

Pourquoi le gynéco-obstétricien s'occupe-t-il des pères ?

Why do gynaecologists and obstetricians involve the father?

G. Levy

© Lavoisier SAS 2017

Résumé Si le nombre de pères qui assistent à l'accouchement a doublé entre 1974 et 2000, il reste que ce père a encore du mal à trouver sa place. Il est plus ou moins présent dans les différentes étapes de la grossesse. L'échographie semble correspondre au nouveau rituel qui permet au père d'exprimer ses émotions et d'envisager sa future place. L'incertitude engendrée par l'annonce d'une grossesse à risque accélère l'accès à la parentalité. En effet, l'homme participe de plus en plus à chaque étape décisionnelle du diagnostic anténatal. Ainsi, le GO et les soignants de la périnatalité jouent un rôle majeur dans la place attribuée au père. Cependant, les professionnels restent souvent indifférents à ses difficultés émotionnelles, et de père ignoré, il devient père écorché. Tout l'enjeu actuel porte sur la manière avec laquelle les soignants vont respecter et entendre la voix des pères. L'entretien prénatal précoce, l'haptonomie, les groupes de paroles d'hommes sont autant d'outils qui vont permettre de lui donner une place au même titre que la mère, mais différemment. La finalité pour ces parents est de permettre d'élever leurs enfants dans des conditions environnementales optimales.

Mots clés Place du père · Périnatalité · Difficultés émotionnelles · Parentalité

Abstract However, the number of fathers attending childbirth has been doubled between 1974 and 2000, the fact remains that a father still has trouble finding where he belongs. He is more or less present in the various stages of pregnancy. Sonograms seem to fit into a new ritual which allows the father to express his emotions and envision his new role. The level of uncertainty created by the news on high-risk pregnancy accelerates access to fatherhood. Men do indeed take an increasing part in each decisive stage of the antenatal diagnosis. Therefore, the gynecologists and obstetricians play a major role in defining the place a father

is assigned to. However, professionals often pay no attention to his emotional difficulties and the father who has been ignored becomes a tormented father. The issue today is how caregivers will hear and respect what fathers have to say. An early prenatal interview, haptonomy, discussion groups for men are some of the tools which may help give them a role, as for a woman but differently. The goal for these parents is that they should be able to raise their children in the best environmental conditions.

Keywords Father's role · Perinatality · Emotional difficulties · Parenthood

Introduction : pourquoi se poser la question ?

Réfléchir à la question du père en médecine périnatale oblige à rappeler, même brièvement, les changements sociétaux, médicaux et l'apport des sciences humaines.

Si l'on regarde l'évolution de la fonction paternelle dans l'histoire, il faut souligner les tournants majeurs. D'abord, le pouvoir absolu du *pater familias* jusqu'à la Révolution française, allant jusqu'au droit de vie et de mort sur son enfant sans nécessité de preuve d'une filiation biologique. Puis, le Code civil proclamé sous Napoléon introduit la notion de conjugalité. Ce n'est que récemment, en 1993, que l'autorité parentale jusqu'alors réservée au père devient l'autorité conjointe, reflétant la nouvelle réalité des familles, moins portées par le groupe familial. En effet, la famille devient, dès la fin du xx^e siècle, nucléaire (père, mère, enfant), voire éclatée, recomposée (40 % de divorces), monoparentale ou plus récemment homoparentale. L'exercice de la fonction paternelle, qui était codifié comme représentant économique et social de la famille, perd ses repères au profit d'une différence moins significative entre l'homme et la femme, peut-être plus riche, car plus partagée, mais aussi plus fragile et incertaine [1].

Par ailleurs, le poids des cultures introduit des différences majeures, qu'elles soient du Sud ou du Nord. Par exemple, en Suède, une question posée sur la place des pères dans le

G. Levy (✉)
Hôpital Nord-Franche-Comté,
100, route de Moval, F-90400 Trévenans, France
e-mail : gilles.levy@hnfc.fr

processus de naissance paraît saugrenue, tant la parité homme/femme s'observe au quotidien.

En France, les avancées technologiques et les politiques de santé ont modifié le suivi de la grossesse et les modes d'accouchement. On est passé d'une affaire de femmes à une affaire médicale avec l'introduction du gynécologue-obstétricien dans l'intimité de la femme et le transfert de l'accouchement à l'hôpital. Le père à cette époque est absent des préoccupations, juste toléré. Dans les années 1980 pointe de manière très minoritaire l'importance du père quand se construit une famille. Entre 1974 et 2000, le nombre de pères présents à l'accouchement double sous l'effet des évolutions sociétales.

