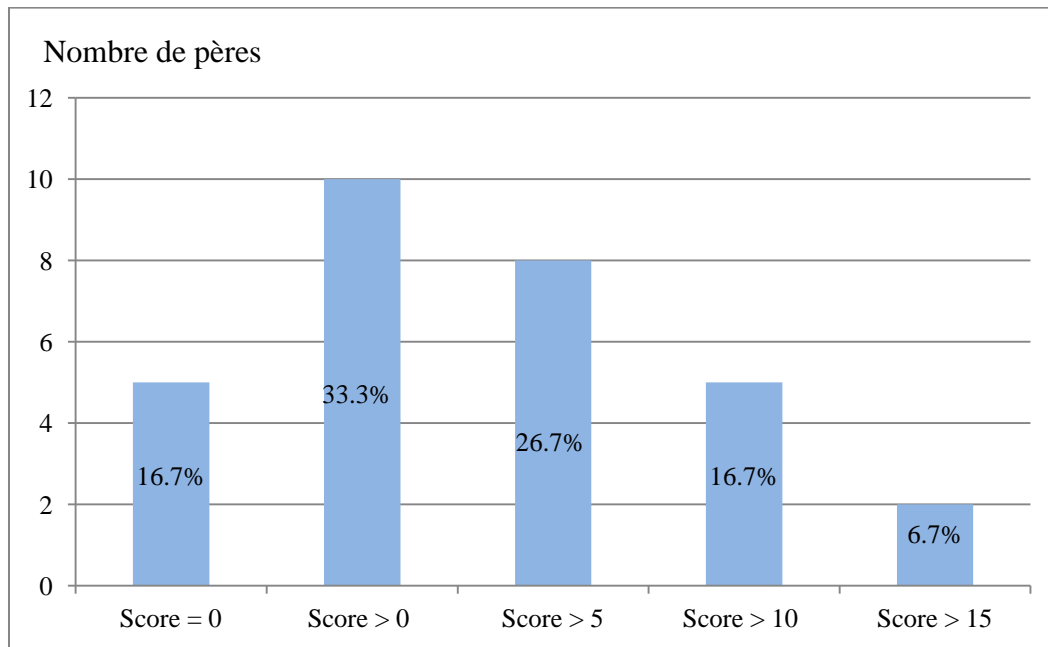
Un poids est approximatif car il y a eu une erreur de pesée à la naissance (balance non tarée).

2. **Objectif principal :**

Notre objectif principal était le score obtenu sur l'échelle de stress péri traumatique.

Dans notre échantillon, deux pères présentaient un score supérieur à 15. L'un était de 27, et le second de 20.

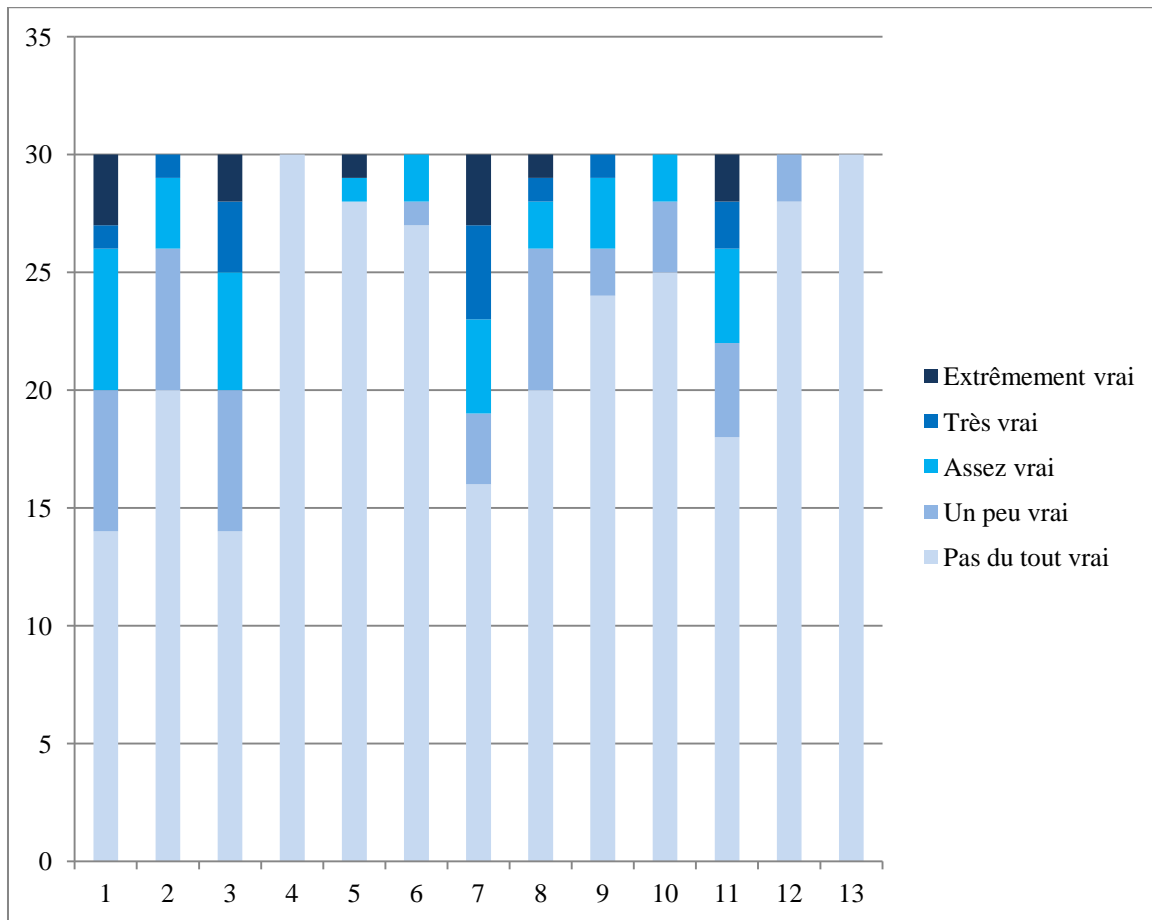
Figure 1 : Scores des pères sur l'Inventaire de Détresse Péri traumatique :



Les pourcentages ont été arrondis à la première décimale.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux réponses données à chaque item.

