



**HAL**  
open science

# Le vécu des pères en salle de naissance : une étude observationnelle et analytique

Guirec Hengoat

► **To cite this version:**

Guirec Hengoat. Le vécu des pères en salle de naissance : une étude observationnelle et analytique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02495838

**HAL Id: dumas-02495838**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02495838>**

Submitted on 2 Mar 2020

**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.

**Université de Bordeaux**

**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2019

N° 49

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

**DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 22 mai 2019

Par HENGOAT Guirec

Né le 14 janvier 1989 à Paris 14<sup>ème</sup>

**Le vécu des pères en salle de naissance : une étude  
observationnelle et analytique**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Catherine RIVIERE

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jacques HOROVITZ..... Président

Monsieur le Docteur Christophe ADAM..... Rapporteur

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY..... Juge

Madame le Docteur Catherine RIVIERE..... Juge

Monsieur le Docteur Jean HURMIC..... Juge

# **Remerciements**

## ***Aux membres du jury***

### **Monsieur le Professeur Jacques HOROVITZ,**

*Professeur émérite, gynécologue médical et obstétricien au CHU de Bordeaux*

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de ma profonde estime.

### **Monsieur le Professeur Dominique DALLAY,**

*Professeur émérite, gynécologue médical et obstétricien au CHU de Bordeaux.*

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Vous m'honorez en évaluant cette thèse.

### **Monsieur le Docteur Christophe ADAM,**

*Maître de conférence du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux, médecin généraliste.*

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et de participer au jury de cette thèse. Votre implication dans la démarche pédagogique au sein de notre université donne une grande importance à votre jugement. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

### **Monsieur le Dr Jean HURMIC,**

*Praticien Hospitalier de l'hôpital de Saint Palais, gynécologue médical et obstétricien.*

Tu as rendu mon stage au sein de la maternité didactique et ludique. Merci pour ton enseignement, tes conseils et ta bienveillance. Je suis honoré que tu aies accepté d'être présent au sein de ce jury.

**Madame le Dr Catherine RIVIERE,**

*Praticien Hospitalier de l'hôpital de Saint-Palais, pédiatre.*

Tu m'as donné l'opportunité de travailler avec toi en acceptant de diriger ce travail de thèse. Ton enseignement, ta disponibilité, et tes conseils m'ont permis d'aller jusqu'au bout. Je te remercie du fond du cœur pour tout ce que tu as fait pour moi.

***Aux collaborateurs de ce travail de thèse***

**A Claire Marquebielle,**

Merci pour tes conseils et pour le temps que tu m'as accordé. Ce travail n'aurait pas vu le jour sans ta supervision.

**A l'équipe de la maternité de Saint Palais,**

Merci pour votre accueil au sein du service. Votre implication et votre dévouement dans ce travail m'ont beaucoup touché. Cela me manquera de ne plus venir trainer dans vos pattes.

**A tous les pères,**

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps précieux, surtout à ce moment très particulier de vos vies. Merci également pour m'avoir permis de partager ces moments de joies et de doutes.

**A Hadrien Sentenac et à l'ISPED,**

Merci pour votre aide lors de l'élaboration de cette thèse.

**Aux enseignants du DMG,**

Merci pour ces années de formation et pour votre dévouement à la médecine générale.

***Et aussi,***

**A Camille,** tu m'as guidé tout au long de cette thèse, et tu me guides aussi tous les jours. Pouvoir construire ma vie avec toi à mes côtés est la plus belle chose qui me soit arrivée. Je t'aime.

**A mon père,** Merci pour ton aide, merci pour toutes ces heures que tu m'as consacré, et merci pour tellement d'autres choses... Je n'y serai jamais arrivé sans toi. Ce sera toujours un peu ta thèse aussi.

**A ma mère,** merci pour ton soutien et ton amour. Tu as toujours su me conseiller avec beaucoup de sagesse. Tu m'as guidé au travers de choix difficiles à des moments importants de ma vie. Je ne serai pas l'homme que je suis aujourd'hui sans toi.

**A Fiona et à Gwendal,** nous ne vivons plus ensemble, et je ne vous vois pas aussi souvent que je le souhaiterais, mais je sais que cela n'effacera jamais nos sentiments et notre complicité.

**A Jeannine et Soazig,** mes merveilleuses grand-mères.

**A Jo et Papichon,** j'aimerais que vous puissiez partager ce moment avec nous aujourd'hui.

**A toute ma famille (et belles-familles),** trop nombreuse pour que je puisse dédier quelques lignes à chacun. Merci pour tout.

**A mon parrain et sa famille,** vous êtes géniaux, ne changez rien !

**A Gérard,** merci pour ton aide, du fond du cœur.

**A ma filleule Yanna,** à ton tour !

***Pour finir,***

A mes amis de toujours : Joffrey, Antoine, Simon, Henri, Axel, Mathieu, Théo. On ne s'est pas forcément tiré vers le haut, mais qu'est-ce qu'on a ri.

A mes amis de Carnac : Laulau, Ben, Dodo, Maël et tous les autres, merci de m'avoir appris la vie.

A mes amis de la fac et de Nantes: Alex, Damien, Pierre, HH, PH, Will, Steph, Loulou, Xav, Pierre Em, Thibo et tous les autres. On s'est tous dispersé, mais je ne vous oublie pas.

A mes amis d'internat et du sud-ouest : Quentin, Julien, Alex, Julie, Angélique, Arnaud, Laure, Sam, Flo, Mich, Jen, Chris, Audrey, Baptiste, Marthe, Mélina et tous ceux que j'oublie. Quel plaisir d'avoir découvert le sud-ouest avec vous.

A Bob.

# **Table des matières**

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Être père : une construction intellectuelle et sociale.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 L'évolution du statut du père en France .....	10
1.1.2 Les « nouveaux pères » .....	11
1.1.3 Le point de vue psychanalytique .....	12
<b>1.2 Accouchement et traumatisme .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Présence à l'accouchement : de l'interdiction à la prescription sociale .....	13
1.2.2 Implication du père : quels risques ? .....	13
1.2.3 Le psychotraumatisme dans le post-partum .....	16
<b>1.3 La maternité en France : Une institution matrifocalisée.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 La Maternité en France : État des lieux .....	17
1.3.2 Le père dans les services de Maternité .....	19
<b>2. Matériel et Méthode .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Type de l'étude.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2 Objectif principal .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Objectifs secondaires .....</b>	<b>22</b>
<b>2.4 Critères d'évaluation .....</b>	<b>22</b>
2.4.1 Critère de jugement principal .....	22
2.4.2 Critères de jugement secondaires .....	23
<b>2.5 Site de l'étude .....</b>	<b>23</b>
<b>2.6 Population étudiée.....</b>	<b>23</b>
2.6.1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion .....	23
2.6.2 Nombre de sujets nécessaires .....	24
<b>2.7 Déroulement de l'intervention – Recueil des données .....</b>	<b>24</b>
2.7.1 Données relatives aux participants .....	24
2.7.2 Données relatives aux questionnaires .....	25
<b>2.8 Aspect éthique .....</b>	<b>26</b>

2.9	Analyse statistique .....	27
<b>3.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>29</b>
3.1	Constitution de la population de l'étude : .....	29
3.2	Caractéristiques sociodémographiques des pères .....	30
3.3	Caractéristiques des réponses au questionnaire FTFQ .....	30
3.4	Caractéristiques des réponses au questionnaire PCL-5 .....	33
3.5	Résultats de l'objectif principal.....	36
3.6	Résultats des objectifs secondaires.....	38
3.6.1	Analyse en sous-groupes des résultats du questionnaire FTFQ.....	38
3.6.2	Analyse en sous-groupes des résultats du questionnaire PCL-5.....	40
3.6.3	Etude de la préparation des pères à l'accouchement.....	43
3.6.4	Analyse des données qualitatives .....	47
<b>4.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>48</b>
4.1	Discussion sur la méthodologie .....	48
4.1.1	Forces de l'étude .....	48
4.1.2	Limites de l'étude.....	49
4.2	Discussion des résultats .....	51
4.2.1	Discussion autour de l'objectif principal.....	51
4.2.2	Discussion autour des objectifs secondaires.....	52
4.3	Pour finir.....	58
<b>5.</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>60</b>
<b>6.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>66</b>
6.1	Annexe 1 - Questionnaire de recueil de données.....	66
6.2	Annexe 2 : Lettre d'information fournie aux participants.....	67
6.3	Annexe 3 : Questionnaire FTFTQ.....	68
6.4	Annexe 4 : Questionnaire PCL-5.....	71
6.5	Annexe 5 : Fiche de consentement.....	72
6.6	Annexe 6 : Retranscription des remarques soumises par les participants.....	73



## **Table des tableaux**

<u>Tableau 1</u> : critères d'inclusion pour définir les patientes à bas risque.....	19
<u>Tableau 2</u> : Données sociodémographiques.....	30
<u>Tableau 3</u> : Statistiques descriptives des réponses au FTFQ.....	31
<u>Tableau 4</u> : Statistiques descriptives des réponses au PCL-5.....	33
<u>Tableau 5</u> : Recherche d'une corrélation entre les scores des questionnaires FTFQ et PCL-5.....	36
<u>Tableau 6</u> : Régression du score FTFQ sur le score PCL-5.....	37
<u>Tableau 7</u> : Comparaison des scores obtenus au FTFQ.....	40
<u>Tableau 8</u> : Comparaison des scores obtenus au PCL-5.....	42
<u>Tableau 9</u> : Etude de la préparation des pères.....	45

## **Table des figures**

<u>Figure 1</u> : Diagramme des flux.....	29
<u>Figure 2</u> : Diagrammes en boîte des scores obtenus au FTFQ.....	31
<u>Figure 3</u> : Distribution des populations selon les scores obtenus au FTFQ.....	32
<u>Figure 4</u> : Diagrammes en boîte des scores obtenus au PCL-5.....	34
<u>Figure 5</u> : Distribution des populations selon les scores obtenus au PCL-5.....	35
<u>Figure 6</u> : Représentation graphique de la relation entre les scores du FTFQ et du PCL-5.....	37
<u>Figure 7</u> : Représentation graphique des scores obtenus au questionnaire FTFQ en sous-groupe.....	38
<u>Figure 8</u> : Représentation graphique des scores obtenus au questionnaire PCL-5 en sous-groupe.....	41
<u>Figure 9</u> : Modes de préparations à l'accouchement.....	43
<u>Figure 10</u> : Résultats des Items II et V du FTFQ.....	44
<u>Figure 11</u> : Etude de la préparation des pères – représentations graphiques.....	45

# **1. INTRODUCTION**

La question de la présence du père en salle de naissance est un sujet d'actualité tant le rôle du père et son statut au sein de la cellule familiale ont subi de nombreuses mutations au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. En France, ainsi qu'au sein des autres pays industrialisés, « le contexte culturel a déterminé la transformation du rôle des parents comme conséquence de l'évolution socio-économique de la cellule familiale, en même temps que s'est imposée la revendication féministe pour la participation active des hommes pour élever et éduquer les enfants » (1). Ainsi a émergé le concept de « Nouveaux Pères » (2).

Malgré ce constat, les recherches sur la paternité ont produit bien moins de publications que celles étudiant la maternité (1). Or, à l'instar des femmes, les pères en devenir sont susceptibles de développer toute une gamme de troubles mentaux dans les suites de la venue au monde d'un enfant (3), avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur les premières interactions avec le nouveau né, au sein du couple, et plus globalement en termes de santé publique en augmentant le recours aux services de soin (4). Ces troubles résultent d'une crise normale du développement, l'accès à la parentalité, qui nécessite un travail psychique de maturation pour permettre d'intégrer des nouvelles fonctions et qui culmine avec la naissance de l'enfant (5).

L'accouchement, moment paroxystique de cette crise expose les conjoints à une situation d'impuissance et de passivité, face à une transformation radicale du corps de leur femme, tout en étant soumis à la « demande d'endurer courageusement, au détriment de leur propre expérience conflictuelle » (1). Rappelons que le taux de présence des pères à l'accouchement est de plus en plus élevé, puisqu'ils sont présents à plus de 98% des accouchements lorsque la mère le désire, soit pour 99% des accouchements par voie basse (6).

## **1.1 Être père : une construction intellectuelle et sociale**

La définition du père peut prendre des aspects très différents. Selon l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), le conjoint, père ou compagnon peut être défini comme « l'homme qui accompagne la femme enceinte pendant la grossesse, et qui sera ensuite chargé des soins du nourrisson et de l'éducation de l'enfant » (7).

### **1.1.1 L'évolution du statut du père en France**

Pour les historiens, le père est avant tout une construction « juridique et politique » (8). Il est caractérisé selon les époques par « ses droits » et les « normes qui concourent à l'élaboration de sa puissance » (8).

L'antiquité est l'ère de la toute-puissance masculine, l'ère du « Pater Familias ». La paternité biologique n'a alors aucune importance, seule la volonté de reconnaître l'enfant au moment de sa naissance compte (9). Son autorité est absolue, il a droit de vie et de mort sur les membres de sa famille. Cette figure a surtout intéressé les historiens en raison de l'influence qu'elle a eue sur notre législation moderne (8). Au moyen-âge jusqu'à la renaissance, le père a une obligation d'éducation envers son enfant, il doit lui « transmettre un héritage à la fois moral, spirituel, affectif et culturel » (9), même s'il n'a la charge des enfants qu'à distance de la grossesse, de l'accouchement, et des soins de maternage.

La Révolution française et l'avènement de l'ère industrielle marqueront le début de la fin pour ces sociétés patriarcales. L'autorité paternelle commence à être discutée et progressivement, l'état dépossède les pères de leurs privilèges. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, en pleine industrialisation, le travail du père à l'extérieur du foyer redonne à la mère un rôle central. La loi du 16 juin 1883 imposant l'obligation et la gratuité de l'école retire au père sa « mission d'éducation (10). Sera ensuite votée la loi de 1889 sur la déchéance de la puissance paternelle en cas de maltraitance ou d'abandon. « L'Etat se substitue à l'autorité du père pour protéger les enfants ou les mères seules » (8).

Le XX<sup>ème</sup> siècle va définitivement enterrer leur toute-puissance. L'émancipation féminine, la légalisation de la contraception féminine en 1967 puis de l'avortement en 1975, et la reconnaissance de la détention conjointe de l'autorité parentale en 1970 vont permettre l'apparition de nouvelles configurations familiales et l'émergence de formes de paternité décomplexées dans ses rapports à l'enfant et dans l'expression de ses sentiments à l'égard de ce dernier (9).

### **1.1.2 Les « nouveaux pères »**

La structure familiale est ensuite devenue, du moins dans ses principes, démocratique et égalitaire. La génération de femmes qui a suivi a découvert la « possibilité de choisir si, quand et avec qui elle concevrait un enfant » (2). Les progrès concomitants de la procréation médicalement assistée donnent à certains hommes l'impression que l'on peut se passer d'eux pour la survie de l'espèce (2). La revendication des hommes pour être plus impliqués durant la grossesse et le maternage entraîne l'avènement d'une nouvelle paternité.

Ces « Nouveaux Pères », apparaissent clairement plus impliqués, plus disponibles et assument plus d'exprimer leur affection que leurs propres pères. Une enquête IPSOS réalisée en avril 2004, avait pour objectif de voir jusqu'où les hommes interrogés étaient prêts à aller pour devenir pères et pour vivre plus intensément leur paternité (11). Les résultats montraient que le nombre moyen d'enfants souhaité par les pères était identique au nombre moyen d'enfant souhaité par les femmes (2.5). Sur l'ensemble des pères interrogés, 86% se déclaraient prêts à prendre un congé paternité de quelques mois au moment de la naissance pour vivre plus intensément leur paternité. Plus de trois pères sur quatre se disaient même prêt à demander à travailler à temps partiel pour cette même raison. Cette tendance était d'autant plus forte que le père était jeune. Cette nouvelle génération semblait plus attachée à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les jeunes pères étaient davantage prêts que leurs aînés à consacrer du temps à leurs enfants, au détriment de leur vie professionnelle. Preuve de l'évolution des mentalités, toujours d'après cette étude, 38% des pères interrogés souhaiteraient ou auraient souhaité porter leur enfant si un jour les progrès scientifiques permettaient aux hommes d'être « enceints ». En 2010, 48% des français interrogés estimaient que la place du père était « en salle d'accouchement pour couper le cordon et apporter son soutien à la mère », et 9 français sur 10 estimaient que « c'était autant au père qu'à la mère de s'occuper des biberons et des couches » (12).

Ces études sont un témoignage du changement progressif des mentalités dans notre pays. Les femmes souhaitaient également que le père s'implique davantage dans l'expérience d'enfantement. Il existe de nos jours en France un accompagnement législatif qui les y incite. Il s'agit de mesures favorisant l'égalité des pères et des mères. La création

du congé paternité en 2002, peut être citée comme indicateur de ces mutations (13). En effet, cette mesure instaurée en 2002 a rapidement connu une forte adhésion, puisqu'en 2013, 7 pères sur 10 prenaient leurs congés de paternité dans leur intégralité (14). Stable en 2018, le taux de recours est comparable à celui des autres pays européens (15). Un allongement progressif de la durée des congés pris par les pères à la suite de la naissance de leur enfant a également été constaté au cours des deux dernières décennies (15).

### ***1.1.3 Le point de vue psychanalytique***

Sur le plan psychanalytique, le père apparaît comme « une image co-construite par la dyade mère-enfant dans le cadre des interactions précoces, et cela par le biais des différentes situations triangulaires précoces qui confrontent d'emblée le bébé à la tiercéité » (16). Il endossera ainsi le rôle initialement de différenciateur dans la période précœdipienne puis de séparateur dans la période œdipienne et post-œdipienne (16). Le père est donc celui qui fait fonctionner la triangulation œdipienne (13).

La branche freudienne de la psychanalyse oppose le processus de maternité qui est une expérience sensorielle, à celle de la paternité, soit le fait de devenir père, qui est une expérience intellectuelle (17). L'accès à la parentalité est considéré comme une crise normale du développement, culminant lors de la naissance de l'enfant. Une grande majorité des hommes trouve donc spontanément des solutions pour intégrer ses nouvelles fonctions via un travail psychique de maturation. Néanmoins, cette synthèse peut s'avérer difficile, et même impossible pour certains (1).

Agnès Moreau considère que le « passage de l'état d'homme à l'état de père » peut être assimilé à une crise identitaire et narcissique similaire à la crise d'adolescence (18). Elle fait deux constations à propos des pères : il existe un fossé entre les représentations que les hommes se forgent vis à vis de la paternité ; malgré leur désir d'enfant, la paternité semble arriver par surprise, et est donc une menace d'effraction dans leur organisation narcissique, ainsi qu'un risque d'effondrement.

## **1.2 Accouchement et traumatisme**

### ***1.2.1 Présence à l'accouchement : de l'interdiction à la prescription sociale***

Jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, la présence masculine lors des accouchements en France était proscrite, sous peine de sanctions très lourdes. Seul l'intérêt scientifique porté aux phénomènes de la naissance y a permis la présence des premiers hommes médecins (17). L'homme ne s'autorise à assister aux accouchements qu'en mettant en avant son savoir médical, sa « vocation réparatrice à base scientifique » (17). Même alors, l'obstétricien doit opérer à l'aveugle, un drap étant tendu sous son menton. Tout se passe comme s'il existait un interdit portant sur le regard masculin (17).

Il fallut attendre la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle et l'apparition de L'Accouchement Sans Douleur (ASD), pour voir arriver les premiers pères en salle de naissance. Ce mouvement, introduit dans un petit hôpital privé parisien à partir de 1952, préconisant la méthode psychoprophylactique comme analgésie durant l'accouchement, s'est très rapidement répandu sur tout le territoire français (19). La participation à ces séances fonctionne pour les pères comme un passeport qui leur ouvre le droit d'assister à la naissance de leur enfant (17). Ils sont cependant toujours considérés comme des intrus, des gêneurs, ou des voyeurs (20).