Actuellement, la concentration des naissances dans les grands centres résulte d'une volonté politique et médicale de réduire les risques de morbidité et de mortalité. La sage-femme, plus technicienne, puis informaticienne, est moins présente auprès des mères.

La percée des travaux anglo-saxons sur les notions d'attachement mère-bébé et de pathologies du lien n'a pas d'impact net sur la place faite au père par les professionnels. Pourtant, actuellement, la grossesse et l'accouchement deviennent une affaire de couple, et le père est vivement sollicité. Cette sollicitation est-elle là pour répondre aux souhaits ou aux revendications de la future mère, un rituel de passage pour accéder à un nouveau rôle, pour combler un manque de personnel dans les maternités aseptisées ou véritablement une demande élaborée par le couple ?

Une des réponses est peut-être évoquée dans la méta-analyse de Genesoni et Tallandini [2] entre 1989 et 2008 sur les difficultés psychologiques que représente pour l'homme l'accès à l'état de père. L'accouchement est décrit comme le moment le plus chargé d'insécurité, puis apparaissent les difficultés d'établissement de la triade et le désir de la nouvelle génération de pères de rompre avec le modèle paternel en acceptant de jouer deux rôles (économique et social, mais aussi émotionnel). Enfin, les auteurs soulignent l'implication nécessaire des soignants pour permettre au père d'accéder à la paternité, ce qui influera sur la qualité de développement de l'enfant. Parallèlement, un changement culturel profond a modifié les hiérarchies habituelles : l'autorité n'est plus liée strictement au « pouvoir » vertical, mais au respect mutuel. Les couples demandent de plus en plus à être entendus et au minimum respectés.

Quand le père prend-il sa place ?

Un sondage effectué en 2001 sur l'apparition de « se sentir père » [3] décrit les étapes du pré- et du post-partum. Vingt-cinq pour cent d'hommes se sentiraient concernés par la notion de paternité dès l'annonce de la grossesse, 17 % à la

première échographie, 43 % à la naissance, 7 % à la sortie de la maternité, 7 % quelques mois après.

La sensibilisation des équipes périnatales, en particulier depuis le plan Périnatalité 2005–2007 [4], amène à considérer la succession des étapes médicales engendrées par la procréation comme des occasions de rencontres avec les futurs pères qui peuvent modifier profondément le devenir de la famille, ce dont témoignent les couples après coup.

Dans le cadre des PMA

La notion de paternité émerge plus tôt avec une éventuelle culpabilité en cas d'insémination avec donneur, qui parfois se transforme en hyperinvestissement auprès de la compagne enceinte. Fréquemment, les pères diront, lors d'une deuxième grossesse spontanée, combien faire appel à un géniteur de substitution a été douloureux.

Mais la prise en compte des sentiments du conjoint ne bénéficie pas d'une attention généralisée.

Consultations prénatales

Une étude québécoise [5] démontre que les pères sont plus « actifs » directement auprès de leur enfant s'ils sont impliqués en prénatal, et ne remplissent que le rôle de « soutenant de leur conjointe » s'ils n'ont pas participé au suivi prénatal.

La première consultation s'accompagne habituellement d'une échographie. La présence du père peut être interprétée comme une sorte de rituel marquant l'accès à la paternité. Ce moment est une période commune d'osmose, de plaisir, de peur, d'interrogations partagées. Des pères exprimeront plus tard avoir pris conscience que leur vie avait changé après avoir entendu les battements de cœur du bébé. Le son serait plus émouvant que l'image. L'échographie peut révéler des émotions renvoyant à l'histoire personnelle du père. Par exemple, un conjoint étonne le médecin par son mutisme inhabituel. Invité à prendre la parole, il livrera son inquiétude extrême concernant un bec-de-lièvre chez son futur enfant, liée à l'histoire de son père porteur de cette anomalie qui a suscité des moqueries à son égard restées douloureuses.

Si le conjoint est absent, questionner sur les motifs de cette absence constitue une première occasion de lui donner sa place, au moins dans le dialogue avec la patiente. Mais aussi un premier clignotant invitant à interroger les motifs de son absence, son souhait et/ou celui de la femme qu'il participe au suivi. On essaiera d'aménager éventuellement l'agenda de consultation pour favoriser sa présence. Le risque n'est pas rare que le futur père ne soit jamais rencontré.

