

# Les pères : de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) au retour à domicile

## Fathers: from Birth and Parenthood Preparation to the Return Home

K. Havasi

© Lavoisier SAS 2017

**Résumé** Au-delà d'un témoignage des pratiques, la trajectoire professionnelle d'une sage-femme de base illustre l'évolution des savoirs et des techniques au cours des trois décennies passées. L'intérêt progressif pour la place du père en obstétrique s'est appuyé sur la poussée des couples, puis sur l'intégration du conjoint aux différentes étapes de la grossesse. Sa présence en salle d'accouchement ne s'improvise pas et doit passer désormais par l'anticipation du rôle actif que ce futur père peut jouer auprès de sa compagne, d'une part, et dans l'accueil du nouveau-né, d'autre part. La préparation à la naissance en couple revêt une efficacité d'autant plus importante dans les situations de vulnérabilité paternelle et/ou maternelle. Dans ces cas, la collaboration étroite avec les acteurs de soins en santé mentale s'avère indispensable.

**Mots clés** Père · Sage-femme · Préparation à la naissance · Coordination · Vulnérabilité

**Abstract** Beyond a practice testimony, the professional experience of a basic midwife illustrates the evolution of the knowledge and the techniques used over the past three decades. The progressive interest in the role of the father in obstetrics was based on the increasing number of couples interested in coming together, then on the partner's integration in the various steps of the pregnancy. His presence in the delivery room can not be improvised and henceforth, must include the anticipation of the active part wherein the future father can play a role to support his partner on the one hand and to welcome the baby on the other hand. The birth preparation on the couple's part is all the more important as the father and/or the mother are vulnerable. In these cases, a close cooperation with the mental health doctors proves to be indispensable.

**Keywords** Father · Midwife · Birth preparation · Coordination · Vulnerability

### Introduction

En tant que sage-femme (SF) actuellement d'exercice libéral, ayant débuté comme étudiante en 1987, le parcours qui m'a menée à prendre en compte la place du père *à part entière* me paraît illustrer l'évolution des mentalités et des pratiques, au-delà de mon propre chemin.

Une remarque préalable s'impose : si le nombre de pères présents en salle de naissance peut servir d'indicateur, il reste imparfait. La vraie question est l'état d'esprit qui habite et entoure le couple puis le bébé, pour que ce moment soit fondateur dans la création des liens. Ce n'est pas toujours le cas. On l'entend dans les séances de rééducation du périnée qui, au-delà des aspects physiologiques, permettent de recueillir les malaises éprouvés et leur impact sur le couple et/ou sur la relation avec le bébé. Les pédopsychiatres nous font part de ce qu'ils entendent également lors des consultations de très jeunes enfants. Il s'agit donc, pour le futur père, le couple, d'entrer ensemble dans ce chemin périnatal dès que possible afin que le moment de la naissance se prépare au plus près des sentiments qui habitent les futurs parents.

Les publications restent rares sur ce travail « de l'ombre », difficile à mettre en grilles et en études comparatives, tant le contexte interpersonnel mais aussi interprofessionnel constitue une variable majeure. Et ce, d'autant plus lorsque se détectent les facteurs d'insécurité chez l'un des partenaires ou dans la famille. Pourtant, ces situations et leur évolution — mieux connue désormais grâce au retour des autres professionnels (PMI, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres) ou lors de l'analyse de dossiers complexes en interdisciplinarité — sont l'aiguillon qui nous pousse à avancer. En témoigne le taux de dépressions paternelles, estimé à 10 %, le plus souvent méconnues [1]. Le fruit d'une approche rigoureuse visant à rendre les parents « acteurs de la naissance » s'estime sur les conditions obstétricales au moment

---

K. Havasi (✉)  
Sage-femme libérale, 14, rue de la République, F-34000  
Montpellier, France  
e-mail : kinga.havasi@free.fr

de l'accouchement, sur le bien-être parental à chaque étape périnatale, in fine sur la qualité du développement global de l'enfant. Cela nécessite un changement profond dans la pratique « classique » de la SF et un contexte de collaboration interdisciplinaire. L'évolution est en cours, loin de se généraliser, et l'identification des mécanismes de changement dans la pratique de SF apparaît une étape préalable pour le débat, la stabilisation et la diffusion éventuelle de nouvelles recommandations.

### **Tournants, prises de conscience, nouveaux « outils »**

Depuis les années 1950–1970, les préparations psychoprophylactiques obstétricales permettaient aux SF de préparer les femmes à l'accouchement comme les obstétriciens le concevaient :

- exercices posturaux ;
- respiration ;
- temps de relaxation en fin de séance ;
- séances souvent en groupe, impersonnelles ;
- pères absents.

Quelques expériences de groupes de pères, animés par des SF, des psychologues, parfois des pédiatres, tentaient d'introduire dans la préparation la parole des hommes à distance de celle des femmes [2]. En 1990, la préparation à la naissance succède à la préparation psychoprophylactique. Aujourd'hui, nous parlons de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : c'est une injonction sociale, mais sans accompagnement généralisé...