Progressivement, cette exception curieuse s'est transformée en une prescription sociale quasi obligatoire. L'absence du père au moment de l'accouchement, quelle qu'en soit la raison, est de nos jours très souvent vécue comme une trahison. Elle est interprétée comme un choix qu'il fait d'avoir une autre priorité à ce moment (4), par la mère et par l'équipe médicale.

### ***1.2.2 Implication du père : quels risques ?***

Les conclusions des études s'étant intéressées aux conséquences psychologiques de l'accouchement chez la femme semblent s'entendre sur le point suivant : l'accouchement pour la femme est un événement potentiellement traumatique d'un point de vue psychologique, et peut être à l'origine du développement d'un Etat de Stress Post-

Traumatique (ESPT) complet ou partiel (4, 21). Près de la moitié des femmes interrogées ont perçu leur accouchement comme un événement traumatique, et environ 6% d'entre elles décrivent des critères de ESPT jusqu'à 6 mois après l'accouchement (4, 22). Notons que la prévalence des symptômes de ESPT est significativement plus élevée chez les femmes ayant subi une césarienne plutôt qu'un accouchement par voie basse. La survenue de ces symptômes semble plus corrélée avec les paramètres de l'accouchement qu'avec les stratégies de coping des femmes interrogées (21).

Face à ces constatations, il semble licite de s'interroger sur les conséquences psychologiques de la présence des pères à l'accouchement. Or, force est de constater que peu d'études ont été réalisées sur ce sujet si on les compare au volume des publications étudiant la maternité (1, 3, 13).

D'après Bradley et Slade (22), les hommes sont susceptibles de développer un panel de troubles mentaux après la naissance d'un enfant. Ceux-ci augmentent le risque de troubles émotionnels et comportementaux lors des premières interactions avec l'enfant ainsi qu'au sein du couple (22).

Dans son étude pilote « Devenir père : crise identitaire » (1), Doris Vasconcellos avance l'hypothèse que l'homme est soumis à une demande paradoxale au cours de son accès à la paternité : « pour se conformer à la demande d'être sensible à l'expérience de sa femme, l'homme doit refouler sa propre expérience conflictuelle » liée à cette crise normale du développement qu'il traverse. Sa présence à l'accouchement représente le moment paroxystique emblématique où se condense ce paradoxe. L'expectative sociale d'une participation plus proche du père au cours de la grossesse, de l'accouchement et des soins au nourrisson coexiste avec l'indifférence ou l'ignorance quant aux besoins émotionnels du père. Les résultats de cette étude pilote montrent que l'homme moyen est « plutôt terrorisé devant la violence de la nature ». L'expression de « réponses anatomiques angoissantes » ne va pas dans le sens de « l'euphorie prescrite par la culture devant le miracle de la nature ». Ils constatent également que le fait d'avoir traversé cette expérience d'accès à la paternité n'assure pas la résolution du conflit, une nouvelle grossesse pouvant alors le réveiller et l'exacerber. Il a d'ailleurs été constaté que le pic des divorces se situait à la naissance du deuxième enfant (2).

Les études qualitatives portant sur ce sujet ont montré que les hommes présents lors d'un accouchement par voie basse sans complication expérimentaient une incertitude quant à leur rôle pendant le travail. Ils ont aussi exprimé un sentiment d'impuissance et d'incapacité à soutenir leur partenaire en souffrance (3). L'homme en salle d'accouchement subit la douleur de sa femme et va même jusqu'à culpabiliser de ne pas souffrir lui aussi (23). Les hommes, n'ayant pas vécu l'accouchement de leur compagne comme une expérience épanouissante, présentent plus de symptômes dépressifs six semaines après celui-ci (22). De plus, le niveau de stress chez les pères enceints et présents à l'accouchement est significativement plus élevé que dans une population d'hommes sans antécédents psychiatriques, et ce d'autant plus que le père ne s'y est pas correctement préparé (22).

Certaines études ont cherché à démontrer les bénéfices de la présence du père en salle de naissance. Il semble que les pères s'interrogent quant à leur utilité durant l'accouchement et la sous-évaluent, bien que leur présence soit un élément essentiel pour le bien-être de la mère et pour l'accès à la parentalité (24). Pour Fonty, dans son ouvrage au titre intentionnellement provocateur, « Les pères n'ont rien à faire dans la maternité », un homme devrait pouvoir refuser d'assister à une consultation, un examen, ou même à l'accouchement s'il se sent mal à l'aise ou effrayé, et cela afin d'éviter les conséquences d'un accouchement traumatisant sur la vie sexuelle du couple (1, 2, 23) et sur sa santé mentale.

Le père de l'enfant peut donc présenter des difficultés psychologiques qui ne seront pas perçues immédiatement dans la mesure où l'indication d'hospitalisation concerne en premier lieu la mère (25). Des études anciennes en Angleterre sur une vingtaine de sujets montraient que les conjoints dont les femmes avaient eu un épisode psychiatrique puerpéral avaient beaucoup plus souvent des troubles psychiatriques eux-mêmes (23). Une méta-analyse sur la dépression en pré et post-partum chez les deux parents montre une corrélation statistiquement significative entre la dépression maternelle et la dépression paternelle (26).

La période autour de la naissance est donc une période de vulnérabilité non seulement pour la mère et l'enfant, mais aussi pour le père qui doit être sollicité, accompagné et soutenu par les soignants, d'autant plus s'il présente lui-même des antécédents psychiatriques (25), sous réserve que ces derniers soient connus ou recherchés par



l'équipe soignante. Chez des sujets psychiquement fragilisés, un accès problématique à la paternité favorisera l'apparition des acting-out (27) selon la théorie du Fight-Flight-Fear (28).

### **1.2.3 Le psychotraumatisme dans le post-partum**

Concept freudien par excellence, le traumatisme psychique, ou psychotraumatisme a été défini par Ferenczi comme un mécanisme d'action inauguré par une réaction au choc dans le cadre d'une psychose passagère de rupture avec la réalité (29). L'événement déclencheur est caractérisé par son aspect soudain et inattendu. Les manifestations cliniques sont multiples.

L'état de stress post-traumatique, entité définie par le DSM V comme une souffrance psychique persistante réactionnelle à un événement traumatique sévère, regroupe une partie des symptômes possibles en cas d'exposition à un événement traumatique. En France, on distinguera dans les faits le stress, réaction physiologique normale, voire utile, et le trauma, réaction psychologique provoquant des manifestations cliniques caractéristiques (30).

L'événement en cause est de nature variable, il peut exposer à des conséquences matérielles et sociales, être purement psychologique, personnel et propre au sujet ou au contraire collectif et généralisé (30). Seule une minorité de sujets développera une réaction suite à l'exposition, 10 à 30% selon les études. Les troubles névrotiques, l'isolement social, la difficulté à exprimer ses émotions, une situation personnelle difficile ou des troubles préexistants favorisent cette évolution (30).

Dans la phase précoce suivant le traumatisme, le sujet peut présenter de l'effroi, de la stupeur, ou au contraire s'agiter dans une hyperactivité stérile. S'en suit un temps de latence avant l'apparition des troubles. Peut alors apparaître un syndrome de répétition revêtant éventuellement un aspect phobique, des ruminations, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, des conduites addictives ainsi que des manifestations psychosomatiques variées. Habituellement, deux tiers des patients semblent rétablis dans l'année qui suit le traumatisme tandis qu'une minorité développera des troubles permanents (30).

D'après le DSM V, les différents symptômes de l'ESPT sont au nombre de 20, et sont regroupés en 4 clusters qui correspondent au syndrome de répétition ou reviviscence, à l'évitement, à l'altération négative des cognitions et de l'humeur, et à l'hyperréactivité végétative (31, 32). Toujours d'après ce référentiel, le sujet n'est plus nécessairement une victime directe de l'événement traumatique mais peut y être lié de façon indirecte en étant proche de la victime ou du fait d'une exposition extrême ou répétée à des récits traumatiques.

Bradley en 2008 (33), a étudié la prévalence du trauma après l'accouchement, considéré alors comme événement traumatique. Selon lui, parmi les hommes qui ont assisté à l'accouchement de leur compagne, ceux ayant vécu l'expérience comme peu épanouissante sont plus sujets à développer de hauts niveaux de symptômes dépressifs six semaines après.

## **1.3 La maternité en France : Une institution matrifocalisée**

### ***1.3.1 La Maternité en France : État des lieux***

D'après le guide méthodologique de certification des établissements de santé de mars 2014 (34), environ 800 000 accouchements sont réalisés chaque année en France. La quasi-totalité de ces accouchements a lieu au sein des 536 maternités existant sur le territoire. Depuis le plan périnatalité de 1994, à l'instar des pays d'Amérique du Nord et des autres pays européens celles-ci sont réparties en 3 catégories selon le niveau de l'offre de soins néonataux :

- Type I (49%) : unité d'obstétrique ;
- Type II (39%) : unité d'obstétrique et de néonatalogie avec (16%) ou sans (23%) soins intensifs en néonatalogie ;
- Type III (12%) : unité d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.

Toujours d'après ce référentiel (34), en France métropolitaine, une maternité sur quatre réalise plus de 2000 accouchements par an et une sur dix moins de 500 accouchements par an. Chaque maternité est affiliée à un réseau régional de santé périnatal formalisé. Elles disposent toutes d'un service d'Urgence dédié et d'un accueil au service des

urgences générales qui orientent les femmes immédiatement vers l'obstétrique ou d'un accueil direct à la maternité par un système spécifique d'appels.

Toute unité d'obstétrique comprend des locaux réservés à l'accueil des patientes tous les jours de l'année vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elles comprennent également un secteur de naissance composé de locaux de pré-travail, de travail, d'observation, de soins aux nouveaux nés et au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale. Tous les locaux qui composent ce secteur sont implantés de manière contiguë au même niveau. Une prise en charge dans le secteur de naissance implique la réduction de la morbidité et de la mortalité évitable de la mère et de l'enfant.

Le secteur de naissance promeut la bientraitance qui inclut, outre les droits du patient, le respect du choix fait par la femme de l'accompagnant présent au moment du travail et de l'accouchement ainsi que le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement. Le principe de bientraitance s'applique également dans le post-partum et le rôle actif des parents doit être recherché par le soutien comportemental de l'équipe soignante. Dans la partie « Amélioration, communication », la Haute Autorité de Santé (HAS) fixait l'augmentation de l'implication du père comme action d'amélioration identifiée (34).

L'orientation des parturientes dans le niveau de maternité adapté est définie par le niveau de risque obstétrical. Les patientes à bas risque obstétrical sont les femmes pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal par voie basse et donnant naissance à un enfant en bonne santé est élevée (35). En 2003, 38,8% des primipares et 20,4% des multipares étaient considérées à bas risque. Les critères d'inclusion pour définir les patientes à bas risque sont regroupés dans le tableau suivant (36) :

Tableau 1 : critères d'inclusion pour définir les patientes à bas risque (36)

<b>Primipares à « bas risque »</b>	<b>Multipares à « bas risque »</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age ≥ 18 ans et &lt; 35 ans</li> <li>• Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière</li> <li>• Absence de pathologie au cours de la grossesse - Grossesse unique</li> <li>• Présentation céphalique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age ≥ 18 ans et &lt; 35 ans</li> <li>• Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière</li> <li>• Absence de pathologie au cours de la grossesse</li> <li>• Grossesse unique. Présentation céphalique.</li> <li>• Absence d'antécédent néonatal (prématurité, mort-né, mort néonatale)</li> <li>• Absence d'utérus cicatriciel</li> </ul>

Il paraît ici important de souligner qu'au cours de la lecture du guide de qualité et sécurité du secteur de naissance édité par la HAS, le père n'est cité que dans les objectifs d'amélioration pour rechercher son implication. Il ne fait l'objet d'aucune prise en charge spécifique au cours du travail et de l'accouchement. Sa place n'est prévue nulle part. Le programme officiel du Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, paru dans le bulletin officiel n°30 du 25 août 2015 (37) ne comprend aucun enseignement spécifique pour la prise en charge, l'information et l'accompagnement du père, dans les objectifs du suivi pré, per ou postnatal.

### **1.3.2 Le père dans les services de Maternité**

Au cours d'une étude par observation intitulée la paternité en maternité, Gérôme Truc est allée à la rencontre des pères au sein d'une maternité parisienne (38). Pour lui, aussi accueillante qu'une maternité puisse être, elle apparaît avant tout comme une institution fondée sur et régie par un principe de matrifocalité. Le père ne peut y constituer, en tant que tel, une individualité autonome. Il n'existe que par et pour la mère. Pour pouvoir

exister en maternité, la paternité semble devoir être avant tout une paternité au service de la maternité. Il prend en exemple le fait qu'aucun espace particulier ne leur est explicitement désigné, on les croise dans les couloirs du service, ils sont dans la maternité sans y être réellement. « Le va-et-vient incessant des pères au cours de la journée s'explique par la volonté de se montrer utile en satisfaisant leur conjointe, en lui apportant ce qui lui manque pour améliorer son confort » (38). L'accompagnement de la grossesse et la participation à l'accouchement lorsqu'ils sont vécus de manière quasi exclusive sur un mode d'identification intense vis à vis de la femme peuvent être un facteur de décompensation chez les sujets fragiles (39).

Les témoignages des pères interrogés racontent le sentiment de gêner, de ne pas se sentir accepté par le personnel hospitalier. L'unique lieu où les pères ont une chance d'acquérir les compétences parentales indispensables à leur autonomie favorise la reproduction de leurs craintes et de leurs blocages (38). L'absence d'uniformisation de la prise en charge des pères au sein des services de Maternité rend subjective cette observation, certaines maternités étant déjà tout à fait favorables à la présence du père et encourageant son implication lors de l'accouchement et des premiers soins au nouveau-né. D'autres se refusent à considérer le père comme « un visiteur différent d'un autre » (38). Mais les nombreux témoignages et conclusions d'études concordent sur le fait qu'un grand nombre de pères se sent oublié, non pris en charge et peu ou pas soutenu voir volontairement exclu par les professionnels de santé (3, 24, 33, 38, 40).

A l'heure où la revendication des pères est d'occuper une part plus importante dans l'accompagnement de leur partenaire et la prise en charge de leurs enfants dès la naissance, il existe des facteurs sociaux et institutionnels qui les « dépossèdent de leur libre arbitre et compriment fortement l'espace des possibles » (13). Plusieurs études ont mis en évidence que la présence d'une personne accompagnante, choisie par la mère, entraîne une diminution de la durée du travail ainsi qu'une diminution des complications à la naissance (41). Cette présence est également un facteur protecteur de la dépression postnatale chez la mère, et favorise la création du lien avec l'enfant.

La construction de cette étude a été élaborée en coopération avec Doris Vasconcellos, psychologue clinicienne, maître de conférences à l'université Paris Descartes et auteure de plusieurs articles s'intéressant à la paternité et à la masculinité. Elle avait différents objectifs : recueillir des informations sur les pères lors de leur passage en salle de

naissance, évaluer leur vécu lors du travail et de l'accouchement, et rechercher d'éventuelles complications psychotraumatiques à distance.

## **2. MATERIEL ET METHODE**

### **2.1 Type de l'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle, analytique, longitudinale et monocentrique, conduite du 15 mars 2018 au 10 octobre 2018 auprès de pères présents à l'accouchement de leur conjointe.

### **2.2 Objectif principal**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si un mauvais vécu lors du passage en salle de naissance peut prédire l'apparition de troubles psychotraumatiques à distance.

### **2.3 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- D'étudier l'impact de cinq facteurs sur le vécu des pères lors du travail et de l'accouchement (âge, primiparité, participation préalable aux cours de préparation à la naissance, type d'accouchement par voie basse et niveau d'étude) ;
- D'étudier l'impact de cinq facteurs sur la prévalence de complications psychotraumatiques à distance (âge, primiparité, participation préalable aux cours de préparation à la naissance, type d'accouchement par voie basse et niveau d'étude) ;
- D'étudier la préparation des pères à l'accouchement et leur ressenti vis à vis de cette préparation.

### **2.4 Critères d'évaluation**

#### ***2.4.1 Critère de jugement principal***

Analyse de la relation entre le score du questionnaire FTFQ (First-Time Father Questionary) et le score du questionnaire PCL-5 (Post-traumatic stress disorder CheckList

for DSM-5), afin de savoir si un score élevé au FTFQ peut prédire un score élevé au PCL-5.

## **2.4.2 Critères de jugement secondaires**

1- Comparaison des scores obtenus au FTFQ entre les sous-groupes définis selon cinq facteurs sélectionnés au préalable : âge, primiparité, participation préalable aux cours de préparation à la naissance, type d'accouchement par voie basse, niveau d'étude).

2- Comparaison des scores obtenus au PCL-5 entre les sous-groupes définis selon cinq facteurs sélectionnés au préalable (âge, primiparité, participation préalable aux cours de préparation à la naissance, type d'accouchement par voie basse, niveau d'étude).

3- Analyse observationnelle des données fournies par le FTFQ sur la préparation des pères à l'accouchement.

## **2.5 Site de l'étude**

L'étude a été réalisée au sein du service de la Maternité de Saint-Palais située dans le département des Pyrénées-Atlantiques.

Il s'agissait d'une maternité de type I ayant réalisé 353 accouchements en 2018.

## **2.6 Population étudiée**

### **2.6.1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient :

- pères présents en salle de naissance lors de l'accouchement de leur compagne ;
- accouchements par voie basse à bas risque sans complication au cours des différentes phases du travail et de l'accouchement ;
- pères parlant couramment le français ;
- pères sans antécédents psychiatriques ;



- pères résidant en France durant le temps de l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- pères absents lors du travail et/ou de l'accouchement de leur compagne ;
- survenue d'une complication lors de l'accouchement (césariation en urgence, transfert en soins intensifs de la mère ou de l'enfant en post-partum)
- pères ayant une maîtrise limitée de la langue française ;
- pères n'ayant pas exprimé leur consentement clair pour participer à cette étude ;
- pères souffrant de pathologies psychiatriques.

## **2.6.2 Nombre de sujets nécessaires**

Compte tenu du caractère exploratoire de cette étude, et du fait que l'objectif principal n'était pas de mettre en évidence une différence entre deux groupes, le calcul du nombre de sujets nécessaire n'a pas été réalisé. Le nombre de pères inclus a été fixé au maximum réalisable durant le temps de l'intervention.

## **2.7 Déroulement de l'intervention – Recueil des données**

L'étude s'est déroulée en deux parties. Le premier entretien avait lieu au sein de la maternité, au moins 24 heures après l'accouchement et jusqu'au troisième jour du post-partum. Le second était un entretien téléphonique réalisé 4 semaines après le premier. Une information écrite (**Annexe 2**) leur avait été remise préalablement par un membre de l'équipe soignante de la maternité.

### **2.7.1 Données relatives aux participants**

Pour chaque père répondant aux critères d'inclusion de l'étude, un recueil d'informations a été obtenu à l'aide d'un questionnaire (**Annexe 1**) renseigné au début du premier entretien. Ce questionnaire permettait de déterminer :

- les caractéristiques sociodémographiques des pères (âge, profession) ;

- l'existence ou non d'une paternité antérieure ;
- la participation préalable à un autre accouchement ;
- l'existence d'antécédents médicaux ou d'un traitement en cours.

## **2.7.2 Données relatives aux questionnaires**

### **2.7.2.1 Premier entretien**

Les pères répondant aux critères d'inclusion de l'étude et ayant exprimé un consentement libre et éclairé ont participé à un entretien avec l'investigateur principal entre J1 et J3 après l'accouchement entre le 15 mars 2018 et le 10 octobre 2018.