Figure 2 : Réponses des pères aux 13 items de l'Inventaire de Détresse Péri traumatique :



Légende :

1 : Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit

2 : Je ressentais de la tristesse et du chagrin

3 : Je me sentais frustré et en colère car je ne pouvais rien faire de plus

4 : J'avais peur pour ma propre sécurité

5 : Je me sentais coupable

6 : J'avais honte de mes réactions émotionnelles

7 : J'étais inquiet pour la sécurité des autres

8 : J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions

9 : J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle

10 : J'étais horrifié de ce que j'avais vu

11 : J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations

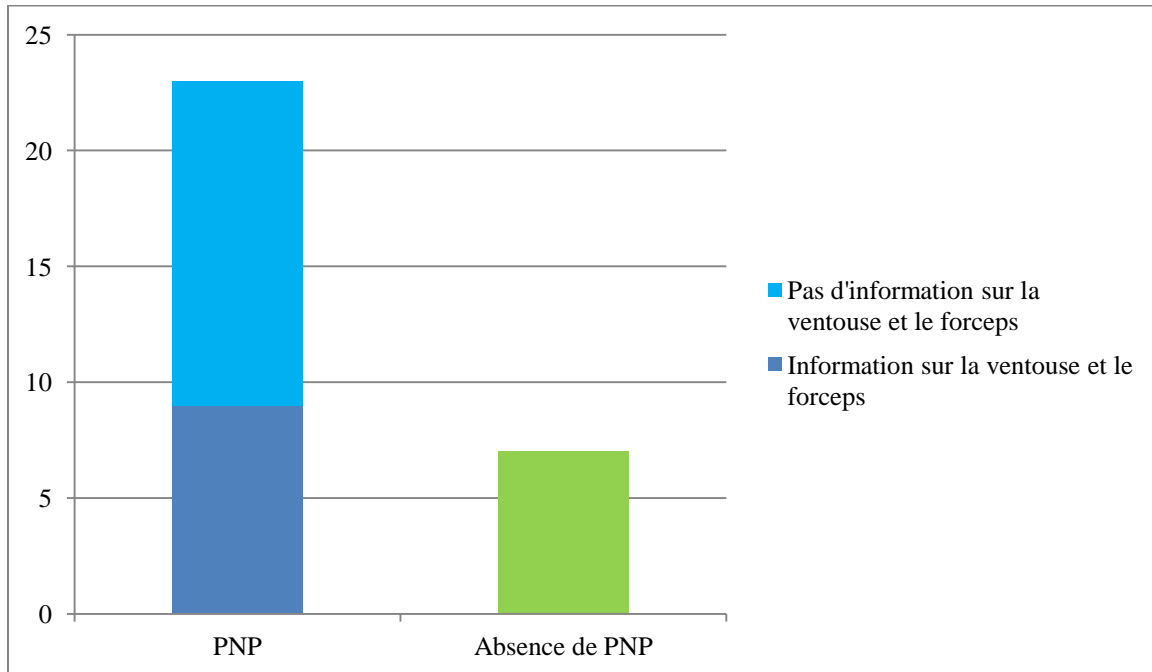
12 : J'étais sur le point de m'évanouir

13 : Je pensais que j'allais mourir

3. Objectifs secondaires :

3.1 La participation des pères aux cours de préparation à la naissance

Figure 3 : Réponses des pères aux questions « Avez-vous assisté aux cours de préparation à la naissance ? » et « Si oui, avez-vous assisté à une information sur la ventouse et le forceps ? »



Vingt-trois pères (76.7%) ont été aux cours de préparation à la naissance, cependant 14 (60.9%) n'ont pas eu d'information sur la ventouse et le forceps.

Vingt-quatre pères étaient primipares et parmi eux 20 ont assisté aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité ce qui fait un taux de participation de 83,3 %.

Parmi les pères non primipares deux sur six ont participé aux cours de PNP, ce qui nous fait un taux de participation à 33.3%.

3.2 Leur présence lors de l'accouchement

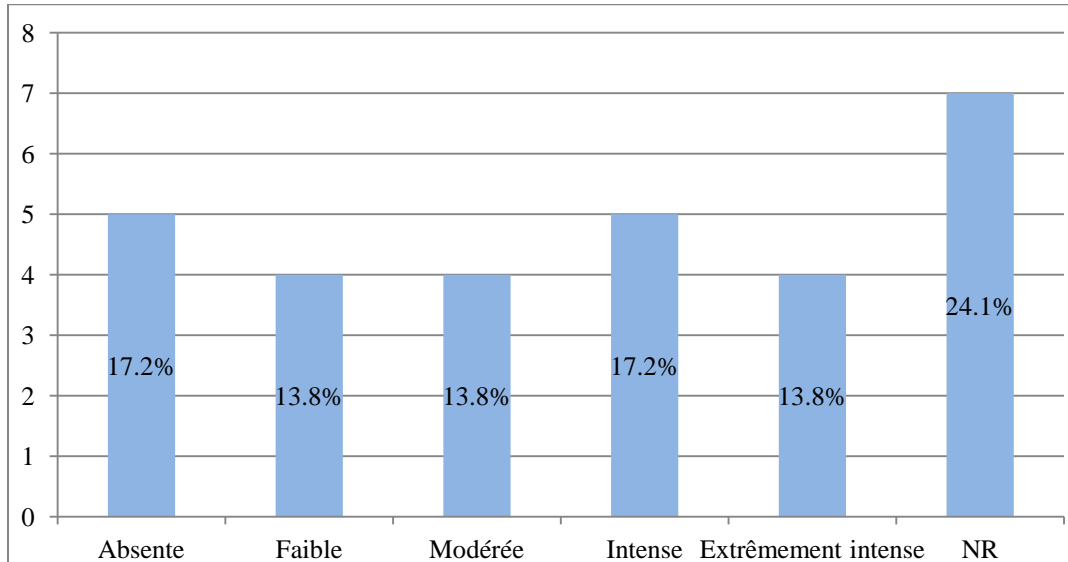
Tous les pères étaient présents au début de l'accouchement.

Seul un père n'était pas présent lors de la ventouse. Ce n'était pas son choix. Sa conjointe a été transférée en salle de césarienne et il n'a pas eu le temps d'être habillé avant la fin de la ventouse. Il est donc arrivé après l'accouchement. Tous les autres pères ont assisté à la ventouse et/ou forceps.

Aucun père n'aurait préféré ne pas rester à posteriori.

3.3 Leur estimation de la douleur de leur femme lors de l'extraction

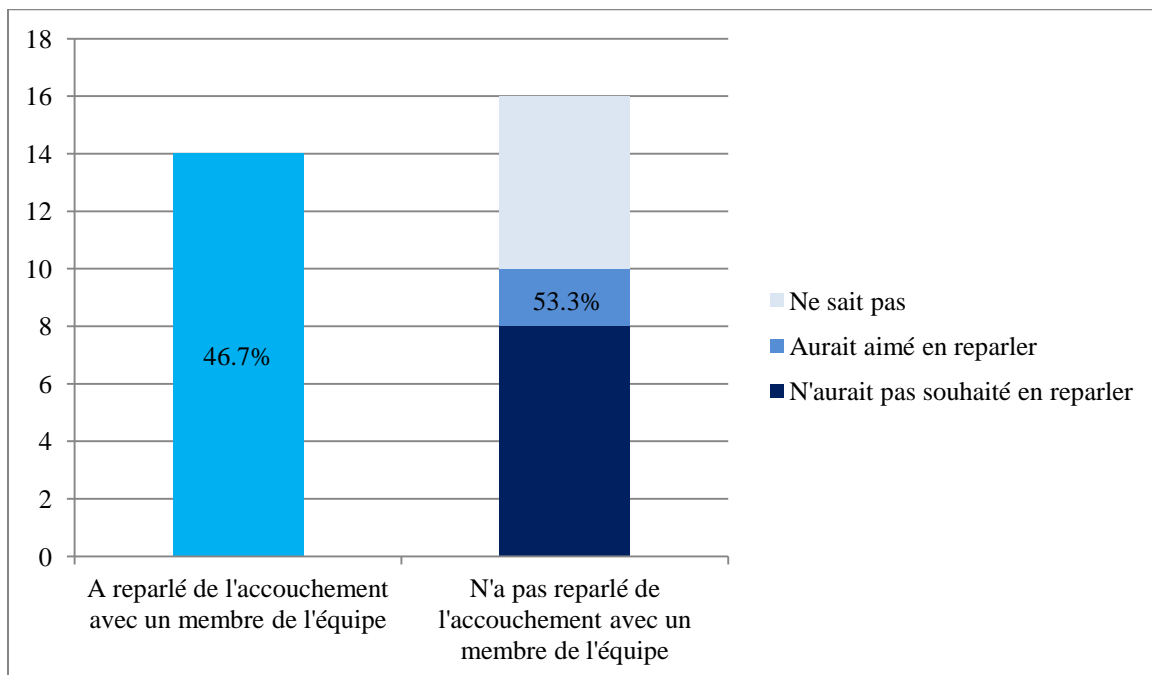
Figure 4 : Réponse des pères à la question « Comment coteriez-vous la douleur de votre femme pendant le forceps ou la ventouse ? »



