

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

L'INTÉGRATION DU PARTENAIRE DANS L'ÉPREUVE DU TRAVAIL PAR LE BIAIS DE LA
MOBILISATION DU BASSIN

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

CHAUVE AMANDINE

Née le 03/08/1998 à Belfort

Directrice de mémoire : Madame le Docteur Mathilde REVERT

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

L'INTÉGRATION DU PARTENAIRE DANS L'ÉPREUVE DU TRAVAIL PAR LE BIAIS DE LA
MOBILISATION DU BASSIN

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU
PAR

CHAUVE AMANDINE

Née le 03/08/1998 à Belfort

Directrice de mémoire : Madame le Docteur Mathilde REVERT

Remerciements

À Madame Mathilde Revert directrice de l'école de sage-femme de Strasbourg, docteur en Santé Publique et directrice de ce mémoire, d'avoir cru en mon projet, de m'avoir accompagnée autant intellectuellement et émotionnellement.

A Saïd Chayer, PhD et chef de projet à la direction de la recherche clinique et des innovations de Strasbourg, d'avoir pris le temps de m'expliquer le fonctionnement de la recherche et de m'avoir accompagné dans les soumissions de mon étude au comité.

Aux couples qui ont participé à l'étude et sans qui tout ceci n'aurait pas été possible.

À ma famille pour m'avoir soutenue durant toutes ces années et au décours de tous mes projets.

À mes plus proches amies, parce que vous me poussez à grandir jour après jour, à donner le meilleur de moi-même dans tout ce que j'entreprends, vous me soutenez et surtout vous me supportez dans tous mes états. Merci d'être là et de me permettre de vous voir vous épanouir.

A Quentin pour ton amour sans faille, tes encouragements et d'avoir tenu la barre lorsque je n'étais pas en capacité de le faire seule.

Table des matières

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introduction | 4 |
| A. | Processus d'établissement de la paternité..... | 6 |
| a. | Le désir de grossesse | 6 |
| b. | La conception | 6 |
| c. | Période embryonnaire..... | 7 |
| d. | La vie fœtale..... | 7 |
| e. | La naissance | 7 |
| f. | Le développement ex-utéro..... | 8 |
| B. | Le travail et l'accouchement..... | 8 |
| a. | Une crise identitaire de genre..... | 9 |
| b. | Phénomènes psychologiques en jeu..... | 9 |
| c. | Émotions et ressenties des parents durant le travail et l'accouchement..... | 11 |
| II. | Méthodologie..... | 15 |
| A. | Les objectifs..... | 15 |
| B. | Population..... | 15 |
| C. | Type de recherche | 16 |
| D. | Hypothèses <i>a priori</i> | 17 |
| E. | « Déclaration d'intérêts »..... | 17 |
| III. | Résultats..... | 18 |
| A. | Déroulement de l'étude | 18 |
| a. | Nature de la participation de la population d'étude..... | 18 |
| b. | Adhésion des pères à l'étude..... | 19 |
| c. | Nature des résultats..... | 19 |
| B. | Participation aux exercices de mobilisation du bassin par les pères | 19 |
| C. | Refus de participation à la mobilisation du bassin réalisée par le père | 26 |
| D. | Participation du père au travail et à l'accouchement par d'autres moyens..... | 27 |
| E. | Participation des pères en situation d'urgence | 30 |
| IV. | Discussions | 30 |
| A. | Rappel des principaux résultats..... | 30 |
| B. | Analyse et interprétation..... | 31 |
| a. | Les places prises par les pères..... | 31 |
| b. | Les différentes initiatives et outils utilisés par les pères | 38 |
| c. | Les demandes des mères..... | 40 |
| d. | Les effets de la mobilisation du bassin par le père sur le couple..... | 40 |

| | |
|---|----|
| C. Validation des hypothèses | 42 |
| D. Forces, limites et biais de l'étude | 44 |
| E. Ouvertures professionnelles et perspectives | 45 |
| V. Conclusion..... | 48 |
| Références | 49 |
| Annexes..... | |
| Annexe I : Trame d'observation | |
| Annexe II : Essai de la trame en salle de naissance d'HautePierre | |
| Annexe III : Échéancier..... | |
| Annexe IV : Tableau des résultats | |

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Tableau I : Émotions, ressentis et sentiments du couple selon la littérature durant les phases de travail et l'accouchement..... | 11 |
| Tableau II : Émotions, ressentis et sentiments de la mère selon la littérature durant les phases de travail et l'accouchement..... | 12 |
| Tableau III : Émotions, ressentis et sentiments du père durant les phases du travail et de l'accouchement | 14 |
| Tableau IV : Récapitulatif des comportements avant et après la mise en place de la mobilisation du bassin pour les couples observés du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA. | 26 |
| Tableau V : Les demandes des mères observées au GHRMSA du 19 septembre au 30 octobre 2022..... | 29 |
| Tableau VI : Analyse des places prises spontanément par les pères lors de l'étude qualitative au GHRMSA du 19 septembre au 30 octobre 2022 et qualifiées dans la littérature. | 33 |
| Tableau VII : Outils utilisés à l'initiative des pères lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA et comparés à la littérature. | 39 |
| Tableau VIII : Échéancier de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA. | |
| Tableau IX : Tableau de résultats concernant le projet, la mise en place de péridural et les initiatives des pères lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA..... | |
| Tableau X : Tableau de résultats traitant des échanges au sein du couple lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA. | |
| Tableau XI : Tableau de résultats traitant de la présence émotionnelle des sujets, des besoins exprimés par la mère et de l'environnement lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA. | |
| Tableau XII : Tableau de résultats relatant les positions mises en place lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA. | |
| Figure 1 : Diagramme circulaire relatant la nature de la participation des 17 couples volontaires dans l'étude qualitative menée à la maternité Émile Muller de Mulhouse du 19 septembre au 30 octobre 2022. | 19 |
| Photo 1 : Décubitus latéral et hyperflexion de la hanche réalisée à l'aide du ballon afin de favoriser la nutation (a) et la contre-nutation (b) | 20 |
| Photo 2: Position de Rosa permettant l'ouverture du bassin et la descente de l'enfant dans le bassin | 21 |
| Photo 3 : Acupression de la main exercée par le conjoint | 22 |
| Photo 4: Position sur les genoux avec rotation externe des fémurs (supination/contre-nutation : rapproche les épines sciatiques et ouverture du détroit supérieur) à droite et rotation interne des fémurs (pronation/nutation : éloigne les épines sciatiques et ouverture du détroit inférieur) à gauche..... | 22 |
| Photo 5: Acupression exercée aux fossettes sacro-iliaques..... | 22 |
| Photo 6: Position en hyperflexion de hanche en position demi-assise | 24 |
| Photo 7: Position en décubitus latéral gauche associé à une hyperflexion de hanche | 25 |
| Photo 8: Position de suspension en couple..... | 29 |

I. Introduction

Aujourd'hui la société encourage les futurs pères à être présent et à prendre leur place dans les processus que sont la grossesse, l'accouchement et la parentalité. Il n'est plus question d'être le *Pater* qu'ils étaient dans l'Antiquité, avec le droit de vie ou de mort sur leur descendance, mais bien d'être une présence affective et tendre, tant pour leurs enfants que pour leur compagne. Ce progrès a été possible grâce à différents événements historiques. Notamment l'émancipation des femmes dans les années 1970 qui leur a ouvert l'accès aux milieux, jusqu'alors exclusivement féminin, telle que la naissance (1). Leur intégration dans la périnatalité s'est faite, entre autres, par le biais d'avancées technologiques telles que le monitoring et l'échographie qui leurs permettent de rencontrer leur enfant avant la naissance. Leur acceptation en salle de naissance et leur présence aux cours de préparation à la naissance sont aussi des événements intégrants à ne pas oublier. Aujourd'hui, certaines maternités vont jusqu'à faire des cours de préparation à la naissance exclusivement réservés aux futurs pères afin de répondre à leurs questions et les préparer aux changements qu'occasionnent une naissance (1). Certaines techniques de préparation à la naissance, telles que l'haptonomie, sont déjà présentes sur le marché de la périnatalité et intègrent le père dans le processus de gestation. L'haptonomie l'intègre de manière active et au même degré que la mère puisque son contact et sa voix sont autant utilisés que ceux de la femme (2). Enfin l'allongement du congé paternité en 2021 en France, le faisant passer à 28 jours pour la naissance d'un enfant, démontre bien le désir sociétal à tendre vers une égalité dans les rôles parentaux (3). Mais la France a encore des progrès à faire puisque d'autres pays, comme la Suède qui permet aux pères d'être avec leur enfant jusqu'à 3 mois après la naissance, font preuve d'avancées encore plus significatives. Cependant, seulement 30% des pères suédois ne s'approprient ce droit ce qui interroge quant à leur perception et leur représentation de la paternité (4).

Ainsi, les pères commenceraient à trouver leur place dans le pré partum notamment par le biais des cours de préparation à la naissance, mais aussi dans le post partum, grâce à l'allongement du congé paternité. Mais quand est-il de la période per natale ?

La présence des pères en salle de naissance semble systématique, cependant peu d'études ne documentent leur participation. Une étude réalisée au Danemark dans le cadre du programme national de recherche quantifiait leur présence à 88% (5). Cette étude date de 2001, soit un état des lieux d'il y a plus de 20 ans et sur un sol étranger avec une culture différente. D. Trupin, psychologue clinicien, mentionne dans son mémoire de Diplôme Universitaire de psychologie projective qu'en France, en 2003, trois hommes sur quatre assistent à la naissance

de leur enfant et un sur deux assistent à au moins un cours de préparation à la naissance avec leur conjointe (6).

Les raisons de leur présence sont décrites par A. Kopff-Landas *et al* en 2008 dans leur étude qualitative. Sont alors respectivement cités : assister à la naissance de leur enfant, accompagner et soutenir leur partenaire et pour finir par curiosité de voir un accouchement (7). Les rôles que prennent les pères en salle de naissance, sont également décrits. L'apaisement, le soutien lors du travail ainsi que le soutien physique lors des efforts expulsifs sont relevés (7). Cependant, 30% se sont sentis inutiles, 18% impuissants et 51% passifs.

De plus, grâce à l'étude longitudinale de Jonson réalisée en 2002 et se portant sur 53 pères, nous apprenons qu'avant l'accouchement 83% des futurs pères pensent jouer un rôle actif en salle de naissance et 11% ne savent pas quel serait leur rôle. Après la naissance, 12.2% des pères disent ne pas savoir pourquoi ils étaient présents (8). Un axe d'amélioration quant au vécu des pères en salle de naissance est donc possible.

Depuis la nuit des temps, les femmes sont accompagnées pour accoucher. Il y a eu les Matrones, des mères de village qui venaient les aider dans cette épreuve, mais aussi la famille, le conjoint, les amis suivant les cultures et l'histoire du pays. Aujourd'hui, les femmes peuvent également être accompagnées pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et le postpartum par une Doula. Cette professionnelle a à cœur d'englober les femmes sur le plan émotionnel, informationnel et se fait l'avocate des souhaits de la femme. Dans leur étude de 2006, J. Koumouitzes-Douvia et CA. Carr, deux professeurs hospitaliers, rapportent que le soutien de la Doula est plus bénéfique que celui de la famille, des sages-femmes ou plus largement des autres professionnels de santé. Cependant, l'analyse de son étude met en lumière que l'accompagnement du père par la Doula augmente la satisfaction des femmes car les pères sont plus informés et plus soutenant du fait de la présence de la Doula (9). Durant la grossesse, une relation de confiance a été créée avec la femme mais les neuf mois passés ensemble ne seront jamais aussi forts que la relation partagée avec son conjoint. C'est pourquoi un rôle actif du père pourrait améliorer son propre vécu et le vécu de la femme. La commission d'experts des « 1000 premiers jours », vient renforcer cette idée puisque selon elle, l'engagement du père permet un bon développement de l'enfant, diminue le risque de dépression et d'épuisement mental chez la femme. De plus, sa présence tout au long de la grossesse, du travail et de l'accouchement favorise une co-parentalité et une égalité dans la charge parentale (10). Le père a donc toute sa place durant le travail et l'accouchement.

Par ailleurs, l'investissement psychologique du conjoint dans son rôle de père se concrétise, tout comme la mère, durant le travail et l'accouchement. En 2019, dans une revue de recherche clinique sur la sociologie du couple et de la famille, R. Jean-Dit-Pannel et R. Riand expliquent que l'arrivée d'un enfant dans le couple remet en cause intra psychiquement la place du père et de la mère au sein de sphères différents : leur singularité psychique, leur couple conjugale et parentale, leur famille et leurs autres groupes sociaux tels que les amis, etc (11). Beaucoup d'études décrivent la construction psychologique de la maternité mais peu relatent de la construction de la paternité. Que se passe-t-il pour les pères durant celle-ci ?

A. Processus d'établissement de la paternité

Afin de mieux comprendre les enjeux de la présence des pères en salle de naissance et les processus psychologiques en jeu lors du travail et de l'accouchement, il convient de s'intéresser au processus d'établissement de la paternité tout au long de la grossesse, depuis le désir de grossesse au sein du couple jusqu'après la naissance de l'enfant. JP. Relier, pédiatre, traite dans son livre de ces processus (12). Un résumé suivant les différentes périodes est explicité ci-dessous.

a. Le désir de grossesse

Pour commencer, la grossesse prend racine dans le désir d'enfant du couple. Ainsi, cet enfant représente la « matérialisation » de leur amour sur trois niveaux :

- Comportemental par le biais d'échanges physiques, corporels, visuels, sensitivo-sensoriels, de paroles et de regards
- Affectif avec le développement de la capacité à partager des expériences affectives/émotionnelles
- Fantasmatique qui prend en compte la conscience, le préconscient et l'inconscient des deux parents.

Durant cette première étape, l'enfant est fantasmé et la grossesse est psychique. C'est également à ce moment que la notion de mémoires transgénérationnelles entrent en jeu. Dans cette notion, les émotions se transmettent de génération en génération. Ainsi, le contexte au moment de la grossesse et avant est important à prendre en compte pour le bien-être de l'enfant à long terme. Le père a alors un rôle de transmission d'héritage émotionnel dans cette première étape (12).

b. La conception

La période de conception suit celle du désir de grossesse. Les biologistes du développement ont mis en lumière l'impact de l'équilibre psycho-affectif de la mère et du père

sur la répartition des récepteurs Insulin-like Growth Factor 1 et 2 à la surface de l'ovule. Ceux-ci participent à l'évolutivité de la grossesse après la fécondation. Part ces récepteurs, l'impact de son psychisme sur le développement et la poursuite de la grossesse est également mis en avant. Le rôle du père dans la transmission, mais physique cette fois-ci, avec la transmission de ses gènes est également mis en lumière (12).

c. Période embryonnaire

En 1962, le Dr Grimm préconisait la mise en place d'une psychothérapie maternelle pour diminuer les risques de retard de croissance intra-utérin, hypertension artérielle et de toxémie*. Le Dr Nicole Mamelle, quant à elle, a mis en place une prise en charge psychologique pour prévenir les risques de prématurité. La psychologie maternelle, à cette période, peut donc entraîner des conséquences sur la grossesse. Le père se place alors comme « gardien » du bien-être psychique de la femme. Il permettra donc de réduire son stress, de l'aider à surmonter la fatigue et à être un pilier présent dans l'esprit maternel. Ce qui aura pour effet de protéger la femme du monde extérieur pour qu'elle se concentre sur leur enfant (12).

d. La vie fœtale

Lors de la vie fœtale, le père joue un rôle de stimulation périphérique pour le fœtus par le biais de sa voix, son odeur et son toucher. Cette stimulation permet la synaptogénèse† chez l'enfant et la différenciation neuronale‡. Mais, à nouveau, le côté psychologique entre en jeu puisque le liquide amniotique de la mère, qui joue un rôle dans la stimulation olfactive du fœtus, a une odeur particulière selon son état émotionnel et ce qu'elle mange. Le père reste donc un protecteur de son bien-être (12).

e. La naissance

À la naissance, son rôle de soutien prend tout son sens puisqu'il va être une aide précieuse pour la femme et sa gestion du travail. Après l'accouchement, le père aide aussi l'enfant en lui permettant de reconstituer son environnement. L'enfant sait faire la différence entre son père et sa mère, il est également sensible à leurs états émotionnels à tous les deux (12).

* « Ensemble des accidents déterminés par l'accumulation dans l'organisme des poisons métabolites endogènes ou de poisons exogènes » (13).

† Processus de fabrication de synapses assurant la transmission d'information.

‡ Action de développer des types différents de neurones suivant les besoins et stimulations reçus.

f. Le développement ex-utéro

Par la suite, durant le développement de l'enfant ex-utéro, la qualité de la relation parent-enfant et non pas seulement mère-enfant, lui permet une bonne plasticité cérébrale* (12).

En conclusion, la présence du père tout au long de la grossesse mais aussi durant l'accouchement permet un attachement de qualité, de confiance avec l'enfant, renforce le lien du couple en donnant une meilleure perception de l'expérience de la naissance à la mère mais favorise également la relation familiale de proximité. Le père représente une aide pratique et reconfortante. En sa présence, les contractions utérines sont alors perçues comme moins longues, les complications seraient diminuées ainsi que la dépression du post-partum (12).

Cependant, la présence du père en salle de naissance est nuancée par les auteurs à cause de la distraction qu'il représente. Selon eux, la femme ne serait plus concentrée sur le processus du travail ce qui arrêterait la sécrétion d'ocytocine. Cette hormone favorise les contractions utérines et le bon déroulement du travail. Ainsi, le père pourrait compromettre celui-ci. Sa participation active pourrait également renforcer la camaraderie entre les conjoints, diminuer leur attrait sexuel l'un envers l'autre et altérer la qualité de leur relation de couple (12).