Lors de cet entretien, nous avons évalué le vécu du père durant la phase de travail et de l'accouchement par le renseignement d'un auto-questionnaire, le FTFQ (**Annexe 3**). Ce questionnaire comportait 22 items répartis en trois clusters : le soutien du personnel, les inquiétudes au cours du travail et de l'accouchement, et la préparation prénatale. Les 22 items étaient cotés de 1 à 4. Les scores obtenus par question et pour chaque patient ont été additionnés afin d'obtenir un score global. Plus le score était élevé, moins le vécu lors de l'accouchement était considéré comme bon. Cinq items complétaient le panel des 22 items et renseignaient sur le contexte et type d'accouchement, les modalités de recherche d'information, la primiparité et le ressenti a posteriori. Ces cinq items ne modifiaient pas le score de vécu. Une zone de texte libre était laissée à la fin du questionnaire afin que les pères puissent partager les points non mentionnés dans le questionnaire ou ceux qui devaient être précisés (42, 43).

Les entretiens se déroulaient dans un bureau ou dans une chambre vacante du service en quatre phases :

- information verbale délivrée par l'investigateur principal sur les objectifs et les modalités de l'étude. Signature de la fiche de consentement ;
- renseignement du premier questionnaire par le père seul, l'investigateur quittant la pièce après la signature de la fiche de consentement ;
- retour de l'investigateur principal, réponse aux questions éventuelles concernant le questionnaire ; temps de discussion systématiquement proposé au père afin de lui

permettre de poser des questions en lien avec l'accouchement et/ou l'accès à la parentalité ;

- fin de l'entretien ; rendez-vous fixé environ quatre semaines après le premier entretien afin de renseigner le second questionnaire ; carton de rendez-vous remis aux participants ; Echange des coordonnées téléphoniques et numériques.

### **2.7.2.2 Second entretien**

Le second entretien, téléphonique, dirigé par l'investigateur, a eu lieu environ 4 semaines après le premier. La date et l'heure étaient fixées selon les contraintes professionnelles et familiales des pères. Vingt-quatre heures avant, l'investigateur principal envoyait par mail et par SMS un exemplaire du second questionnaire. Le choix était laissé aux pères quant au mode de transmission des réponses après auto-évaluation, par mail ou verbalement au cours de l'entretien téléphonique. Après le recueil des données, un temps de discussion était à nouveau proposé aux pères.

Lors du second entretien nous avons évalué la prévalence de troubles psychotraumatiques sur la population étudiée à l'aide du questionnaire PCL-5 (**Annexe 4**). Ce questionnaire comportait 20 questions. Les réponses pour chaque question étaient cotées de 0 « pas du tout », à 5 « extrêmement ». Les troubles psychotraumatiques évalués par ce questionnaire étaient répartis en quatre clusters : syndrome de répétition ou reviviscence, évitement, altération négative des cognitions et de l'humeur, hyperréactivité végétative. L'addition des scores question par question et pour chaque patient permettait d'obtenir un score global sur 80. Le cut-off pour le diagnostic d'un ESPT était de 38/80 (44).

## **2.8 Aspect éthique**

Notre étude n'étant ni expérimentale ni prospective mais observationnelle, l'autorisation du Comité de protection des personnes n'a pas été demandée. Chaque père réunissant les critères d'inclusion a été informé, préalablement à l'intervention, des objectifs et du déroulement de l'étude. Une fiche explicative (**Annexe 2**) lui était remise par un membre de l'équipe soignante de la maternité avant l'intervention.

La recherche du consentement éclairé a été systématique. Lors du premier entretien, le père devait signer une fiche de consentement (**Annexe 5**) avant le renseignement du premier questionnaire. Le retrait du consentement pouvait se faire à n'importe quel moment de l'étude. Les réponses aux deux questionnaires ont été anonymisées par l'investigateur principal.

## **2.9 Analyse statistique**

Les données sociodémographiques, les données quantitatives, discrètes ou non, et les données qualitatives des questionnaires FTFQ et PCL-5 ont été retranscrites sur le logiciel EXCEL.

L'analyse de la population et des réponses aux questionnaires FTFQ et PCL-5 a été réalisée selon trois axes :

- Analyse descriptive de la population des pères répondants. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, de médiane et d'écart type.
- Analyse des distributions des scores FTFQ et PCL-5 et de leurs clusters, au global et par segment de la population des pères répondants aux questionnaires FTFQ et PCL-5.
- Analyse descriptive des réponses aux items I, II et V du FTFQ relatifs à la préparation et au vécu de l'accouchement pour les principaux segments de la population des pères répondants au questionnaire FTFQ.

Le choix des tests statistiques a été élaboré en collaboration avec l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement).

Un test de SHAPIRO-WILK a été réalisé préalablement à la construction de notre méthodologie. Ce test a rejeté l'hypothèse nulle que les scores des questionnaires FTFQ et PCL-5 suivent une distribution normale. Il existe un risque de rejeter à tort cette hypothèse nulle de distribution normale de l'échantillon. Ce risque est inversement corrélé à la taille de l'échantillon.

Considérant la taille relativement faible de notre échantillon, nous avons fait le choix d'utiliser des tests paramétriques considérés statistiquement robustes au rejet de l'hypothèse nulle par le test de SHAPIRO-WILK.

Un test de corrélation de PEARSON puis une régression linéaire ont été utilisés pour l'analyse de l'objectif principal. Des tests de STUDENT ont été utilisés pour l'analyse des deux premiers objectifs secondaires. Le troisième objectif secondaire a été étudié à l'aide de statistiques descriptives simples.

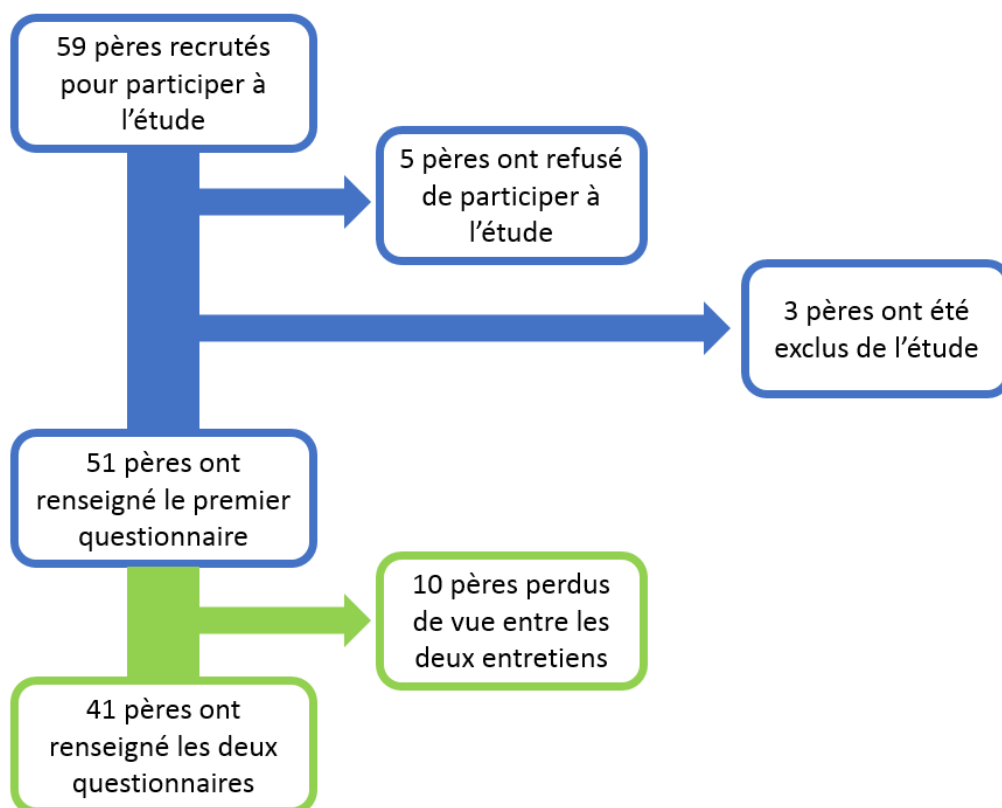
Des données qualitatives manuscrites ont été recueillies grâce au questionnaire FTFQ. Ces données ont été retranscrites dans leur intégralité sur le logiciel WORD. L'analyse qualitative a été réalisée par une approche compréhensive à la lecture par le doctorant. L'intégralité des retranscriptions est présentée en annexe (**Annexe 6**).

### 3. RESULTATS

#### 3.1 Constitution de la population de l'étude :

Parmi les pères ayant assisté à l'accouchement de leur conjointe, nous avons proposé à 59 pères de participer à notre étude. Parmi ces 59 pères, 5 ont refusé de participer et 3 ont été exclus car ne répondant pas aux critères d'inclusion : 1 participant était en cours de traitement pour une pathologie psychiatrique, et les deux autres avaient une maîtrise insuffisante de la langue française. Au total, 51 pères ont participé au premier entretien et ont renseigné le questionnaire FTFQ. Dix pères ont été perdus de vue entre les deux entretiens. Quarante et un participants ont renseigné le second questionnaire.

*Figure 1 : Diagramme des flux*



### **3.2 Caractéristiques sociodémographiques des pères**

Les caractéristiques sociodémographiques des pères inclus dans notre étude sont résumées dans le tableau 3.

*Tableau 2 : Données socio-démographiques*

<b>ANALYSE POPULATION</b>	<b>Données socio-démographiques</b>
Age Moyen	32.2
Médian	33.0
Ecart type	4.7
Nombre d'enfants Moyen	1.7
Médian	1
Ecart type	0.9
Nb années d'étude post BAC Moyen	1.7
Médian	0
Ecart type	1.9
Primipères (%)	27 (53)
Non primipères (%)	24 (47)
Pères ayant déjà assisté à un accouchement (%)	23 (45)
Pères n'ayant jamais assisté à un accouchement (%)	28 (55)
Pères ayant fait des études supérieures (%)	25 (49)
Pères n'ayant pas suivi de cursus après le bac (%)	26 (51)
Pères ayant suivi les cours de préparation (%)	25 (49)
Pères n'ayant pas suivi les cours de préparation (%)	26 (51)
Accouchement naturel (%)	42 (82)
Accouchement instrumental (%)	9 (18)

### **3.3 Caractéristiques des réponses au questionnaire FTFQ**

Les statistiques descriptives des réponses au questionnaire FTFQ sont résumées dans le tableau 4. Le score moyen obtenu au FTFQ est de 38,4 points pour un écart type de 7,8 points. L'Inter Quartile Range (IQR), ou écart interquartile, qui mesure la dispersion par différence entre le troisième et le premier quartile, est de 13. La minimale est de 25 points,

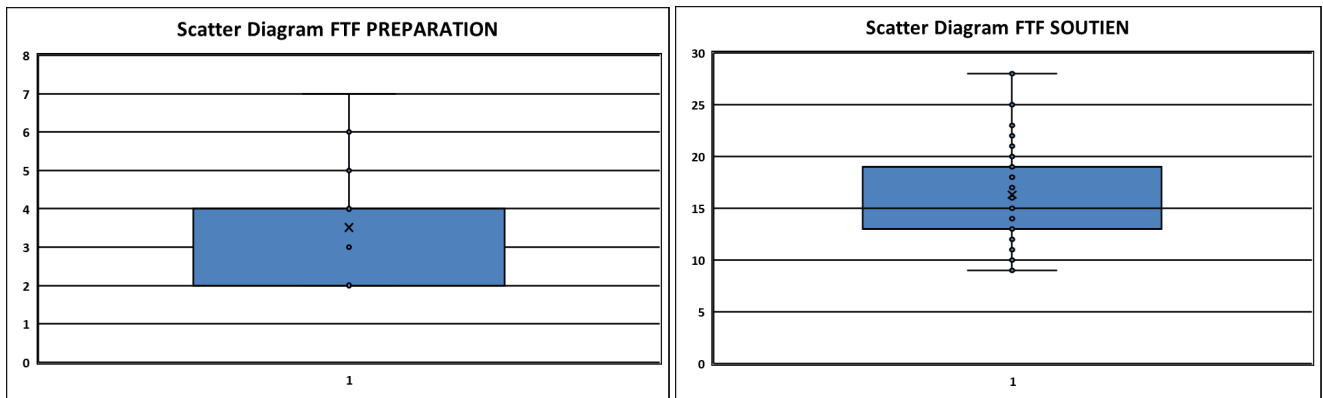
la maximale de 51 points. 25 % des répondants ont un score inférieur à 33 points. La médiane se situe à 40 points. 75 % des répondants ont un score inférieur à 45 points.

Tableau 3 : Statistiques descriptives des réponses au FTFQ

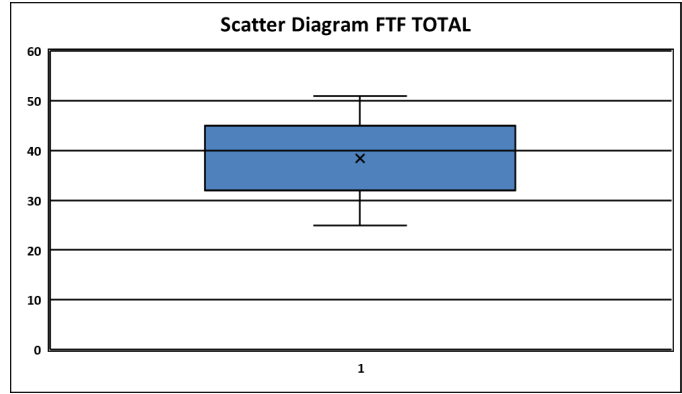
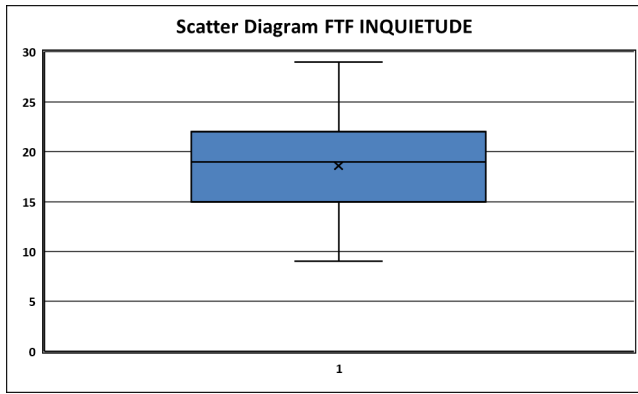
Cluster et totaux	Moyenne	Ecart type	IQR	Min	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Max	N
FTF Prépa	3.5	1.2	2	2	2	4	4	7	51
FTF Soutien	16.3	4.8	6	9	13	15	19	28	51
FTF Inquiétude	18.6	4.8	7	9	15	19	22	29	51
FTFTOTAL	38.4	7.8	13	25	33	40	45	51	51

La distribution des scores obtenus au FTFQ est représentée par des diagrammes en boîte fournis ci-dessous :

Figure 2 : Diagrammes en boîte des scores obtenus au FTFQ

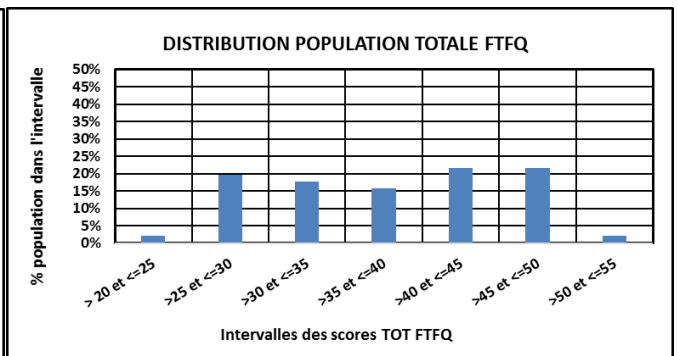
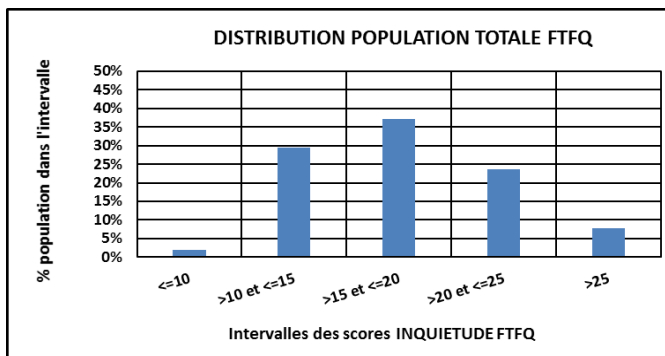
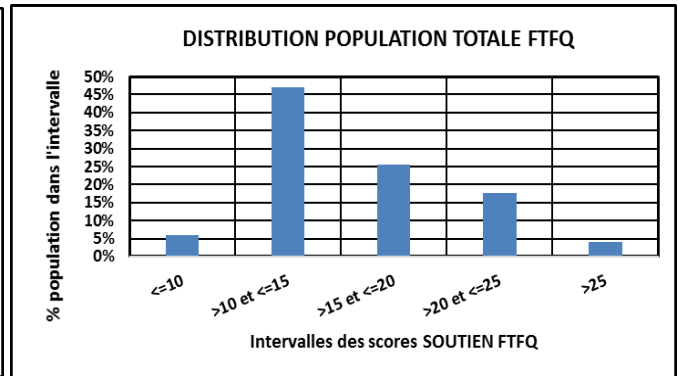
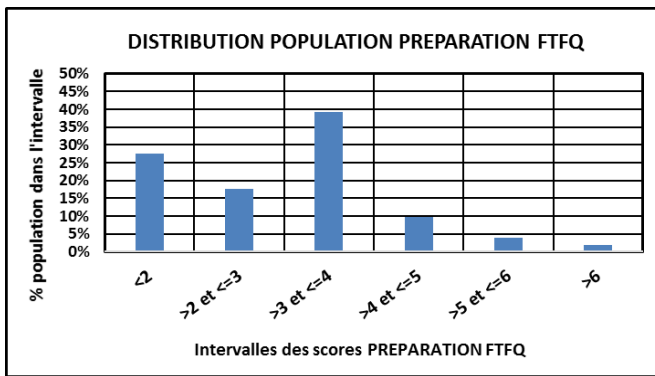






Ces représentations ont été complétées par une représentation graphique de la distribution des populations selon les scores totaux et les clusters du questionnaire FTFQ.

*Figure 3 : Distribution des populations selon les scores obtenus au FTFQ*



Chaque ligne et colonne correspondent aux clusters et totaux du questionnaire FTFQ : « Préparation », « Soutien », et « Inquiétude » réfèrent respectivement aux clusters préparation prénatale, soutien du personnel et inquiétudes des pères.

### **3.4 Caractéristiques des réponses au questionnaire PCL-5**

Les statistiques descriptives des réponses obtenues au questionnaire PCL-5 sont présentées dans le tableau 5.