Vingt neuf pères ont répondu à cet item, puisqu'un n'était pas présent lors de la ventouse.

3.4 Le retour sur l'événement par un membre de l'équipe

Figure 5 : Réponses aux questions « Avez-vous pu reparler de l'accouchement avec un membre du personnel soignant ? » et « Si non, auriez-vous aimé en reparler ? »



Parmi les pères n'ayant pas pu reparler de l'accouchement avec un membre du personnel soignant, huit pères (soit 50%) n'auraient pas souhaité en reparler.

Deux pères (12,5%) auraient quant à eux aimé en reparler et six pères (37,5%) ne savaient pas s'ils auraient souhaité reparler de l'accouchement.

3.5 Leur sentiment de confort avec leur enfant

Figure 6 : Réponses à la question « L'annonce de cette grossesse a-t-elle été une surprise pour vous ? »

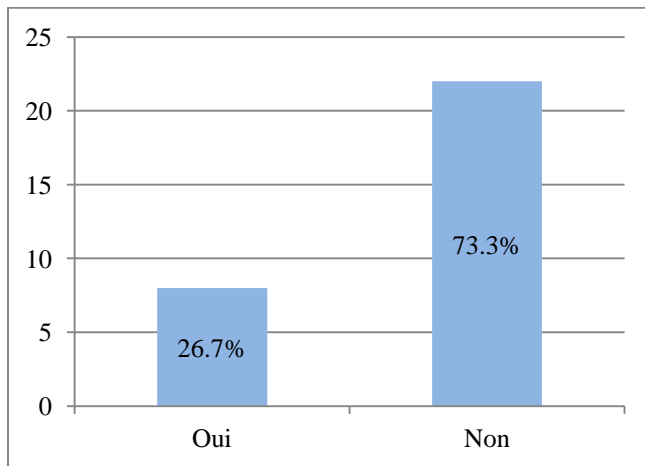
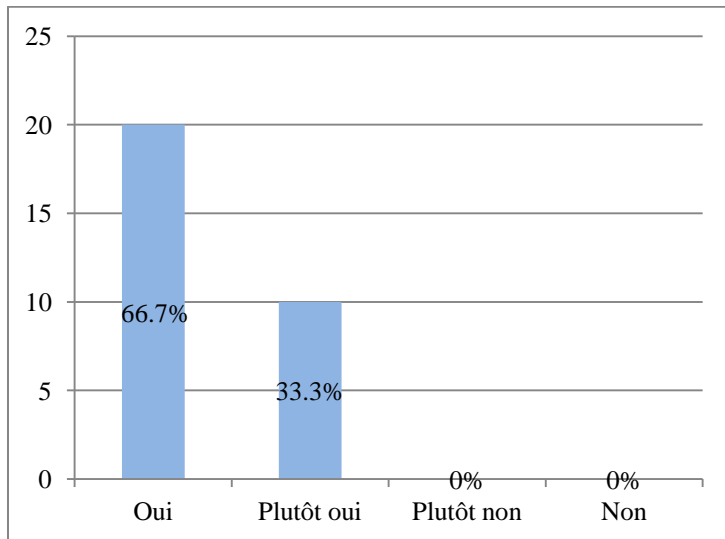


Figure 7 : Réponses à la question « Vous sentez vous à l'aise avec votre bébé ? »



3.6 Leur ressenti par rapport au comportement de l'équipe

Trois pères (soit 10%) n'ont pas répondu à cette question.

Les points positifs du comportement de l'équipe :

Douze pères (soit 40%) ont mis en avant l'écoute du personnel soignant.

En second vient le fait de donner des explications et la gentillesse du personnel soignant (définie par les mots : agréable, gentil, sympathique, chaleureux) relevés par 11 pères soit 36,6% pour chacun des deux items.

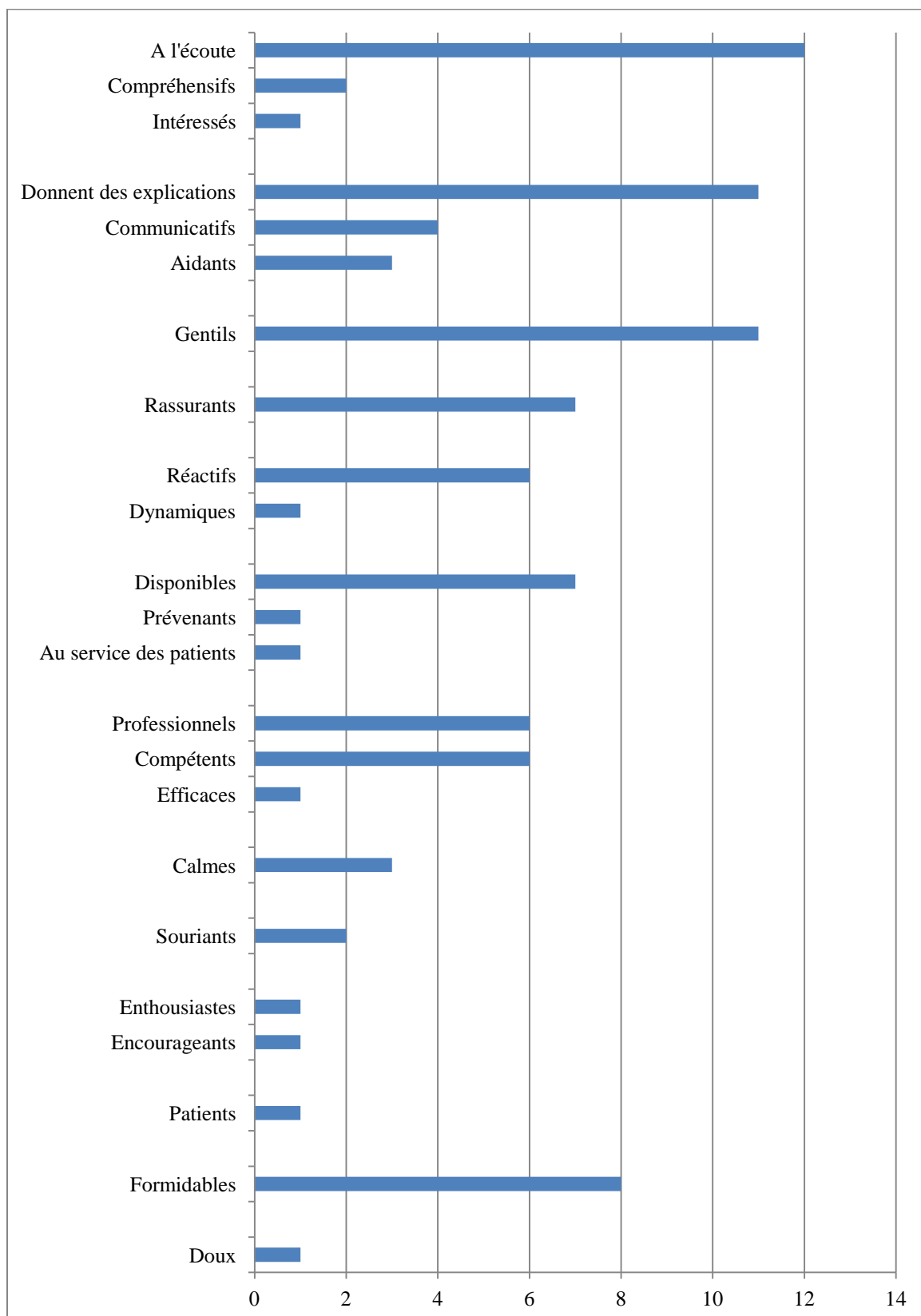
A ce sujet un père précise « Retour après l'accouchement avec explications sur le déroulement » et un second « Le médecin [...] qui est passé nous voir le lendemain pour discuter de l'accouchement en toute franchise »