Cet écrit s'interroge spécifiquement sur la période *per-partum*. C'est pourquoi l'introduction se poursuit avec les enjeux psychologiques lors du travail et de l'accouchement.

B. Le travail et l'accouchement

L'accouchement est une période bien particulière pour les pères. L'article de D.Turpin décrit plus haut, relate de ces difficultés (6). Ainsi et comme nous l'avons vu, les pères ont vécu, pendant la grossesse, une paternité intellectualisée contrairement à leur femme qui l'ont vécu de manière sensorielle. C'est pourquoi, l'accouchement peut être vécu comme une frustration pour les pères qui se seraient identifiés à leur conjointe pendant la grossesse mais qui ne peuvent pas eux-mêmes ressentir physiquement cette naissance. De plus, c'est un moment fort en émotion où plusieurs phénomènes psychiques se jouent. Tout d'abord, il y a la violence de la douleur ressentie par leur compagne et leur impuissance face à celle-ci. Mais aussi de leur culpabilité de faire « subir » une douleur aigüe à leur conjointe pour leur propre désir d'enfant. Enfin, nous pouvons aussi citer la crise identitaire de genre qu'ils traversent à ce moment charnier. Cette notion est complexe à aborder et prend en compte la société dans

* Capacité cérébrale de compensation suivant l'histoire de vie.

laquelle le couple évolue. En effet, dans la nôtre, le désir d'enfant, la grossesse et plus largement l'éducation des enfants sont des événements appartenant plutôt au genre féminin. Un père qui souhaite ces choses et qui les verbalise remet donc son identité masculine en jeu d'un point de vue sociétal. De plus, ceux qui s'identifient à leur conjointe durant la grossesse, pour la vivre physiquement à travers elle, s'identifient aussi à leurs émotions, réactions et ressentis : des faits genrés féminins puisqu'exprimés par une femme. C'est ainsi que se manifeste la crise identitaire de genre des pères dans la périnatalité introduit ci-dessous.

a. Une crise identitaire de genre

En 2003, D. Vasconcellos, maître conférencier en psychologie, publie un article définissant cette crise identitaire (14). Il la décrit en prenant en compte plusieurs facteurs :

- La position passive du père : il ne contrôle rien et doit faire confiance à sa compagne et à l'équipe soignante pour le bon déroulement du travail.
- Son noyau d'identité féminine. Comme nous l'avons vu plus haut, le père s'identifie à la mère pour vivre, au travers d'elle, une grossesse sensorielle. Cela fait donc écho à son identité féminine.
- Comme il ne peut pas lui-même accoucher, il est renvoyé à sa castration précœdipienne et œdipienne* car il doit laisser place aux personnels soignants qui sont plus qualifiés que lui dans ce domaine.

De plus, un paradoxe bien présent dans la périnatalité est mis en lumière : la société demande aux pères d'être présents et proches de leur compagne durant tout le processus qu'est la grossesse, le travail, l'accouchement, les soins, mais sans prendre en compte leur propre émotion.

Pour résumé, l'accouchement est une expérience que l'on peut qualifier de bisexualité psychique puisque l'homme s'identifie à la femme mais doit « garder le contrôle » de ses émotions pour la reconnaissance et l'admiration de la société.

b. Phénomènes psychologiques en jeu

Comme évoqué précédemment, la naissance a longtemps été un milieu réservé aux femmes. Ce n'est qu'au début du XVIIe siècle, par le biais de la médecine, que les hommes entrent en salle d'accouchement. Cette entrée tardive s'explique, entre autres, par un processus visuel en place à ce moment-là faisant ressortir l'interdit d'inceste chez les pères. En effet, ils

* Concept utilisé dans la psychanalyse et introduit par Freud. Il nomme un stade de développement de l'enfant durant lequel il désire sexuellement le parent de même sexe et ressent de la haine envers celui de sexe opposé.

sont face à leur conjointe devenant mère elle-même mais également à la sensualité de leur corps du fait de la nudité et l'instinct primitif que peut faire ressortir l'épreuve du travail et de l'accouchement.

Ainsi, les hommes présents sont perçus comme pervers puisqu'ils observent la scène de ce corps nu donnant la vie mais également hystérique. Ce terme est initialement utilisé dans le champ lexical de la sorcellerie par Hippocrate pour qualifier le comportement des femmes sans activité sexuelle. Il est introduit en médecine dès le XVII^e siècle par J-M. Charcot pour qualifier le regroupement des symptômes suivants : l'anesthésie, les contractures, la paralysie, l'aphonie et la cécité (15). Ces signes physiques sont retrouvés chez les pères souvent mal à l'aise dans le box d'accouchement. Les médecins hommes, présents pour la santé des femmes et de leur enfant, sont admis en salle de naissance grâce à leur statut et leur utilité médical.

Ce n'est qu'en 1950 que le premier père assiste à l'accouchement de sa compagne à la maternité des Bluets à Paris en France. Au début de cette même année, Dr Lamaze, obstétricien dans cette même maternité, propose une préparation psychoprophylactique à la naissance dans laquelle, le père est considéré comme un accompagnant (16). Depuis, la société a continué d'évoluer dans ce sens pour arriver aux chiffres décrits plus haut. Aujourd'hui la non-présence du père à l'accouchement inquiète les soignants et leur pose réflexion sur la relation de couple et l'établissement du lien parents-enfant. Les pères sont-ils soumis à une forme de pression pour y assister ? Cette question a été soulevé dans l'étude du psychologue D. Vasconcellos en 2003 (14). Il indique que si leur présence est considérée comme une preuve de courage et de virilité, le fait de ne pas être présent, *a contrario*, refléterait leur lâcheté et démontrerait un manque de virilité. L'article de D. Turpin indique que cette croyance est véhiculée par la famille et les amis, ce qui en fait une pression sociale (6). Ainsi, D. Dallay, gynécologue-obstétricien, et F. Reveyaz, sage-femme, définissent la paternité en 2017 comme un rôle social, culturel et biologique (16). Le père doit donc se conformer aux normes de ces trois items pour être qualifié de père. En France, la reconnaissance de la paternité ne se fait pas par le père lui-même mais par la mère. Ainsi, il doit intérioriser et intégrer les pressions sociales et culturelles pour que la mère, sensible à celles-ci, le reconnaisse comme tel auprès de l'enfant. Les deux auteurs cités précédemment, notent que les hommes ne s'approprient la décision d'être présent à l'accouchement qu'après celui-ci passé ce qui vient renforcer l'hypothèse de la présence d'une pression. Le dernier item biologique de la définition est satisfait par la transmission génétique.

c. Émotions et ressentis des parents durant le travail et l'accouchement

Comme vu précédemment, des remaniements psychologiques complexes sont en jeu au moment du travail et de la naissance. Une autre complexité se rattache à ceux-ci. En effet, le couple est composé de deux personnes pensantes qui perçoivent des sentiments, présentent des ressentis et éprouvent des émotions. Il est donc essentiel de définir ces notions pour comprendre au mieux ce qu'il se passe dans la salle d'accouchement. Les émotions sont définies par le dictionnaire Larousse comme étant « *une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Les sentiments, quant à eux, sont « un état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentation ». Toujours selon ce même dictionnaire, les ressentis sont « une impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose, une situation ».

Les tableaux I, II, III ci-dessous permettent de visualiser l'importance et l'expression de ces notions durant le travail et l'accouchement, retrouvées dans la littérature. Le premier concerne les deux parents, le second seulement la mère et le dernier concerne le père.

| Ressentis concernant les deux parents | | | | | | | | | |
|--|--------|------------------|-------|--------|--|-----------|----------|------|-------|
| <i>Faits relevés</i> | | | | | <i>Études / littératures</i> | | | | |
| Fragilité psychique dû à la perméabilité psychique qui se met en place à ce moment-là. Cela entraîne la réapparition de l'inconscient dans le conscient. | | | | | Étude qualitative dans laquelle 33 couples primipares ont été reçu lors d'entretien semi-directif en France en 2008 (7). | | | | |
| Les couples disent se sentir concernés à part égale par l'accouchement. | | | | | | | | | |
| La présence du père en salle de naissance est importante dans création parentalité. | | | | | | | | | |
| Notion d'importance « d'être ensemble » | | | | | | | | | |
| Mise en place de soutien réciproque qui permet la co-construction du couple conjugale et parental et prévient la dépression du post partum. | | | | | Article de réflexion écrit en 2021 et publié dans une revue traitant de la famille (17). | | | | |
| Émotions concernant les deux parents | | | | | | | | | |
| | Colère | Jalousie / Envie | Honte | Dégout | Peur | Tristesse | Surprise | Joie | Amour |
| Lorsque le comportement du père diffère des attentes de la mère, cela engendre un stress, de la déception et de l'insatisfaction (7) | | | | X | X | X | | | |

Tableau 1 : Émotions, ressentis et sentiments du couple selon la littérature durant les phases de travail et l'accouchement

| Ressentis concernant la mère | | | | | | | | | |
|--|--------|------------------|-------|--------|---|-----------|----------|------|-------|
| <i>Faits relevés</i> | | | | | <i>Études / littératures</i> | | | | |
| La participation du partenaire influence sa satisfaction et ses émotions. | | | | | Étude qualitative dans laquelle 33 couples primipares ont été reçus lors d'entretien semi-directif en France en 2008 (7). | | | | |
| La douleur et le besoin d'en parler dans le post-partum sont exprimés par les mères. | | | | | | | | | |
| La femme s'est sentie soutenue et ses attentes ont été comblées par le père. Cependant, 12% seulement ont été satisfaites par leur conjoint qu'au moment de l'expulsion. | | | | | | | | | |
| Émotions concernant la mère | | | | | | | | | |
| | Colère | Jalousie / Envie | Honte | Dégout | Peur | Tristesse | Surprise | Joie | Amour |
| Un soutien durant cette période permet augmentation de l'estime de soi, une diminution de l'anxiété et de la dépression (7). | | | | | | | | X | |
| L'accouchement est vécu comme violent du fait de la rupture de la symbiose mère-enfant (7). | | | | | | | X | | |
| Le conjoint est perçu comme responsable de la douleur ressentie (7). | X | | | | | | | | |
| Il y a une dépréciation d'elle-même au moment de l'expulsion : impression de ne pas réussir (7). | | | | | | X | | | |
| Elles sont reconnaissantes de la présence des pères : « heureusement que t'étais là ». Leur présence est indispensable et importante (7). | | | | | | | | X | |

Tableau II : Émotions, ressentis et sentiments de la mère selon la littérature durant les phases de travail et l'accouchement

| Ressentis concernant le père | |
|---|---|
| <i>Faits relevés</i> | <i>Études / littératures</i> |
| Ils veulent être présent pour commencer leur rôle de père et montrer ce rôle à leur compagne. | Étude quantitative sur la validation d'un questionnaire Suédois relatant du vécu des pères durant l'accouchement sur une population francophone. Testé sur 154 pères primipares (18). |
| Ils ont la possibilité de soutenir de manière pratique, comportemental (massage, aide à la respiration, etc. psychologique et émotionnelle (empathie, marque affection, etc.) | |
| Certains ne sont pas présents en salle d'accouchement car c'est un moment trop intense émotionnellement. | Étude qualitative recueillant 300 questionnaires sur la présence des pères durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum en France en 2003 (19). |
| Certains pères ressentent une contrainte d'y assister : pression sociale des professionnels, famille, compagne, amis | Étude qualitative et quantitative interrogeant 20 pères à l'aide de questionnaire et d'entretien semi-directionnel sur leur expérience de la naissance de leur enfant (20). |

| Émotions concernant le père | | | | | | | | | |
|---|--------|------------------|-------|--------|------|-----------|----------|------|-------|
| | Colère | Jalousie / Envie | Honte | Dégout | Peur | Tristesse | Surprise | Joie | Amour |
| Notions de doute sur ses capacités et sur ce qu'on attend de lui. Cela induit une diminution de confiance en soi, une augmentation du sentiment dépressifs et de stress (7) - (18). | | | | | X | XX | | | |
| Possible dépression du post partum et sentiment d'impuissance lorsque leurs attentes ne sont pas remplies (7). | | | | | | X | | | |
| Ils culpabilisent et souffrent de voir la douleur de leur femme (7). | | | | | | X | | | |
| Angoisse, peur, colère, paniques (7)- (18)(21). | X | | | | | | | | |
| Sentiment d'inutile, d'impuissance, désinvesti (7)-(18). | | | | | | XX | | | |
| Mécontent quant au soutien qu'il propose à leur compagne, pense qu'ils ne sont pas en adéquation avec les demandes de la mère (7). | | | | | | X | | | |
| Solitude, à l'écart, marginalisé par le contexte et l'équipe médicale (18)- (7)(21). | | | | | | XX | | | |

| | Colère | Jalousie / Envie | Honte | Dégout | Peur | Tristesse | Surprise | Joie | Amour |
|--|--------|------------------|-------|--------|------|-----------|----------|------|-------|
| Heureux d'y avoir assisté (5) : Étude nationale au Danemark concernant la présence des pères en salle de naissance en 2001. | | | | | | | | X | |
| Moments de joie intense voir « extatique » (22) : Livre de J. Le Camus relatant du rôle du père | | | | | | | | X | |
| Inquiet (19). | | | | | X | | | | |
| Heureux (19). | | | | | | | | X | |
| Émus (19). | | | | | | | X | | |

Tableau III : Émotions, ressentis et sentiments du père durant les phases du travail et de l'accouchement

Les émotions et ressentis des pères durant le travail et l'accouchement ont pu être mis en avant avec le dernier tableau ci-dessus. Il est intéressant de noter que beaucoup d'émotions négatives sont exposées.

Question de recherche : **comment réagirait le couple face à la mise en place d'une participation active du père, par le biais de la mobilisation du bassin de la parturiente menée par celui-ci, en salle de naissance ?**

Afin de répondre à cette question, une étude qualitative a été mise en place. Après avoir évoqué la méthode utilisée, les résultats seront présentés puis analysés et discutés.

L'importance de la mobilisation du bassin au cours du travail et son influence sur la durée du travail n'est plus à démontrer. Pour pouvoir mettre en place cette mobilisation, la sage-femme doit pouvoir rester auprès de la patiente. Or, la grève nationale du 7 octobre 2021, les revendications exposées par l'Association Nationale des Etudiant.e.s Sage-femme, le Collège National des Sages-Femmes de France et le communiqué de presse du 9 juillet 2021 écrit par l'Organisation Nationale Syndical des Sages-femmes nous montrent qu'il y a un manque d'effectif dans les hôpitaux (23). Trouver le temps de mobiliser le bassin des patientes devient alors un vrai challenge.

En rendant le père actif de cette manière-là, la parturiente bénéficierait des bienfaits de cette mobilisation mais aurait également d'autres avantages. Notamment grâce au toucher. En effet, la réalisation de ces mobilisations impose un contact physique entre les futurs parents.

Le toucher nous aide à nous abandonner et à nous recentrer sur nous-même, deux conditions nécessaires pour que l'on se sente rassuré. De plus, le contact physique permet à

notre corps de sécréter de l'ocytocine (24). Cette hormone permet l'engagement relationnel, augmente la confiance en soi, augmente l'attractivité et la confiance inspirée par autrui. Elle permet également la reconnaissance sociale (reconnaissance et mémorisation des visages se basant sur le visuel, l'olfactif et l'auditif), l'identification des émotions, le maintien de la relation et la cohésion dans un groupe. D'un point de vue émotionnel et donc vécu du travail par la femme, nous pouvons comprendre que le toucher permettrait à la femme d'en avoir une expérience positive. En complément, les bienfaits sociaux de l'ocytocine pourraient s'appliquer à la relation de couple qu'ils entretiennent.

D'un point de vue médical, l'ocytocine joue également un rôle important dans l'épreuve du travail. Elle permet l'apparition de contractions utérines efficaces pour la naissance mais aussi pour la délivrance et le repositionnement de l'utérus après l'accouchement ce qui réduit le risque d'hémorragie du post-partum (25).

Afin de répondre à la question de recherche citée ci-dessus, une étude qualitative respectant une méthodologie a été mise en place.

II. Méthodologie

A. Les objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'étudier la réaction du couple face à la mise en place d'une participation active des pères en salle de naissance par le biais d'exercices proposés de mobilisation du bassin de la parturiente.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser la demande des pères d'être actifs dans la période du *per partum* et d'observer leur potentielles initiatives.

B. Population

Pour tenter de répondre à ces objectifs, la population d'étude répondait aux critères suivants.

Critères d'inclusions :

- Les couples qui étaient présents sur une période de stage de l'enquêteur pour des questions pratiques
- Les patientes qui étaient en phase active du travail au minimum au commencement de l'observation (5cm)
- Les parents qui parlaient français

Critères de non-inclusions :

- Patiente venant accoucher seule ou avec une autre personne que le deuxième parent
- Patiente avec suspicion de violences conjugales

Critère d'exclusion :

- Parents notifiant le refus de participer à l'étude secondairement

Le nombre de sujets inclus dépendait du moment de saturation des hypothèses, de la période limitée par le temps du stage, et de l'activité du service. Les couples formulaient oralement leur consentement libre et éclairé pour la participation, le recueil et l'analyse des données.

Un dossier de demande d'autorisation a été déposé auprès du Comité d'éthique le 13 avril 2022. Un avis consultatif a été demandé à cette instance dans le cadre de la loi Jardes. Celle-ci encadre les études qui mettent en jeu la personne humaine. La mobilisation du bassin n'étant pas explicitée dans un protocole de l'établissement, elle peut être considérée comme un changement de prise en charge pour les femmes participant à l'étude et impliquant la personne humaine. C'est pourquoi l'étude a été soumise pour avis. À ce jour, nous attendons la réponse du Comité d'éthique.