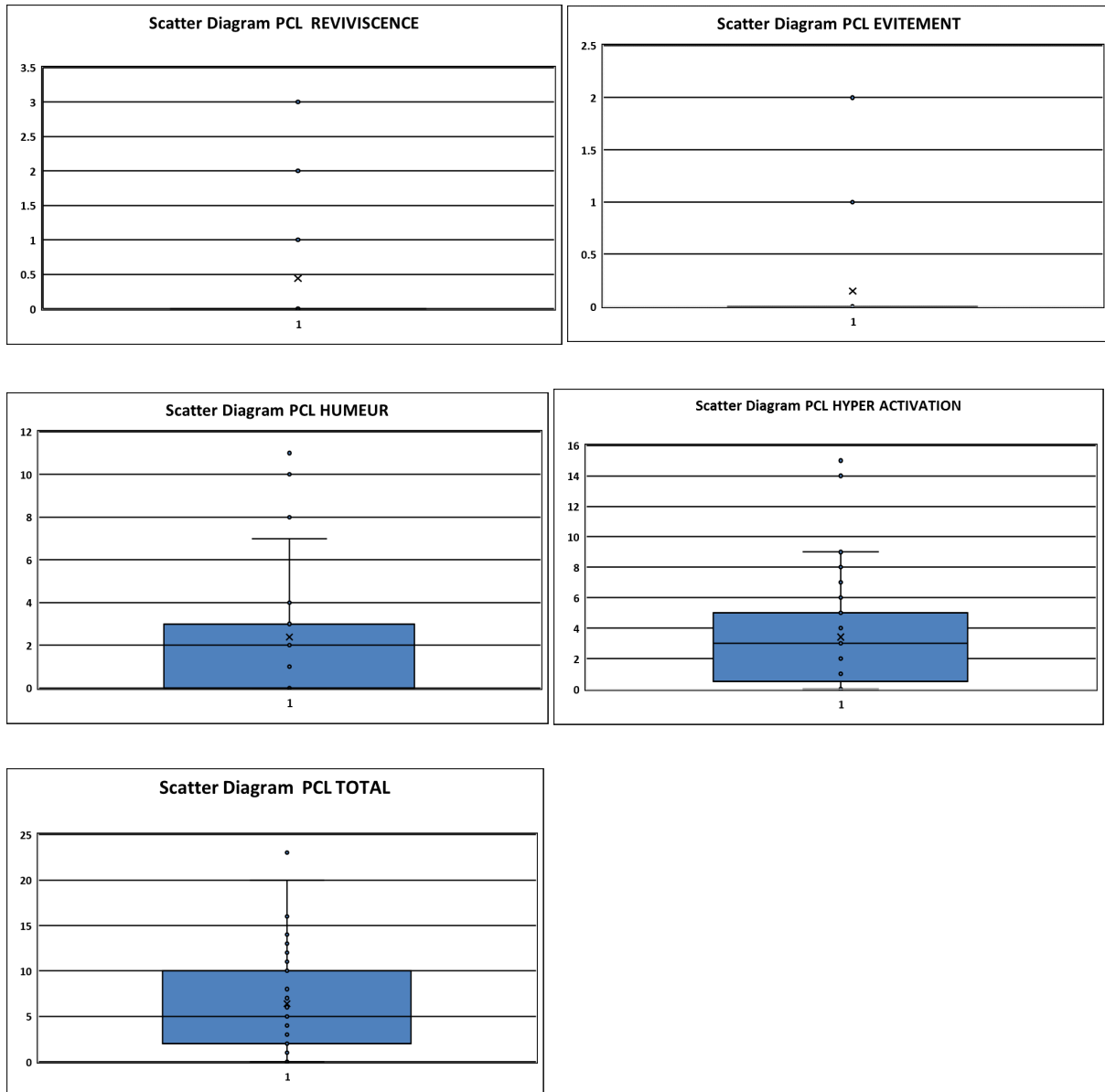
La moyenne obtenue au PCL-5 est de 6.4 points (écart type 5.7). L'IQR est égal à 8 points. La minimale est de 0 points et la maximale de 23 points. 25 % des répondants ont un score inférieur à 2 points. La médiane est à 5 points. 75 % des répondants ont un score inférieur à 10 points. Considérant le cut-off de 38 points, aucun diagnostic d'ESPT n'est posé.

*Tableau 4 : Statistiques descriptives des réponses au PCL-5*

Cluster et totaux	Moyenne	Ecart type	IQR	Min	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Max	N
Reviv Tot	0.4	0.9	0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	41
Evitem Tot	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	41
Humeur Tot	2.4	2.8	3	0.0	0.0	2.0	3.0	11.0	41
Hyper Tot	3.4	3.7	4	0.0	1.0	3.0	5.0	15.0	41
PCL Total	6.4	5.7	8	0.0	2.0	5.0	10.0	23.0	41

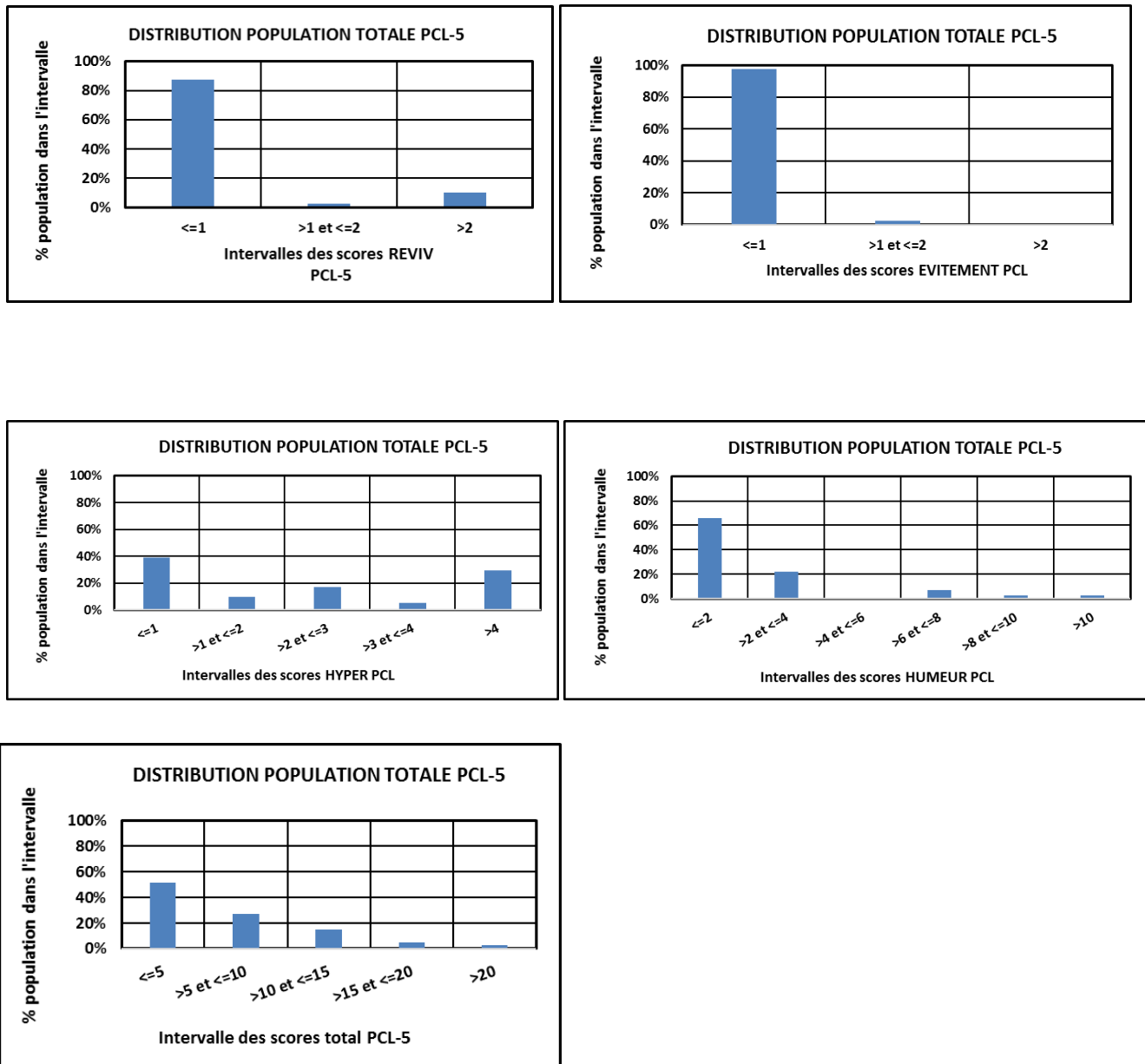
La distribution des scores obtenus au questionnaire PCL-5 est représentée par des diagrammes en boîte fournis ci-dessous :

Figure 4 : Diagrammes en boîte des scores obtenus au PCL-5



Ces représentations ont été complétées par une représentation graphique de la distribution des populations selon les scores totaux et les clusters du questionnaire PCL-5.

Figure 5 : Distribution des populations selon les scores obtenus au PCL-5



Chaque ligne et colonne correspondent aux clusters et totaux du questionnaire PCL-5 : « Reviv Tot », « Evitem Tot », « Humeur Tot » et « Hyper Tot » réfèrent respectivement aux clusters syndrome de reviviscence, syndrome d'évitement, troubles de l'humeur, et syndrome d'hyperactivation.

### **3.5 Résultats de l'objectif principal**

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons procédé au test de corrélation de PEARSON pour rechercher un lien entre les scores des deux questionnaires. La corrélation entre chaque cluster a été calculée à partir du module statistique du logiciel EXCEL. Ce test donne un résultat en pourcentage entre 0 % (pas de corrélation) et 100 % (corrélation parfaite). Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau suivant :

**Tableau 5 : Recherche d'une corrélation entre les scores des questionnaires FTFQ et PCL-5**

	Préparation	Soutien	Inquiétude	<b>FTF TOTAL</b>	Reviv Tot	Evitem Tot	Humeur Tot	Hyper Tot	<b>PCL Total</b>
Préparation	100.0%	24.0%	42.3%	57.8%	37.5%	-0.3%	31.0%	1.2%	<b>22.1%</b>
Soutien	24.0%	100.0%	6.6%	<b>70.5%</b>	20.7%	-4.2%	-0.7%	-9.7%	<b>-3.5%</b>
Inquiétude	42.3%	6.6%	100.0%	<b>74.0%</b>	36.6%	26.6%	27.5%	-5.7%	<b>17.7%</b>
FTF TOTAL	57.8%	70.5%	74.0%	<b>100.0%</b>	42.0%	14.1%	21.9%	-9.5%	<b>12.5%</b>
Reviv Tot	37.5%	20.7%	36.6%	<b>36.6%</b>	100.0%	58.4%	19.0%	-18.7%	<b>18.0%</b>
Evitem Tot	-0.3%	-19.2%	26.6%	<b>14.1%</b>	58.4%	100.0%	35.7%	-15.1%	<b>24.7%</b>
Humeur Tot	31.0%	-5.7%	27.5%	<b>21.9%</b>	19.0%	35.7%	100.0%	45.1%	<b>84.0%</b>
Hyper Tot	1.2%	-3.5%	-5.7%	<b>-9.5%</b>	-18.7%	-15.1%	45.1%	100.0%	<b>83.1%</b>
PCL Total	22.1%	-3.5%	17.7%	<b>12.5%</b>	18.0%	24.7%	84.0%	83.1%	<b>100.0%</b>

En l'absence de corrélation statistique significative, une régression linéaire du FTFQ sur le PCL-5 a été réalisée afin d'établir un éventuel lien entre ces deux scores. Le R carré

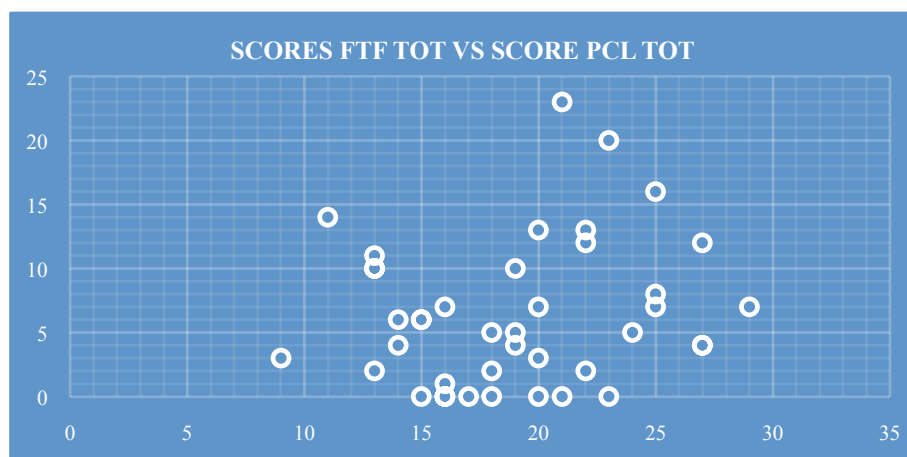
obtenu à l'issue de cette régression linéaire est  $R^2 = 0.0157$ . Les détails de la régression sont présentés au sein du tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Régression du score FTFQ sur le score PCL-5

<i>Statistiques de la régression</i>	
Coefficient de détermination multiple	0.12530296
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	0.01570083
Coefficient de détermination R <sup>2</sup>	-0.0095376
Erreur-type	5.70980814
Observations	41

Considérant le coefficient R carré, nous rejetons l'hypothèse nulle de corrélation entre les scores FTFQ et PCL-5. Nous ne pouvons pas conclure à l'existence d'une relation linéaire entre les scores des deux questionnaires pour l'échantillon considéré. Ces résultats sont complétés par des représentations graphiques des scores FTFQ et PCL-5.

Figure 6 : Représentation graphique de la relation entre les scores du FTFQ et du PCL-5



Ces représentations graphiques ne font pas davantage apparaître de relation de type linéaire entre ces deux scores.

### 3.6 Résultats des objectifs secondaires

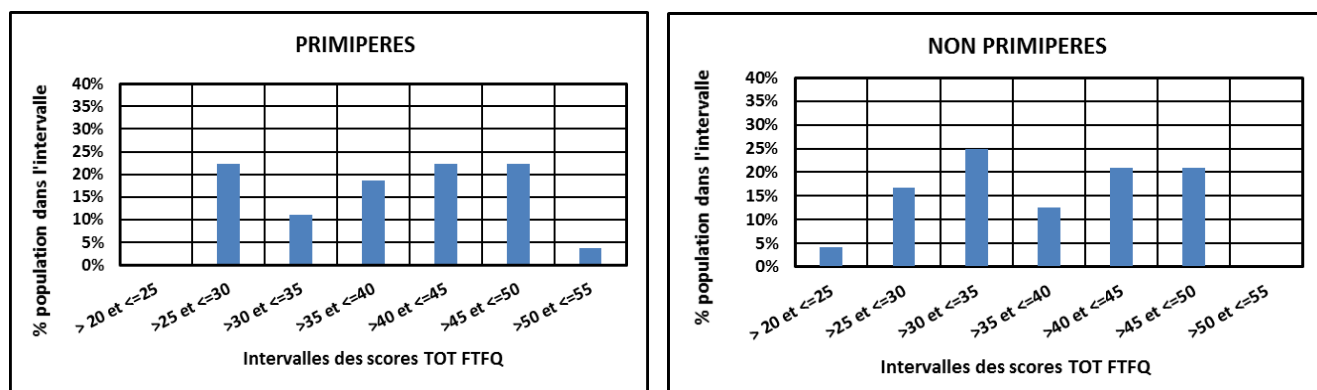
#### 3.6.1 *Analyse en sous-groupes des résultats du questionnaire FTFQ*

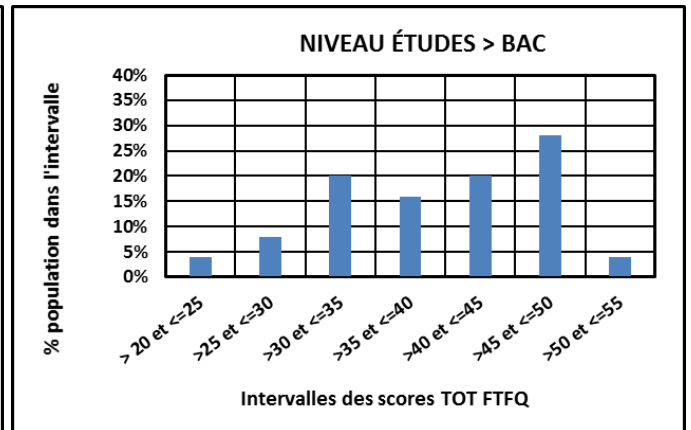
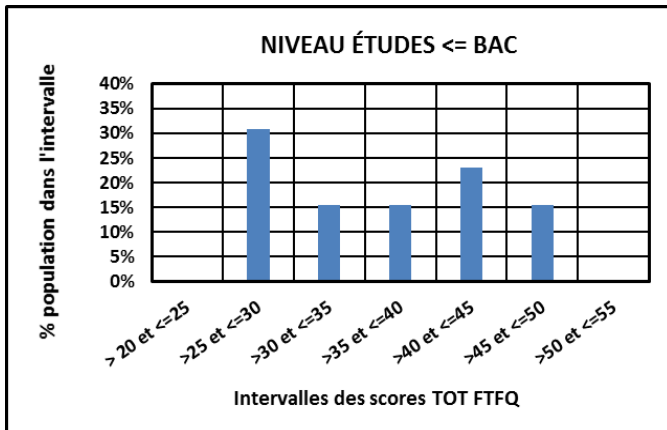
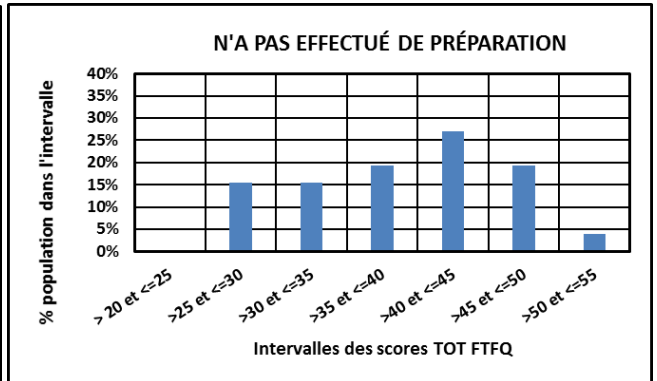
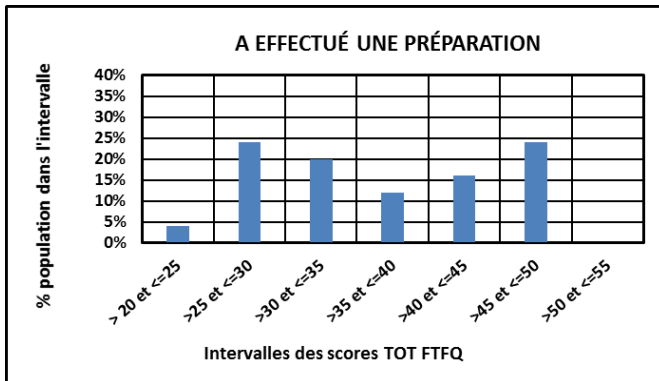
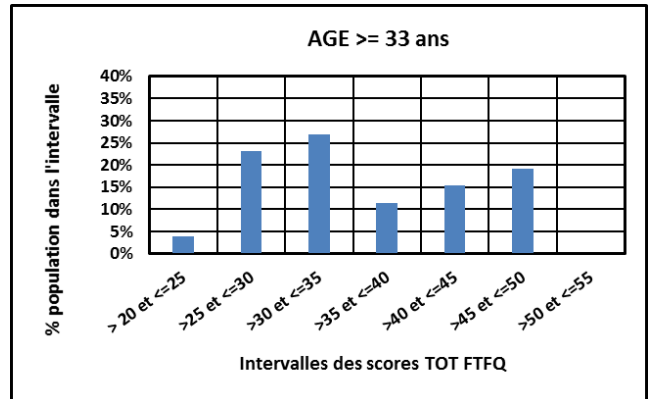
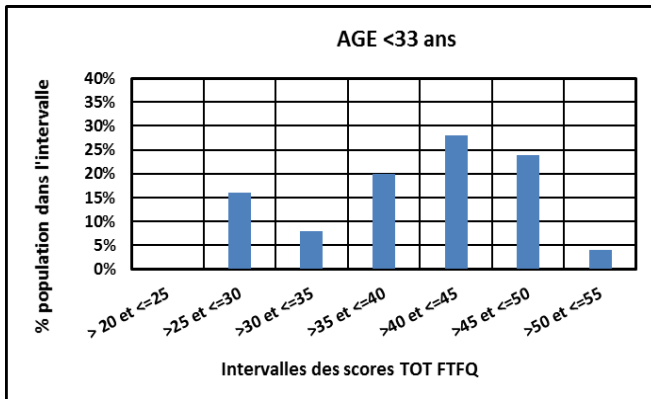
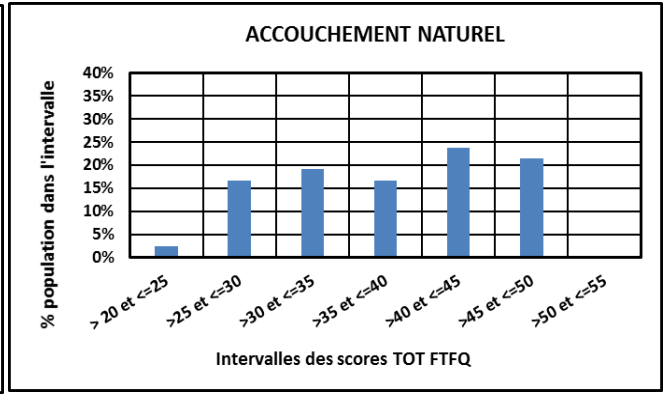
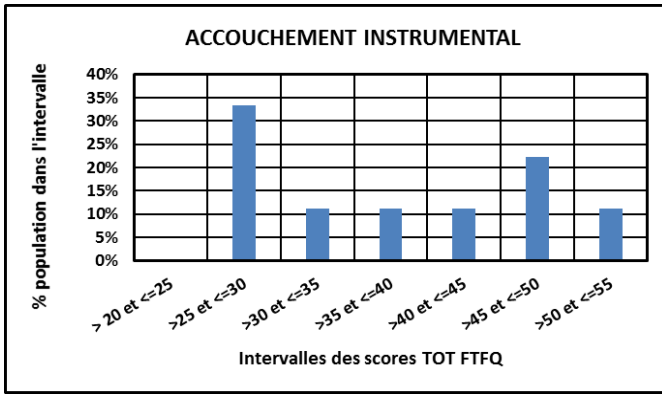
La population incluse a été subdivisée en sous-groupes afin d'étudier l'impact de plusieurs facteurs sur le score du FTFQ. Ces facteurs sont au nombre de 5 : âge, primiparité, accouchement naturel ou instrumental (Acchmt) ; participation aux cours de préparation à l'accouchement (CP) ; niveau d'étude.