Sept pères (23,3%) ont trouvé les professionnels rassurants et sept autres ont apprécié le fait que les soignants soient disponibles (défini par les mots présent, disponible).

La réactivité, le professionnalisme et la compétence viennent ensuite avec six pères (20%) pour chacun de ces mots.

Huit pères (26,6%) ont trouvé l'équipe formidable (incluant les mots excellent, parfait, formidable et super).

Figure 8 : Réponses à la question ouverte « A propos du comportement de l'équipe : Quels ont été les points positifs ? » - Mots utilisés par les pères ou synonymes.



Les points négatifs du comportement de l'équipe :

28 pères ont répondu à cette question, et 13 (46,4%) décrivent des comportements négatifs.

Parmi ceux-ci on retrouve la distance et le manque d'écoute de l'équipe pour six pères :

« Interne d'anesthésie seul et perdu »

« Anesthésiste ayant dit que la douleur était psychologique »

« Anesthésiste peu prévenant et assez froid »

« Comportement très directif, volonté d'accélérer l'accouchement, peu d'écoute. »

« Sage-femme froide et directive, ne prenant pas le temps d'expliquer »

« Le médecin ne s'est pas présenté avant le forceps. Parlent entre eux dans un langage technique »

Le manque d'explications est avancé par quatre pères :

« Nous n'avons su que le bébé avait un problème qu'après l'accouchement (cordon autour du cou) : le docteur a agi dans l'urgence mais personne ne nous a dit ce qu'il se passait »

« Sage-femme [...] ne prenant pas le temps d'expliquer. [...] Les gens ne m'ont pas trop expliqué ce qui se passait, j'étais là sans rien savoir »

« Peu d'informations »

« Mis devant le fait accompli, sans avoir le choix. On nous a à peine parlé du forceps et pas du tout de l'épisio. »

La mise à l'écart pour deux pères :

« Laisse de côté au moment du transfert en salle de césarienne »

« Mis à l'écart sans dire pourquoi avant d'intervenir »

Le changement de discours du personnel soignant lors du changement d'équipe pour un père :

« Changement brutal de direction dans l'accouchement après le changement de sage-femme : on est passé d'un discours « le bébé va bien, donc on prend le temps qu'il descende peu à peu » à « là il faut qu'il avance, il faut le sortir » alors que le bébé allait bien »

Un défaut de suivi pour un père :

« Pas lu le dossier (tachycardie fœtale).

Le nombre d'étudiants pour un père :

« Trop d'étudiants : peu rassurant même si efficaces. »

DISCUSSION

1. Limites de l'étude :

Le vécu d'un événement comme un accouchement difficile est différent suivant la situation et l'équipe présente à ce moment. Il reste une donnée subjective.

Le vécu du père sera donc directement influencé par le comportement de l'équipe. C'est pourquoi nous avons laissé une question ouverte à ce propos.

Nous n'avons ni étudié la situation lors de l'accouchement, ni les raisons du forceps et/ou de la ventouse. Suivant les indications (anomalies du rythme cardiaque fœtal ou durée des efforts expulsifs supérieure à 30 minutes) le degré d'urgence est différent. Le personnel médical ne peut pas prendre le même temps pour donner des informations et explications sur la situation.

Le taux de ventouses et de forceps est différent d'une maternité à l'autre. Nous avons donc un biais de sélection, notre étude étant monocentrique.

Notre population de 30 pères n'est pas représentative de la population générale, nos résultats ne peuvent donc pas être transposés à grande échelle.

Les pères ne parlant pas français ont été exclus de notre étude pour une question pratique, cependant ces couples-là sont les plus à même d'avoir un mauvais vécu de l'événement puisqu'ils comprennent peut-être moins ce qui se passe.

Il existe un biais de mémorisation puisque les données demandées étaient rétrospectives. Cependant ce biais est limité puisque celles-ci dataient toutes de moins de 9 mois.

2. Discussion des résultats :

Nous avons 14 (soit 46,7%) accouchements par ventouse et 16 (soit 53,3%) accouchements par forceps dans notre échantillon, ce qui correspond à la répartition des ventouses et des forceps en 2012 à l'HCE^[12] : 50,9% de forceps et 49,1% de ventouses.

Nous avons donc sensiblement le même nombre de ventouses et de forceps.

2.1 Objectif principal :

Notre objectif principal était le score de l'Inventaire de Détresse Péri traumatique.

Dans notre étude deux pères ont présenté un score supérieur à 15 : l'un de 20 et l'autre de 27. Cela fait 6.7% des pères de notre étude ayant présenté une détresse significative. C'est inférieur aux chiffres retrouvés dans d'autres études : l'étude de Skari A. et al.^[18], montre que 13% des pères (sur un effectif de 122) présentaient une détresse psychologique cliniquement importante après un accouchement, qu'il soit eutocique ou non. Il n'a pas été montré de différence significative avec le mode de délivrance dans cette étude. Plusieurs échelles étaient utilisées : la General Health Questionary -28, la State Anxiety Inventory et l'Impact of Event Scale.