C. Type de recherche

Pour répondre à la question de recherche, la méthode qualitative a été retenue en effectuant un recueil de données via des observations participantes qui se concentraient sur les réactions du couple. Le choix de donner le statut d'enquêtrice à l'étudiante sage-femme a été adopté pour les avantages que son statut propose : l'accompagnement physique et émotionnel des couples, la possibilité de proposer des positions qui permettaient la mobilisation du bassin de la femme, poser des questions directement aux couples pour affiner les observations nécessaires et permettre de rendre visible ce qu'il se passe en salle de naissance par le biais de son mémoire de fin d'étude. Le père était alors rendu actif lors de l'intervention par le biais de la mobilisation du bassin de la femme.

Les items retenus pour cette étude étaient la dynamique du couple par le biais des regards, contacts physiques échangés et de la distance séparant les parents. L'adhérence du couple au projet était évaluée par l'intermédiaire des variables suivantes : le temps d'explication et le temps d'application de l'exercice. Pour évaluer l'influence des exercices, la gestion de la douleur de la mère et ses sentiments étaient relevés. Afin d'appréhender les réactions du père

et de la mère, leurs paroles, positions dans la pièce, langage non verbale étaient notés. Pour finir, la satisfaction des parents était rapportée afin d'appréhender l'application de ces exercices dans la pratique à long terme. Les variables étudiées étaient consignées dans la trame présentée en Annexe I. Celle-ci a été préalablement testé durant le stage à Hautepierre du 01 novembre au 08 décembre 2021. Ce test est présenté en Annexe II.

D. Hypothèses *a priori*

Au commencement de l'étude, cinq hypothèses ont été émises.

1. Le père se sent impliqué et utile dans la naissance
2. La mère est à l'aise et détendue
3. Le couple est soudé
4. La naissance est vécue de manière intime et les parents se l'approprient
5. Il y a une réelle demande des pères d'être actif

L'échéancier de l'étude est présenté en Annexe III.

E. « Déclaration d'intérêts »

Une étude observationnelle permet de s'introduire dans des milieux où les caméras et les micros ne peuvent pas ou difficilement aller. Ainsi, l'enquêtrice a pu appréhender et retranscrire une partie de l'intimité des couples en salle de naissance. Étant l'enquêtrice, l'observation a été menée à travers mon regard donc au travers de la personne que je suis. C'est pourquoi, j'ai fait le choix dans cette partie d'exposer mes représentations et mon intérêt personnel pour l'étude qui peuvent influencer mes observations.

J'ai grandi dans la société et la culture française, ma construction sociale est donc celle-ci. Pour cette étude, je porte trois casquettes : celle d'enquêtrice, d'étudiante sage-femme et de femme. Le fait d'être enquêtrice demande d'être le plus neutre possible pour influencer au minimum les réactions des sujets. Être étudiante sage-femme demande à suivre le couple de manière psychologique et physique durant la période *per partum* mais aussi de mobiliser ses connaissances et compétences pour y parvenir. Enfin, le fait d'être une femme donc de potentiellement vivre la grossesse, le travail et l'accouchement dans mon propre corps, induit une identification auprès des patientes et un questionnement quant à mes souhaits pour ce moment.

Au commencement de l'étude, la naissance était pour moi une épreuve féminine qui demande le plus de soutien possible. Le but étant que la mère soit pleinement satisfaite de ce

moment, le vive au mieux et à sa manière. Cependant le père, a, à mon sens, également une grosse part de responsabilité dans le processus puisqu'il est le compagnon de vie de la femme mais également le père de l'enfant. Il a donc toute la légitimité pour prendre sa place et être présent. Mais durant mes différents stages en salle de naissance, leur comportement m'ont régulièrement surpris : j'avais l'impression que la grande majorité étaient présents mais totalement désintéressés, ils posaient peu de questions, étaient éloignés de leur compagne, dans un coin de la salle, parlaient peu et me semblaient désemparés face à leur compagne douloureuse et fatiguée. Malgré mes tentatives, ils restaient à cette place. Je me sentais impuissante et sans outils à leur proposer pour les rendre actifs et les inclure dans ce processus. Lorsqu'une sage-femme m'a montré, lors d'une garde, quelques positions et points d'acupression pour soulager la patiente, je me suis demandée pourquoi ne pas encourager les pères à les faire. Les exercices me paraissaient simples de compréhension et applicable à l'issue d'une simple démonstration ce qui permettait même à des personnes extérieures au milieu médical, de les réaliser. L'idée de cet écrit était née.

III. Résultats

A. Déroulement de l'étude

a. Nature de la participation de la population d'étude

L'étude a permis au total de recueillir 18 observations participatives de situations de travail et d'accouchement en salle de naissances au sein de la maternité du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA), Émile Muller 3, durant la période du 19 septembre au 30 octobre 2022.

Parmi les 18 couples volontaires pour participer à l'étude, quatre ont refusé les exercices de mobilisation du bassin proposés par l'étudiante enquêtrice. Quatre autres couples ont été observés sans la proposition de mise en place de ces exercices. Deux femmes sont venues accoucher seules ou avec un conjoint endormi durant tout le travail. Deux observations étaient réalisées en situation d'urgence. Cinq observations concernaient des couples acceptant les exercices de mobilisation du bassin et un couple a été exclu de l'étude car leur travail rapide n'a pas permis la prise en charge du couple et la collecte de données.

Au cours de l'étude, trois grilles d'observation ont été collectées pour trois couples différents. Pour les 14 autres observations, les critères de la grille d'observation ont été notés dans un journal de bord. Pour une meilleure compréhension, les trois données de ces grilles et

du journal de bords d'observation ont été refondues dans un tableau de synthèse de résultats qui est présenté en Annexe IV.

Les caractéristiques de la participation de la population d'étude sont présentées dans la figure 1 ci-dessous.

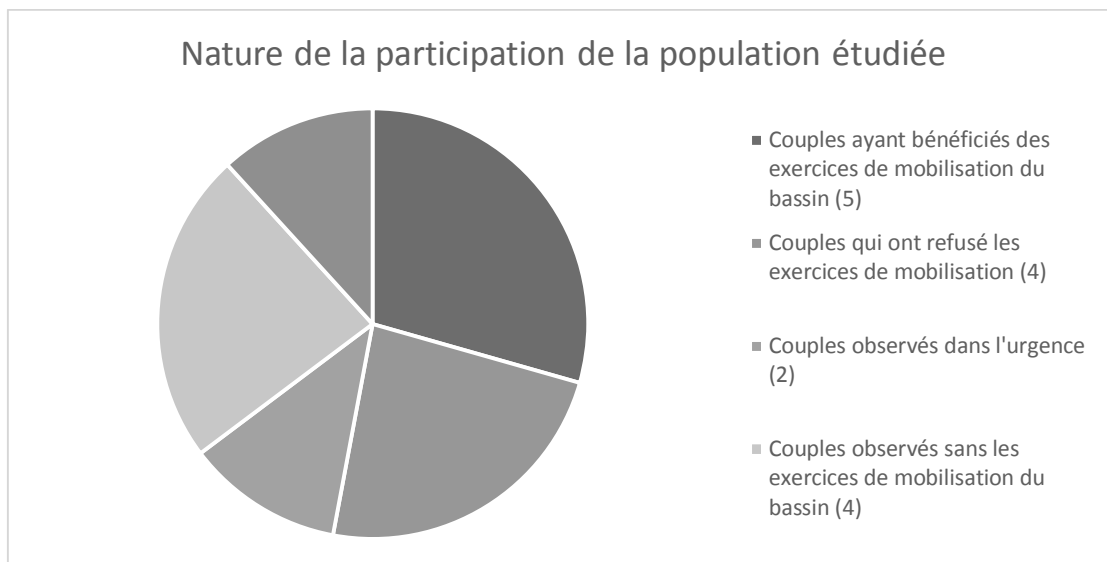


Figure 1 : Diagramme circulaire relatant la nature de la participation des 17 couples volontaires dans l'étude qualitative menée à la maternité Émile Muller de Mulhouse du 19 septembre au 30 octobre 2022.

b. Adhésion des pères à l'étude

L'étude commençait par l'exposition de celle-ci. Elle était réalisée en s'adressant à la mère et au père. La demande de participation était adressée au couple mais en regardant le père. Le père ne répondait pas tout de suite à la question. Une demande implicite était adressée à la mère par le biais de regard, d'attente de signes de tête ou de prise de parole de la femme. Cette observation était valable pour l'ensemble des couples étudiés.

c. Nature des résultats

Les données récoltées étaient sous forme de mots, phrases exprimées par le couple mais également de positions adoptées, de leurs emplacements dans l'espace et de l'un par rapport à l'autre, de l'environnement et des impressions de l'enquêtrice quant à leur ressentis.

B. Participation aux exercices de mobilisation du bassin par les pères

Pour le couple N°01, la mobilisation commençait avec un Décubitus Latéral Gauche (DLG), une hyperflexion de hanche en la positionnant sur le ballon et un mouvement initié par le père (Photo 1). Celui-ci n'avait pas émis de mot mais avait réagi rapidement pour participer et avait souri. La distance entre le père et la mère était de moins d'un mètre, des regards, des sourires et des blagues étaient échangés durant l'exercice. La mère se sentait calme, sereine, n'avait pas

de douleur et était très enthousiaste à l'idée d'essayer ces exercices. L'environnement était chaleureux grâce à la lumière du jour et l'odeur de café qui se dégageait de leur boisson partagée. Il n'y avait pas de musique. Après une heure d'application, le couple avait pris l'initiative de changer de côté et de continuer la mobilisation avec le ballon. Une troisième position leur était proposée 45 minutes après : le Décubitus Latéral Gauche associé à de l'acupression au niveau des fossettes sacro-iliaques (Photo 5). La femme était « ravie d'avoir des massages », elle souriait beaucoup et se disait satisfaite des positions proposées. L'exercice a été tenu 10 minutes du fait d'anomalies du rythme cardiaque fœtale. Le père s'est absenté du box ce qui ne permettait pas l'instauration d'un nouvel exercice. Il est revenu deux heures après, la première position proposée était réappliquée, sans besoin de réexplications. Le père s'était levé en exprimant un « oui » dès l'idée énoncée par la mère. Il y avait beaucoup de regards et de contacts physiques échangés dans le couple. La phase active de ce couple a duré six heures. Avant le retour en chambre, le couple a demandé une photo avec toutes les personnes les ayant pris en charge et a exprimé une satisfaction particulière pour les positions proposées. Une carte de remerciement adressée à l'équipe a également été reçue à *posteriori*. Une préparation à la naissance classique avait été suivi par ce couple en amont de l'accouchement dont un cours de yoga.



Photo 1 : Décubitus latéral et hyperflexion de la hanche réalisée à l'aide du ballon afin de favoriser la nutation (a) et la contre-nutation (b)

L'observation du couple N°02 a débuté dans un contexte « nuageux » pour la femme qui était fatiguée des contractions utérines et qui avait peur de la césarienne. Le père était adhérent au projet. La première position proposée a été le DLG avec hyperflexion de hanche sur le ballon et un bercement était exercé par le père (Photo 1). Du fait de l'exercice, la distance entre le couple était inférieure à un mètre, la lumière était tamisée, la mère sentait les contractions sans douleur et disait se sentir « bien ». Dix minutes après le début de l'exercice, le père exerçait le bercement d'une main, de l'autre il regardait une vidéo sur son smartphone. La mère était également sur son smartphone. Il n'y avait pas d'interaction au sein du couple.

L'exercice a été tenu une vingtaine de minutes puis a été arrêté à l'initiative du père qui disait avoir « mal au bras ». Il s'est alors positionné sur le fauteuil qui était éloigné de plus de trois mètres de la femme et regardait des vidéos avec ses deux écouteurs. La femme nous a signalé que l'exercice lui avait procuré du bien-être. La position suivante est appelée Rosa (Photo 2). Il s'agissait d'installer la femme en tailleur dans le lit, les genoux vers l'extérieur afin d'ouvrir le bassin. Le point d'acupression de la jonction entre le pouce et l'index était stimulé par le père (Photo 3). La distance entre le couple était inférieure à un mètre. La position a été tenue 30 minutes puis le quatre pattes et l'acupression des fossettes sacro-iliaques par le père ont été mis en place (Photos 4 et 5). Le père a signalé qu'il préférerait les exercices d'acupression par rapport aux bercements, il ne connaissait pas la technique du *peau à peau* (26) pour les pères et une discussion a été engagée entre l'équipe soignante et le couple à ce sujet. Des blagues étaient échangées au sein du couple. Le père est sorti fumer un quart d'heure et n'a pas repris les exercices à son retour. La femme se berçait alors seule à l'aide du ballon positionné à son initiative. L'exercice a été appliqué 30 minutes. Aucun autre exercice n'a été mis en place par la suite par refus des parents. Le premier refus émanait du père, il restait sur le fauteuil éloigné de plus de trois mètres de la mère après plusieurs propositions de rapprochement. Il ne prenait pas d'initiative et aucun contact physique n'était échangé au sein du couple. Le second refus émanait de la mère, le père dormait et elle souhaitait également se reposer. À la dernière proposition, le père a refusé car il rentrait à son domicile. Il a dit en souriant « je suis venu parce que c'est ma place mais là je suis vanné. Je n'ai pas mangé ni dormi ».



Photo 2: Position de Rosa permettant l'ouverture du bassin et la descente de l'enfant dans le bassin



Photo 3 : Acupression de la main exercée par le conjoint



Photo 4: Position sur les genoux avec rotation externe des fémurs (supination/contre-nutation : rapproche les épines sciatiques et ouverture du détroit supérieur) à droite et rotation interne des fémures (pronation/nutation : éloigne les épines sciatiques et ouverture du détroit inférieur) à gauche



Photo 5: Acupression exercée aux fossettes sacro-iliaques

Le couple N°03 était le troisième à avoir donné son accord. L'observation a commencé avec la mise en place de la péridurale. À la suite de celle-ci, la mère ne souhaitait pas se mobiliser sur les recommandations de l'anesthésiste. Une heure après, le père était absent du box, la mère a signalé qu'il était « sorti fumer et prendre l'air ». Il est revenu deux heures après. La première position a alors été mise en place. Il s'agissait de mettre la femme en position demi-assise, un ballon sous les jambes, les genoux vers l'extérieur et d'effectuer un léger bercement du ballon par le père (Photo 6). Le bassin était ainsi ouvert et en mouvement. Le père se rapprochait au moment des consignes, il montrait qu'il était à l'aise et motivé après avoir reçu des sollicitations de la part de la mère. Cependant, il ne prenait pas d'initiative, attendait nos sollicitations et d'être intégré par la mère dans le projet. Cette intégration se faisait par des

paroles, des regards, de l'humour et le contact physique. Des phrases telles que : « regardes comme tu es », « toi tu rigoles » ou encore « tu devrais être à ma place » ont été exprimé par la mère à l'encontre du père. La distance au sein du couple était inférieure à un mètre lors des exercices et supérieure à trois mètres en dehors. La mère montrait son enthousiasme en demandant plus d'informations sur la position et de manière générale sur la parentalité. Il y avait beaucoup d'échanges verbaux dans le couple. À ce stade la femme était à six centimètres, était soulagée par la péridurale et se sentait sereine. Elle a évalué sa gestion du travail à neuf sur une échelle de zéro à dix, où dix était la meilleure gestion possible. Il n'y avait pas de changement d'environnement. La position a été tenu 45 minutes. La douleur lors des contractions est revenue et l'équipe anesthésique a été appelé. Une notion de doute quant à l'intérêt et la réalisation des positions émergeait dans l'esprit de la mère. Des mots tels que « je ne sais pas si je vais y arriver » ou « c'est trop compliqué » ont été entendu. La deuxième position a été accepté et expliqué. La femme était en Décubitus Latéral Droit (DLD) associée à une hyperflexion de hanche bercée par le père sur le ballon (Photo 1). Au moment des explications, le père communiquait sur lui-même et sur les exercices tenus. Il avait une meilleure relation avec l'équipe soignante, était moins sur la réserve, regardait l'équipe soignante dans les yeux et se positionnait à son initiative aux côtés de sa compagne. Il prenait également l'initiative de bercer celle-ci avec le ballon et de l'aider à se mettre dans la position. Il avait une bonne compréhension de l'exercice. La distance les séparant était inférieure à un mètre. La mère était demandeuse de soutien de la part de son conjoint pour se mobiliser et lui exprimait également ce qu'elle aimerait ou non : « attends », « oui comme ça ». La mère se sentait anxieuse à l'idée d'être douloureuse comme avant la mise en place de la péridurale. Son évaluation de sa gestion du travail était égale à six/sept. Elle a émis la demande de changer l'environnement en baissant les volets. Elle a demandé plusieurs fois de réexpliquer l'exercice. Cette position a été tenu dix minutes et a été arrêté à la suite d'une douleur en fosse iliaque droite trop intense pour la mère. L'examen clinique indiquait une dilatation complète, un essai d'effort expulsif a été réalisé. La mère demandait au père, qui était sur le fauteuil à plus de trois mètres d'elle, de lui tenir la tête. Le père se plaçait alors à son côté droit, l'accompagnait dans la respiration, inspirait et expirait au même rythme que sa femme et échangeait beaucoup de regard avec elle. La position de Rosa a été mise en place (Photo 2). Le père restait au côté de sa femme, des rires ont été entendu depuis le bureau de l'équipe et la femme était soulagée par la position et les explications de la provenance de la douleur. 30 minutes après, l'installation pour l'accouchement s'est faite pour anomalie du rythme cardiaque fœtale.