Lors des consultations, le praticien observe fréquemment des symptômes parfois étiquetés « couvade » : prise de poids, accidents, dorsalgies... qui peuvent être l'occasion pour ces hommes d'exprimer un malaise qui n'est pas

socialement reconnu. Par exemple, à la question du médecin : « *Et vous monsieur, comment allez-vous ?* », on entend une remarque étonnée : « *C'est la première fois que l'on me pose la question* ».

Ces diverses consultations sont autant d'occasions pour le médecin de prendre conscience de la complexité dans l'accès à la paternité.

Temps de l'accouchement

L'intérêt de la présence du père en salle de naissance a fait l'objet de controverses qui cependant n'ont pas interrompu l'évolution actuelle : les pères sont là. Les arguments évoqués par des auteurs (dont certains avaient milité pour la présence du père en salle de naissance) concernent les atteintes à la virilité et à la sexualité ultérieure [6] ou le danger d'une confusion des places qui porterait atteinte au développement de l'enfant [7].

Jacques [8] a construit, à partir de témoignages de femmes et d'hommes, une typologie des attitudes des pères lors de la naissance : le « père qui accouche », le « support technicien », le « père spectateur ». Seront interrogées alors les conditions de dialogue préalable qui permettent au père et au couple de penser cette place. Un facteur peut jouer dans le manque de vigilance : le médecin a en mémoire de tels moments de satisfaction, de complicité, de soutien actif, qu'il risque d'oublier les situations d'un malaise exprimé par le conjoint ou par sa compagne en post-partum. « *Mon mari a tellement mal vécu le sentiment d'être inutile qu'il explique ainsi son manque d'attachement à notre bébé* », dira une mère en postnatal.

La présence du père, indiscutable désormais lors d'une naissance par voie basse, pose encore question lors d'une césarienne. Le nombre de césariennes en France augmente : un accouchement sur cinq. Seuls 18 % des pères dans ce cas sont présents. La hausse du taux de césarienne induirait une diminution du nombre de pères assistant à la naissance, si la prise en compte du père n'évolue pas. On se retrouve ainsi dans le même débat qui accompagnait la présence des conjoints en salle d'accouchement. Malgré l'invocation du risque médicolegal et des règles d'hygiène, et grâce à une réflexion pluridisciplinaire, la tendance va cependant vers une inversion, afin de favoriser la présence paternelle auprès de sa femme et dans l'accueil du bébé.

Post-partum

Il apparaît comme un moment délicat pour les pères : comment trouver sa place sans être considéré comme « un visiteur » ? Le père se retrouve en effet dans un environnement essentiellement féminin et de moins en moins disponible. Selon les lieux, et sans dépasser 15 % des familles, un lit est à disposition, qui donne au père une légitimité et modifie

de ce fait les regards des professionnels. Il devient un interlocuteur au même titre que la mère. L'expérience du diagnostic anténatal — évoqué plus loin — a beaucoup aidé à la prise de conscience de l'intérêt d'une telle pratique.

Des études ont montré [9] que, parmi les facteurs favorisant l'allaitement, l'implication du père serait le plus significatif.

La politique de santé actuelle vise à diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier. La mise en place du PRADO dans le post-partum vise à accompagner la mère pour le retour à la maison. Dans les situations de vulnérabilité médicale, ou lorsqu'il existe des facteurs de risques émotionnels, le réseau ville-hôpital personnalisé doit être activé dès la grossesse. Il permettra, en impliquant le médecin généraliste trop souvent oublié, un retour à domicile précoce dans un environnement professionnel adapté et favorisera la construction des liens en incluant la place du père.

Cas de diagnostic anténatal

À l'expérience, l'annonce d'un doute ou d'une anomalie avérée chez le fœtus accélère la transformation des deux partenaires en couple parental, avec les notions de responsabilité, de culpabilité, de soutien, parfois de discordance.