L'étude de Bradley R. et al.^[19], quant à elle, ne montre pas non plus de différence entre accouchement traumatique et eutocique. Dans cette étude 12% des pères présentent des symptômes cliniques d'au moins une dimension du PTSD (intrusion, évitement et hyperstimulation), 7% montrent des signes d'anxiété et 8% des signes de dépression.

La différence entre nos chiffres et ceux de ces études peut être expliquée par la petite taille de notre échantillon et la différence des échelles utilisées.

D'autres études montrent une différence significative entre accouchement avec extraction instrumentale et accouchement eutocique : dans l'étude d'Hildingsson I. et al.^[9], les pères rapportent plus de sentiments de panique dans ce premier cas.

Dans l'étude de Karen K. et al.^[7] les pères trouvent les accouchements par extraction instrumentale plus traumatiques que ceux eutociques et l'expérience de la naissance est dans ce cas moins positive.

Il serait intéressant de réaliser une étude comparative avec l'Inventaire de Détresse Péri traumatique sur les différents modes d'accouchement afin de comparer les scores.

Concernant les différents items :

Seize pères (soit 53,3%) ont adhéré aux items : « Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit » et « Je me sentais frustré et en colère car je ne pouvais rien faire de plus »

Dix (soit 33,3%) ont entouré la réponse « Assez vrai », « Très vrai » ou « Extrêmement vrai » sur ces deux items.

Ces items témoignent d'un sentiment d'impuissance des pères à ce moment-là. L'étude de Karen K. et al.^[7] a montré que les pères se sentent moins utiles lors d'une extraction instrumentale que lors d'un accouchement eutocique.

Nos résultats sont donc concordants avec cette étude.

Quatorze pères (soit 46,7%) ont adhéré à l'item « J'étais inquiet pour la sécurité des autres » dont 11 (soit 36,7%) qui ont entouré la réponse « Assez vrai », « Très vrai » ou « Extrêmement vrai ». Cela paraît normal dans cette situation et paraît difficile à réduire, l'intégrité physique de l'enfant et de la mère restent menacés à ce moment-là. Peut être qu'une meilleure connaissance de la procédure chez les pères pourrait diminuer ce stress.

Les réactions physiques : « J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations » concerne 12 pères (soit 40%), « J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle » six pères (soit 20%) et « J'étais sur le point de m'évanouir » deux pères (soit 6,7%) montrent un sentiment de peur intense, voire de panique chez une partie des pères ce qu'Hildingsson I. et al.^[9] ont aussi montré dans leur étude : les pères assistant à un accouchement par extraction instrumentale avaient plus de sentiments de panique que lors des accouchements eutociques.

Les items « J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions » et « Je ressentais de la tristesse et du chagrin » concernent 10 pères (soit 33,3%) chacun, l'item « J'avais honte de mes réactions émotionnelles » trois pères (soit 10%) et l'item « Je me sentais coupable » deux pères (soit 6,7%). Les pères de notre étude ont donc en partie ressenti des sentiments négatifs. L'étude de Karen K. et al.^[7] a démontré que l'expérience de l'accouchement était moins positive lors d'un accouchement dystocique.

Cinq pères (soit 16,7%) ont entouré l'item « J'étais horrifié de ce que j'avais vu ». Il aurait été utile de savoir où ils étaient placés dans la salle d'accouchement, et ce qu'ils ont pu voir de ce dernier.

Aucun père ne s'est senti concerné par les items « J'avais peur pour ma propre sécurité » et « Je pensais que j'allais mourir » ce qui paraît plutôt logique puisque ces items concernent la sécurité physique du père qui n'est pas remise en cause à priori lors d'un accouchement.

Pour les résultats de tous ces items, il nous paraîtrait intéressant de les comparer au ressenti des pères lors d'un accouchement eutocique afin de démontrer une différence significative dans le vécu des pères, et de déterminer à quel niveau et sur quels points.

2.2 Objectifs secondaires :

La participation des pères aux cours de préparation à la naissance :

Vingt-trois pères (soit 76,7 %) ont assisté au cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Pour comparer nos chiffres nous avons utilisé le taux de participation des mères aux PNP de l'ENP de 2010^[11], car il est difficile de trouver des études importantes sur la participation des pères à ces cours.

Dans notre échantillon 83,3 % des pères primipares ont assisté aux PNP, ce qui est supérieur à la moyenne nationale des mères primipares participant aux PNP (66,8%).

De même 40 % de nos pères multipares y ont assisté, ce qui est supérieur à la moyenne nationale: 25,1 % des femmes multipares.

Les couples de notre étude ont donc plus assisté aux PNP.

Notre échantillon est de trente pères, il n'est donc pas représentatif de la population générale.

Cependant sur ces 23 pères ayant assisté aux PNP, seuls sept pères, soit 39,1 % ont eu une information concernant la ventouse et le forceps.

Il est possible que la sage-femme ou le médecin ayant dispensé les cours de préparation à la naissance n'ait pas abordé le sujet.

L'HAS pourtant recommande aux professionnels de donner une information sur les « autres modes d'intervention au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne) » lors des cours de préparation à la naissance^[20].

L'autre possibilité nous conduit au fait que les pères n'ont peut être pas participé à toutes les séances et n'ont donc pas participé à la séance concernant les extractions instrumentales.

Dans ce second cas, il pourrait être intéressant d'expliquer aux pères l'intérêt de cette information et de les encourager à participer à ce cours : une étude en 2012 de Tohota J. et al.^[21] s'est intéressée à l'inclusion d'un cours spécifique pour les pères et a démontré que les pères participant à ce cours présentaient moins d'anxiété après l'accouchement.

Le code du travail^[22] autorise le père à s'absenter de son travail pour trois consultations prénatales. Cela n'est pas suffisant pour assister à toutes les consultations prénatales (trois échographies, sept consultations mensuelles et huit cours de PNP).

Afin de définir quelle possibilité est la plus probable, il serait intéressant d'évaluer la participation des pères aux PNP plus en détail, avec l'inclusion des différentes sortes de préparation à la naissance comme l'haptonomie, la sophrologie,...

A Limoges, en Haute-Vienne, un cours de PNP spécifique pour les pères a été créé en 2013 par trois hommes sages-femmes. Chaque mois l'un d'eux anime ce cours, qui n'a pas de thème particulier, mais consiste en un échange. Ce cours est situé à un horaire (20h) permettant aux pères de venir facilement et concerne les hommes désirant un enfant, attendant un enfant ou ayant un enfant. Dans le mémoire de Faugeras R.^[23], étudiante sage-femme, les six pères interrogés sont majoritairement venus au troisième trimestre de grossesse et ont apprécié ce cours, l'ont trouvé utile et pour cinq d'entre eux cela a diminué leur angoisse.

Tout d'abord, cela montre qu'il est nécessaire que les professionnels informent correctement les couples sur les extractions instrumentales lors des PNP, qu'ils encouragent les pères à participer à ces PNP dès les premières consultations et qu'ils dispensent ces PNP à des heures permettant aux pères de venir.

Ces pères doivent aussi se sentir concernés, il est important de les intégrer pleinement aux cours et de les faire participer.