Photo 6: Position en hyperflexion de hanche en position demi-assise

Le couple N°04 avait un projet de naissance sans péridurale et avec l'utilisation de l'haptonomie pour indiquer le chemin à l'enfant. L'observation a commencé lorsqu'ils sont descendus du service pour utiliser la baignoire. Le couple demandait une lumière tamisée et de la musique. La femme y est restée deux heures puis a demandé la pose de la péridurale, sans montrer de regrets car pour elle son « bébé a besoin de moi pour la poussée ». Le père n'était pas présent pour la pose sur demande de l'équipe anesthésique. De la déception était exprimée par le couple face à cette situation. La mère le démontrait en posant plusieurs questions concernant son conjoint telles que « comment va mon mari ? Le pauvre il doit être stressé ». La sage-femme a alors pris l'initiative de faire le lien entre le père à l'extérieur du box et la mère tout au long de la pose. À la suite de celle-ci, le couple souhaitait se reposer et ne pas mettre en place de position. Une heure après, le premier exercice a été appliqué : DLG en hyperflexion et bercée sur le ballon (Photo 1). Le père a indiqué à l'équipe qu'il avait utilisé l'hypnose durant le bain de sa femme, qu'il y était formé et l'utilisait régulièrement. La mère notait également la forte implication du père dans le travail de part cette pratique mais également à l'occasion de regards échangés, de contacts physiques et de paroles. Moins d'un mètre les séparait. Des caresses de la part du père sur les mollets et les pieds de la mère ont été observés. La position a été gardée pendant 45 minutes et le couple a confié ne pas s'être reposé puisqu'ils avaient beaucoup communiqué ensemble : « on ne s'est pas trop reposé, on a beaucoup parlé ». Du fait de leur propre initiative et leur préparation à la naissance, le couple appliquait déjà les points d'acupression durant les contractions. La femme restait sereine durant tout le travail et évaluait sa gestion des contractions à huit après la péridurale et à quatre avant.

Le couple N°09 a été observé sur une garde très intense en charge de travail. À l'arrivée de l'équipe dans le box, la femme était en hyperflexion sur étrier en DLG et le père était sur le fauteuil à côté (Photo 7). Le contact physique de ce couple, se faisait par la prise de mains. La mère était très attentive au père et l'intégrait dans la conversation par des regards, des questions et le pronom « on ». Le couple ne souhaitait pas d'autre mobilisation et argumentait en

expliquant que celle-ci « favorise la descente de bébé ». Ils avaient un projet de naissance sans péridurale mais ne regrettaient pas de l'avoir prise. Celui-ci retranscrivait leur souhait d'intégration du père dans le travail en le positionnant comme intermédiaire entre l'équipe et la femme : pas de communication directe équipe-parturiente et souhait de couper le cordon par le père. L'équipe soignante précédente nous a informé que le père était très impliqué avant la péridurale.



Photo 7: Position en décubitus latéral gauche associé à une hyperflexion de hanche

Pour l'ensemble de ces couples, le temps d'explication de l'exercice s'élevait à cinq minutes, avec une compréhension rapide. Les femmes de ces couples étaient toutes sous péridurale.

Le tableau IV ci-dessous rend compte des effets de la mobilisation du bassin menée par le père sur les comportements du couple.

| Comportements avant la mobilisation | Comportements après la mobilisation | Couple |
|--|---|--------|
| Père aux côtés de sa femme, peu communicant mais proche physiquement. | Prise d'initiative dans les positions (changement de côté de son initiative), communique plus et est plus souriant, plus d'échanges verbaux, proposition de café, enthousiaste à la mise en place de nouvelles positions, satisfaction exprimée notamment sur les massages | 1 |
| Couple éloigné >1 m, père sur téléphone, mère se repose | Environnement tamisé, père berce en étant sur le téléphone, pas d'interaction dans le couple, mère aussi sur téléphone. Père préfère les acupressions aux bercements. Échanges verbaux sous forme d'humour mais pas d'initiative, la mère se berce seule. Le père reste à l'écart sur le fauteuil et finit par rentrer au domicile trois heures après le début des exercices. | 2 |
| Père discret, communique peu, distant | Le père semble intéressé : se rapproche aux explications. Il est à l'aise et motivé après les sollicitations de la femme. Il est intégré par la mère par le biais de paroles, d'humour, de regards et de contacts physiques. Il se rapproche après les exercices. Meilleur contact entre l'équipe et le père après les exercices et se positionne à côté de sa compagne. | 3 |

| Comportement avant la mobilisation | Comportement après la mobilisation | Couples |
|--|---|---------|
| | Il prend des initiatives : aide à la mise en place + bercement ballon. | |
| | Mise en place d'un environnement tamisé à leur demande. | |
| Père discret, communique peu, distant | Il y a plus de communication entre eux à la suite des exercices : mère lui formule ses besoins + humour. Scepticisme de la mère face aux positions lorsque dilatation complète. Participation active du père lors des efforts expulsifs + accompagnement dans les respirations | 3 |
| Hypnose, bain, environnement tamisé et musique, contact physique, regards échangés, | Caresse au niveau du pied et mollet, échanges verbaux développés, notion d'acupression mobilisée (appris en préparation à la naissance) | 4 |
| Position installée par l'équipe de jour, se tient la main, intégration du père par le vocabulaire « on » + questions, père peu bavard | Augmentation du nombre d'échanges verbaux, visuels et tactiles. | 9 |

Tableau IV : Récapitulatif des comportements avant et après la mise en place de la mobilisation du bassin pour les couples observés du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

C. Refus de participation à la mobilisation du bassin réalisée par le père

La femme du couple N°05 ne souhaitait pas se mobiliser car elle n'était pas soulagée par la péridurale malgré les efforts de l'équipe médicale. Le père était présent, sur le fauteuil à plus de trois mètres de la mère. Il y avait beaucoup de communication entre eux, pas de contact physique et le père a choisi l'humour pour détendre sa compagne. Celle-ci répondait par « arrête tes bêtises ». Ce couple avait plus de 40 ans et cette grossesse a été obtenue par Fécondation In Vitro.

Le père du couple N°13 était présent. Il ne parlait pas très bien français mais répondait aux questions et semblait comprendre. Ils parlaient entre eux dans une langue étrangère. Il était sur le fauteuil, à plus de trois mètres de la femme, il n'y avait pas de contact physique ni de regards échangés entre eux. Lorsque les contractions sont devenues plus douloureuses, la femme a demandé la péridurale. Le père s'est alors rapproché et était à moins d'un mètre d'elle dans son dos. La femme était en recherche d'accroches pour gérer ses contractions. Le père restait à l'arrière, silencieux, calme et ne se rapprochait pas. La mère ne répondait plus aux questions et demandait la péridurale en boucle. Après la pose de celle-ci, le père s'est rapproché et s'est installé à son côté gauche. Il n'y avait pas de contact physique ni de regard entre eux. Il y avait peu de communication entre l'équipe médicale et le père.

Le couple N°15 était un jeune couple de 19 ans. Le père était présent physiquement pour soutenir la femme avant la pose de la péridurale. Après celle-ci, il était à moins d'un mètre de la femme avec peu de communication verbale ni physique. Le père regardait chaque geste effectué par l'équipe médicale avec l'accord de la mère. Il posait des questions sur leurs intérêts et la technique mais peu sur le déroulement de leur travail. La mère était difficilement soulagée par la péridurale ce qui l'empêchait de se mobiliser. Le père s'est absenté une heure et demie pour se reposer et manger. Le couple souhaitait vraiment accoucher par voie basse. Une fois la mère soulagée, le couple était complice. Il y avait des rires échangés et une bonne communication orale. Il y avait également une bonne communication entre la mère et l'équipe. Elle était un peu moins bonne entre le père et l'équipe. Le père a rapproché le fauteuil auprès de sa compagne sur les conseils de l'équipe.

Le couple N°18 est descendu du service avec des contractions douloureuses. Le père s'est installé dans le fauteuil au fond de la pièce malgré les sollicitations de l'équipe à se rapprocher. Il était assis, les bras croisés, ne parlait ni à l'équipe ni à la femme. Lors de l'installation pour la pose de péridurale, le père s'est isolé dans les toilettes. La mère expliquait « qu'il ne supporte pas les piqûres ». Avant la piqûre d'anesthésie locale, la patiente voulait « pousser » et ne voulait plus de la péridurale. Elle a été installée pour l'accouchement. Le père est ressorti des toilettes, s'est placé à son côté gauche et s'est assis sur le fauteuil. Il y avait un contact physique entre eux.

Deux femmes n'étaient pas accompagnées du père : les couple N°07 et N°10. Le couple N°06 est arrivé pour un accouchement très rapide, aucune observation n'a été réalisé.

D. Participation du père au travail et à l'accouchement par d'autres moyens

Le couple N°08 est arrivé des urgences avec la mère en travail à quatre centimètres. Leur projet était d'accoucher sans péridurale. Il y avait beaucoup d'échanges au sein du couple et le père a rapidement pris la place de coach pour la mère. Des mots tels que « respire », « prends une bouchée de banane » et « c'est bien » ont été exprimés par le père. La femme était souriante, répondait aux questions et souhaitait prendre un bain. L'examen clinique a été réalisé deux heures après, la femme était à dilatation complète. Elle ne répondait plus aux questions ni aux stimulations des soignants et semblait être dans un état second. Le père était le seul à être en contact avec elle, il lui exprimait ses besoins « j'ai besoin de t'entendre respirer » et aidait l'équipe à l'installer pour l'accouchement. Il se plaçait comme un intermédiaire entre l'équipe et la femme. Durant toute la durée du travail, moins d'un mètre séparait le couple, il y avait

énormément de communication verbale et non verbale entre eux et des initiatives ont été prises par le père telles que des massages au niveau lombaire, mise en place de musique, de chants religieux pour accompagner les contractions et de l'humour. L'environnement était tamisé et oscillait entre les moments musicaux où le couple chantait et les moments silencieux où seul leur respiration était entendue.

La femme issue du couple N°11 n'était pas en travail, ils étaient venus consulter en urgence, le diagnostic de la situation était une pré éclampsie sévère. La mère ne ressentait pas de contractions mais était très stressée face aux récentes annonces de l'équipe médicale. Le père était présent et soutenait sa femme par des paroles, des caresses et la divertissait lors d'exams médicaux. C'est le père qui a insisté pour consulter, il était conscient du danger de la situation et de la notion d'urgence. Il prenait le temps de réexpliquer les informations à sa compagne, la rassurait et lui disait « c'est mieux pour vous deux », « il n'y a pas le choix ». Il est sorti de la pièce lors du sondage urinaire à demeure, à la demande de la mère. La mère ne comprenait pas très bien la situation et répétait « on n'aurait pas dû venir », « viens on repart ».

Le travail du couple N°12 était un déclenchement. À leur arrivée dans le box, le père nous a confié être très anxieux par rapport à l'accouchement. Il travaillait avec des enfants handicapés et connaissait bien les Infirmités Motrices Cérébrales. Il craignait que cela ne se produise avec leur enfant. Il a choisi de communiquer ses inquiétudes lorsque la femme était aux toilettes. Celle-ci était très stressée par les hôpitaux de manière générale, selon ses dires elle avait « peur de l'accouchement, de la grossesse et peur de mourir ». Le père posait beaucoup de questions pour se rassurer et communiquait son anxiété à sa femme. Les parents étaient âgés de 40 et 50 ans et la grossesse a été obtenue après deux Fécondations In Vitro. Le couple avait comme projet de naissance de tenir le plus longtemps possible sans péridurale. De l'aromathérapie pour les deux membres du couple a été mis en place. Le père était espacé de moins d'un mètre de la femme et était assis sur le fauteuil. Lorsque les contractions sont devenues plus douloureuses, le père s'est rapproché et a établi un contact physique avec la femme à sa demande. Une heure plus tard, l'intensité de la douleur augmentait encore. La femme était assise sur le ballon. Le père était debout devant elle en support (Photo 8). Il m'a dit avoir utilisé les points d'acupression sur les fossettes sacro-iliaques et avoir maintenu une bouillote chaude à ce même endroit. Il restait très silencieux, écoutait les informations que l'équipe médicale donnait et exprimait ces mots « ce n'est pas pour moi mais pour elle ». Une heure plus tard, la femme souhaitait la péridurale. Lorsque les anesthésistes ont demandé au père de sortir du box, la patiente a pleuré. L'anesthésiste a demandé « c'est grave comme ça

qu'il ne soit pas là ? » avant de rappeler le père et de lui indiquer « le coin » dans lequel il était autorisé à rester. Il était éloigné de plus de trois mètres de la femme, il n'y avait pas de contacts physiques, ni de regards ni de mots échangés entre eux. Trente minutes après la fin de la pose de péridurale, le père n'était plus dans le box. La femme a signalé qu'il était parti manger et se reposer. Il est revenu deux heures après, s'est assis sur le fauteuil et regardait son smartphone avec un écouteur.



Photo 8: Position de suspension en couple

L'observation N°14 concernait un couple pour lequel le travail a été rapide. Le conjoint était présent, distancé de moins d'un mètre de sa femme et initiait les échanges verbaux et physiques. Dès l'entrée de l'équipe médicale dans le box, il se plaçait comme assistant et aidait la mère à gérer le retour de la douleur mais aussi l'équipe médicale en installant le lit d'accouchement. Il collaborait avec l'équipe jusqu'à l'arrivée de l'auxiliaire de puériculture qui lui a demandé de changer de place et qui a pris le relais concernant le coaching de la mère. Il est devenu moins proche physiquement de sa compagne et moins présent dans la collaboration. Il restait à côté de sa femme et à la même hauteur qu'elle.

Le tableau V ci-dessous rend compte des demandes formulées ou explicitées par les mères quant à la participation des pères au travail et à l'accouchement.

| Demande | Nombre | Couple |
|---|---------------|----------------|
| Présence physique à ses cotés | 4 | 4, 12, 16, 18 |
| Toucher et communication verbale | 2 | 8, 11 |
| Père actif | 1 | 9 |
| Contact physique | 4 | 13, 14, 12, 18 |
| Patiente non-demandeuse | 5 | 5, 7, 15, 17 |
| Père absent | 1 | 10 |

Tableau V : Les demandes des mères observées au GHRMSA du 19 septembre au 30 octobre 2022

E. Participation des pères en situation d'urgence

La décision de la césarienne code orange du couple N°16 a été prise en début de garde. À notre arrivée dans le box, la patiente pleurait, le conjoint était proche d'elle (distance inférieure à un mètre) et lui tenait la main. Il s'éloignait dès qu'il nous voyait. La mère a demandé si le père pouvait venir avec elle au bloc opératoire et l'équipe anesthésiste a refusé. Le père ne s'était pas exprimé depuis notre arrivée. Lors du départ au bloc, il faisait des allers-retours dans le box.

Le couple N°17 a consulté aux urgences pour début de travail mais un ralentissement prolongé a déclenché la décision de césarienne code rouge. Le couple répétait en boucle « allez-y, allez-y, faites pour le bébé » lors des explications. La distance entre le père et la mère était inférieure à un mètre. Le père répondait également aux questions posées et rassurait la mère entre temps. Avant le départ au bloc opératoire, le père a embrassé sa compagne et lui a serré la main. Lorsque la mère était dans le couloir, il a crié « ça va aller Prénom » avant d'aller s'asseoir dans le fauteuil du box.

IV. Discussions

A. Rappel des principaux résultats

L'observation durant le travail et l'accouchement s'est portée sur 18 couples au sein du site du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace sur la période du 19 septembre au 30 octobre 2022. Ils ont été étudiés dans plusieurs situations : lors de la participation et du refus des pères aux exercices de mobilisation du bassin, la participation du père par d'autres moyens et la participation du père lors de situation d'urgence. Ainsi, plusieurs résultats ont été mis en avant.

Tout d'abord, la timidité des pères quant à leur prise de position au sein du processus du travail a été révélée par l'attente de réponse de leur compagne pour valider leur participation.

Le deuxième résultat concerne les mères, celles-ci n'ont pas forcément la volonté de se mobiliser même après l'exposition des bénéfices. La demande d'un temps de repos après la pose de la péridurale est également retrouvée ainsi que la douleur comme facteur prédisposant au refus de mobilisation proposée.

Les exercices de mobilisation mis en place permettent une cohésion au sein du couple mais également un rapprochement dans les échanges physiques et relationnels. Par ailleurs, ils

permettent la prise d'initiative de la part des pères et la mobilisation de leur connaissance notamment celles apprises en cours de préparation à la naissance.

Certains pères prennent spontanément une place, même en situation d'urgence. Les places retrouvées sont celles d'apaisant, de divertissement, de témoin, de coach et de coéquipier. Pour cela, ils utilisent différents outils tels que l'hypnose, l'acupression, le chant, les massages, le soutien physique et la mise en place d'une bouillotte.

L'autre partie des pères ne prennent pas d'initiative et montre un désintérêt pour les actions qui se passent au moment du travail. Pour un des pères, une forme de pression sociale quant à sa présence en salle de naissance est exprimée (couple N°02 : « c'est ma place mais là je suis vanné »).