Pour le facteur « âge », les pères inclus ont été divisés en deux groupes selon leur positionnement par rapport à la médiane d'âge, 33 ans. Pour le facteur niveau d'étude, les pères ont été divisés en deux groupes selon la validation d'un cursus universitaire ou professionnel après le baccalauréat ou non.

Les distributions des scores du FTFQ selon les répartitions en sous-groupes sont présentées ci-dessous.

*Figure 7 : Représentation graphique des scores obtenus au questionnaire FTFQ en sous-groupe*







Des tests de STUDENT ont été réalisés afin de comparer les moyennes des scores obtenus selon les 5 facteurs sélectionnés.

Tableau 7 : Comparaison des scores obtenus au FTFQ

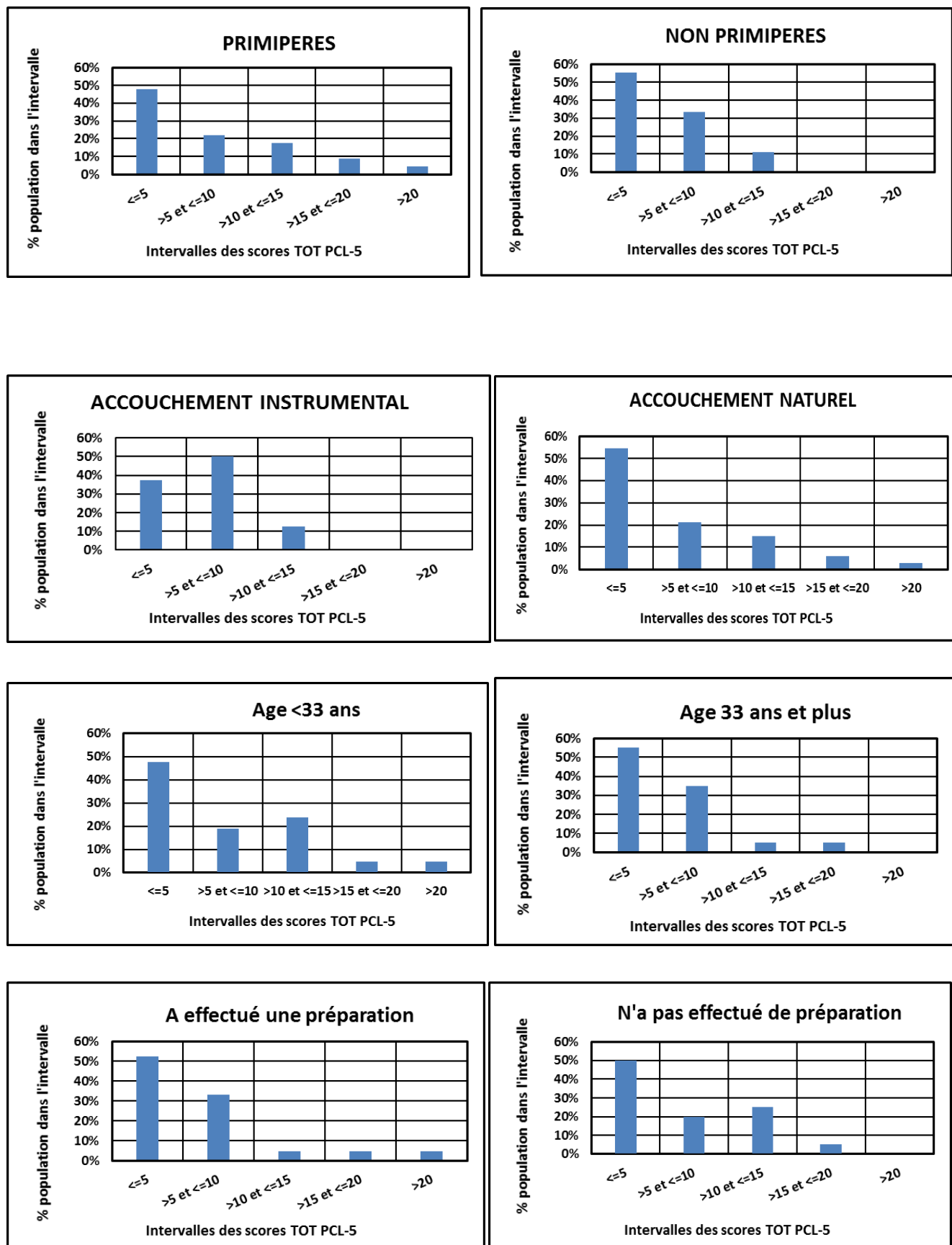
Tests T-STUDENT sous-groupes	Résultats score FTFQ
Groupes âge	0.0496
Groupes préparation	0.6976
Groupes primipères	0.1519
Groupes voies naturelles	0.9524
Groupes niveau d'études	0.1707

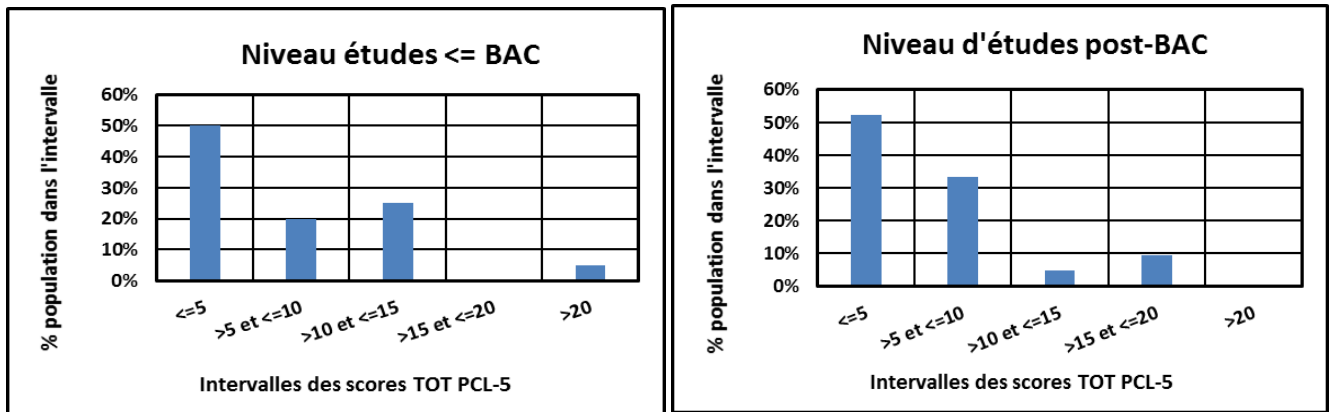
Seule l'analyse des moyennes selon les groupes d'âges met en évidence une différence statistiquement significative avec  $p = 0.0496$  pour ce test.

### **3.6.2 Analyse en sous-groupes des résultats du questionnaire PCL-5**

Selon la même méthodologie que celle utilisée au paragraphe « III.6.a » et sous la même hypothèse, les scores obtenus au PCL-5 ont été comparés après division en sous-groupe de notre population selon les 5 facteurs sélectionnés. Les distributions des scores du FTFQ selon les répartitions en sous-groupes sont présentées ci-dessous.

Figure 8 : Représentation graphique des scores obtenus au questionnaire PCL-5 en sous-groupe





Des tests de STUDENT ont été réalisés afin de comparer les moyennes des scores obtenus selon les 5 facteurs sélectionnés. Les résultats obtenus sont présentés au sein des tableaux suivants.

Tableau 8 : Comparaison des scores obtenus au PCL-5

Tests T-STUDENT sous-groupes	Résultats score PCL-5
Groupes « âge »	0.5591
Groupes « préparation »	0.6976
Groupes « primipères »	0.1519
Groupes « type d'accouchement »	0.9524
Groupes « niveau d'études »	0.3509

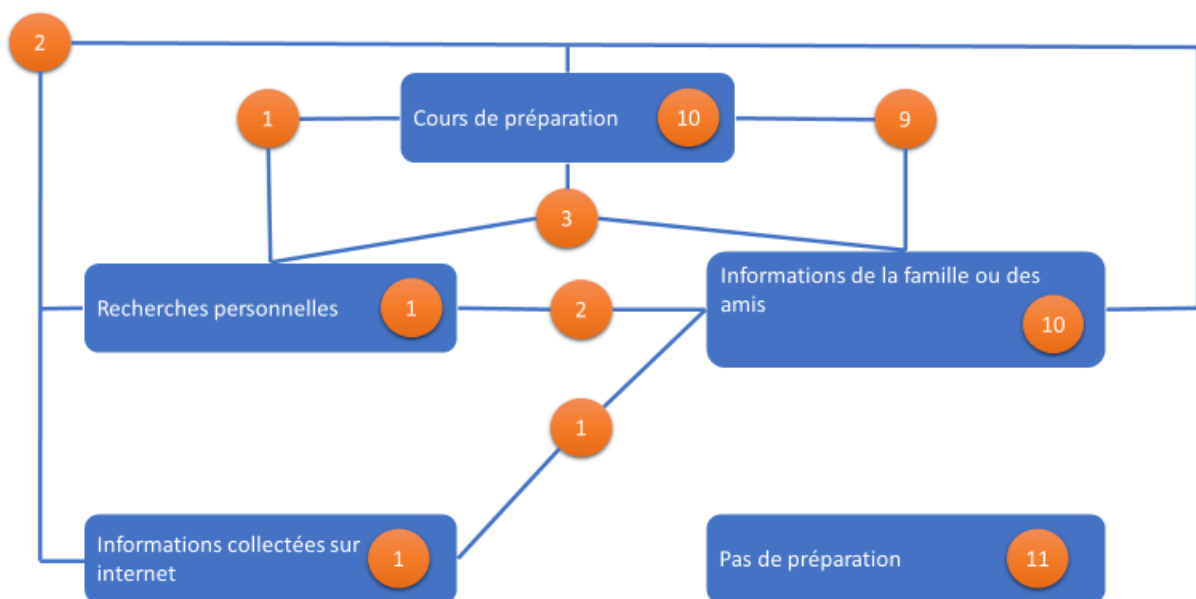
Cette comparaison des scores en sous-groupes selon les facteurs choisis ne nous a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les groupes.

### 3.6.3 Etude de la préparation des pères à l'accouchement

Les informations relatives aux modes de préparation des pères à l'accouchement, ainsi qu'à leur vécu a priori et a posteriori de l'accouchement ont été récoltées grâce aux items additionnels du questionnaire FTFQ.

Les différentes sources d'information utilisées par les pères en vue de leur préparation étaient demandées par l'item I du FTFQ, avec possibilité de choix multiples. Cinq sources étaient proposées : recherches personnelles, informations collectées sur internet, informations de la famille ou des amis, cours de préparation à la naissance, pas de préparation. Les réponses sont synthétisées au sein de la figure ci-dessous :

*Figure 9 : Modes de préparations à l'accouchement*

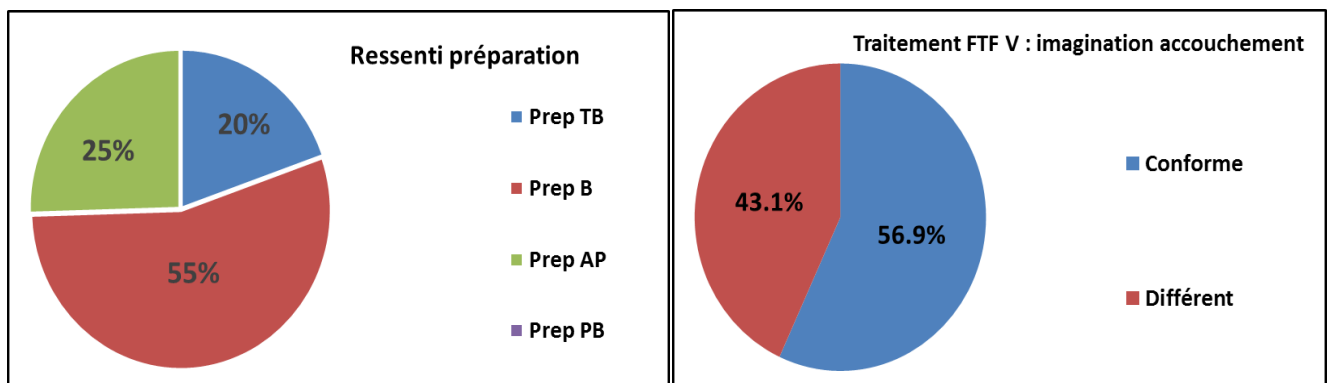


Les nombres au sein des cercles représentent le nombre de pères ayant déclaré avoir utilisé cette source pour sa préparation. Lorsque les cercles sont à l'intérieur des cadres, seule cette source a été utilisée. Les cercles connectés indiquent le nombre de pères ayant eu recours à des sources multiples (par exemple : 9 pères ont utilisé à la fois les

informations collectées dans la famille ou auprès des amis ainsi que les informations collectées lors des cours de préparation).

L'item II du FTFQ demandait aux pères à quel point ils se sentaient préparés pour l'accouchement : Très Bien (TB), Bien (B), Assez Peu (AP) et Pas Bien du tout (PB). Cet item renseignait sur le ressenti des pères vis à vis de leur préparation à l'accouchement. L'item V du FTFQ demandait aux pères s'ils avaient vécu l'accouchement conformément ou différemment par rapport à ce qu'ils avaient imaginé. Les données récoltées sont présentées ci-dessous :

Figure 10 : Résultats des Items I et V du FTFQ



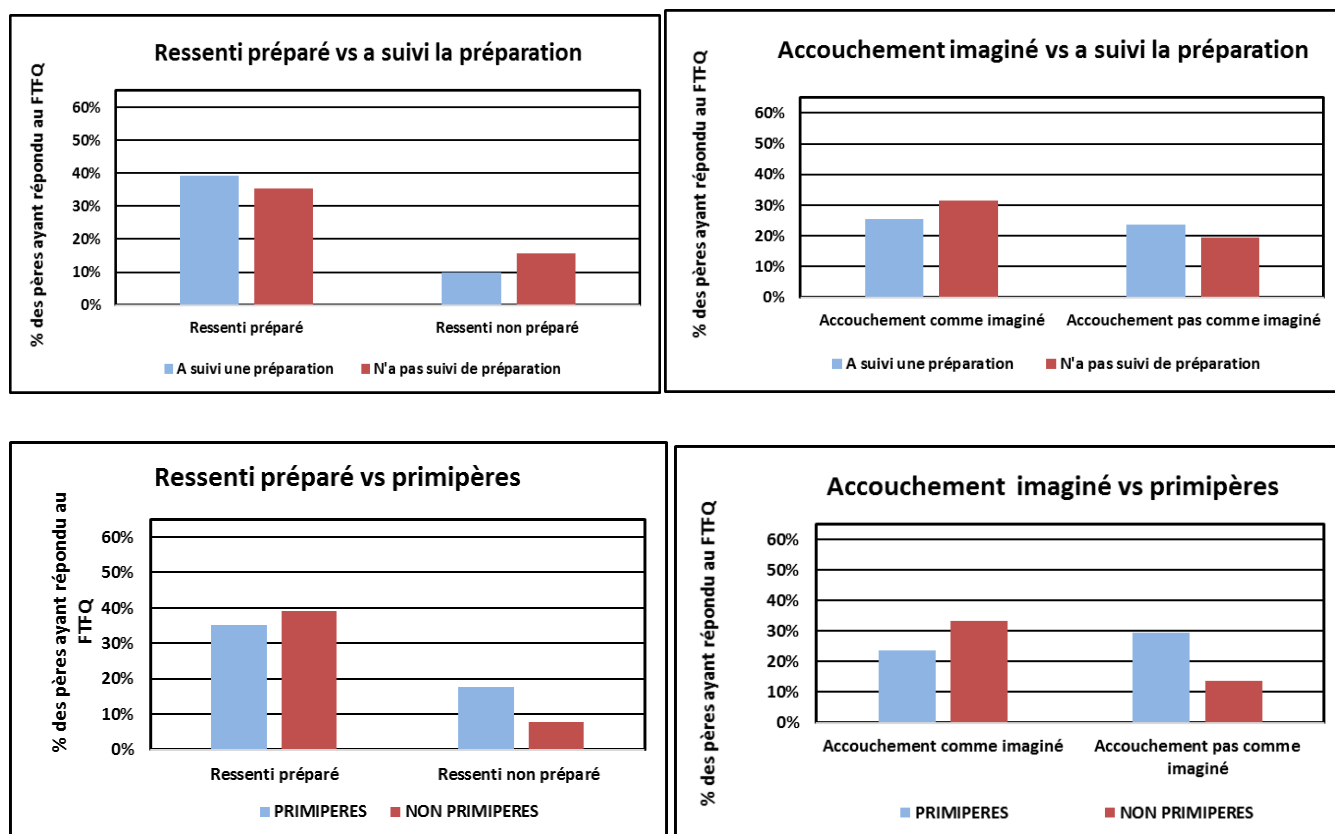
Les résultats obtenus ont été classés selon les 5 catégories définies lors des analyses en sous-groupes des deux premiers objectifs secondaires (préparation, primiparité, type d'accouchement, âge et niveau d'étude). Afin de simplifier la lecture des données, les résultats de l'item I ont été classés en deux catégories : Bien ou Très bien dans la catégorie « Préparé », et Assez peu ou Pas bien pas bien du tout dans la catégorie « Non préparé ». Les données récoltées ont été rassemblées au sein du tableau suivant :