On pourrait aussi envisager de créer un cours pour les pères leur permettant d'exprimer leurs ressentis pendant la grossesse et après l'accouchement. Cela leur permettrait de parler de l'accouchement et de l'intégrer.

On pourrait ainsi repérer les pères présentant une forte détresse péri traumatique.

Leur présence lors de l'accouchement

Tous les pères étaient présents au début de l'accouchement.

Seul un père n'était pas présent lors de la ventouse, contre son gré et à priori contre celui de l'équipe aussi.

Aucun père n'aurait préféré ne pas rester à posteriori. Ce qui correspond à ce qu'on retrouve dans la littérature. Dans l'étude de Karen K. et al.^[7] aucun père n'aurait fait ce choix dans les accouchements par voie basse eutociques et un seul l'aurait fait dans les accouchements dystociques.

Leur estimation de la douleur de leur femme lors de l'extraction

Sept pères (soit 24,1%) n'ont pas répondu à cette question.

Notre hypothèse est une mauvaise disposition des questions. Le « Si oui, comment coteriez-vous la douleur de votre femme lors du forceps ou de la ventouse ? » est situé juste après le « Si oui, auriez-vous préféré à posteriori ne pas rester ? ». Or tous les pères ont répondu non à cette question et une partie d'entre eux a peut-être compris que le « Si oui » de la question suivante dépendait de la réponse précédente et non de la première question de l'item.

Cependant plusieurs questions sont disposées ainsi et ce problème n'est pas apparu à d'autres endroits.

L'autre hypothèse envisageable peut être le fait que les pères ne savaient pas répondre à cette question.

Cependant sur 22 pères ayant répondu à cette question, 4 (13,8%) ont jugé la douleur de leur femme « Extrêmement intense » et 5 (17,2%) « Intense », soit 9 pères ayant trouvé leur douleur au minimum intense.

Le même nombre de pères a coté la douleur de leur femme « Absente » (5 soit 17,2%) et « Faible » (4 soit 13,8%)

Nous n'avons pas relevé le mode d'analgésie de la femme mais seul un accouchement par ventouse dont le poids et le sexe de l'enfant correspondent à l'une des réponses s'est fait sans péridurale ni rachianesthésie pendant notre période d'inclusion à l'HCE.

Il serait intéressant d'avoir l'avis des femmes sur leur propre douleur au moment de l'acte.

Le père peut surestimer cette douleur : l'effort donné par la femme à ce moment est intense. De plus, il peut avoir vu les instruments, qui peuvent paraître impressionnants : il peut anticiper la douleur de sa femme.

Cependant nous pouvons supposer que leur femme a ressenti de la douleur pendant l'accouchement par ventouse ou forceps. Agir sur ce point, en s'assurant de la bonne analgésie de la femme pourrait influencer le vécu des pères (et des mères).

Le retour sur l'événement par un membre de l'équipe

Seize pères (soit 53,3%) n'ont pas reparlé de l'accouchement avec un membre de l'équipe. Or reparler d'un événement pour mieux le comprendre et l'intégrer peut paraître nécessaire, d'autant plus quand cet événement a été difficile et différent de l'attente des pères.

Cependant les réponses des pères à la question suivante : « Auriez-vous aimé en reparler ? » ne sont pas celles que nous attendions. Deux pères sur 16 (soit 12,5%) auraient souhaité reparler de l'accouchement. Huit pères (soit 50%) n'auraient pas souhaité en reparler et six (soit 37,5%) ne savaient pas.

Nous pouvons supposer que les pères ne demanderont pas d'eux même des explications sur l'accouchement, il paraît donc important d'envisager un retour systématique sur l'accouchement, si possible par un professionnel présent lors de l'accouchement, à distance de l'événement et en présence des deux parents.

Leur sentiment de confort avec leur enfant

Pour huit pères (soit 26,7%) l'annonce de la grossesse fut une surprise, cependant tous les pères se sentent à l'aise avec leur enfant.

La forte participation des pères aux séances de PNP dans notre étude pourrait expliquer ce sentiment d'aise avec leur enfant. Les pères de notre étude se sont à priori impliqués dans la grossesse.

Leur ressenti par rapport au comportement de l'équipe

Dans les comportements positifs de l'équipe :

- Douze pères ont apprécié l'écoute de l'équipe,
- Onze la gentillesse du personnel soignant
- Onze autres les explications données par les professionnels

- Huit pères ont trouvé l'équipe formidable
- Sept ont noté le côté rassurant
- La disponibilité a été relevée par sept pères
- Six pères ont noté le professionnalisme
- Six autres ont noté la compétence des professionnels
- Six la réactivité
- Trois le calme

On retrouve trois grandes idées dans ces comportements positifs : le professionnalisme (compétence, professionnalisme et réactivité), l'attitude bienveillante de ces professionnels (à l'écoute, gentils, rassurants, calmes et disponibles) et la capacité d'informer et d'expliquer.

Dans les comportements négatifs de l'équipe :

A l'inverse on retrouve principalement le manque d'écoute, le manque d'informations et d'explications et le manque de bienveillance.

Le sentiment de mise à l'écart évoqué par deux pères rejoint les comportements d'absence d'explications et de manque de bienveillance.

Vingt-huit pères ont noté des comportements positifs contre 13 ayant noté des comportements négatifs.

Notre étude rejoint celle de Johansson M. et al.^[8], les pères étaient majoritairement contents des professionnels et avaient apprécié le professionnalisme, la présence et le support des sages-femmes.

Une extraction instrumentale est certes une situation d'urgence, plus ou moins importante. En revanche il y a rarement moins de trois personnes dans la salle. Une personne pourrait s'assurer que le couple a compris ce qui se passait et que le père ne se sent pas isolé.

Les comportements positifs sont à développer, ils sont la base d'un bon comportement du professionnel. Ils conditionnent le vécu des pères et des couples, qui en maternité vivent un moment important et intense. Les soignants sont au plus près de ces pères et sont les plus à même de les aider à mieux vivre leur devenir père.

Nous pouvons penser à des formations, des ateliers pour sensibiliser les professionnels ou à développer les groupes Balint. Cependant nous pouvons supposer que les professionnels

souhaitant y participer sont déjà dans la recherche d'une attitude bienveillante, or il faudrait pouvoir cibler les professionnels plus en difficulté sur ces points.

Il serait intéressant d'étudier le ressenti de ces professionnels afin de réussir à les sensibiliser.

IV. CONCLUSION

Notre étude nous a permis de confirmer notre hypothèse : lors d'un accouchement par ventouse ou par forceps les pères peuvent présenter une détresse significative puisque 6,7 % des pères de notre étude ont eu un score supérieur à 15 sur l'Inventaire de Détresse Péri traumatique.

Les pères ont en majorité (16 pères soit 53,3%) noté un sentiment d'impuissance. Vient ensuite une inquiétude sur la sécurité de la mère et de l'enfant pour 14 pères (soit 46,7%), puis une réaction physique forte (tremblements, sueurs, palpitations) pour 12 pères (soit 40%) et enfin des sentiments négatifs pour 10 pères (soit 33%).

Nous avons essayé de déterminer ce qui pourrait aider les pères à mieux vivre l'accouchement par ventouse ou forceps.