B. Analyse et interprétation

a. Les places prises par les pères

Si certains pères ont trouvé spontanément leur place, d'autres n'ont pas réussi à se positionner. Trois couples ont été observés dans cette situation. Dans le couple N°09, le père ne s'est pas manifesté de tout le travail et l'accouchement, ses besoins et envies ont été formulés par sa compagne. Cependant, les contacts physiques qu'il a maintenus peuvent être interprétés comme l'expression de son soutien. Le toucher, maître mot des contacts physiques, fait partie des cinq sens. Selon le psychanalyste JJ. Ghedighian-Courier, le toucher est associé à la qualité de la présence de la personne qui le procure. Il prend l'exemple de l'établissement des figures d'attachement durant l'enfance, développé par Didier Anzieu pour appuyer ses propos. En effet, pour créer un lien figure d'attachement-enfant de qualité et ainsi permettre à l'enfant d'avoir un lien sécurisé, cette figure d'attachement, le plus souvent la mère, doit associer son toucher lors des soins ou de jeux à son regard et sa présence consciente. Ainsi, pour cet auteur, le toucher à l'âge adulte ferait écho au toucher reçu durant l'enfance lors de l'établissement du lien avec la figure d'attachement. Cette idée est renforcée par l'apaisement que peuvent ressentir les personnes en fin de vie lors de contact physique. Dans notre étude, le père semble ne réaliser qu'un simple toucher auprès de sa femme mais avec l'idée de JJ. Ghedighian-Courier, ce simple toucher devient un soutien important pour la mère. D'autant plus que cet auteur relaie les dires de cancéreux en stade terminale qui témoignent d'une diminution voire d'un arrêt de la douleur lorsqu'une personne les touche en dehors des soins médicaux (27). Ainsi, le toucher des pères en salle de naissance permet aux femmes de se sentir soutenues mais également de diminuer leur douleur et de les apaiser.

La prise de position de certains pères a été ponctuée par une culture différente de celle française. C. Mestre et L. Fort-Jacques reprennent et expliquent la notion « d'engagement paternel » introduit par Lamb en 2010 (28). Elles expliquent que les pères ont la possibilité, du fait de leur statut, de s'engager sur deux plans : celui des soins, de l'autorité, du jeu et celui de pourvoyeur du foyer. La répartition entre ces deux plans dépend de sa culture. Comme notre étude s'est déroulée en France et que les pères ne sont pas tous français, leurs réactions observées sont teintées par leurs cultures. Ainsi, leurs réactions en salle de naissance et leurs positionnements dépendent de celle-ci. Les autrices décrivent également les facteurs favorisant l'engagement paternel : les aspects psychologiques, les caractéristiques de l'enfant, les supports sociaux, ceux de la communauté, les influences culturelles et institutionnelles. Les pères sont alors pris entre leur définition du mythe familial, leurs idéologies et les institutions françaises qui ne prennent pas en compte ses différences culturelles. Elles mentionnent également que l'écart qu'il peut y avoir entre les valeurs de la culture d'origine du père et celles de la culture du pays d'accueil, impacte les liens familiaux et peut aboutir à des tensions intra-familiales. Ainsi, le comportement du père du couple N°13 qui est très en retrait par rapport à l'équipe mais également avec sa compagne pourrait être expliqué par le fait qu'il n'a pas reçu la culture française et que le soutien du père dans la sienne passe par d'autres choses que les items observés par notre étude.

Les auteurs A. Moreau *et al*, chercheurs en psychopathologie à l'université de Toulouse, ont détaillé dans un écrit le ressenti des femmes quant à la participation des pères durant le travail et l'accouchement (7). Il est ressorti que la seule présence des pères suffit à la mère pour se sentir soutenue. Cette explication, démontre que le comportement du père, qu'il soit en retrait dû à sa culture ou non, ne va pas engendrer un mauvais vécu ou une déception de la part de la mère puisque sa seule présence lui suffit pour se sentir soutenue.

La position de retrait du père N°18 est expliquée par un autre phénomène : la crainte de l'environnement médical et des soins qui sont susceptibles d'être réalisés.

Le tableau VI ci-dessous décrit les positionnements pris spontanément par les pères durant le travail. Ainsi, six catégories ont pu être révélées : les hommes qui rassurent/apaisent, les « hommes de compagnies », les pères témoins, les coachs, les coéquipier et enfin ceux qui semblent désinvestis.

L'étude qualitative de LL. Chapman, écrite en 1992, confirmait déjà les rôles observés des pères au moment du travail : le coach, le coéquipier et le témoin (29).

| Place du père désignée dans la littérature | Nombre | Couples |
|--|--------|-------------------|
| « Apaisant » * | 5 | 4, 11, 12, 16, 17 |
| « Homme de compagnie » ** | 3 | 1, 5, 15 |
| « Témoin » *** | 3 | 9, 13, 18 |
| « Coach » *** | 2 | 3, 8 |
| « Coéquipier » *** | 2 | 14, 17 |
| Désinvesti | 2 | 2, 7 |

* D'après A. Kopff-Landas *et al* (7)

** D'après Caumel-Dauphin F. (30)

*** D'après LL. Chapman (29)

Tableau VI : Analyse des places prises spontanément par les pères lors de l'étude qualitative au GHRMSA du 19 septembre au 30 octobre 2022 et qualifiées dans la littérature.

1. Le père apaisant

La première place occupée à l'initiative des pères est celle de rassurer la femme. Il se focalise alors sur la contenance et l'apaisement de leur compagne. Ce rôle a également été retrouvé dans deux études qualitatives respectivement écrites par Kopff-Landas *et al* en 2008 et Premberg *et al* en 2011 (7,31). Dans ceux-ci, les pères considèrent avoir été un soutien pour leur compagne. Cependant, leurs propos sont marqués de doutes notamment avec des tournures de phrases telles que « il me semble » qui démontrent leur faible assurance quant à leur utilité durant le travail et l'accouchement. Néanmoins, selon cette revue, les mères estiment que les pères ont parfaitement répondu à leurs attentes. Au sein de cette étude, ce comportement était retrouvé dans cinq des couples observés (Tableau VI).

Le N°04 est le premier à le mettre en lumière. Pour ces parents, la place du père a été élaboré en amont du travail puisque le couple utilise l'haptonomie or cette technique qui fonctionne grâce à la triade bébé-maman-papa demande de l'entraînement et de l'expérience pour le jour de l'accouchement. Cela démontre la projection du couple quant à la place du père pendant la grossesse, son utilité durant le travail et l'accouchement. Cela démontre également leur envie d'intégrer le père et de lui assigner un rôle dès le début de la grossesse. Le père a donc une place attitrée, dans laquelle il peut se réfugier. Cependant, il n'est pas cantonné à celle-ci non plus. En effet, il fait preuve d'initiative en s'occupant de l'environnement/l'ambiance de la pièce mais aussi il se positionne comme soutien émotionnel pour la femme qui le verbalise par la suite.

D'autres formes de soutient sont relevées notamment celui dont le couple N°11 fait preuve : le soutien psychique. Des phrases comme « c'est mieux pour vous deux » sont alors

entendus dans ce sens. Le père devient un réel appui pour la mère. En effet, face à l'annonce d'un bilan hépatique très perturbé et d'un retard de croissance découvert ce jour, la mère montre des signes de déni. Les phrases « on n'aurait pas dû consulter » ou encore « viens on rentre chez nous » attestent de celui-ci. Le père, en plus d'être un soutien émotionnel, devient également la « raison » du couple. Il prend alors le relais quant à la compréhension des explications pour lui réexpliquer plus tard. Cependant, il ne prend pas la place de collaborateur car la femme reste lucide et continue d'interagir avec l'équipe.

Le père du couple N°12 rassure sa compagne par le biais du toucher physique. Nous développerons ce point dans une prochaine partie. En plus d'être soutien, il essaie également de ne pas développer d'autres idées anxieuses pour la femme. Il ne lui partage donc pas ses inquiétudes.

Les deux dernières situations dans lesquelles le père fait preuve de réassurance auprès de sa femme sont des situations d'urgence. En effet, lors de ces décisions de césarienne code orange, le père privilégie l'interaction avec sa compagne pour répondre à ses questions et lui signifier qu'il est présent. Dans le cas du couple N°16, le père réussit également à être en interaction avec l'équipe médicale pour l'aider à réaliser la préparation et finir l'anamnèse des médecins. Le père du couple N°17 n'exprime pas cette envie de contenance devant l'équipe médicale puisque dès notre entrée, il s'éloigne de sa femme.

2. Le père « homme de compagnie »

Francine Caumel-Dauphin, sage-femme libérale et vice-présidente de l'organisation nationale des syndicats de sages-femmes, décrit, dans un essai, une notion intéressante : celle d'homme de compagnie. C'est en s'interrogeant sur ce qu'est un accompagnant en salle de travail et ce que cela implique notamment dans ses actions qu'elle compare les pères présents pour divertir, accompagner psychologiquement, physiquement mais aussi d'un point de vue logistique leur femme, aux dames de compagnie de l'époque (30). Au sein de l'étude, trois couples y font honneur (Tableau VI).

Par exemple, le couple N°01. Le père est présent et porte un intérêt à la volonté de sa compagne. Lorsqu'elle souhaite se mobiliser, il la suit. Lorsqu'elle souhaite se reposer, il n'insiste pas. Lorsqu'il sent qu'elle s'ennuie, il propose des dynamiques tel qu'un café, une autre position, un jeu ou bien de la lecture. Tout au long du travail il n'explicité pas ses ressentis ou ses volontés. Cette attitude de retrait concernant leurs propres émotions est également retrouvée dans l'étude ethnologique de S. Chandler *et al* réalisée en 1997 qui le justifie par

l'envie de ne pas transmettre leur inquiétude à la parturiente (32). Comme une dame de compagnie pouvait le faire, il distrait sa femme tout en étant attentif à ses besoins pour les devancer, il ne la contredit pas non plus. C'est le moment de sa compagne et il l'accompagne dans ce sens.

Pour les deux derniers couples de cette catégorie, le divertissement passe par la communication verbale. Le père du couple N°05 utilise l'humour pour divertir sa compagne tandis que le père du couple N°15 utilise la conversation simple. Cette technique est plus ou moins bien reçue par la mère. En effet, la mère répond à l'humour par des phrases tel que « arrête tes bêtises » et la mère du deuxième couple ne répond pas à son conjoint tant que la péridurale n'a pas été posée. Est-ce une manière de manifester leur présence et d'extérioriser leur propre ressenti ou un réel moyen de soutenir leur compagne ?

3. Le père coach

Deux pères de notre étude prennent cette place mais de manière différente (Tableau VI). Le premier, le père du couple N°13 devient coach malgré lui puisque c'est sa femme qui lui formule la demande. Son intégration a donc été initié par la mère. Le fait qu'elle exprime ce dont elle a besoin, avec des phrases telle que « viens me tenir la tête », permet au père de trouver sa place et de répondre également à ses attentes : il devient un soutien émotionnel et physique. Émotionnel puisqu'il répond à ses demandes et la rassure de mots doux entre les contractions. Physique puisqu'il la guide pour inspirer et expirer, lui donne le rythme et lui tient la main. Le père du second couple, N°18, initie son positionnement. Il se place au sein de l'équipe médicale et sait garder cette place notamment lorsque plus de personnels arrivent, que l'accouchement se rapproche et que lui-même est sujet à un plus grand stress. Il est intéressant de noter que ce n'est pas un premier enfant pour ce dernier couple et que ce n'est pas le premier accouchement sans anesthésie péridurale qu'ils mènent à deux. Ainsi, ce comportement découle d'une forme de préparation élaborée à deux en amont et forgée par l'expérience des précédents. Le père de ce même couple arrive à gérer les émotions de sa femme, à l'accompagner, la rassurer mais également à gérer les siennes sans les faire taire. Ce coaching passe par la communication qui est teintée d'humour et de tendresse au début du travail puis elle devient l'interprétation de la gestuelle de la femme lorsque les contractions deviennent plus intenses.

Pierre Le Coz, agrégé, docteur en philosophie et membre de l'Académie Nationale de médecine, définit le coaching comme un stimulant de l'esprit du compétiteur sportif. Ainsi, les émotions mais surtout leur gestion et plus largement le psychisme du coach sont importants à

prendre compte pour obtenir une meilleure efficacité du coaching (33). L'accouchement peut être vu comme un effort physique intense auquel cette définition s'applique. La gestion du coaching du père du couple N°18 fait honneur à P. Lo Coz puisqu'il exprime ses émotions et formule ce dont il a besoin pour mener à bien son coaching : « j'ai besoin de t'entendre respirer ».

Dans son article, Francine Caumel-Dauphin appuie notre interprétation de l'accouchement comme un sport et l'importance, comme pour tout sportif, d'être coaché (30). Elle remet également le père à sa juste place par rapport à l'équipe médicale concernant les connaissances qu'il possède sur sa femme : l'intensité de son souhait, ce qui la détend physiquement et émotionnellement, où et comment elle aime être massée. Il est donc le plus à même de coacher la parturiente. Notre rôle de soignant est d'accompagner et de préparer l'accompagnant de la femme afin qu'il trouve sa place et qu'il l'exerce. L'autrice souligne que pour que le couple s'approprie le travail et la naissance de leur enfant, il faut avant tout que la femme ait quelqu'un qui croit en elle et en sa capacité d'accoucher. Le père a donc toute sa place dans ce rôle. Cela vient appuyer les dires des chercheurs en psychopathologie, A. Moreau *et al*, quant à la satisfaction des mères par la simple présence des pères.

4. Le père collaborateur

Si les pères prenant la place de coach ont démontré leurs aptitudes à travailler en collaboration avec l'équipe médicale, d'autres pères ont démontré également cette aptitude sans prendre cette place. C'est le cas de deux couples étudiés : les N°14 et 17. Le premier couple a vécu un accouchement rapide au moment d'une relève de garde de l'équipe médicale. Ainsi, l'installation et les premières minutes de l'accouchement se sont déroulées avec l'étudiante sage-femme seule dans le box. La femme étant dans sa bulle, le père a tout de suite été l'intermédiaire entre la femme et l'étudiante. Il s'est donc retrouvé à une place primordiale, les explications quant à la suite des événements lui ont été données, à lui, pour qu'il ait des réflexes à certains moments clés. C'est également lui qui a appelé le reste de l'équipe quand cela a été nécessaire. Cependant, la collaboration s'est arrêtée à l'arrivée du reste de l'équipe médicale et cet arrêt a été initié par l'auxiliaire de puériculture qui lui a demandé de céder sa place. Dans leurs articles, S. Chandler *et al* ont explicité l'expression des sentiments des pères durant le travail et l'accouchement (32). Elles mettent en lumière la notion de contrôle de leurs émotions pour ne pas inquiéter leur compagne. Ainsi, à la vue de sa compagne souffrante et du manque de personnel dans le box, le père a pu se sentir dans l'obligation de prendre cette place de

collaborateur. Ce qui explique également que lors de l'arrivée du reste de l'équipe il abandonne facilement ce rôle.

Le contexte d'arrivée du couple N°17 est également l'urgence : un ralentissement prolongé décelé en polyclinique. Devant les multiples informations données et demandées à la femme, le père prend les devants et devient collaborateur en étoffant l'anamnèse avec ses réponses aux questions, en calmant sa compagne entre temps et en lui demandant des précisions lorsque cela était nécessaire.

Ainsi, une des réactions des pères devant l'urgence est la collaboration avec l'équipe comme pour reprendre le relais lorsque la mère est en incapacité de le faire sous le coup des émotions ou par l'afflux d'agents médicaux. Ils comprennent la gravité de la situation et ce que le gain de temps représente pour le pronostic de la mère et de l'enfant. Ces constatations sont également observées pour le couple N°11 venus pour un bilan hépatique très perturbé. Selon la recherche pluridisciplinaire d'A. Herzog *et al* menée avec des entretiens auprès de couples de prématurés, les pères soumis à l'urgence d'une naissance imminente, réagissent et se mettent plus rapidement en action que leurs compagnes en proie au choc traumatique et à de violents phénomènes psychiques (34). Ainsi, ils sont plus susceptibles de collaborer et d'aider leur compagne. Cependant, il est difficile d'en faire une généralité puisque le père du couple N°16 réagit par le retrait lors de l'annonce de césarienne code orange, donc césarienne en semi-urgence.

5. Le père désinvesti

Le dernier positionnement observé est celui du désinvestissement. Deux couples y sont répertoriés : le N°02 et N°07. La phrase énoncée par le père du couple N°02 démontre plusieurs points : « je suis venu parce que c'est ma place mais là je suis vanné. Je n'ai pas mangé ni dormi ». Tout d'abord, cela ressemble à une justification donnée à l'équipe médicale comme si le fait de ne plus être présent à l'accouchement allait décevoir l'équipe et allait engendrer des jugements. Bäckström et Hertfelt Wahn, deux praticiennes suédoises relataient également, en 2011, le rôle du désinvesti dans leur étude qualitative interrogeant 10 pères durant la première semaine du *post-partum* (35). Elles l'expliquent par le fait que les pères seraient mis « à l'écart » au sein des salles de naissance, ce qui ne favoriserait pas leur prise d'initiative ni leur intérêt durant ce moment.

Chaque parent a le droit de vivre la parentalité comme il l'entend et la présence du père à l'accouchement ne définit pas le lien père-enfant, son implication dans l'éducation de celui-

ci ni sa relation avec la mère. L'expression du père observée démontre qu'il perçoit une forme de pression de la part de l'équipe à être présent. De plus, la première partie de sa phrase « c'est là qu'est ma place » démontre également une pression mais de la société. En effet, il n'y a pas de place attitrée au père, comme nous l'avons vu les pères prennent spontanément une place différente selon leur histoire de vie et leur caractère. Dans leur article A. Kopff-Landas *et al.* développent l'idée selon laquelle le monde de la parentalité s'est ouvert aux pères et qu'ainsi père et mère partagent à part égale la charge mentale de l'accouchement ou du moins se sentent concernés à part égale (7). Les raisons de la présence du père en salle de naissance sont également évoquées : l'envie de voir la naissance de leur enfant, d'anticiper leur rôle de père, d'aider leur conjointe mais les auteurs rajoutent une raison : la pression sociale et celle de leur conjointe (7). L'observation du couple N°02 vient conforter l'hypothèse selon laquelle la pression sociale influencerait la présence de certains des pères en salle de naissance.