Il est vite apparu évident que le père soit inclus dès l'annonce, quitte à retarder ce moment et éviter si possible les annonces par téléphone à l'un ou à l'autre parent. C'est le constat de divergences de points de vue dans le couple, et de leurs effets délétères à court et à long terme, qui a obligé à une plus grande rigueur dans la prise en charge globale de la pathologie, incluant les aspects techniques et l'attention rigoureuse à l'évolution émotionnelle de chacun des parents. La multidisciplinarité s'est imposée, en particulier concernant la place du pédiatre en anténatal, qui redonne une perspective et un projet à cette grossesse, quelle qu'en soit l'issue. L'incertitude et le stress mettent souvent la grossesse en suspens, même en dehors d'une pathologie grave. Il apparaît important de porter attention aux réactions au sein du couple [10]. Par exemple, à la question du médecin sur le doute engendré par un risque minime, une patiente a répondu : « *Effectivement, depuis cette annonce, mon mari ne touche plus mon ventre.* »

La participation du père à chaque étape diagnostique, pronostique et décisionnelle est devenue la règle dans la majorité des cas. Rencontrer ensemble les spécialistes de la pathologie identifiée, puis vivre en couple les gestes inhérents à une interruption de grossesse si telle fut la décision, puis réfléchir ensemble au devenir du corps, est apparu lors des consultations postnatales comme le facteur essentiel dans la prévention des séquelles post-traumatiques.

L'équipe soignante joue un rôle majeur dans la place attribuée au père. Le fait de proposer un lit pour le conjoint a permis aux soignants de reconsidérer cette place de manière

générale. Même si, administrativement, sa présence n'est pas codifiée, le père devient un patient « à part entière ».

Finalement, ces situations deviennent une occasion d'échanges entre père, mère et soignants qui, selon le degré d'implication du conjoint, peuvent révéler des fragilités ou, au contraire, renforcer la solidité du couple. En cas de fragilités s'ouvre une opportunité de prise en charge psychologique qui dépasse la situation actuelle et permet un travail en profondeur si nécessaire.

Pères « écorchés »

L'expérience montre que la grossesse en soi ou des conditions obstétricales particulières peuvent créer un contexte de grande vulnérabilité pour certains conjoints. Le taux de dépression paternelle est connu dans la littérature [11], mais méconnu sur le terrain (parce que l'homme a plus souvent que la femme une stratégie d'évitement et tait sa souffrance). Dans la pratique actuelle, les difficultés sont repérées le plus souvent lors des consultations ultérieures, en général par l'intermédiaire de la mère. On peut énumérer les principaux types de situation tels qu'ils sont identifiés à des moments variables dans le suivi périnatal :

- les pères mis à l'écart par la mère ou la famille sans que cette question ait pu être traitée ;
- les pères « oubliés » par l'équipe soignante ;
- les pères endeuillés par la perte d'un proche ;
- les pères aux prises avec une histoire personnelle difficile ;
- les pères devenus « messagers », bien seuls, du fait de la séparation mère-bébé.

La relation entre professionnels et pères est une source fréquente de malentendus. Un exemple clinique l'illustrera : un père porte plainte auprès de l'hôpital à la suite de sa propre dépression. Sa femme a subi une césarienne, compliquée par une hémorragie nécessitant des mesures de sauvetage maternel. Il s'est senti oublié, non informé, dans l'angoisse solitaire et souffre de séquelles post-traumatiques sur le versant dépressif. Dans une telle situation surgit le paradoxe d'une équipe qui a assuré le sauvetage maternel et d'un père qui a sombré. Ce cas a suscité sur le lieu d'exercice la mise en place d'un accompagnement personnalisé des pères soumis à une situation chargée de stress.

Discussion

De manière générale, le père n'est pas à l'aise dans la salle d'attente, où sa conjointe et la société le culpabilisent, ni en salle d'accouchement, car il est trop souvent un poids pour des professionnels non préparés à l'accueillir. Il a la perception d'être « oublié », avec des conséquences importantes sur

sa construction parentale. De plus, l'homme ne donne pas à voir l'évidence d'une souffrance. La prise en charge médicale de plus en plus technique isole affectivement les futures mères, laissant aux pères trop souvent un rôle de « doula sur un tabouret ». Shapiro [12] revient sur le paradoxe culturel de nos sociétés et constate que la participation accentuée du père en cours de grossesse coexiste avec une négligence quant à ses difficultés émotionnelles.

Si, depuis les dernières décennies, sont pris en compte les bouleversements psychiques de la mère qu'implique l'accès à la maternité, l'homme rencontre peu d'occasions, parfois aucune, d'être entendu dans ce qu'il éprouve. Les conflits intérieurs qui peuvent le traverser ne s'expriment pas aisément. Le manque de communication entre médecin traitant — lorsqu'il existe — et équipe obstétricale limite la qualité du suivi global de la famille en construction.