Dans notre étude les pères ont participé pour 76,6 % d'entre eux aux cours de PNP. Cependant 60,9 % de ces pères n'ont pas eu d'information sur les extractions instrumentales.

Lors de l'accouchement 31 % des pères cotent la douleur de leur femme intense ou extrêmement intense et 53,3 % des pères n'ont pas reparlé de l'accouchement avec un membre du personnel soignant.

Le comportement de l'équipe peut avoir un rôle sur le vécu de l'événement par les pères. Les professionnels de santé exercent un métier où la relation avec les autres, notamment les patients et leur famille, est importante. Les pères notent dans les points positifs du comportement de l'équipe le professionnalisme, l'attitude bienveillante et la capacité d'informer et d'expliquer. Les comportements négatifs relevés par les pères sont à l'inverse : un manque d'information et d'explication, une attitude plus froide et distante et un manque d'écoute.

La place des pères dans les maternités est en constante évolution. Le père est de plus en plus présent à chaque étape de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Dans les situations plus complexes, à risque pour la mère et/ou l'enfant comme les extractions instrumentales, il est difficile pour les soignants de s'occuper aussi du père.

Les professionnels doivent pourtant s'adapter et prendre conscience du vécu émotionnel des pères.

Il serait nécessaire de favoriser le fait que les soignants présents à l'accouchement viennent reparler systématiquement d'un accouchement dystocique en suites de couches aux deux parents afin d'aider ceux-ci à mieux comprendre et intégrer l'événement.

Le comportement des professionnels est important, il faut favoriser les attitudes d'écoute et développer la communication patient-soignant et cela pourrait passer par la formation initiale et continue des soignants ou le développement de groupes Balint.

De même il nous semble intéressant d'inclure les pères dès le début de la grossesse dans les cours de PNP, de leur dispenser à eux et à leur femme une information claire sur les extractions instrumentales et de penser l'ouverture de séances réservées uniquement aux pères, en pré et post natal. Cette séance pourrait permettre de repérer les pères présentant une détresse significative et de les aider.

Bibliographie

- [¹] Barbaut J. (1996) Mythes et légendes de la naissance. Paris : Editions Plume. P141
- [²] Neuwirth L. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles 1648 & 1649 du code de la sante publique. Journal Officiel de la République Française du 29 décembre 1967. page 12861.
- [³] Carton R. Du côté des pères. © 2009 [Consulté le 15/08/15]. Disponible sur : www.lequotidiendumedecin.fr
- [⁴] Seguin M-C. Point de vue masculin sur les rapports de couple après la naissance d'un premier enfant. Diplôme d'Etat de Sage-Femme. Ecole de sage-femme de Caen ; 2014
- [⁵] Hôpital Foch. La césarienne. [Consulté le 15/08/15]. Disponible sur : www.hopital-foch.org
- [⁶] Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Extractions instrumentales. © 2013 [Consulté le 13/08/2015]. Disponible sur : www.cngof.asso.fr
- [⁷] Karen K., Chan L. et Paterson-Brown S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ?* Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002 ; Vol. 22, No. 1, 11 – 15.
- [⁸] Johansson M., Rubertsson C., Radestad I. et Hildingsson I. *Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers.* Sexual & Reproductive Healthcare 2012 ; 3 : 11-20.
- [⁹] Hildingsson I., Karlström A. et Nystedt A. *Parent's experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden.* Sexual & Reproductive Healthcare 2013 ; 4 : 3-8
- [¹⁰] Bellamy V., Naissance – Fécondité, © 2014 [Consulté le : 15/08/15] Disponible sur : www.insee.fr
- [¹¹] Blondel B. et Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm 2011, p79
- [¹²] Livret d'accueil des stagiaires au bloc obstétrical de l'HCE.GO.ENS 002, 11-2013, V3
- [¹³] Mécanique et Technique Obstétricale. Réanimation primaire du nouveau-né – Score d'Apgar. Montpellier : Sauramps Médical ; 2012. P. 883
- [¹⁴] Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. *The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD Criterion A2.* Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 1480 –5.

[15] Jehel L., Brunet A., Paterniti S. Guelfi J. D., Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *Can J Psychiatry*, Vol 50, No 1, January 2005 ; 67-71

[16] Trousse de triage rapide. © 2009 [Consulté le 25/08/2015]. Disponible sur : www.info-trauma.org

[17] American Psychiatric Association. (2005) Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux – 4^{ème} édition. Etat de stress post-traumatique. Lonrai : Maisson Editions. P563/564

[18] Skari A., Skreden M., Malt V.F., Daholt M., Ostensen A.B. Egeland T. et al. *Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth-a prospective population-based study of mothers and fathers*. *BJOG* 2002, vol 109, P1154-1163

[19] Bradley R., Slade P. et Leviston A. *Low rates of PTSD in men attending childbirth-A preliminary study*.

[20] HAS 2005 : Recommandations pour la pratique clinique, Préparation à la Naissance et à la Parentalité – Argumentaire.

[21] Tohota J., Maycock B., Hauck Y.L., Dhaliwal S., Howat P., Burns S. et al. *Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety ? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale*. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012, P12 : 75

[22] Article L1225-16 modifié par la loi n°2014-873 du 4 août 2014 du Code du Travail.

[23] Faugeras R. La préparation à la naissance spécifique pour les hommes en Haut-Vienne. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Limoges ; 2015

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire donné aux pères en suite de couche

ANNEXE II : Inventaire de détresse péri traumatique

ANNEXE I : Questionnaire donné aux pères en suite de couche

Bonjour Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme, en cinquième année, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'étudie le vécu des pères lors d'un accouchement avec ventouse ou forceps.

Je vous remercie d'avance de l'attention que vous porterez à ce questionnaire,

Camille Delozanne.

QUESTIONS GÉNÉRALES

- 1) Quel âge avez vous ?
- 2) Êtes-vous ? Marié Pacsé En concubinage
- 3) Quelle est votre profession ?
- 4) Considérez-vous que vous êtes d'un naturel anxieux ? Oui Plutôt oui Plutôt non Non

QUESTIONS SUR LA GROSSESSE

- 5) L'annonce de cette grossesse a-t-elle été une surprise pour vous ? Oui Non
- 6) Avez-vous assisté aux cours de préparation à la naissance ? Oui Non
 - Si oui, avez-vous assisté à une information sur la ventouse et le forceps ? Oui Non
- 7) Est-ce votre premier enfant ? Oui Non
 - Si non, combien d'enfants avez-vous ?
 - Avez vous assisté aux accouchements de vos précédents enfants ? Oui Non
 - Si oui, l'accouchement a-t-il nécessité une ventouse ou un forceps ? Oui Non

QUESTIONS SUR L'ACCOUCHEMENT

- 8) Étiez-vous présent lors du début de l'accouchement ? Oui Non
- 9) Étiez-vous présent lors de l'utilisation du forceps ou de la ventouse ? Oui Non
 - Si non, était-ce votre choix ? Oui Non
 - Si oui, auriez-vous préféré à posteriori ne pas rester ? Oui Non
 - Si oui, comment coteriez-vous la douleur de votre femme pendant le forceps ou la ventouse ?
0 1 2 3 4
Absente Faible Modérée Intense Extrêmement intense
- 10) Avez-vous pu reparler de l'accouchement avec un membre du personnel soignant ? Oui Non
 - Si non, auriez-vous aimé en parler ? Oui Non Je ne sais pas

QUESTIONS SUR VOTRE ENFANT

- 11) Quel est le sexe de votre enfant ? Garçon Fille
- 12) Quel poids faisait-il à la naissance ?
- 13) Est-il en bonne santé (si non, précisez) ?
- 14) Vous sentez-vous à l'aise avec votre bébé ? Oui Plutôt oui Plutôt non Non

QUESTION OUVERTE :

À propos du comportement de l'équipe :

Quels ont été les points positifs ?