Le désintérêt du père du couple N°07 est marqué par un endormissement puis une absence prolongée lorsque sa compagne est à 8cm. En effet, il reviendra *in extremis* pour l'accouchement.

Il est intéressant de noter que ce sont les deux seuls pères à s'être endormis dans le box d'accouchement (couple N°02 et N°07).

Les observations récoltées durant l'étude attestent de différents positionnements paternels mais également différents comportements au sein de ceux-ci. Ainsi, les rôles définis ne cantonnent pas les pères dans un comportement précis.

b. Les différentes initiatives et outils utilisés par les pères

En adéquation avec la place qu'ils prennent, les pères utilisent différents outils décrits dans le tableau VII ci-dessous. Certains sont retrouvés dans la littérature comme le massage, le soutien physique, l'acte de supporter et le fait de ne pas mettre en place d'action.

| Outils et initiatives utilisés par les pères | Nombre | Couples |
|---|---------------|----------------|
| Hypnose | 1 | 4 |
| Acupression | 1 | 4 |
| Chant | 1 | 8 |
| Massage * | 2 | 8, 12 |
| Acte de « supporteur » * | 1 | 8 |
| Soutien physique * | 3 | 9, 12, 15 |
| Mise en place de bouillotte | 1 | 12 |
| Initiative à la suite des exercices | 1 | 1 |
| Pas d'initiative/Spectateur * | 2 | 18, 13 |

* D'après Anouk M, Valentine Z. (21)

Tableau VII : Outils utilisés à l'initiative des pères lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA et comparés à la littérature.

Deux outils reviennent auprès de plusieurs couples : les massages et le soutien physique. Il est à noter que les deux couples utilisant les massages ont un projet de naissance sans péridurale ou le plus tard possible. Les pères et/ou les mères ont donc pu se renseigner sur leur rôle et les actions à mener pour y parvenir, les massages en feraient ainsi partie. Enfin, pour trois couples, le soutien physique est utilisé par le père. C'est également la principale action mise en place. Il fait référence à tous contacts physiques échangés au sein du couple et ayant pour but de rassurer et de consolider la femme. Comme vu précédemment, le toucher consenti et doté d'une intention bienveillante, permet la libération d'ocytocine (25). Cette hormone est bénéfique pour l'accouchement mais aussi pour la gestion de la douleur, les relations de couple et l'attachement. La mère doit donc être en demande pour que le toucher soit efficace.

L'hypnose et l'acupression sont mises en place chez le couple N°04 qui a suivi une préparation à la naissance en couple. C'est à ce moment-là que leur a été appris les techniques d'acupression. Étant médecin généraliste, le père utilisait déjà l'hypnose dans sa pratique quotidienne mais c'est à la préparation à la naissance que l'idée de l'utiliser au moment du travail et de l'accouchement lui a été insufflé. Cette préparation amène donc les pères à trouver des outils pour soutenir leur femme, mobiliser leurs compétences et donc à trouver leur place le moment venu.

Le couple N°08 utilise le chant. Ceux utilisés sont religieux. Ainsi, il est difficile de dire que le père les a introduits pour détendre sa compagne plutôt que par croyance religieuse. Cependant, le père chantait pour inciter sa compagne à le suivre. Cela semblait calmer la mère et l'aider à respirer. Le chant répète les mêmes notes et les maintient environ cinq secondes. Dans son mémoire de fin d'étude, Céline Huré, sage-femme, relève les effets des vocalises

durant le travail : calme, recentre la femme, permet de contrôler le stress, la peur, de gérer et d'atténuer la douleur (36). Ces effets ont pu être observés chez la mère (N°08).

Le père du couple N°12 met en pratique les connaissances qu'il a de sa compagne pour la soulager. En effet, la mise en place de bouillotte contribue à diminuer sa douleur au quotidien. Il met en place la notion « d'homme de compagnie » de Mme Francine Caumel-Dauphin, développée plus haut, en mobilisant ses connaissances pour remédier à l'inconfort de sa conjointe.

Ces outils ont prouvé leur efficacité sur les parturientes observées. Ils peuvent être utilisés et proposés aux couples en salle de naissance afin d'accompagner ce processus en y faisant participer le père.

c. Les demandes des mères

Le tableau V exposé dans la partie résultat met en avant les demandes des mères au moment du travail. Dans la majorité des cas, la parturiente n'exprime pas ses besoins de soutien ou de manière d'être soutenue. Cependant, lorsqu'elle le fait, pour six d'entre elles, c'est par le biais du toucher. Deux des six mères ont besoin de communication verbale en plus, ce qui appuie l'intention des pères dans leur toucher. La deuxième demande la plus formulée est d'avoir une présence physique à ses côtés. En effet, la mère n'a pas forcément besoin d'entendre ou de sentir la personne accompagnante mais bien de la voir pour se sentir soutenue. Ce qui appuie les résultats quant à la simple présence rassurante des pères en salle de naissance de l'étude menée par A. Kopff-Landas *et al* et décrite précédemment (7).

d. Les effets de la mobilisation du bassin par le père sur le couple

Au cours des observations et de la mise en place des exercices, les pères ont modifié leur comportement. Ceux-ci sont explicités dans le tableau IV proposé dans la partie résultat. Le temps d'explication des exercices varie entre 5 et 15 minutes en fonction des questions du couple. Il serait intéressant de prendre en compte leur niveau d'étude afin de voir si ce temps d'explication y est corrélé. Pour tous les couples étudiés, la compréhension était bonne. Les exercices semblent faciles à expliquer et à mettre en place. Le temps d'application des exercices varie entre dix minutes et une heure en fonction des anomalies du rythme cardiaque fœtale, des inconforts liés à la position, de la position fœtale et de la fatigue maternelle.

La mise en place d'exercice intégrant le père semble toucher différents aspects du travail et de l'accouchement. Chaque couple étudié a réagi de manière différente et en travaillant sur un domaine différent. Pour le couple N°01, les exercices semblent avoir eu une répercussion

sur leur complicité : prise de café, plus de communication et de sourires observés. Pour le couple N°02, cette approche semble avoir mis en exergue les représentations du père quant à sa place au moment de la naissance. En effet, il ne semble pas particulièrement motivé par les exercices ni par les mécanismes en jeu dans le processus du travail. Le fait qu'il pense que « sa place est ici » mais que finalement ce n'est pas ce dont il a envie démontre une forme de pression lui imposant cette présence. Les exercices semblent avoir permis au père du couple N°03 de trouver sa place. Il est en effet, passé de discret et muet à initiateur et soutien physique et psychologique pour sa compagne. Les exercices ont également permis de créer une relation de confiance avec l'équipe soignante et a permis à la mère de poser ses interrogations et ses doutes même lorsqu'ils concernent les mobilisations. Pour le couple N°04, ces exercices semblent favoriser la mobilisation des connaissances relatives à l'accouchement et apprises durant la préparation à la naissance. Le couple N°09 semble avoir travaillé sur leur intimité grâce aux exercices par le biais de la communication verbale mais également non verbale (toucher, regards échangés). Cette intimité paraît également avoir été reconstruite par le couple N°04.

Des thèmes sont retrouvés dans plusieurs couples. Tout d'abord, la prise d'initiative. Au sein des couples N°01 et 03, les pères en ont fait preuve durant le travail changeant ainsi leur place dans le processus du travail. Ils sont passés d'observateur discret à soutien physique lors de la mobilisation de la femme mais également soutien psychologique pour la divertir par le biais de café ou d'activité. Cette prise d'initiative se poursuit durant les efforts expulsifs avec un accompagnement à la respiration pour le couple N°03 ou en prenant la main de leur compagne. La distance séparant le couple est également réduite après l'exercice et est conservée comme telle pour le reste du travail dans quatre couples sur cinq. Pour tous les couples observés, la mise en place des exercices a permis un rapprochement entre les deux protagonistes par le biais de la communication verbale et/ou par le biais du contact physique. Ainsi, une relation de confiance est observée, la mère exprime plus facilement ses besoins, se dit plus détendue et pour deux d'entre eux l'humour est utilisé pour détendre leur compagne. L'expression de ces formes d'amour semble révéler une augmentation de l'intimité du couple au sein de la salle de naissance.

Certains des exercices utilisés étaient inspirés de la méthode Bonapace. Selon celle-ci, la mobilisation du bassin de la parturiente pendant le travail et l'accouchement, la soulage, optimise ses efforts, le déroulement physiologique de ces moments et permet la participation active du père (37). Pour l'autrice, Julie Bonapace, cette participation active permet d'aider la

femme, de l'accompagner mais surtout de créer et conserver sa « zone zen ». Ainsi, l'accompagnant trouve également sa place dans l'aménagement de l'atmosphère en passant par la lumière et la musique par exemple pour créer un espace intime, sécurisant et plein d'amour.

C. Validation des hypothèses

Cinq hypothèses ont été formulé au début de l'étude.

La première relatait du sentiment d'utilité du père. Il est difficile d'affirmer ou d'infirmer celle-ci puisque l'étude est observationnelle et qu'aucun père n'a exprimé explicitement ce ressenti. Ainsi, pour pouvoir statuer sur cette hypothèse, il faudrait leur poser la question.

La deuxième hypothèse concerne l'aisance et la détente de la mère. Elles ont été plus communicatives quant à leurs ressentiments puisque trois des femmes qui ont bénéficié de la mobilisation du bassin l'ont exprimé ainsi : « ça m'a fait du bien ». Concernant les femmes qui n'ont pas bénéficié de la mobilisation du bassin, une seule a exprimé son bien-être, la femme du couple N°11 a dit « heureusement qu'il est là ». Le caractère urgent des situations N°16 et 17 ne permet pas d'évaluer l'aisance et la détente de la femme. Le fait que nous soyons dans une société qui ne verbalise pas les sentiments et les émotions ne permet pas à une étude observationnelle de statuer quant à ceux des sujets étudiés.

La troisième et la quatrième hypothèse concernent le couple, son intimité et son rapprochement au moment de la naissance. Pour ceux ayant bénéficié de la mobilisation, ces hypothèses sont validées. Tous les couples observés ont démontré un rapprochement au sein du couple : la distance entre eux est inférieure à celle avant les exercices, il y a une augmentation des échanges de regards, verbaux et physiques. Pour les couples observés en situation d'urgence, ils semblent également plus soudés avec beaucoup d'échanges. Cependant, pour le couple N°16, le fait que le personnel soignant entre dans la pièce semble les séparer puisque le père s'éloigne physiquement et psychologiquement en devenant muet à notre arrivée. Pour trois couples n'ayant pas reçu la mobilisation du bassin (N°05, 07 et 18), le père reste éloigné de sa compagne à plus d'un mètre et il y a peu d'échanges de manière générale entre eux. En ajoutant le contexte à ces données, les faits suivants peuvent l'expliquer : la femme non soulagée par la péridurale, le père présent que quelques minutes par heure dans le box et le père est craintif du milieu hospitalier et des soins. Pour un couple (N°12), ils semblent proches et intimes avant la pose de la péridurale. En effet, ils sont espacés de moins d'un mètre avant la pose de la péridurale mais s'éloignent ensuite de plus d'un mètre. Cependant il y a toujours des échanges

verbaux et tactiles entre eux. Seule la proximité semble changée. Pour le couple N°13 c'est l'inverse, avant la pose d'APD, la distance séparant le couple est supérieure à trois mètres mais devient inférieure à un mètre ensuite. Cependant, le couple n'est pas plus soudé car le père continue d'être en retrait en étant dans le dos de sa compagne. Il y a peu de contact entre eux de manière générale. Parmi les couples dans lesquels le père est actif mais par d'autres moyens que la mobilisation du bassin, ils semblent également plus soudés puisque trois (N°08, 11, 14) sur quatre sont espacés de moins d'un mètre et échangent verbalement et physiquement. Avec les résultats obtenus, les hypothèses trois et quatre peuvent être validées pour les couples ayant bénéficié de la mobilisation du bassin et ceux avec un père actif d'une autre manière mais ne peuvent être étendues aux restes des couples observés ni au reste de la population.

La cinquième et dernière hypothèse concerne le souhait des pères d'être actif dans le processus du travail. L'étude ne permet pas de statuer sur cette hypothèse. Les pères n'ont pas réagi tout de suite à la proposition de l'étude et pour chaque couple un silence a été observé marquant leur surprise et attendant que leur compagne réponde pour eux ce qu'elles ont fait, soit par l'intermédiaire de regards soit en répondant oralement.

Au cours de l'étude, d'autres hypothèses émergentes sont apparues :

- i. Le fait que les pères partent plusieurs heures au cours du travail interroge sur l'importance qu'ils accordent à leur action et présence dans ce processus.
- ii. Le travail est un processus permettant la séparation physique entre la mère et son enfant. Même s'il est déclenché, il est rendu possible grâce aux contractions, une énergie extérieure à la volonté de la mère ou du père. Au cours des exercices de mobilisation du bassin, le père est rendu actif dans ce processus. La mère pourrait ne pas vouloir que le père, une personne extérieure au processus naturel et extérieur à la dyade mère-enfant, soit actif. L'hypothèse est la suivante : la mère ne souhaiterait pas qu'une tierce personne entre dans le processus de séparation physique avec son enfant, qu'il soit le géniteur de celui-ci ne modifie pas sa perception.
- iii. Les mères ne connaîtraient pas les bienfaits d'un père actif à l'accouchement.
- iv. Le vécu de l'accouchement pourrait être découpé en plusieurs phases en fonction des phases physiques par lesquelles la femme passe. Ainsi, les phénomènes psychologiques, les ressentis, les émotions et la satisfaction ne seraient pas les mêmes entre la phase de latence et la phase active du travail. La réalisation d'études qualitatives propres à chaque

phase serait pertinente notamment pour faire émerger ses phénomènes psychologiques et les accompagner au mieux.

Ces nouvelles hypothèses pourraient être explorées lors d'études ultérieures.

D. Forces, limites et biais de l'étude

Lors de cette étude, l'enquêtrice a été confrontée à plusieurs freins. Tout d'abord, le maintien de ses fonctions d'étudiante, dans une maternité de niveau trois en pleine période d'activité, en même temps que sa fonction d'enquêtrice n'a pas permis l'observation de tous les couples rencontrés. L'activité de la maternité du GHRMSA a influencé le nombre ainsi que le type de couples observés.

L'utilisation du smartphone par les couples en salle de naissance pourrait biaiser l'observation. En effet, ce phénomène de société peut cacher les ressentis des protagonistes étudiés et ainsi influencer leur réaction face au travail, à l'accouchement et aux exercices proposés. L'accord des femmes pour se mobiliser est également un frein puisque l'intégration des pères se fait par cette mobilisation.

La grille d'observation ne constitue pas un frein en elle-même mais comporte des axes d'amélioration. Tout d'abord, l'espace d'écriture est restreint, ce qui restreint également la notation de détails par l'examineur. De plus, le fait d'avoir des cases à remplir et/ou à cocher oriente les observations de l'enquêteur mais restreint également son champ d'observation. Ainsi, il se focalise sur les faits annotés dans la grille sans prendre en compte d'autre donnée. Cela aboutit à une perte d'hypothèses émergentes.

L'enquêtrice est elle-même un biais du fait de l'observation participante. Celle qui recueille et analyse les données le fait avec son histoire de vie, ses convictions et ses appétences à tels ou tels sujets. Ainsi, le recueil peut être biaisé. En plus de son histoire de vie personnelle, l'enquêtrice possède un parcours de formation qui lui est propre et qui influence également ses axes d'observations. Le co-codage, qui permet de réduire ce biais, n'a malheureusement pas pu être mis en place durant l'étude par manque de personnel disponible pour celui-ci. La triangulation des chercheurs n'a également pas pu être mise en place dans la partie analyse, l'influençant de la même manière.

La transférabilité des données et leurs applications dans d'autres lieux sont évaluées selon trois critères : la diversité de la population, la saturation des données et la description détaillée de la situation des sujets. Ceux-ci n'ont pas été sélectionnés selon leur âge, leur

profession ni origine, ce qui permet d'obtenir une diversité au sein des données. Cependant, cela biaise également les résultats puisque les réactions et émotions de chacun dépendent également de leur histoire de vie. Ainsi, cette étude ne permet pas de savoir si les pères réagissent ainsi lorsqu'ils sont âgés de telle année ou s'ils viennent de tel pays par exemple. Le recrutement des couples s'est fait jusqu'à la saturation des données. Cependant, la description détaillée de la situation du couple n'a pas pu être réalisée du fait de l'urgence de la salle de naissance, de son activité et de son contexte psychologique particulier. En effet, les couples sont dans un état de fragilité psychologique et axés sur l'enfant à naître, ce qui ne les dispose pas à se livrer sur leur situation. Les résultats sont donc à prendre comme une ouverture à ce sujet et non pas pour acquis ou généralisables. De plus, l'étude n'a pas utilisé la triangulation des données puisqu'elle a été réalisée à une période définie et n'a pas été répétée durant une autre. Les résultats sont donc à prendre avec parcimonie et ne sont applicables qu'à la population étudiée.

Pour permettre la fiabilité des résultats, l'enquêtrice a échangé avec sa directrice de mémoire, ainsi que ses proches et des professionnels de santé (sages-femmes et puéricultrices) afin d'avoir un point de vue extérieur et d'essayer de réduire le biais de l'enquêteur. Le suivi des items de la grille d'observation a permis de garder un cadre théorique au cours de l'étude mais en tant que stagiaire durant le recueil des données, l'enquêtrice entretenait un lien avec les personnes observées, ce qui a pu biaiser leurs réponses mais cela constitue également une force car ce lien a permis de mettre en place les exercices et de créer une relation de confiance pour qu'ils se confient sur leur ressenti.