Comment penser la triade — mère/père/enfant — dès le début de la grossesse ? L'existence de l'entretien prénatal précoce [4] nous paraît une opportunité indispensable. Il permet d'emblée au père d'être accueilli comme un acteur privilégié au même titre que la mère, mais différemment [13]. Pour l'obstétricien ou la sage-femme qui assure le suivi, l'occasion est donnée au couple d'établir un projet de naissance qui s'enrichira tout au long de la grossesse. Ce projet et la prise en compte des besoins particuliers seront discutés vers le huitième mois avec l'équipe hospitalière. Peuvent alors se réfléchir : la place du père en cas de pathologie, la durée de séjour en post-partum pour les situations de vulnérabilité, l'anticipation du retour à domicile.

D'autres « outils » se diffusent. En particulier, la préparation à la naissance en couple, favorisée par l'haptonomie, permet au père de s'impliquer étroitement auprès de sa femme et du futur enfant. « *Ils sont parents dans mon cabinet* », dit une sage-femme, même et surtout si la situation conjugale est compliquée. Le centrage sur le corps et la préparation par voie sensorielle favorisent les capacités d'adaptation aux besoins du nouveau-né [14]. Par ailleurs, les groupes de paroles de pères leur permettent d'exprimer librement le malaise que leur corps ne montre pas : la peur de perdre leur identité, comment trouver une place dans le duo mère-enfant, répondre aux angoisses concernant la sexualité du couple en pré- et post-partum, enfin profiter et rebondir sur les expériences « des déjà pères » [15]. L'écrivain J.-Y. Cendrey dira : « *Être père, ça ne s'explique pas, ça se raconte.* »

Ces diverses suggestions n'ont leur place que si elles ont un sens pour le père à qui elles sont proposées.

Conclusion

Le rôle des soignants apparaît primordial dans le soutien des futurs pères pour qu'ils ne se sentent pas entravés, mais validés dans leur nouveau rôle. Bien plus, le temps de la

gestation peut constituer pour certains d'entre eux l'occasion d'une expérience dont ils témoigneront plus tard comme une révélation de leurs potentialités. Respect, partage, dialogue, sensation d'avoir été entendus font écho à la phrase de Winnicott : « *Ce dont nous avons besoin, c'est de mères et de pères ayant réussi à croire en eux.* »

Il nous reste à nous, praticiens de la naissance, à nous astreindre à donner une véritable place aux pères durant les diverses étapes de la naissance qui mènent à la parentalité. Nous participerons ainsi, comme les données scientifiques actuelles le prouvent [16], à améliorer les conditions environnementales pour le développement de l'enfant.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Castelain-Meunier C (2013) *Le ménage : la fée, la sorcière et l'homme nouveau*, Stock, Paris
2. Genesoni L, Tallandini MA (2009) Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008. 36:305-18
3. 2001) Naissances : la place des pères. *Alternative santé — L'impatient*
4. Plan Périnatalité 2005–2007. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/>
5. Normand A, Laforest M, De Montigny F (2009) La perception de l'identité paternelle en période postnatale selon le type de suivi prénatal. *Enfances, Familles, Générations* 11:44–63
6. Odent M (1996) La participation du père à l'accouchement est-elle dangereuse ? In: Leroy P, et al (éds) *Le père dans la périnatalité*. Érès, Ramonville-Saint-Agne, pp 103–5
7. Marciano P (2003) *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*. Les dossiers spirales, Eres
8. Jacques B (2007) *Sociologie de l'accouchement*. Coll. Partage du savoir, PUF
9. Raiesi K, Shariat M, Nayeri F, et al (2014) A single center study of the effects of trained fathers' participation in constant breastfeeding. *Acta Med Iran* 52:694–6
10. Viaux-Savelon S, Dommergues M, Cohen D (2014) Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic : impact émotionnel, représentations parentales et relation mère–enfant. *Rev Med Perinat* 6:199–206
11. Gentile S, Fusco ML (2017) Untreated perinatal paternal depression: effects on offspring. *Psychiatry Res* 252:325–32
12. *Devenir père : crise identitaire*
13. Devaux J (2012) *Entretien prénatal précoce : état des lieux au sein du réseau périnatal Franche-Comté*. Mémoire de SF université de Besançon-Belfort
14. Havasi K, Molénat F (2017) film AFREE. Disponible sur www.afree.asso.fr
15. Missonnier S (2010) *La barbe à papa, l'ogresse et les petits Hans : des apprentis pères en groupe à la maternité*. In: Robineau C (dir.) *Désirs de pères*. Érès, Toulouse
16. Jackson DB (2017) The interplay between early father involvement and neonatal medical risk in the prediction of infant neurodevelopment. *Prev Sci* 18:106–15