Quels ont été les points négatifs ?

--	--

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'accouchement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourez la réponse « Pas du tout vrai ».

0 pas du tout vrai 1 un peu vrai 2 assez vrai 3 très vrai 4 extrêmement vrai

Je me sentais totalement incapable de faire quoi que ce soit	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Je me sentais frustré et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'avais peur pour ma propre sécurité	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Je me sentais coupable	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'étais inquiet pour la sécurité des autres	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'étais horrifié de ce que j'avais vu	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0 – 1 – 2 – 3 – 4
J'étais sur le point de m'évanouir	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Je pensais que j'allais mourir	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Merci beaucoup d'avoir donné de votre temps afin de répondre à ce questionnaire !

ANNEXE II : Inventaire de détresse péritraumatique

Inventaire de détresse péritraumatique

Veuillez compléter le test en entourant le nombre qui décrit le mieux l'expérience que vous avez vécue pendant l'événement traumatique et dans les minutes et les heures qui ont suivi. Si les items ne s'appliquent pas à votre expérience, veuillez entourer «pas du tout vrai».

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1 Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2 Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3 Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4 J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5 Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6 J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7 J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8 J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9 J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10 J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11 J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12 J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13 Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

Résumé

But :

Mesurer le score de stress des pères suite à un accouchement par ventouse ou forceps.
Déterminer comment les professionnels de santé pourraient agir afin d'aider les pères à mieux vivre l'accouchement.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude descriptive auprès des pères dont la conjointe était hospitalisée en suites de couches à l'HCE de Grenoble. Un questionnaire contenant l'Inventaire de Détresse Péri traumatique leur a été distribué.

Résultats :

Trente questionnaires ont été récupérés et 6,7% des pères présentaient une détresse significative.

Parmi les pères ayant assisté aux cours de préparation à la naissance, 60,9% n'ont pas eu d'information à propos des extractions instrumentales.

53,3 % des pères n'ont pas reparlé de l'accouchement avec un membre du personnel soignant.

Les comportements positifs de l'équipe étaient le professionnalisme, l'attitude bienveillante et la capacité d'informer et d'expliquer.

A l'inverse les comportements négatifs étaient le manque d'écoute, d'information et d'explications et le manque de bienveillance.

Conclusion :

Insister auprès des pères sur l'importance de la participation aux PNP, ouvrir des cours réservés aux pères en pré et post natal, reparler systématiquement de l'accouchement et sensibiliser les professionnels sur leur comportement pourraient aider les pères à mieux vivre l'accouchement dystocique.

Mots clés : Ventouse - Forceps - Père - Vécu - PDI

-
- [1] Barbaut J. (1996) Mythes et légendes de la naissance. Paris : Editions Plume. P141
- [2] Neuwirth L. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles 1648 & 1649 du code de la sante publique. Journal Officiel de la République Française du 29 décembre 1967. page 12861.
- [3] Carton R. Du côté des pères. © 2009 [Consulté le 15/08/15]. Disponible sur : www.lequotidiendumedecin.fr
- [4] Seguin M-C. Point de vue masculin sur les rapports de couple après la naissance d'un premier enfant. Diplôme d'Etat de Sage-Femme. Ecole de sage-femme de Caen ; 2014
- [5] Hôpital Foch. La césarienne. [Consulté le 15/08/15]. Disponible sur : www.hopital-foch.org
- [6] Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Extractions instrumentales. © 2013 [Consulté le 13/08/2015]. Disponible sur : www.cngof.asso.fr
- [7] Karen K., Chan L. et Paterson-Brown S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ?* Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002 ; Vol. 22, No. 1, 11 – 15.
- [8] Johansson M., Rubertsson C., Radestad I. et Hildingsson I. *Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers.* Sexual & Reproductive Healthcare 2012 ; 3 : 11-20.
- [9] Hildingsson I., Karlström A. et Nystedt A. *Parent's experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden.* Sexual & Reproductive Healthcare 2013 ; 4 : 3-8
- [10] Bellamy V., Naissance – Fécondité, © 2014 [Consulté le : 15/08/15] Disponible sur : www.insee.fr
- [11] Blondel B. et Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm 2011, p79
- [12] Livret d'accueil des stagiaires au bloc obstétrical de l'HCE.GO.ENS 002, 11-2013, V3
- [13] Mécanique et Technique Obstétricale. Réanimation primaire du nouveau-né – Score d'Apgar. Montpellier : Sauramps Médical ; 2012. P. 883
- [14] Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. *The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD Criterion A2.* Am J Psychiatry 2001 ; 158 : 1480 –5.
- [15] Jehel L., Brunet A., Paterniti S. Guelfi J. D., Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. Can J Psychiatry, Vol 50, No 1, January 2005 ; 67-71

[16] Trousse de triage rapide. © 2009 [Consulté le 25/08/2015]. Disponible sur : www.info-trauma.org

[17] American Psychiatric Association. (2005) Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux – 4^{ème} édition. Etat de stress post-traumatique. Lonrai : Maisson Editions. P563/564

[18] Skari A., Skreden M., Malt V.F., Daholt M., Ostensen A.B. Egeland T. et al. *Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth-a prospective population-based study of mothers and fathers*. BJOG 2002, vol 109, P1154-1163

[19] Bradley R., Slade P. et Leviston A. *Low rates of PTSD in men attending childbirth-A preliminary study*.

[7] Karen K., Chan L. et Paterson-Brown S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ?* Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002 ; Vol. 22, No. 1, 11 – 15.

[7] Karen K., Chan L. et Paterson-Brown S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ?* Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002 ; Vol. 22, No. 1, 11 – 15.

[7] Karen K., Chan L. et Paterson-Brown S. *How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery ?* Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002 ; Vol. 22, No. 1, 11 – 15.

[20] HAS 2005 : Recommandations pour la pratique clinique, Préparation à la Naissance et à la Parentalité – Argumentaire.

[21] Tohota J., Maycock B., Hauck Y.L., Dhaliwal S., Howat P., Burns S. et al. *Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety ? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale*. BMC Pregnancy Childbirth 2012, P12 : 75

[22] Article L1225-16 modifié par la loi n°2014-873 du 4 août 2014 du Code du Travail.

[23] Faugeras R. La préparation à la naissance spécifique pour les hommes en Haut-Vienne. Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université de Limoges ; 2015