La triangulation méthodologique mise en place par l'enquêtrice, a permis de renforcer la crédibilité de l'étude. Cet outil de recherche consiste à croiser, au minimum, deux méthodes de recueil des données afin d'avoir un nombre de point de vue équivalent au nombre de méthode de recueil utilisée (38). Dans notre étude, nous avons utilisé les items de la grille d'observation mais également le carnet d'observation afin d'avoir une vision plus globale. Par la suite, il serait intéressant d'allier d'autres outils tels qu'un questionnaire afin de mieux cerner les émotions et ressentis des protagonistes.

E. Ouvertures professionnelles et perspectives

En tant que professionnel de la périnatalité, l'une des compétences du référentiel métier de la sage-femme est d'aider la femme à gérer sa douleur notamment en accueillant le père/l'accompagnant (39). Cependant, afin d'accompagner les couples dans l'établissement de

leur parentalité il est important d'inclure le père de manière active et pas seulement de l'accueillir. Pour cela, il est essentiel de connaître les processus psychologiques en jeux mais aussi de considérer le couple dans son entièreté en prenant en compte le vécu personnel de chaque individu, le vécu propre au couple, leurs représentations etc. La place particulière de ce professionnel à l'arrivée du couple en salle de naissance lui permet d'entrer rapidement au sein de l'intimité du couple et son statut lui permet de mettre en place des choses dans le sens de cet accompagnement. Les outils détaillés dans cet écrit : les massages, la mobilisation du bassin, les chants, etc. peuvent être utilisés pour intégrer les pères au processus du travail et de l'accouchement. Ainsi, une fiche explicative avec quelques idées clés pourrait être distribuer auprès des équipes afin de mettre en pratique cette prise en charge globale du couple parental.

L'accompagnement de la parturiente ne commence pas à son entrée en salle de naissance, en effet, il commence dès la grossesse notamment avec les cours de préparation à la naissance. Les pères sont accueillis pour certaines séances mais les horaires et les thèmes abordés ne sont pas forcément en adéquation avec leur présence. Alors pourquoi ne pas inviter les pères à ce moment-là et les intégrer en leur donnant les outils dont ils auront besoin ? En 2017, un père témoigne de l'accouchement de son premier enfant sans péridurale. Il décrit un moment où sa femme est épuisée autant physiquement que moralement, c'est à cet instant généralement que les parturientes « craquent » et demandent la péridurale. Ce père raconte alors qu'à ce moment-là, il avait la sensation que c'était à lui de prendre les décisions notamment de péridurale et de la suite des événements « pour le bien de sa femme », sans forcément la volonté de celle-ci. Il prendrait alors la place de *Pater*, celui qui veille au bien être de sa famille en prenant les décisions. Mais par la suite, il s'aperçoit qu'il ne prendrait pas en compte la volonté de sa compagne, alors il se refrène et décide d'agir comme décidé en couple précédemment. La place qu'il prend alors n'est plus celle de soutien physique mais bien de soutien de projet tel un « gardien de phare » (40). Ce témoignage démontre que la préparation à la naissance en couple, plus spécifiquement pour les pères, permet de leur donner des outils pour aider leur compagne à gérer la douleur mais surtout permet d'aborder, en couple, des notions et des choix que les pères pourront faire valoir au moment opportun. Elle permet également aux pères d'avoir des attentes plus réalistes, d'aborder celles de la mère, de savoir à quoi ils vont devoir faire face et permet ainsi de réduire leur stress.

La manière dont le couple interagit au moment de l'accouchement et du travail dépend de la relation qu'ils entretiennent au quotidien. En 2015, Gary Chapman, conseiller conjugal, met en lumière cinq façons de vivre l'amour : par l'intermédiaire de paroles valorisantes, par le

biais de cadeaux, de services rendus, de moments de qualité et par le biais de toucher physique (41). Ainsi, la personne ayant une appétence pour le toucher physique attendra d'avoir ce contact avec son amant pour se sentir aimé et établira un contact physique avec l'autre pour lui témoigner son amour (41). Dans notre étude, seulement deux formes ont été observé : les échanges verbaux et physiques. La naissance étant imprévisible dans le temps, dans des locaux inconnus et accompagnée par des personnes inconnues également, l'expression de deux catégories est rendue impossible : l'expression par le biais de cadeaux et de services rendus n'est pas visualisée en salle d'accouchement. Une étude sur leur expression dans le post partum immédiat serait plus pertinente à mener. La naissance est un moment de qualité puisqu'il amène à la rencontre du troisième protagoniste tant attendu du couple : l'enfant. Cependant, il ne peut être évalué qu'en suites de couches puisque la douleur et les événements de la naissance prennent le dessus sur l'interprétation des ressentis des parents à ce moment-là. Deux des couples de l'étude utilisent l'humour pour communiquer entre eux (les couples N°05 et 08). Cinq d'entre eux utilisent le contact physique (les couples N°04, 08, 09, 12 et 17). Les couples de notre étude sont-ils majoritairement dans le langage du toucher ou celui-ci s'impose-t-il chez tous à ce moment spécifique de la vie ?

V. Conclusion

Grâce à sa méthode d'étude qualitative observationnelle participante et sa réalisation lors d'un moment aussi intime que la naissance, ce manuscrit est innovant. En effet, il a permis de rendre compte des comportements des couples mais également de la participation du père lors du *per partum*. La mise en place d'exercice de mobilisation et le recueil des réactions du couple au sein d'une maternité de type trois viennent renforcer le caractère innovant de l'étude.

Ainsi, les exercices de mobilisation menés par le père ont pu démontrer leurs utilités : l'augmentation des échanges physiques et verbaux renforçant l'harmonie au sein du couple. Ils ont également permis de rendre le père plus confiant dans ses initiatives et dans la mise en place de ses connaissances apprises lors des cours de préparation à la naissance. Cependant, cette étude a montré que tous les pères n'ont pas besoin de la mise en place de ces exercices pour trouver leur place et prendre des initiatives. De plus, la mère n'est pas toujours demandeuse de mobilisation lors du travail notamment lors du temps suivant la pose de péridural.

Les places prises par les pères et mises en évidences dans cette étude sont : le père apaisant, « l'homme de compagnie », le père témoin, le coach, le coéquipier et le père désinvesti. Des outils, tels que l'hypnose, l'acupression, le chant, les massages, le soutien physique et la mise en place de bouillotte, leur permettent d'assoir cette position. Tout ceci contribue à apporter un soutien physique et psychique à la parturiente.

Il est intéressant de noter que les résultats renforcent l'idée d'une pression sociale exercée sur les pères quant à leur présence en salle de naissance. Ainsi, ils seraient présents non pas grâce à leurs propres volontés mais grâce à une résultante de la société dans laquelle s'inscrivent l'étude et le couple.

La réserve et la surprise émissent par les pères lors de la proposition d'exercices de mobilisation interrogent sur les interactions père-équipe soignante. En effet, la surprise marque quelque chose d'inattendue/inhabituelle, ainsi la position de l'équipe médicale face au père est remise en question : l'intègre-t-elle dans le processus du travail et de l'accouchement ?

Références

1. Jacques M. La place des pères accordée par les sages-femmes dans les différents services de la maternité. :62.
2. Ray MC. Définition | Haptonomie | Futura Santé [Internet]. Futura. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com>
3. 28 jours de congé paternité pour plus de temps auprès de mon nouveau-né [Internet]. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr>
4. Le congé parental en Suède [Internet]. Sweden Abroad. Disponible sur: <https://www.swedenabroad.se>
5. Madsen SA, Munck H. Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement. SMQ. 5 févr 2007;26(1):27-38.
6. Trupin D. La paternité ne commence pas à la maternité. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 sept 2007;165(7):472-7.
7. Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 nov 2008;36(11):1101-4.
8. Johnson MP. The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. J Psychosom Obstet Gynaecol. sept 2002;23(3):173-82.
9. Koumouitzes-Douvia J, Carr CA. Women's Perceptions of Their Doula Support. J Perinat Educ. 2006;15(4):34-40.
10. 1000 premiers jours - Là où tout commence [Internet]. 1000 premiers jours - Là où tout commence. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr>
11. Jean-Dit-Pannel R, Riand R. Des hommes devenant pères. Dialogue. 2019;226(4):133-49.
12. Relier JP. Le rôle du père avant la naissance [Internet]. Érès; 2005. Disponible sur: <https://www-cairn-info>
13. Larousse É. Définitions : toxémie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr>
14. Vasconcellos D. Devenir père : crise identitaire. Devenir. 2003;Vol. 15(2):191-209.
15. Larousse É. hystérie - LAROUSSE [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr>
16. Dallay D, Reveyaz F. La place du père en salle de naissance. In: Accueillir les pères en périnatalité [Internet]. Toulouse: Érès; 2017. p. 69-74. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info>
17. Jean-Dit-Pannel R, Krtolitza É, Segura A. Jalousie et envie chez l'homme qui devient un père. Le Divan familial. 2021;46(1):65-78.

18. Capponi I, Carquillat P, Premberg Å, Vendittelli F, Guittier MJ. Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 sept 2016;44(9):480-6.
19. Audier L, Blancho A, Callamand P, Malavialle L, Pérez F. La place des pères en maternité : à propos d'une enquête : quelques réflexions. In: *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité* [Internet]. Toulouse: Érès; 2003. p. 25-32. (Les Dossiers de Spirale). Disponible sur: <https://www.cairn.info>
20. Johnson MP. An Exploration of Men's Experience and Role at Childbirth. *The Journal of Men's Studies*. 1 mars 2002;10(2):165-82.
21. Anouk M, Valentine Z. La place des pères en salle de naissance : leurs attentes et leur vécu lors d'un accouchement par voie basse. Quel accompagnement la sage-femme peut-elle leur apporter ? :127.
22. Le Camus J. Chapitre VII. Devenir père une place à prendre dès le début. In: *Le Vrai Rôle du père* [Internet]. Odile Jacob; 2000. p. 103-21. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info>
23. ONSSF » Communiqué de Presse du 9 juillet 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.onssf.org>
24. Le pouvoir des caresses - Le toucher, un contact vital - Regarder le documentaire complet [Internet]. ARTE. Disponible sur: <https://www.arte.tv>
25. Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. *L'Année psychologique*. 2013;Vol. 113(2):255-85.
26. Le contact peau à peau [Internet]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com>
27. Ghedighian-Courier JJ. Le toucher, un sens aux multiples avatars. *Cahiers jungiens de psychanalyse*. 2006;n° 118(2):17-28.
28. Mestre C, Fort-Jacques L. Les pères en exil sur la scène périnatale. *L'Autre*. 2021;22(1):38-48.
29. Chapman LL. Expectant fathers' roles during labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1992;21(2):114-20.
30. Caumel-Dauphin F. La place du père des années 1970 à aujourd'hui. In: *Accueillir le nouveau-né, d'hier à aujourd'hui* [Internet]. Toulouse: Érès; 2013. p. 185-90. (1001 bébés). Disponible sur: <https://www.cairn.info>
31. Premberg Å, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth--a phenomenological study. *Midwifery*. déc 2011;27(6):848-53.
32. Chandler S, Field PA. Becoming a father. First-time fathers' experience of labor and delivery. *J Nurse Midwifery*. 1997;42(1):17-24.
33. Le Coz P. Le coaching, un symptôme de fragilité du lien social. *Études*. 2015;avril(4):31-41.
34. Herzog A, Nix CM, Mejía C, Ansermet F. Étude clinique sur le rôle paternel lors d'une naissance prématurée. *Psychotherapies*. 2003;Vol. 23(2):97-106.

35. Bäckström C, Hertfelt Wahn E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. févr 2011;27(1):67-73.
36. Céline Huré. Dis maman, pourquoi tu chantes? Le chant prénatal, étude qualitative auprès des patientes du centre hospitalier du Belvédère. *Médecine humaine et pathologie*. 2017. <dumas-01690523>
37. Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. les Éditions de l'Homme.; 2016. 206 p.
38. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In 2016.
39. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr>
40. Frachebois S. Comment je suis devenu père en accompagnant les grossesses de ma compagne. *Revue de Médecine Périnatale*. 2017;9(4):235-40.
41. Chapman G. Les 5 langages pour trouver l'amour. Éditions Leduc.s; 2018. 290 p.

Annexes

Annexe I : Trame d'observation

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|---|---------------------------|-------------------------------|--|
| Date : | Anonymisation : | Gestité et parité : | Grossesse physiologique : | Parturiente sous péridurale : | Présence du père aux séances de préparation à la naissance : |
| Adhésion du père au projet : | | Tout à fait d'accord <input type="radio"/> D'accord <input type="radio"/> Plutôt d'accord <input type="radio"/> Indifférent <input type="radio"/> Plutôt pas d'accord <input type="radio"/> Pas d'accord <input type="radio"/> Pas du tout d'accord <input type="radio"/> | | | |
| Météo émotionnelle du jour : | | | | | |
| Complications durant le travail : | | | | | |
| Apgar à 1 et 5 min : | | Durée du travail (par phase) : | | | |

| | |
|---|--|
| Heures, exercices mis en place, avancement du travail | |
| Réactions/paroles père | |
| Assurance du père | |
| Évaluation de la participation du père | |
| Dynamique du couple : regards, toucher | |
| Distance entre le père et la mère | |
| Réactions/paroles mère | |
| Douleur de la femme (EVA) | |
| Comment la mère se sent-elle à ce moment ? (Anxiété, ...) | |
| Sur une échelle de 1 à 10, comment gérez-vous bien le travail en ce moment ? | |
| Environnement : lumière, musique, ... | |
| Compréhension des exercices | |
| Temps des explications | |
| Temps d'application des exercices | |
| Satisfaction des parents | |

Annexe II : Essai de la trame en salle de naissance d'Haute-pierre

| Date | Heure | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| Niveau de préparation 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | dilataction 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 30 | | | | | | | | | |
| | | 28 | | | | | | | | | |
| | | 27 | | | | | | | | | |
| | | 26 | | | | | | | | | |
| | | 25 | | | | | | | | | |
| | | 24 | | | | | | | | | |
| | | 23 | | | | | | | | | |
| | | 22 | | | | | | | | | |
| | | 21 | | | | | | | | | |
| | | 20 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | |
| Pénétration (10) (10) (10) (10) (10) (10) (10) (10) | | | | | | | | | | | |
| ICE LA/SCAU CAI (ou CAI) fini Appréciation de l'acte | | | | | | | | | | | |
| La durée de l'acte en / sans anesthésie | | | | | | | | | | | |
| Anesthésie (type) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) | | | | | | | | | | | |
| Médicaments (type) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) | | | | | | | | | | | |
| Commentaires | | | | | | | | | | | |
| Signature / adresse (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) | | | | | | | | | | | |
| RECUEILLEMENT: Date 22/11/2019 Heure 11h | | DELIVRANCE: Date 22/11/2019 Heure 12h | | | | STRINE: (blanc) | | | | | |
| (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) | | (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) | | | | (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) (blanc) | | | | | |

Date: 20/11/20
 Année: 2020
 Page: 1 sur 2

Matrice de transition
 d'un système dynamique linéaire
 à coefficients constants
 à l'état continu

Principe de la méthode de Runge-Kutta
 pour la résolution des équations différentielles ordinaires

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----|----|----|----|
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de transition | OK | OK | OK | OK |
| Phase de calcul de la matrice de passage | OK | OK | OK | OK |

Remarque: une phase est terminée lorsque la matrice de passage est calculée.

Annexe III : Échéancier

L'échéancier ci-dessous nous permet d'avoir un aperçu dans le temps du projet.