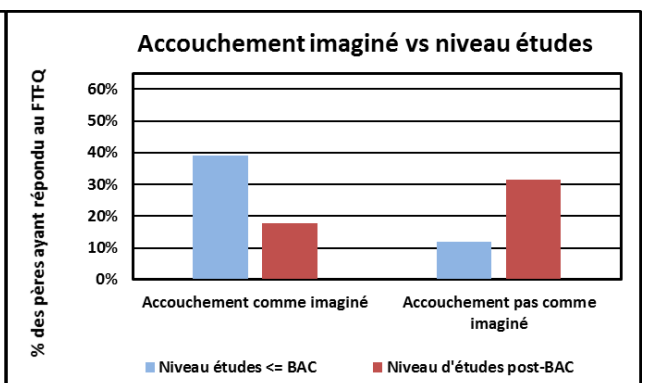
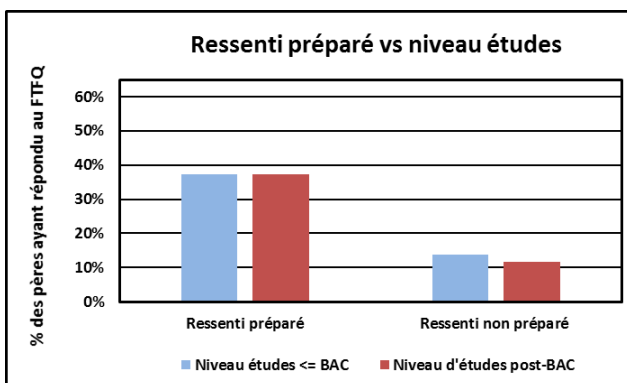
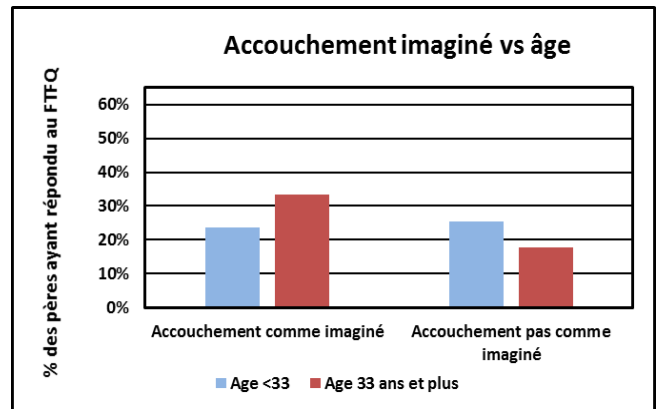
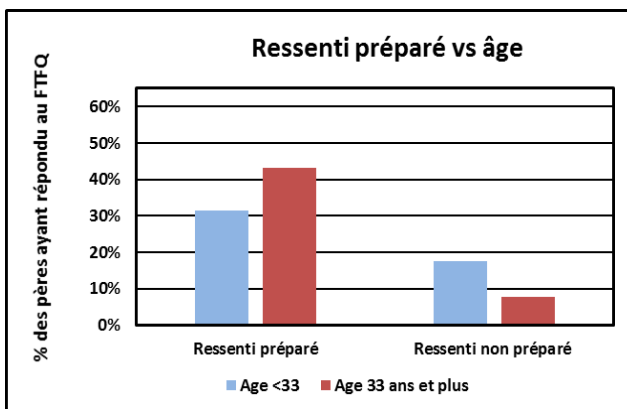
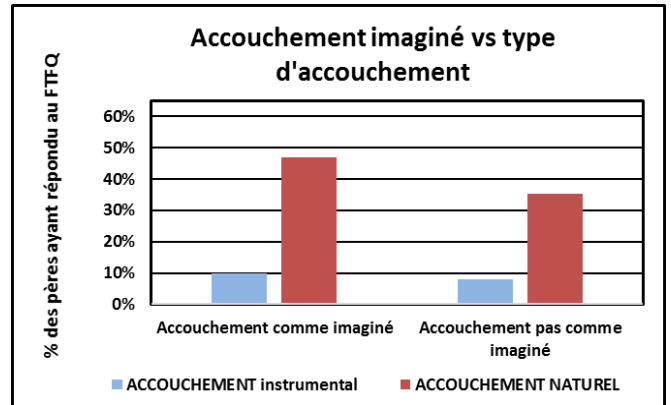
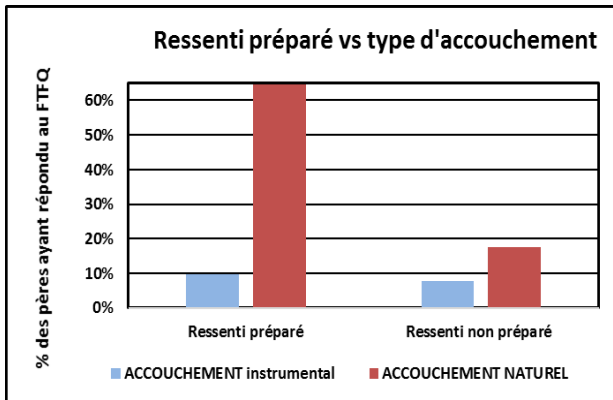
Tableau 9 : Etude de la préparation des pères

Groupes	Préparation	Pas de préparation	Primipères	Non primipères	Accouchement instr	Accouchement Nat	Age <33	Age 33 ans et plus	Niveau études <= BAC	Niveau d'études post-BAC
Préparé	20 (39%)	18 (35%)	18 (35%)	20 (39%)	33 (65%)	5 (10%)	16 (31%)	22 (43%)	19 (37%)	19 (37%)
Non préparé	5 (10%)	8 (16%)	9 (18%)	4 (8%)	9 (18%)	4 (8%)	9 (18%)	4 (8%)	7 (14%)	6 (12%)
Comme imaginé	13 (25%)	16 (31%)	12 (24%)	17 (33%)	24 (47%)	5 (10%)	12 (24%)	17 (33%)	20 (39%)	9 (18%)
Pas comme imaginé	12 (24%)	10 (20%)	15 (29%)	7 (14%)	18 (35%)	4 (8%)	13 (25%)	9 (18%)	6 (12%)	16 (31%)

Des représentations graphiques de ces résultats ont été réalisées et sont présentées au sein de la figure suivante :

Figure 11 : Etude de la préparation des pères – représentations graphiques





Les graphiques « ressenti » correspondent à l'item II du FTFQ. Les graphiques « imaginé » correspondent à l'item V du FTFQ.

### **3.6.4 Analyse des données qualitatives**

Trente-quatre pères sur 51 ont renseigné la zone de texte libre du FTFQ, soit 2/3 d'entre eux.

Parmi les trente-quatre répondants, neuf ont abordé le thème de l'information. Trois d'entre eux reprochaient à l'équipe de ne pas les avoir tenus suffisamment préparés ni informés au cours des différentes étapes du travail et de l'accouchement. Trois autres signalaient que plus d'information préalable auraient pu les aider. Trois autres indiquaient le bénéfice de leur préparation préalable au cours de l'accouchement.

Six pères ont écrit à propos de leur prise en charge par l'équipe soignante. Deux pères ont eu le sentiment de ne pas être inclus suffisamment par l'équipe au cours de la procédure. Deux ont abordé le fait qu'il n'existe pas de place attitrée pour le père au sein de la maternité. Un père aurait souhaité que le personnel s'enquière de son état au cours des différentes étapes de l'accouchement. Enfin un père encourageait les maternités à faire participer le plus possible les pères, comme cela lui avait été permis.

Trois pères ont abordé l'utilisation des instruments d'extraction. Deux pour souligner l'aspect traumatisant de la procédure, et un pour souligner le manque de préparation à ces manœuvres.

Trois pères ont abordé leur rôle au cours de l'accouchement. Deux pour expliquer leur rôle de soutien à leur épouse. Le troisième pour signaler qu'il s'était senti inutile tout au long du travail et de l'accouchement.

Trois pères ont abordé la peur ressentie pour leur épouse à cause des douleurs qu'elle ressentait. Un père a décrit le fait de couper le cordon comme un acte symbolique sans intérêt. Un père a abordé la peur ressentie pour son épouse au cours de la procédure.



## **4. DISCUSSION**

Cette étude ne nous a pas permis de conclure au rôle prédictif d'un mauvais vécu du père au cours de l'accouchement par voie basse sur le risque de développer des complications psychotraumatiques à distance.

L'analyse en sous-groupes des scores du questionnaire FTFQ met en évidence que l'âge des pères est un facteur prédictif d'un mauvais vécu au cours de l'accouchement. Plus les pères sont jeunes, plus leur vécu est négatif. Ce résultat est statistiquement significatif. Pour les quatre autres facteurs évalués, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

L'analyse en sous-groupes n'a pas mis en évidence de relation avec la survenue de complications psychotraumatiques à distance.

Enfin, l'étude de leur préparation à l'accouchement et de leur ressenti vis-à-vis de cette préparation montre une adéquation insuffisante entre le niveau de préparation perçu par les pères et le déroulement réel des événements par rapport à ce qu'ils avaient imaginé, en particulier chez les primipères.

### **4.1 Discussion sur la méthodologie**

#### **4.1.1 *Forces de l'étude***

Cette étude se différencie de la plupart des autres études s'étant intéressées aux pères lors de leur passage en salle de naissance par l'analyse de données quantitatives et non d'un protocole qualitatif centré sur des entretiens individuels ou des réunions de groupes. Les questionnaires ont été proposés aux pères de manière homogène par un seul médecin investigateur, ce qui a limité la variabilité de collecte des informations.

Comme cela avait été signalé en première partie, peu d'études françaises portent sur les pères si on les compare aux publications s'étant intéressées aux mères. Les données recueillies grâce à ce protocole apportent donc un intérêt épidémiologique, social et anthropologique à notre étude.

L'intervention auprès des pères au sein du service de maternité a été une source de satisfaction pour ces derniers, qui de façon quasi systématique nous ont fait part de leur contentement de bénéficier d'une prise en charge spécifique. En témoigne le faible taux de refus, 5 sur 59 pères approchés soit seulement 8.4 % de la population source. Le temps de parole proposé à la fin de chaque entretien leur permettait de poser certaines questions non assumées face à leur partenaire ou à une équipe quasi exclusivement féminine. Cette satisfaction était également exprimée par les familles ainsi que par les membres de l'équipe soignante.

#### **4.1.2 Limites de l'étude**

Cette étude présente plusieurs limites qui doivent être considérées pour interpréter avec pertinence les résultats recueillis.

Tout d'abord, il existe un biais de sélection. L'étude étant monocentrique, le recrutement a été réalisé sur une zone géographique restreinte. L'échantillon ne peut être considéré comme représentatif de la population étudiée. De plus, la taille relativement faible de l'échantillon ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de cette population.

Ce recrutement a été réalisé au sein d'une maternité de niveau I. La maternité de Saint-Palais est une petite maternité récemment rattachée au Centre Hospitalier de la Côte Basque. Trois cent cinquante-trois accouchements y ont été réalisés en 2018. Elle fait partie des 10 % des maternités réalisant moins de 500 accouchements par an en France (34). Les conditions d'accompagnement sont donc très favorables, chaque couple étant le plus souvent seul à accoucher, ce qui permet à l'équipe de lui consacrer toute son attention. Cela peut avoir eu un impact sur les réponses aux questionnaires FTFQ en minimisant le score moyen obtenu.

Le recueil des données présente également des limites. Le questionnaire FTFQ n'a été validé sur une population française que pour quantifier le vécu chez des primipères. Nous avons pourtant décidé de l'utiliser pour plusieurs raisons. D'une part, à cause de la pertinence des questions posées et des informations qu'il permet de recueillir. Et d'autre part à cause de l'absence d'alternative. En effet, il s'agit du seul questionnaire étudiant le vécu au cours de l'accouchement pour une population masculine et francophone.

Il existe pour cette étude un biais de désirabilité sociale qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs de manière inconsciente. Ce biais a pu avoir tendance à minimiser les scores obtenus au FTFQ. Un biais de mémorisation a également pu influencer, pour ce questionnaire, les réponses des pères ayant déjà assisté à un accouchement, en entraînant une comparaison entre l'accouchement étudié et les accouchements antérieurs.

Concernant le PCL-5 nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les scores des pères inclus. Nous l'avons sélectionné car il permettait d'explorer tous les clusters de l'ESPT selon les critères mis à jour du DSM V. Il présentait également l'avantage d'une facilité de compréhension et d'utilisation, ainsi que d'un temps de renseignement court. Il n'a pas semblé totalement adapté à l'évaluation du psychotraumatisme pour la population étudiée, comme en témoigne la dispersion graphique des données recueillies par ce questionnaire (Figure 3). L'analyse de la distribution des scores (Figure 4) semble confirmer cette observation.

Il peut exister également un biais de mesure. En effet, le choix était laissé aux pères de répondre au PCL-5 soit par mail, soit oralement au cours de l'entretien téléphonique. Nous avons fait ce choix afin de minimiser le nombre de « perdus de vue » en offrant aux pères une plus grande flexibilité. Il nous a semblé que les pères ayant répondu par mail au questionnaire ont pris plus de temps pour réfléchir à chaque item. En effet, malgré la transmission du questionnaire la veille de l'entretien téléphonique, les pères ayant choisi de transmettre leurs réponses par téléphone n'en prenaient pas connaissance au préalable. L'entretien téléphonique, qui pouvait avoir lieu sur leur lieu de travail ou alors qu'ils s'occupaient de leurs enfants semblait être, pour la grande majorité des cas, une contrainte qui les poussait à en finir le plus rapidement possible.

Le biais de prévarication ou biais de désirabilité sociale cité plus haut a pu également avoir un impact sur les réponses au PCL-5 par sous-estimation des troubles psychiques. Le manque de temps, la reprise du travail, et les exigences liées à leur paternité nouvelle ou renouvelée peuvent également expliquer une diminution de l'investissement des pères à cette étape de l'étude, et peuvent être cités comme biais de confusion potentiels.

## **4.2 Discussion des résultats**

### ***4.2.1 Discussion autour de l'objectif principal***

Comme nous l'avons mentionné plus haut, nous n'avons pas montré par cette étude de lien entre le vécu des pères lors du passage en salle de naissance et un taux plus élevé de troubles psychotraumatiques à distance. Le coefficient R carré calculé à 0.0157 ne nous permet pas de conclure à un lien entre ces deux scores.

Les résultats du PCL-5 semblent nous indiquer que les pères ne développent pas d'ESPT dans les suites de leur participation à l'accouchement. Ces résultats sont en accord avec les conclusions de Bradley (33) qui, en utilisant le questionnaire PTSD-Q qui évalue l'ESPT d'après les critères du DSM IV sur une population similaire, ne mettait en évidence aucun ESPT complet chez les participants de sexe masculin (33).

Nos résultats suggèrent que les hommes présents à l'accouchement ne développent aucun trouble psychotraumatique durant cette période. Ces résultats semblent en contradiction avec les conclusions d'autres auteurs ayant étudié la santé mentale des pères dans le post-partum. Bien qu'un ESPT complet n'ait pas été retrouvé lors d'études s'étant intéressées à la population étudiée (33), 12% des pères interrogés rapportaient un niveau significatif d'au moins une dimension de l'ESPT (33). Il s'agissait dans la majorité des cas du syndrome d'hyperactivité neurovégétative comprenant des troubles du sommeil, une irritabilité, des difficultés de concentration, une hypervigilance et des réactions de sursaut (33).

Une étude française réalisée en 2012 et étudiant la prévalence des troubles dépressifs chez le couple à l'aide de l'Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) montrait que sur un échantillon de 112 pères interrogés, 21 % présentaient « des symptômes de dépression intenses dans le post-partum immédiat » (45). D'autres études ont mesuré un taux élevé de troubles de l'humeur sur le versant dépressif dans le post-partum (26, 46). À ce jour le seul facteur favorisant identifié semble être la survenue d'une dépression du post-partum chez la partenaire (26). Le vécu des pères au cours de l'accouchement ne semble pas être corrélé au développement de troubles dépressifs à distance (46).

En considérant l'accouchement comme événement traumatique, nous avons fait le choix d'explorer en même temps tous les paramètres du psychotraumatisme, ceci dans un souci d'efficience et afin d'éviter un désinvestissement des pères pour le second entretien. Une analyse plus fine des troubles psychiques du père, paramètre par paramètre, selon le vécu, serait à envisager. De nouveaux outils spécifiques à l'étude de la population étudiés pourraient être créés.

Afin de contrôler les biais et limites auxquels nous avons été confrontés, d'autres études multicentriques, au sein de maternités de niveaux différents, pourraient être réalisées. Des échantillons plus importants seraient nécessaires pour en augmenter la puissance. L'utilisation d'un groupe contrôle serait à envisager afin de minimiser les biais de confusion.

#### **4.2.2 Discussion autour des objectifs secondaires**

Au cours de la construction de notre méthodologie, nous avons identifié plusieurs facteurs susceptibles d'avoir un impact sur les scores des tests réalisés lors du premier et du second entretien de l'étude. Ces facteurs avaient été sélectionnés selon les données de la littérature, ainsi que selon les informations socio-économiques que nous avons recueillies. Ils étaient au nombre de cinq :

- l'âge des pères, classés en deux groupes selon la médiane d'âge de la population sélectionnée ;
- la primiparité ou non des pères ;
- la participation préalable aux cours de préparation à la naissance ;
- l'usage d'un instrument d'extraction ou non au cours de la procédure ;
- le niveau d'étude des pères, classés en deux groupes selon la validation d'un cursus après le baccalauréat ou non.

Pour étudier ces facteurs, nous avons choisi d'en comparer les moyennes afin de rechercher une différence significative. Nous nous sommes limités à 5 facteurs pour minimiser les risques liés à la multiplicité des tests statistiques.

#### **4.2.2.1 Etudes de l'impact des facteurs choisis sur les résultats du FTFQ**

L'analyse en sous-groupes des facteurs identifiés a permis de mettre en évidence une différence significative entre les moyennes des scores obtenus au FTFQ selon le critère « âge » ( $p = 0.049$ ). Ainsi selon notre étude, les pères âgés de moins de 33 ans vivent moins bien l'accouchement de leur partenaire que les pères plus âgés. Un accompagnement spécifique et plus complet serait à envisager pour les pères les plus jeunes. Pour les quatre autres facteurs évalués, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude ayant validé le FTFQ pour une population francophone (43). Cette étude, publiée en 2012, avait étudié l'impact de différents facteurs sur les réponses de 154 questionnaires FTFQ, 128 en Suisse, et 32 en France. D'après les auteurs, il n'existait pas de différence significative pour le facteur « âge ». L'étude du facteur « niveau de scolarité » montrait une différence significative entre les groupes constitués. Les pères ayant fait des études plus longues vivaient moins bien leur préparation à l'accouchement ( $p=0.07$ ). Les auteurs interprétaient ce résultat par un plus grand besoin d'information de la part des pères ayant fait des études plus longues, en raison d'un niveau d'exigence plus élevé. Mais une sur-représentativité de diplômés au sein de leur échantillon limitait l'extrapolation de ce résultat (43). Compte tenu d'une grande majorité de participants d'origine suisse, les résultats de cette étude ne semblent pas applicables à notre population étudiée.

Toujours d'après cette étude (43), l'utilisation d'instruments d'aide à l'extraction semblait générer plus d'inquiétude chez les pères. L'absence de différence significative pour notre étude peut s'expliquer par la faible taille de notre échantillon. Notons que l'utilisation des forceps est un des thèmes abordés par plusieurs pères dans les données qualitatives que nous avons recueillies et semble être une source d'angoisse fréquente (47).

Afin de pouvoir trancher sur l'impact éventuel de ces facteurs sur le vécu des pères au cours de l'accouchement, de nouvelles études les étudiant un par un sont à envisager afin de limiter les biais de confusion ainsi que les risques statistiques liés aux comparaisons multiples.

#### **4.2.2.2 Etude de l'impact des facteurs choisis sur les résultats du PCL-5**

Nous avons recherché un éventuel impact des facteurs étudiés sur le développement d'un psychotraumatisme à distance de l'accouchement. Les tests statistiques réalisés n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les groupes créés.