Ce fut une longue période de maturation. Sortie de l'école de SF, je me suis retrouvée en salle d'accouchement à vérifier le bien-être des pères par leur couleur, en leur proposant un morceau de sucre au besoin, ce qui me laissait mal à l'aise et insatisfaite. Au bout de dix ans, je me suis installée en libéral, et j'ai proposé la PNP sans me sentir très outillée. Au cours de séances « classiques », j'informais les parents de ce qui allait se passer en salle de naissance. Et je redoutais leurs questions auxquelles je n'aurais pas de réponse, car travaillant seule et sans transmission significative avec le médecin également seul.

### **Apport de l'haptonomie**

Insatisfaite, je cherchais un « outil » pour rendre les futurs parents « acteurs », ne sachant comment aborder le père. En quête de formation, le hasard m'a menée vers l'haptonomie. L'utilisation de cette technique est une demande des couples, portée plus par les femmes, et ils viennent ensemble.

Je constate alors combien le toucher chargé d'affectivité favorise le lien du couple autour du fœtus, puis de l'enfant.

Ces séances m'ont permis de « toucher » les pères. En effet, jusqu'alors, on touchait le corps des femmes, et l'on restait très à distance des pères. Une vraie place se profilait pour le père. Peu à peu, l'aisance acquise avec les pères grâce à l'haptonomie a infiltré ma pratique dans tous les modes de préparation plus « classiques ». La présence du conjoint est devenue plus tard évidente pour les deux partenaires et s'est généralisée en PNP et en salle de naissance où sa place a pu s'anticiper.

### **Plan Périnatalité 2005**

Il a entraîné pour ma pratique un tournant décisif. J'accepte en 2006 le poste de SF coordinatrice en maternité privée (3 500 naissances) créé par l'ARS, à destination des femmes enceintes vulnérables sur le plan psychique. Ce poste s'inscrit dans la création d'un « pôle de prévention périnatale en santé mentale » (P3SM), incluant un temps de psychologue et de pédopsychiatre chacun en lien avec des psychiatres que j'ai vite pu contacter directement [3]. La gestion de la prise de psychotropes est le premier argument d'adresse par le médecin.

J'entre dans un autre monde : collaborations, formations, intervision. Je découvre la notion de parent et non seulement de conjoint, et par là de bébé en devenir. Au travers des rencontres avec les pédopsychiatres, je les entends s'intéresser à la manière dont les futurs grands-parents accueillent l'annonce d'une grossesse et au support affectif et matériel qu'ils apportent au couple. Ce fut une découverte. Mais quel est donc l'intérêt ? Jusqu'où doit-on aller ? N'allons-nous pas nous perdre ? De fait, j'ai intégré ces questions dans l'entretien prénatal précoce (EPP), visualisant l'importance de l'aspect transgénérationnel qui portera l'enfant à venir et, par là, la qualité de l'environnement autour de la famille en construction, source ou non de sécurité. Je ne crains plus que des problèmes surgissent lors des confidences, grâce à la disponibilité du pédopsychiatre ou du psychologue qui me permet de rester à ma place et, bien plus, de la creuser.

Le budget dévolu au P3SM incluait des formations interdisciplinaires. Nous nous retrouvons avec des acteurs dont j'ignorais pratiquement l'existence autour des femmes enceintes et encore moins les compétences et représentations mutuelles. Entendre une puéricultrice, un médecin traitant, un psychiatre développer sa compréhension d'une même situation m'a bousculée profondément. L'espace d'un instant, c'est comme s'ils étaient à ma place, leur pertinence me surprend, je ne suis plus au centre, mais m'enrichis de manière surprenante. À partir des situations incluant des facteurs de vulnérabilité majeurs, j'éprouve une légèreté neuve. Les séances de reprise de dossiers avec le pédopsychiatre me permettent d'éprouver ce qu'apporte le fait de ne plus penser seule. Le contenu objectif des informations fait place à la diversité des points de vue, et je pénètre dans la complexité

qui m'effrayait jusqu'alors. Ce sera la base de mon rôle de coordination. Les pédiatres — que j'ignorais jusqu'alors malgré leur présence dans l'établissement — m'aident à identifier les besoins des parents au sein de la maternité, eux-mêmes interrogeant leurs inquiétudes éventuelles en consultation anténatale.

Dans les situations à haut risque émotionnel — tant pour les parents que pour les professionnels —, le pédopsychiatre m'aide à identifier la manière dont il faut organiser la prise en charge, laquelle est parfois complexe par le nombre d'intervenants à relier étroitement. Mon objectif devient : s'assurer que chacun, qu'il soit futur parent ou soignant, se sente en sécurité dans un ensemble diversifié à l'extrême. Et surtout que ce « réseau personnalisé » garde une parfaite lisibilité pour tous, les parents restant au centre de l'action qui s'ajuste à leur propre évolution somatique et psychoémotionnelle.