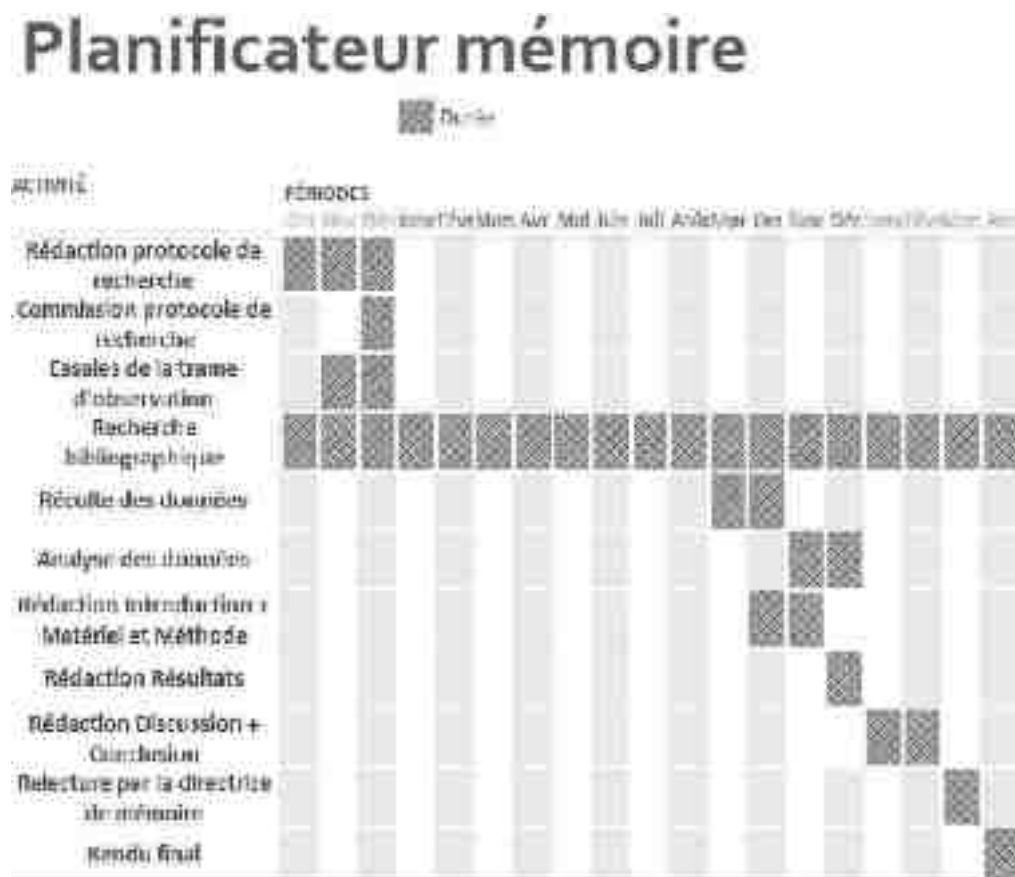


Tableau VIII : Échéancier de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

Annexe IV : Tableau des résultats

| Couple | Projet | APD | Dilatation pose APD | Présence du père durant la pose APD | Raison de la pose APD | Initiative du père | Gestion du travail avant APD | Gestion de la CU avant APD // après (10 = gère très bien) |
|--------|--|-----|---------------------|--|---|---|---|---|
| 01 | / | OUI | 5cm | / | Douleur CU | / | | 2//10 |
| 02 | | OUI | 4cm | | Douleur CU + fatigue | / | Respiration | 4//10 |
| 03 | | OUI | 6cm | Non | Douleur CU | / | | 4//10 |
| 04 | Sans APD + haptonomie pour faire descendre bébé | OUI | 6cm | Non, déception verbalisée des deux parents | « Mon bébé a besoin de moi pour la poussée ». Pas de notion de regret | Hypnose + acupression (vu en PAN) | En chambre + 2h de bain + hypnose + acupression | 8 // 4 |
| 05 | / | OUI | 4cm | OUI | Douleur CU | Tentative de blagues mais mère non réceptive « arrête tes bêtises » | En chambre | Non soulagée par APD |
| 06 | / | NON | | | | Travail rapide | | |
| 07 | / | OUI | 4cm | OUI | Douleur CU | / | | //10 |
| 08 | Sans APD | NON | | | | Se place comme coach. Encourage, lui dit de « respirer », et manger (« prends une bouchée de banane ») + chant pour accompagner les CU + massages | 2h de bain | 7// |
| 09 | Sans APD, pas de communication directe entre la mère et l'équipe : souhait de père intermédiaire | OUI | 5cm | / | | Forte implication avant pose APD (transmis par les collègues de jour) | | //10 |
| 10 | NON | OUI | 6cm | / | Douleur CU | | | //10 |

| Couple | Projet | APD | Dilatation pose APD | Présence du père durant la pose APD | Raison de la pose APD | Initiative du père | Gestion du travail avant APD | Gestion de la CU avant APD // après (10 = gère très bien) |
|-----------|---|-----|--|--|--|---|---|---|
| 11 | 30SA, pas d'APD, pas de CU, en salle de naissance pour pré éclampsie sévère et évaluation voie d'accouchement | | | | | | | |
| 12 | Projet avec APD le plus tard possible. | OUI | 3cm | OUI. Mère pleure lorsque l'anesthésiste demande au père de sortir. Pas de communication entre le couple durant la pose d'APD | Déclenchement syntocinon et douleur CU | Bouillote dans le bas du dos + massage bas du dos + aide à la stabilité avec le ballon | Ballon, bouillote, massage, aromathérapie | 3//9 |
| 13 | / | OUI | 4cm | OUI | Douleur CU | / | Respiration | 4//8 |
| 14 | | OUI | 5cm | | Douleur CU | Père se place comme intermédiaire ente équipe soignante et mère | | Bonne gestion de la douleur « dans sa bulle » |
| 15 | / | OUI | 3cm | OUI | Douleur CU | Père présent physiquement avant l'APD (contact physique et soutien) | | 4//6 (APD non fonctionnelle) |
| 16 | | OUI | Césarienne code orange pour ARCF à la reprise de garde | | | En arrivant dans le box, la patiente est en pleure et le conjoint est <1m et la console | | |

| Couple | Projet | APD | Dilatation pose APD | Présence du père durant la pose APD | Raison de la pose APD | Initiative du père | Gestion du travail avant APD | Gestion de la CU avant APD // après (10 = gère très bien) |
|--------|-------------|-----|--|---|-----------------------|--|------------------------------|---|
| 17 | | NON | Césarienne code rouge pour ralentissement prolongé | | | Couple répète en boucle « allez-y, allez-y faites pour le bébé ». Le père répond également aux questions, rassure sa compagne. <1m de la mère. Père embrasse sa compagne avant de partir au bloc et crie « ça va aller <i>Prénom</i> » | | |
| 18 | Souhait APD | NON | | Père va dans les toilettes au moment de la préparation pour APD | Travail rapide | Père se met directement sur le fauteuil au fond de la pièce en arrivant. L'équipe soignante lui indique qu'il peut le rapprocher mais il reste où il est. | | 4 |

Tableau IX : Tableau de résultats concernant le projet, la mise en place de péridural et les initiatives des pères lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

| Couple | Distance père-mère | Contact physique | Contact initié par le père | Contact initié par la mère | Échange de regard | Échange verbale |
|--------|---|---|----------------------------|----------------------------|-------------------|--|
| 01 | <1m | Peu avant les massages puis +++ | / | + | ++ | Beaucoup d'échange entre eux, et de blague |
| 02 | <1m lors des exercices et >1m en dehors | Peu d'interaction de manière générale au sein du couple. Cependant, quelques blagues sont échangées | | | | |
| 04 | <1m | +++ | + | + | + | Discours avec « ON » « on a beaucoup parlé, on ne s'est pas beaucoup reposé » |
| 05 | >3m | / | / | / | + | +++ |
| 06 | Travail rapide | | | | | |
| 07 | >1m | / | / | / | / | / |
| 08 | <1m | +++ Massage bas du dos | + | + | + | + Blague entre eux avant et pendant le bain |
| 09 | <1m | ++ Mains tenues | / | + | + | + Discours avec « ON ». |
| 10 | PÈRE NON PRÉSENT AVANT ACCOUCHEMENT | | | | | |
| 11 | <1M | + | + | + | + | + Père se place comme soutien et conscience du couple : consultation initiée par monsieur + « c'est mieux pour vous deux ». |
| 12 | Avant APD <1m Après APD >1m | + Massage, soutien, mains tenues | + | + | + | + |
| 13 | Avant APD >3m Après APD <1m mais dos à la mère | Petite barrière linguistique entre l'équipe et le père. Pas de contact physique, ni verbale ni visuel entre le couple. | | | | |
| 14 | <1m | + | + | / | + | + |

| Couple | Distance père-mère | Contact physique | Contact initié par le père | Contact initié par la mère | Échange de regard | Échange verbale |
|--------|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|---|
| 15 | <1M | + Avant APD mais - après | + | | + | Peu jusqu'à ce que l'APD soit fonctionnelle |
| 16 | <1m avant qu'on soit dans le box, dès notre arrivé il s'éloigne à >3m | - | - | - | + | - |
| 17 | <1m | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |
| 18 | >1m, assis les bras croisés Au moment accouchement : <1m | - Accouchement : + | - Accouchement : + | - | - | Pas de communication |

Tableau X : Tableau de résultats traitant des échanges au sein du couple lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

| Couple | Présence émotionnelle du père verbalisé par mère | Présence émotionnelle du père verbalisé par père | Besoin de soutien émotionnelle exprimé par la mère | Notion / besoin de « repos » explicité | Environnement |
|--------|--|--|---|--|--|
| 01 | | S'exprime peu mais enthousiaste à la proposition de mobilisation : se lève avec un grand « oui » | | NON | |
| 02 | Oui, après les exercices, la femme dit « ça m'a fait du bien » | / | / | Oui, après 2h d'APD, la patiente | Lumière éteinte et scialytique allumé (lumière tamisée) |
| 04 | Oui surtout durant le bain | | Au moment de la pose APD, demande verbalisée + tout au long pose « comment va mon mari ? Il doit être inquiet » | Oui après la pose APD | À leur demande : tamisée + musique pour bain. À l'initiative du père |
| 05 | | | | OUI par le couple | Pas de souhait de lumière tamisée ni de musique |
| 06 | Travail rapide | | | | |
| 07 | | | | OUI par la mère | Lumière tamisée à l'initiative de l'étudiante |
| 08 | OUI | Il exprime ses besoins « j'ai besoin de t'entendre respirer » | Mère très demandeuse pour qu'il lui parle mais aussi dans le toucher | NON | Lumière tamisée à l'initiative du père. Musique religieuse. |
| 09 | / | Peu de parole de la part du père | Besoin d'intégration du père +++ Par le biais de regard, de questions. « Est-ce qu'il peut couper le cordon ? » « Attendez, il voulait le faire » lors de la mise en place du clamp. | NON | |

| Couple | Présence émotionnelle du père verbalisé par mère | Présence émotionnelle du père verbalisé par père | Besoin de soutien émotionnelle exprimé par la mère | Notion / besoin de « repos » explicité | Environnement |
|--------|---|--|---|--|--|
| 10 | PÈRE NON PRÉSENT AVANT ACCOUCHEMENT. | | | | |
| 11 | « Heureusement qu'il est là » | « Moi aussi ça me fait peur mais il n'y a pas le choix » | Mère très demandeuse dans tous les examens notamment les piqûres mais ne veut pas de sa présence pour le sondage urinaire à demeure | | |
| 12 | Mère très stressée par l'accouchement, la grossesse, la peur de mourir. | Père très anxieux : travaille avec les enfants handicapé (IMC). Pose beaucoup de question lorsque sa femme n'est pas présente dans la pièce. Communication de l' | Mère très demandeuse de soutien, autant de la part de l'équipe soignante que de son conjoint | OUI. Exprimé par la mère. | |
| 13 | / | Père peu présent émotionnellement | Mère demandeuse. Recherche d'accroche pour gérer les CU : mains de l'étudiante, lit, ... Père dans son dos sans contact avec la mère. | | |
| 14 | Pas de verbalisation | Pas de verbalisation de ce qu'il ressent | Mère tend la main pour demander soutien conjoint. | NON | |
| 15 | | Ne s'est pas exprimé sur ce qu'il ressent mais pose beaucoup de question sur nos gestes techniques et les regarde avec l'accord de la mère. | | OUI | |
| 16 | Pas de verbalisation | Père parle peu de manière générale | Mère en demande de soutien de son conjoint ++. Demande s'il peut venir à la césarienne, refus de l'équipe anesthésique | NON | Lumière tamisée jusqu'au déclenchement du code orange. |

| Couple | Présence émotionnelle du père verbalisé par mère | Présence émotionnelle du père verbalisé par père | Besoin de soutien émotionnelle exprimé par la mère | Notion / besoin de « repos » explicité | Environnement |
|--------|--|---|--|---|---------------|
| 17 | Pas verbalisé | Exprime peu ce qu'il ressent, rassure sa compagne | Demande difficile à évaluer, la mère à eu beaucoup d'information en même temps | NON. Au contraire, les parents sont très réactifs à nos consignes | |
| 18 | | Pas de communication, ni verbale ni non verbale. | Mère paniquée à l'idée de ne pas avoir d'APD, demande de soutien | NON | |

Tableau XI : Tableau de résultats traitant de la présence émotionnelle des sujets, des besoins exprimés par la mère et de l'environnement lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

| Couple | État des lieux avant position | Position mise en place | Temps explication | Temps d'application | Contacts physiques initié par position |
|--------|-------------------------------|--|--|--|--|
| 01 | APD depuis 1h | DLD puis DLG + hyperflexion ballon Acupression fosses lombaires | 5min, bonne compréhension 0min lors de réutilisation d'exercice | Entre 1h et 10min (ARCF en DLG ou occlusion APD) | Massages puis se tiennent la main |
| 02 | 4cm, APD depuis 1h | DLG + hyperflexion ballon Rosa et acupression sur la main 4pattes/demi-assise + acupression fosse lombaires Lors des bercements, le père est sur son téléphone et le fauteuil. Le premier exercice est arrêté 30min après le début car Mr avait « mal au bras ». Il s'est remis sur le fauteuil >1m, avec son téléphone et ses écouteurs. Il préfère les points d'acupression au balancement. Lorsqu'il revient de sa pose cigarette, il ne reprend pas les exercices. Jusqu'à son départ au domicile, il reste sur le fauteuil >1m malgré les tentatives de rapprochement. Durant les exercices, la femme se sent « à l'aise » et ferme les yeux. La mère est également sur son téléphone lors de la première position. Refus par la patiente de mobilisation après 3h d'APD | 5min | Entre 30 min et 15min | Au bout de 2h d'APD, le père s'endort sur le fauteuil à côté (>1m). Une heure après il rentre à la maison en disant « je suis venu parce que c'est ma place mais là je suis vanné. Je n'ai pas mangé ni dormi. » |

| Couple | État des lieux avant position | Position mise en place | Temps explication | Temps d'application | Contacts physiques initié par position |
|--------|-------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------|---|
| 03 | APD depuis 2h | <p>DLG et D mais ARCF ½ assise + hyperflexion ballon DLD + hyperflexion ballon Rosa</p> <p>Le père semble intéressé : se rapproche aux explications. Il est à l'aise et motivé après les sollicitations de la femme. Il est intégré par la mère par le biais de parole, d'humour, de regard et de contact physique. Il se rapproche après les exercices. Meilleur contacte entre l'équipe et le père après les exercices et se positionne à côté de sa compagne.</p> <p>Il prend des initiatives : aide à la mise en place + bercement ballon.</p> <p>Mise en place d'un environnement tamisé à leur demande.</p> <p>Il y a plus de communication entre eux à la suite des exercices : mère lui formule ses besoins + humour.</p> | 5-10 minutes, bonne compréhension | Entre 10 et 45 minutes | Rapprochement physique, aide à la mobilisation, prise d'initiative et meilleure communication avec la mère et l'équipe. |

| Couple | État des lieux avant position | Position mise en place | Temps explication | Temps d'application | Contacts physiques initié par position |
|--------|---|---|--|------------------------|---|
| 03 | APD depuis 2h | Scepticisme de la mère face aux positions lorsque dilatation complète. Participation active du père lors des EE + accompagnement des respirations | 5-10 minutes, bonne compréhension | Entre 10 et 45 minutes | Rapprochement physique, aide à la mobilisation, prise d'initiative et meilleure communication avec la mère et l'équipe. |
| 04 | 7cm APD depuis 1h | DLG + hyperflexion ballon | 15 minutes, bonne compréhension | 45min | Caresse des mollets + pieds |
| 05 | REFUS MOBILISATION | | | | |
| 06 | Travail rapide | | | | |
| 07 | Père présent, dors sur le fauteuil puis s'en va. Revient lors de l'installation pour l'accouchement. | | | | |
| 08 | Patiente dans « sa bulle », père est le lien entre l'équipe et la femme. Pas de position proposée du fait du travail rapide mais participation du père par d'autre moyen : aide à l'installation et management de la poussée. | | | | |
| 09 | Dilatation complète depuis 1h30 | DLG + hyperflexion sans participation du père | 15 minutes. Ne souhaite pas mettre en place le ballon et rester ainsi pour la « descente du bébé » malgré les explications de l'étudiante | / | / |
| 10 | PÈRE NON PRÉSENT AVANT ACCOUCHEMENT | | | | |
| 11 | Pas de position mise en place mais participation du père dans la prise en charge autrement | | | | |
| 12 | REFUS DE MOBILISATION PAR LA PATIENTE. Une fois APD posée, père part du box pour 2h. Puis il est sur son téléphone avec un écouteur. | | | | |
| 13 | PAS DE MOBILISATION MISE EN PLACE | | | | |
| 14 | Pas de mobilisation mise en place mais participation du père par d'autre biais : soutien émotionnelle pour la femme, lien entre elle et l'équipe, aide à l'installation et à l'alarme pour l'accouchement. | | | | |
| 15 | REFUS DE MOBILISATION DE LA PART DE LA MÈRE | | | | |
| 16 | PAS DE MOBILISATION POUR CÉSARIENNE CODE ORANGE | | | | |
| 17 | PAS DE MOBILISATION CÉSARIENNE CODE ROUGE | | | | |
| 18 | REFUS DE MOBILISATION : Accouchement rapide et patiente « dans sa bulle » | | | | |

Tableau XII : Tableau de résultats relatant les positions mises en place lors de l'étude qualitative réalisée du 19 septembre au 30 octobre 2022 au GHRMSA.

Résumé

Introduction : dans les années 70, les pères ont fait leur entrée dans la salle d'accouchement. Sujet à des processus psychologiques qui sont propres à cette période, ils ont exprimé des sentiments et émotions négatifs tels que l'impuissance et l'inutilité.

Objectifs : les objectifs de cette étude étaient d'étudier les réactions des couples face à la mise en place d'exercices participatifs de mobilisation du bassin de la parturiente menés par le père en salle de naissance et de récolter les demandes des pères d'être actif durant cette même période.

Méthodes : une étude observationnelle participante a été menée à l'aide d'une grille et d'un cahier d'observation. L'enquêtrice proposait des exercices de mobilisation en y intégrant le père et recueillait leurs réactions à l'aide d'item.

Résultats : la mobilisation du bassin par le père leur permet de prendre une place dans la période *per-partum*, confère un soutien physique et psychique à la parturiente et renforce les liens au sein du couple. Cependant, elle n'est pas la seule manière d'intégrer le père.

Conclusion : Des études concernant les ressenties, émotions et sentiments des pères durant cette même période sont à mener pour permettre à l'équipe de mettre en place une prise en charge globale du couple.

Mots-clefs : Travail, ostétrique/psychologie – accouchement (processus physiologique) – père/psychologie