Nous spéculons que la faible dispersion des résultats, tant sur le plan des représentations graphiques que sur le plan statistique, montre que ce test n'était pas totalement adapté à l'évaluation du psychotraumatisme dans le post-partum pour la population étudiée. Afin d'évaluer l'influence de ces facteurs dans de futures études, un outil prenant en compte les différents déterminants pouvant influencer sur l'état mental des pères dans le post-partum, et prenant notamment en considération l'état mental de sa partenaire serait à créer. Il n'existe aujourd'hui, à notre connaissance, aucun outil validé sur une population de pères francophones. Les auteurs s'intéressant à ce domaine utilisent généralement des outils validés chez la mère, tel l'EPDS (45), ou des outils de mesure de stress dans la population générale comme l'IES (Impact of Event Scale) (46).

#### **4.2.2.3 Etude de la préparation des pères**

Comme nous l'avons signalé dans la première partie de cette étude, les auteurs étudiant la paternité constatent de façon presque systématique le manque de données collectées à propos des pères. Un des objectifs secondaires de cette thèse était d'étudier les modes de préparation des pères ainsi que leur ressenti avant et après l'accouchement.

D'après nos résultats, les sources d'information les plus utilisées semblent être les informations fournies par la famille et les amis (19.6 % des pères ont utilisé exclusivement cette ressource). Viennent ensuite les cours de préparation à la naissance (19.6 % des pères ont déclaré avoir utilisé exclusivement cette ressource). Trente-cinq virgule trois pourcents des pères ont utilisé au moins deux sources d'informations parmi celles proposées. Les informations émanant de la famille et des amis, ainsi que les cours de préparation restent les sources préférentielles de ces derniers (27.5 % d'entre eux ont déclaré l'utilisation conjointe de ces deux ressources). Vingt-et-un virgule six pourcents des pères interrogés ont déclaré n'avoir fait aucune préparation en vue de l'accouchement.

Selon les données du FTFQ, 75 % des pères se sont senti bien ou très bien préparés pour l'accouchement. Aucun n'a déclaré n'être pas bien préparé du tout. Ce sentiment de préparation semble en opposition avec le fait que 43.1 % d'entre eux n'ont pas vécu l'accouchement comme ils l'avaient imaginé.

Cela était d'autant plus vrai chez le groupe des primipères qui étaient 55.6 % à déclarer ne pas avoir vécu l'accouchement comme ils l'avaient imaginé contre seulement 29 % des non primipères. En observant les représentations graphiques (figure 10), on observe une tendance des primipères à se sentir moins bien préparés. On remarque également que ces graphiques sont comparables à ceux étudiant le facteur « âge ». Ces deux variables paraissent donc logiquement liées.

Notons que l'information liée à l'utilisation d'instrument d'aide à l'extraction fœtale semble fortement faire défaut. En effet, 65 % des pères de notre échantillon déclaraient se sentir assez peu ou pas bien préparés du tout pour le groupe des « accouchements instrumentaux ».

Compte tenu du faible taux d'accouchement instrumental au sein de notre échantillon, nous ne pouvons pas tirer de conclusion de cette constatation. Mais il serait à notre avis nécessaire de l'approfondir par une étude spécifique. La promotion de l'information sera dans tous les cas à envisager.

Concernant le facteur niveau d'étude, on ne constate pas de différence entre les 2 groupes sur le ressenti de la préparation à l'accouchement (Figure 11). On observe, en revanche, une différence concernant le vécu réel (Figure 11). Les pères ayant suivi un cursus après le baccalauréat semblent ressentir plus fréquemment une différence entre ce qu'ils avaient imaginé et le déroulement réel de l'accouchement.

Dans une étude portant sur 98 pères, et étudiant la Préparation à la Naissance et à la Périnatalité (PNP), les pères ayant suivi une préparation avaient un niveau d'étude plus élevé de façon statistiquement significative ( $p = 0.0034$ ) (48). On pourrait faire l'hypothèse que les pères ayant fait des études plus longues sont plus exigeants quant à l'information transmise au cours de la PNP. Ils seraient, d'après nos résultats, plus sensibles lorsque celle-ci fait défaut. Cette hypothèse reste spéculative, et ne s'applique qu'au sein de notre échantillon. Elle serait à conforter par des études réalisées à plus grande échelle.



Nous ne pouvons généraliser ces résultats relatifs à un objectif secondaire de notre étude. Mais ils paraissent en accord avec les conclusions de plusieurs auteurs. Une revue de la littérature parue en 2017 ayant compilé les résultats des études ayant exploré la santé mentale et le bien-être des pères au cours de leur transition vers la paternité affirmait que les nouveaux pères considéraient qu'ils ne bénéficiaient pas de suffisamment de soutien au cours de cette période (47). Ils critiquaient l'absence de didacticiels spécifiquement adaptés aux hommes et réclamaient plus d'accompagnement et de soutien autour de la préparation à la paternité (40).

Les professionnels de santé considèrent également qu'une préparation spécifique est à développer pour mieux préparer les pères (47). Ces derniers méconnaissent la physiologie et les complications potentielles du travail et de l'accouchement (47). La connaissance de ces complications et de l'utilisation éventuelle d'instruments au cours de la procédure permet de réduire le stress et l'anxiété qu'ils peuvent provoquer, et donc d'améliorer le vécu du père. D'après nos résultats, cette information devrait être prioritairement adressée aux pères les plus jeunes ainsi qu'aux primipères.

Au sein de notre échantillon, 49 % des pères ont participé aux cours de préparation à la naissance. Nous ne pouvons évaluer l'impact de ces cours sur le vécu des pères compte tenu de l'absence de données recueillies. En effet, le nombre de cours auxquels ils ont participé, leur contenu détaillé, ou les différents formats proposés au sein des services hospitaliers ou auprès d'une sage-femme exerçant en libéral, constituent de nombreux facteurs de différenciation qui nécessiteraient une étude spécifique pour en évaluer l'impact.

Comme nous l'avons souligné plus haut, la mise en place d'une préparation spécifique aux pères serait à développer (47). Des groupes de paroles ont émergé dans plusieurs pays occidentaux tels le Canada (47), l'Australie (49) et également en France (50).

Peu d'études ont évalué les bénéfices et les risques de la participation à ces groupes de discussion entre pères. En Australie, le concept est apparu à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. Ils étaient proposés suite au constat que les cours de préparation anténatale de l'époque n'arrivaient pas à satisfaire les besoins des pères (49). Ces groupes, qui étaient composés exclusivement d'hommes, y compris les modérateurs, avaient pour principaux objectifs de clarifier les différents aspects de la grossesse et de l'accouchement, notamment les

risques encourus, de sensibiliser les pères à certaines questions telles l'allaitement ou la première rencontre avec leur enfant, d'encourager la communication avec leur partenaire, et de souligner l'importance de leur rôle vis à vis de leur enfant et de leur conjointe (49).

Quatre-vingt-dix pourcents des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour considérer ces groupes comme utiles pour leur construction en tant que père (49). Les différents degrés d'expérience des pères présents permettaient d'échanger sans embarras sur des sujets qui seraient restés tabous face à un auditoire féminin (49). Toujours selon cette étude, 68 % des pères auraient souhaité pouvoir passer plus de temps au sein de ces groupes de programmes anténatals.

En France des groupes similaires ont été créés en l'an 2000 au sein de l'hôpital Cochin Saint-Vincent-de-Paul (50). Ils étaient également réservés exclusivement aux hommes et étaient animés par un obstétricien et un psychologue, hommes également, afin de faire la « jonction indispensable du somatique et du psychique » (50). Mis en place à la demande des hommes eux-mêmes, ils n'avaient pour but que d'entendre le questionnement très variable d'hommes autour de la paternité et permettaient de rassurer les pères sur le fait qu'ils n'étaient pas les seuls à se poser ces questions.

De tels groupes existent ailleurs en France, mais une organisation systématique reste à créer. Une augmentation de l'offre et une promotion de ces groupes par l'intermédiaire des maternités ou des soins primaires pourrait permettre une meilleure éducation des pères à la périnatalité, une plus forte adhésion de ces derniers à l'accompagnement de leur conjointe et de leur nouveau-né par une meilleure compréhension de leurs droits mais aussi de leurs devoirs.

Les sages-femmes et les médecins traitants pourraient être un bon vecteur pour promouvoir ces groupes de parole entre hommes. Leur promotion auprès des professionnels de santé pourrait passer par un organisme comme une Agence Régionale de Santé afin d'assurer la diffusion d'une information homogène sur le territoire.

#### **4.2.2.4 Discussion autour des données qualitatives recueillies**

L'analyse des données qualitatives fournies par le FTFQ a permis de dégager quelques thèmes redondants dans les réponses des pères. Nous citerons ici le thème de l'information, cité 9 fois, soit à cause de son manque, soit pour souligner son importance.

Le manque de prise en charge et le sentiment d'une différence de traitement entre les conjoints est cité 6 fois. Le rôle du père pendant l'accouchement, les difficultés pour ces derniers liés à l'extraction instrumentale et la peur pour leurs épouses ont également été cités par au moins 3 pères.

Ces thèmes font écho aux conclusions des études qualitatives portant sur le sujet du vécu des pères (40, 51). Compte tenu du faible taux de réponse et d'une confusion de certains répondants quant à leur contenu, nous avons décidé de ne pas tirer de conclusion lors de leur analyse. Nous avons néanmoins décidé de les inclure, ces verbatim faisant partie intégrante des données collectées au cours de notre étude.

### **4.3 Pour finir**

Aujourd'hui de plus en plus de pères se considèrent comme faisant partie intégrante d'un couple et donc acteurs à part entière de l'accouchement. Ils recherchent une reconnaissance de leur statut et de leurs droits au sein du monde de la périnatalité. Malgré ce constat, certaines équipes médicales continuent à les percevoir comme des intrus, des « outsiders ». Le but de cette étude n'est pas de rechercher pour les pères des privilèges ou un cocooning qui accapareraient le temps de l'équipe médicale au détriment de celui consacré à la mère et à l'enfant à naître, mais de modifier la façon dont ils peuvent être perçus dans le milieu de la périnatalité, afin de leur permettre de vivre l'accès à une paternité nouvelle ou renouvelée de façon épanouissante.

La présence du père comporte des risques comme des bénéfices pour lui-même comme pour sa conjointe, son couple et son enfant à naître. Son insertion est à rechercher par une préparation spécifique incluant des connaissances sur le déroulement de l'accouchement, ses complications potentielles, les conduites à tenir pendant le travail et l'accouchement, l'organisation de la maternité, et des détails sur les soins postnataux qu'il aura à accomplir.

Cet accompagnement doit être organisé de façon plus systématique et, selon nos résultats, il doit cibler en priorité les pères les plus jeunes afin d'améliorer leur vécu de l'accouchement. Cet accompagnement ne devrait plus être soumis au hasard des pratiques individuelles, mais être protocolisé au sein de nos maternités. Les soignants ayant pour vocation d'y travailler mais également les acteurs des soins primaires, comme

les médecins traitants ou les sages-femmes se destinant à l'exercice libéral, devraient être sensibilisés à la place du père au cours de leurs cursus.

Le développement des groupes de parole incluant des primipères et des « déjà pères » semble être une piste à développer en France pour faciliter l'accès à la paternité.

## 5. **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Vasconcellos D. Devenir père : crise identitaire. Devenir. 2003;15:191-209.
- (2) Barroux C, Geberowicz B. Le Baby-clash : le couple à l'épreuve de l'enfant. Paris: Albin Michel; 2005:166-167.
- (3) Etheridge J, Slade P. "Nothing's actually happened to me" : the experiences of fathers who found childbirth traumatic. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:80.
- (4) Alcorn K, O'Donovan A, C Patrick J, Creedy D, Devilly G. A prospective longitudinal study of prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. Psychol Med. 2010;40:1849-59.
- (5) Benedeck T. Parenthood as a developmental phase. JAPA. 1959;16:457-520.
- (6) CIANE. (consulté le 21/11/2018). Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? [En ligne]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>
- (7) INPES. (consulté le 15/10/2018). Le vécu de la grossesse par les hommes. [En ligne]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3t.pdf>
- (8) Verjus A. La paternité au fil de l'histoire. Informations sociales. 2013;2 (176):14-22.
- (9) Le Brun L. Le vécu des futurs pères pendant la grossesse. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
- (10) Sénat. (consulté le 10/10/2018). Les lois scolaires de Jules Ferry : Loi du 16 juin 1881 établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles

publiques. [En ligne]. Disponible sur:  
<https://www.senat.fr/evenement/archives/D42/gratuit1.html>

- (11) IPSOS. (consulté le 06 juin 2018). Les nouveaux pères. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-nouveaux-peres>
  
- (12) Madec C, Beijas ML. Les pères à la maternité : où sont-ils ? Que font-ils ? Un questionnement par un groupe de sages-femmes en maternité. In: Gleangeaud-Freudenthal N, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité. Toulouse: Eres; 2017. p. 75-80.
  
- (13) Delaisi De Parseval G. La part du père. 2<sup>nd</sup> ed. Paris: Seuil; 2004.
  
- (14) Ministère des Solidarités et de la Santé (consulté le 12 janvier 2018). Le congé paternité : un droit exercé par 7 pères sur 10. [En ligne]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-conge-de-paternite-un-droit-exerce-par-sept-peres-sur-dix>
  
- (15) Inspection Générale des Affaires Sociales. (consulté le 12 janvier 2018). Evaluation du congé de paternité. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-022R.pdf>
  
- (16) Golse B. Père oedipien, père précœdipien : la construction de la place du tiers au cours des interactions précoces. In: Gleangeaud-Freudenthal N, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité. Toulouse: Eres; 2017. p. 15-22.
  
- (17) Fonty B, Bydlowski M. Présence du père à la naissance. In: Pasini W, Bydlowski M, Papiernik E, Beguin F. Authors. Relation précoces parents-enfants. Villeurbanne: SIMEP; 1984. p. 129-40.
  
- (18) Moreau A. De l'homme au père : un passage à risque. Dialogue. 2001;152(2):9-16.

- (19) Vuille, M. L'obstétrique sous influence : émergence de l'accouchement sans douleur en France et en Suisse dans les années 1950. *RHMC*. 2017;64(1):116-149.
- (20) Fonty B. *Les pères n'ont rien à faire dans les maternités*. Paris. 2003.
- (21) Sawyer A, Ayers S. Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychol Health*. 2009;24(4):457-71.
- (22) Bradley R, Slade P. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29(1):19-42.
- (23) Meyer K. *Les hommes racontent leur passage en salle d'accouchement : entretiens avec 22 primipères à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Nancy: Université de Nancy; 2013.*
- (24) Moreau A, Koppf-Landas A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:236-239.
- (25) Glangeaud-Freudenthal MC, Gressier F, Sutter-dallay AL, et coll. La santé mentale des pères et leur absence dans les unités mère-bébé. In: Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. *Accueillir les pères en périnatalité*. Toulouse: Eres; 2017. p. 113-21.
- (26) Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. L'évolution de la place donnée aux pères en recherche sur la santé périnatale. In: Glangeaud-Freudenthal N, Gressier F. *Accueillir les pères en périnatalité*. Toulouse: Eres; 2017. p. 167-72.
- (27) Delaisi de Parseval G. « la paternité à l'aube de l'an 2000 ». *CRMH*. 1997;4:1-9.
- (28) Liedenberg B. Expectant fathers. *Child and Family*. 1969;8:265-77.

- (29) Tarquinio C, Montel S. Du psychotraumatisme à l'état de stress post-traumatique. *Psycho Sup.* 2014;21:1-40.
- (30) Hanus M, Louis O. *Psychiatrie pour l'étudiant*. 12ème édition. Paris: Maloine; 2015.
- (31) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders :DSM V*. Arlington: American Psychiatric Pub; 2013.
- (32) Institut de victimologie (consulté le 27 juin 2018). L'état de Stress Post Traumatique (ESPT). - Institut de Victimologie [Internet]. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt\\_21.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html)
- (33) Bradley R, Slade P, Leviston A. Low rates of PTSD in men attending childbirth : A preliminary study. *Br Journal of Clin Psychol.* 2008;47(3):295-302.
- (34) Haute Autorité de Santé (consulté le 16 novembre 2018). Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. [En ligne]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide\\_qualite\\_securite\\_secteur\\_naissance.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf)
- (35) Le Ray C. Influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale chez les femmes à bas risque en France. Thèse d'exercice, Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2009.
- (36) AUDIPOG (consulté le 22 novembre 2018). La santé périnatale en 2002-2003 : Evaluation des pratiques médicales. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.audipog.net/pdf/cahier\\_2002\\_2003.pdf](http://www.audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf)
- (37) Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'Innovation. (consulté le 22 novembre 2018). Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. [En ligne]. Disponible sur: [www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html)



- (38) Truc G. La paternité en maternité. Une étude par observation. *Ethnologie française*. 2006;2(36):341-49.
- (39) Shapiro S, Nass J. Postpartum psychosis in the male. *Psychopathology*. 1986;19:138–42.
- (40) Baldwin S, Malone M, Sandall J, Bick D. First time fathers' experiences and needs of transition to fatherhood in relation to their mental health and wellbeing: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018; 16(11):2118-91.
- (41) D Trupin. La paternité ne commence pas à la maternité. *Annales médico-psychologiques*. 2007;165:472-77.
- (42) Premberg A, Taft C, Hellstöm AL, Berg M. Father for the first time : development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of childbirth (FTFQ). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(35).
- (43) Capponi I, Carquillat P, Premberg A, Venditelli F, Guittier MJ. Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. *Gynecol Obstet Fertil*. 2016;44:480-86.
- (44) Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*. 2016;11(10).
- (45) Séjourné N, Vaslot V, Beaumé M, Chabrol H. Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. *Psychologie Française*. 2012;57:215-22.
- (46) Moreau A, Koppf-Landas A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37:236-39.

- (47) Dallay D, Reveyaz F. La place du père en salle de naissance. In : Gleangeaud-Freudenthal N, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité. Toulouse: Eres; 2017. p. 69-74.
- (48) Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme, Angers: Ecole de Sages-femmes René Rouchy; 2011.
- (49) Friedwald M, Fletcher R, Fairbairn H. All-Male Discussion Forums for Expectant Fathers : Evaluation of a model. J Perinat Educ. 2005;14(2):8-18.
- (50) Legros JP. La préparation des futurs pères : vers la reconnaissance d'une langue paternelle. Spirale. 2008;3(47).91-95.
- (51) Koppf-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynecol Obstet Fertil. 2008;36:1101-04.

## 6. ANNEXES

### 6.1 Annexe 1 - Questionnaire de recueil de données

Intervention 1 - Date :  
Participant n°

## Recueil de données

1. Avez-vous accepté de participer à cet entretien de votre propre initiative ?

Oui

Non

2. Vous êtes âgé(e) de  ans

3. Votre profession et niveau d'étude :

4. S'agit-il de votre premier enfant ?

Oui

Non

5. Avez-vous eu des enfants d'un précédent mariage ?

Oui

Non

6. Avez-vous auparavant déjà assisté à un accouchement ?

Oui

Non

7. Avez-vous un suivi médical pour une pathologie chronique ?

Oui

Non

Si oui, prenez-vous actuellement un traitement au long cours ? Lequel ?

## 6.2 Annexe 2 : Lettre d'information fournie aux participants



Cher monsieur,

Je vous adresse tout d'abord toutes mes félicitations pour la naissance de votre enfant et vous remercie de m'accorder de votre temps pour participer à cette étude.

Je m'appelle Guirec HENGOAT, je suis médecin généraliste remplaçant et doctorant en médecine générale.

Je réalise un travail de thèse dont l'objectif est d'évaluer le vécu des pères lors de leur passage en salle de naissance, afin d'en améliorer la qualité. En effet, plusieurs études préalables ont mis en évidence une incompréhension entre les attentes des futurs pères lors de leur passage en salle de naissance, et leur prise en charge réelle en maternité. La finalité de ce travail est de permettre à chaque père de trouver sa place au cours du travail et de l'accouchement afin d'en améliorer le vécu et d'éviter la survenue d'expériences traumatiques.

Le protocole de cette étude se compose de deux entretiens individuels :

- Le premier entretien individuel aura lieu avant votre sortie de maternité, idéalement au troisième jour après l'accouchement. Il sera centré autour d'un questionnaire type évaluant le vécu en salle de naissance lors du travail et de l'accouchement. La durée estimée de cet entretien est de 20 minutes
- Le second entretien sera téléphonique. Il aura lieu 4 semaines après la sortie de maternité. Il sera centré autour d'un autre questionnaire plus court, et ne devrait vous prendre que quelques minutes à renseigner.

Ces entretiens seront également l'occasion de débriefer, si vous le souhaitez, les bons et mauvais moments que vous avez pu vivre auprès des équipes soignantes au cours de la grossesse et de l'accouchement, et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser.

Bien évidemment, **toutes les informations recueillies ou entendues au cours de ces entretiens seront strictement confidentielles**, soumises au secret médical. Un numéro d'anonymat vous sera donné au début de l'entretien afin d'assurer la confidentialité de vos réponses écrites.

Une participation incomplète à ce travail de recherche ne nous permettra aucune analyse des résultats. Ainsi nous vous invitons à ne pas y participer si vous ne souhaitez pas être recontacté par téléphone pour le second entretien.

Merci de votre attention.

Très Cordialement,

G. HENGOAT

## 6.3 Annexe 3 : Questionnaire FTFTQ

### PÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS : QUESTIONNAIRE SUR LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT, PAR VOIE-BASSE OU PAR CESARIENNE

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre expérience de père lors de l'accouchement de votre femme/partenaire. L'objectif est de prendre en compte votre expérience afin d'améliorer nos pratiques professionnelles. Le temps pour remplir le questionnaire est d'environ 15 min. Vos réponses seront traitées de manière anonyme et confidentielle.

*Consignes pour répondre aux questions :*

- Il est important que vous remplissiez ce questionnaire seul pour ne pas être influencé.
- Donnez votre point de vue pour chaque affirmation en cochant une seule case parmi les options de réponse (excepté pour la question n°1).
- En cas de doute, choisissez l'option de réponse vous paraissant la plus exacte.
- Nous vous prions de ne pas écrire en dehors des cases. A la fin du questionnaire, vous aurez la possibilité de donner des précisions ou de faire des commentaires.

**I. . Comment vous êtes-vous préparé à l'accouchement ? (plusieurs réponses possibles uniquement pour cette question)**

- Recherches personnelles
- Internet/messageries (chat, forum)
- Informations de la famille ou des amis
- Cours de préparation à la naissance
- Pas de préparation

**II. . À quel point vous sentiez-vous préparé pour l'accouchement?**

- Très bien                  Bien                  Assez peu                  Pas bien du tout
- 

**III. . L'enfant qui vient de naître est-il votre premier enfant?     Oui     Non**

- IV. 4. Comment l'enfant est-il né?**
- Accouchement naturel
  - Avec l'aide d'une ventouse ou de forceps
  - Accouchement par césarienne programmée
  - Accouchement par césarienne en urgence

**AVANT L'ACCOUCHEMENT,**

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
1.	...je me sentais bien informé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... je me sentais bien préparé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... nous avons été admis dans la maternité que nous avons choisie

Tout à fait      En partie      Pas tellement      Pas du tout  
                                                                 

4. ... je me suis senti bien écouté lorsque j'ai téléphoné à la maternité

Je n'ai pas appelé      Tout à fait      En partie      Pas tellement      Pas du tout  
                                                                                       

5. ... j'ai été bien accueilli à mon arrivée en salle d'accouchement

Tout à fait      En partie      Pas tellement      Pas du tout  
                                                                 

**PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT,**

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
6.	... le personnel a pris soin de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	... j'ai reçu suffisamment d'informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	... j'ai reçu des conseils sur la manière d'apporter un soutien à ma partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	... il me manquait certaines informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	... il y a des situations que j'aurais préféré ne pas avoir vécu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT, JE ME SENTAIS...**

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
11.	... inquiet pour ma partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	... inquiet pour mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	... inquiet que quelque chose se passe mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	... inquiet de ne pas être capable d'apporter mon soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	... inquiet face à ce que je ne connaissais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	... préoccupé par la façon dont je réagissais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
17.	...je sentais que les sages-femmes et le personnel se souciaient de savoir si j'allais bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	...le personnel de la maternité s'est proposé de me remplacer auprès de ma partenaire pour que je puisse prendre une pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	...j'ai vécu l'accouchement (césarienne ou voie-basse) comme un évènement effrayant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	...on m'a rassuré lorsque j'en avais besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## APRÈS L'ACCOUCHEMENT

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
21.	...on m'a montré comment tenir mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	...on m'a encouragé à tenir mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Avez-vous vécu l'accouchement comme vous l'aviez imaginé ?  Oui  Non

Ici vous pouvez librement partager les points non mentionnés dans le questionnaire ou ceux qui doivent être précisés. Vous pouvez écrire au dos ou sur une autre feuille si cet espace ne suffit pas.

---

---

---

---

---

MERCI

## 6.4 Annexe 4 : Questionnaire PCL-5

### PCL-5

**Instructions:** Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté depuis votre passage en salle de naissance ?

1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires du travail et/ou de l'accouchement ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles du travail et/ou de l'accouchement ?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si le travail et l'accouchement recommençaient (comme si vous les viviez de nouveau) ?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle le travail et/ou l'accouchement ?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle le travail et/ou l'accouchement ? (p. ex., avoir le cœur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs) ?	0	1	2	3	4
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec le travail et/ou l'accouchement ?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent le travail et/ou l'accouchement ? (p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations) ?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants du travail et/ou de l'accouchement ?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue, le déroulement ou ce qui est arrivé par la suite du travail et/ou de l'accouchement ?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17. Être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	0	1	2	3	4

Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One*. 2016;11(10):e0161645.



## **6.5 Annexe 5 : Fiche de consentement**

### **FICHE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet au projet de thèse intitulé : « Le vécu des pères en salle de naissance ».

Directeur de l'étude : Docteur Catherine RIVIERE, Doris VASCONCELLOS

Investigateur principal : Guirec HENGOAT

But de l'étude : étudier le vécu et le ressenti du passage des pères en salle de naissance lors du travail et de l'accouchement et dépister d'éventuels complications psycho-traumatiques à distance au cours de deux entretiens individuels, dont un téléphonique, avec renseignement d'un questionnaire à chaque fois.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du patient : Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le directeur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

## **6.6 Annexe 6 : Retranscription des remarques soumises par les participants**

### **Thèse – Remarques participants**

Nombre de réponses : 34 sur 51

N° 5

« Je n'ai pas eu le sentiment d'être utile même si je sais que ce n'est pas le cas. »

N° 6

« Prise en charge dès notre arrivée après la perte des eaux, nous étions en chambre double seuls sans connaître la chronologie des choses à venir. Lors de l'accouchement, certainement dû à l'usage des choses, certaines étapes étaient une zone d'ombre pour nous deux. Dommage que lors de l'accouchement les personnes ne se présentent pas et explique leurs rôles. Malgré le manque de moyens visible les sages-femmes et auxiliaires sont vraiment toujours positives et de ce fait apportent réellement un ambiance sérieuse. Regret que le gynécologue ne m'explique pas ce qu'il avait réellement fait pendant et post accouchement car nous étions les 3 en salle d'accouchement pendant de longues minutes. »

N° 7

« J'ai bien vécu la première partie du travail jusqu'à la pose de la péridurale. La première inquiétude a commencée quand j'ai du sortir pour la pose de la péri. J'ai passé cette première et après à encourager ma partenaire du mieux que je pouvais et on m'a laissé le faire je crois qu'elle en avait besoin aussi et qu'elle s'est accrochée à ça. Lors de la péri, première inquiétude à la vue du médecin assez âgé. Fin de l'accouchement par forceps assez traumatisant. »

N° 8

« Couper le cordon ombilical était quelque chose de simplement symbolique, je ne vois toujours pas l'intérêt (notamment d'un point de vue émotionnel) de la faire encore aujourd'hui après avoir vécu la naissance de mon premier enfant. Je n'ai aucun regret d'avoir fait le souhait de ne pas le faire. »

N° 11

« Le fait d'assister à un accouchement c'est un moment formidable pour le père. Et de bien porter soutien à notre femme qui a du supporter tout mal durant l'accouchement et d'après mon expérience ici à l'hôpital de St Palais depuis le début de grossesse jusqu'à la fin de la grossesse ont été toujours à l'écoute que ça soit pour les sages-femmes et gynéco. Il n'y a rien à critiquer au niveau service tandis que ce dernier était extrêmement à la hauteur. »

N° 12

« Oui, rien à signaler, c'était parfait et un gros cadeau de femmes pour mon anniversaire. »

N° 13

« L'accouchement s'est très bien passé mais dès qu'il a fallu utiliser les forceps, c'est un moment délicat à passer autant pour la mère que pour le père. »

N° 14

« Il me reste une légère impression de n'avoir pas été suffisamment inclus comme partie prenant intégrale de l'accouchement. Le personnel a été tout à fait agréable et respectueux avec moi, mais il me reste cette impression d'un décalage dans la façon d'agir de l'équipe avec moi. »

N° 16

« C'est violent et intense sans péridural, à voir avec la prochaine. Quand on aime sa compagne ça fait peur. Accouchement en salle nature : baignoire presque salvatrice pour ma compagne. Les dernières minutes sont vraiment difficiles sinon ok. »

N° 17

« Accouchement bien passé, je suis assez sensible atout ce qui est opération clinique (appendicite à 9 ans pas très bien passée, phobie de la clinique), mais là j'étais à l'aise pendant une demi-heure jusqu'à ce que le gynécologue vienne avec les forceps où là, je suis parti, bien conseillé par la sage-femme et ma femme. 5 minutes apes, bébé est né et je suis revenu dans la salle pour faire un coucou. Résumé, j'ai trouvé que maintenant les accouchements sont plus, plus de conseils, pas de bloc opératoire avec pleins de machines, j'aurai aimé juste savoir avant, que après une demi-heure de travail, le gynéco sort les forceps pour aider ma femme à accoucher. Comme cela moi qui suit sensible, je n'aurai pas été surpris et serai parti de la salle tout seul un peu avant. Voilà, maternité de St Palais en règle générale SUPER ! »

N° 19

« Je pense que entre ce que l'on m'a expliqué pendant les cours de préparation et pendant l'accouchement il n'y a pas eu trop de différence donc je comprenais bien ce qui se passait et je n'étais pas trop étonné mais le vivre peu être assez déroutant. Après la naissance du bébé j'aurai aussi aimé que l'on s'inquiète de savoir comment moi je pouvais aller. Mais le personnel ne m'a presque pas adressé la parole ni un regard. Bien sûr ils se sont occupés de ma femme mais ils auraient pu aussi se préoccuper un minimum de mon état. »

N° 21

« L'avant accouchement a été difficile pour mon épouse (faux travail). Du coup les contractions répétitives pendant 24h ont énormément fatigué mon épouse. Lors de l'accouchement. J'avais peur que la fatigue de mon épouse prenne le dessus, mais l'équipe soignante a su l'aider. »

N° 22

« Le moment des premières contractions douloureuses a été difficile à vivre car la péridurale n'avait pas été posé. Il y a (peut-être un manque de communication entre personnel et maman pour l'accompagner au plus tôt dans ses douleurs. Il a fallu l demander pour l'avoir. Les questions sur les sensations du papa lors de l'accouchement sont dures à définir car elles sont spontanées. On fait comme on peut !!! Pour ma part tout s'est bien passé car on nous a expliqué quasiment toutes les étapes, ce qui rassure. La communication et l'explication sont les meilleurs moyens pour apaiser un papa et lui faire passer un « bon » moment. »

N° 23

« Ma préoccupation principale était que le personnel soignant se soucie de la santé de ma femme et de mon enfant. Les sages-femmes ont très bien mené l'accouchement et ont pris le temps de me faire participer, mais ce n'est pas essentiel pour moi. »

N° 24

« Pour mon deuxième enfant tout s'est bien passé, par contre pour le premier, la salle d'accouchement n'était pas prête, c'était un peu camping, et, j'ai même dû tenir la lampe pour que la sage-femme puisse suturer ma femme, mais je m'en serai bien passé. Et on m'a spontanément montré ce qui restait du petit dans le placenta, je m'en serai bien passé aussi. »

N° 25

« Il n'y a pas vraiment d'endroit pour le père pour accompagner l'accouchement : donne un peu le sentiment de gêner le personnel. J'ai eu la chance de discuter avec un autre papa (connaissance) et de partager mon ressenti avec lui. »

N° 27

« A mon arrivée, je n'avais pas de chambre. »

N° 28

« Précisions importantes à mentionner :

- Suivi et accouchement assurés par une sage-femme en libéral
- Questionnaire ne traite que de l'accouchement, peu ou pas du post-accouchement (jours à la maternité) où la place du père peut s'avérer primordiale
- Il s'agissait d'un troisième, le questionnaire aurait été rempli différemment après la première naissance. »

N° 29

« Après expérience donc d'être devenu papa, la naissance est une raison d'être. J'encourage fortement à tous les services de maternité, lors d'une naissance à ce que le futur papa participe au plus de choses possibles (un grand merci au service de St Palais qui ont été vraiment très bien). »

N° 30

« Cet accouchement m'a permis de voir à quel point je pouvais repousser mes limites afin d'aider au mieux ma compagne. Je me suis même étonné d'avoir été aussi courageux et efficace. Tout ce que j'ai pu faire ou dire m'est venu naturellement. C'est une épreuve de ma vie qui restera gravée dans ma mémoire et qui m'a permis de me rendre compte que donner la vie à un enfant est une chose magnifique et inoubliable. »

N° 31

Accouchement réalisé par une sage-femme libérale qui nous ont accompagnés, informés, du début à la fin, on ne pouvait pas mieux espérer. La sage-femme m'a incorporé dans ce moment en me sollicitant pour soulager ma compagne et en m'expliquant le déroulement. Pour notre cas, de l'arrivée de la sage-femme au domicile suivi du trajet jusqu'à la maternité, pour nous elle a fait plus que son métier par son implication, façon d'exercer. »

N° 32

« Ce n'est pas toujours évident de faire confiance aux médecins, leurs choix sont souvent incompris. Notre rôle de papa est de rassurer la maman mais également le corps médical. Il ne faut pas que nos impressions et nos peurs desservent l'accouchement. Juste un petit dépliant ou 5 minutes d'entretien expliquant comment peuvent se passer les choses m'aurait aidé. »

N° 34

« Cela devait être un accouchement par péridurale, mais faute de temps ça a été un accouchement naturel. D'où l'inquiétude pour ma partenaire de la voir souffrir. Sinon tout s'est très bien passé et j'en garderai un très bon souvenir (et en partie grâce au travail du personnel de la maternité). »

N° 35

« Le trajet maison-hôpital assez dur. L'avant et l'après accouchement. »

N° 37

« Il faudrait des cours avant l'accouchement par rapport aux étapes qui se passent après l'accouchement (soin du bébé, apprendre à le tenir, à le changer. »

N° 38

« Je suis très satisfait du personnel pendant l'accouchement qui était toujours présent et nous rassurait. Cet accouchement a été long et difficile et le plus dur pour moi a été de voir ma compagne souffrir, mais encore une fois le personnel a vraiment su nous aider et nous rassurer. Je n'ai aucun point négatif à donner. »

N° 40

« L'équipe médicale a été super tout au long de notre séjour. Le seul point négatif pourrait être le temps que ma femme a mis pour être bien prête et le fait d'attendre sans savoir. Mais cela n'est en aucun cas la faute de l'équipe médicale ni même celle de ma femme. Je ne me doutais tout simplement pas que cela pouvait durer autant de temps. »

N° 41

« Pour la question V j'avais imaginé l'accouchement d'une façon plus effrayante à affronter. J'avais pensé sortir avant la fin. Et en fait je suis resté jusqu'au bout et j'ai même coupé le cordon donc si je m'étais arrêté à mes pensées j'aurais pas découvert le bonheur que ça apporte. »

N° 42

« Du jour de la prise en charge pour l'accouchement jusqu'à la sortie de la maternité, tout s'est vraiment passé à merveille. Je tiens à remercier le service de maternité et le Dr Paoli qui ont répondu à toutes nos attentes et à nos questions. »

N° 43

« L'accouchement s'est très bien passé, excepté la sortie où il a fallu utiliser des cuillers et tirer fort, et même si dans ce court moment de « précipitation » toute l'attention se portait sur le bébé et ma compagne, j'étais rassuré et je comprend tout à fait que l'on s'occupe d'elle en priorité. Nous sommes pleinement satisfait d'avoir opté pour la maternité de St Palais (hôpital plus petit que Bayonne, mais du coup, j'imagine plus familial ». Moi qui ne suis pas vraiment à l'aise dans cet environnement, je n'ai à aucun moment paniqué grâce au travail de l'équipe médicale/soignante. J'en suis d'ailleurs très reconnaissant. Un grand merci à toutes et à tous. »

N° 44

« Pour ma part je ne me suis pas posé beaucoup de questions du point de vue de la durée de l'accouchement du temps entre les différentes étapes de l'accouchement. »

N° 45

« A l'accouchement il faut arriver assez tranquille, sans stress et sans pression. Je pense que la partenaire et l'enfant le ressentent. Surtout être confiant du personnel et de l'accouchement. »

N° 49

« Les personnes qui se sont occupées de nous depuis le début sont vraiment super et réconfortant. Manque de préparation aux forceps »

N° 51

« Nous avons accouché avec une sage-femme en libéral avec tout le travail de préparation, de ce fait pendant l'accouchement la présence du personnel de l'hôpital n'était pas présent. En change, pas de « cours » pour le change. »

# **Le vécu des pères en salle de naissance : une étude observationnelle et analytique**

## **Résumé**

**Introduction :** En France, les pères, autrefois exclus des maternités, sont aujourd'hui présents de façon presque systématique à l'accouchement de leur conjointe. Cette présence est bénéfique pour la parturiente et est à promouvoir afin de consolider le lien père-enfant. Mais cette présence expose les pères à des complications potentielles. Cependant, peu d'investigations ont été menées sur cette population. L'objectif de cette étude est d'évaluer le vécu des pères en salle de naissance et de rechercher la présence de complications psychotraumatiques à distance.

**Méthode :** Une étude observationnelle analytique a été réalisée auprès de 51 pères lors de leur séjour au sein de la maternité de Saint-Palais. Le vécu de leur passage en salle de naissance a été évalué dans le post-partum immédiat par le questionnaire FTFQ. Un dépistage des troubles psychotraumatiques a été effectué 4 semaines après par le renseignement du questionnaire PCL-5. La recherche d'une relation entre ces deux scores a été réalisée à l'aide d'un test de corrélation de PEARSON et d'une régression linéaire.

**Résultats :** L'étude de ces deux scores n'a pas permis de conclure à l'existence d'un lien entre le vécu des pères lors de l'accouchement de leur conjointe et une prévalence plus forte de troubles psychotraumatiques à distance pour notre échantillon. L'analyse en sous-groupes des résultats du FTFQ a permis d'identifier l'âge comme facteur prédictif d'un plus mauvais vécu de l'accouchement ( $p = 0.049$ ).

**Conclusion :** Cette étude a permis de récolter de nombreuses informations sur les pères lors de leur passage en salle de naissance. Bien que nous n'ayons pas pu conclure au lien entre le vécu au cours de l'accouchement et l'existence de complications psychotraumatiques à distance, les données récoltées, notamment sur les modes de préparation des pères, permettent d'en apprendre plus sur cette population peu étudiée. Un accompagnement plus protocolisé des pères et une meilleure transmission de l'information semble à organiser sur le territoire, notamment auprès des pères les plus jeunes.

**DISCIPLINE :** Médecine générale

**MOTS-CLES :** père, maternité, vécu, traumatisme.

**UFR DES SCIENCES MEDICALES – UNIVERSITE DE BORDEAUX II SEGALEN**

146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux

---