Peu à peu, ma manière de mener les EPP change du tout au tout : je peux me laisser guider par les questions et les mouvements émotionnels de la femme enceinte, tout en gardant en tête un large chemin à baliser. Le changement est extraordinaire chez mon interlocutrice dès que je m'autorise à accueillir les souhaits, les questions et les inquiétudes. Je me permettrais d'appeler très vite, dans les 24 heures, mon collègue spécialiste si un entretien difficile ou très chargé m'envahissait.

Je prends progressivement l'habitude de travailler avec tous les partenaires de la patiente, à partir de quoi s'opère un changement dans l'accompagnement corporel des parents qui est devenu à ce jour mon outil indispensable.

Il devient impossible de ne pas faire un parallèle entre le fait de travailler en séance PNP à trois — mère, père, bébé — et l'expérience de travailler à plusieurs autour d'une même famille en devenir. La relation duelle femme-SF paraissait plus confortable, mais en l'ouvrant, j'ai découvert un autre type de confort et surtout de gratification : un changement complet de paradigme, une nouvelle forme d'intelligence. Je réalise qu'une forte confiance mutuelle n'est pas une garantie de lucidité sur les facteurs de fragilité. C'est dans l'échange avec un ou plusieurs acteurs de soins à des places différentes que se perçoivent les failles chez la femme elle-même, chez le père, au sein de la famille. Nous comprenons mieux actuellement l'absence trop fréquente de dépistage du risque de dépression parentale, d'une maltraitance ou d'un trouble du développement chez le jeune enfant.

## Illustrations cliniques

Trois exemples, que l'on peut qualifier d'extrêmes par les questions techniques qu'ils me posèrent concernant la place du père — ou d'un tiers —, permettront d'affiner les mouvements qui s'observent dans les modalités d'échange au

sein du couple et vis-à-vis du futur enfant, en même temps qu'évolue la place de la SF.

### Premier cas : un père vulnérable porteur de handicap

Je reçois un couple pour l'EPP à quatre mois de grossesse. Elle souffre de surdité et lui, de surdimutité. Il a fallu se passer des mots et se servir uniquement du corps ; un poupon, un utérus en tissu... Je sentais que cet homme avait très peu de connaissances concernant le domaine médical. Il m'apparaissait dans un grand isolement, une fermeture et une raideur corporelle.

J'ai utilisé les mots de la mère à travers le langage des signes, et ce fut comme un jeu de mime. J'allais jusqu'à lui faire vivre des contractions en le pinçant et en le faisant respirer comme pour un accouchement. Comme j'étais familière des mots et des écrits, cet accompagnement m'a obligée à inventer. Nous avons visité la salle d'accouchement, en mimant les pieds dans les étriers, les poussées, et ainsi figuré la place que le père pourrait prendre.

Le moment le plus fort dans notre travail mutuel s'est situé après la naissance : le père m'enlace dans un élan, me présente son bébé. Son corps n'était plus le même : le tonus avait changé pour la première fois. Un tel contact corps à corps m'émeut encore et m'a profondément marquée. J'ai éprouvé comment nos propres émotions nous rendent plus présents à celles des parents. Ce fut une avancée significative dans ma pratique.

### Deuxième cas : un père absent

Une jeune femme vient seule pour l'EPP. À ma question sur le futur père, elle m'annonce un divorce en cours. J'évoque avec elle la possibilité d'une présence de cet homme en salle de naissance. Qu'en pense-t-elle ? Elle se montre très ouverte à cette proposition et l'invite aux séances de PNP. Il est venu régulièrement. Nous prenions soin de l'attendre malgré des retards dus à son métier de chauffeur poids lourd. L'enfant à venir prenait place entre eux deux. Il l'a accueilli au moment de la naissance et a même proposé à la mère de l'aider au domicile le premier mois, ce qui lui a permis de nouer un vrai lien avec le nouveau-né. Celui-ci, revu plus tard, m'a paru serein, et une pensée m'a traversée : *il a été bien accompagné*. Le couple divorcera, mais il me reste l'impression que chacun a pris sa place sans conflit.

### Troisième cas : « Je veux abandonner mon enfant »

Une très jeune femme vient sur les conseils d'une amie avec cette affirmation : « Je veux abandonner mon enfant. » Lors de l'EPP, j'apprends qu'elle-même a été abandonnée, et je sens une grande souffrance.

Je l'adresse à la SF de coordination du lieu d'accouchement, qui s'occupera des aspects administratifs et de son accueil en maternité lors de la naissance. Je lui propose qu'une personne de confiance l'accompagne. Elle réfléchit et désigne sa mère adoptive.

Les premières séances sont difficiles pour moi : elle ne touche pas son ventre, ne veut rien entendre ni rien voir. Les séances posturales la soulagent ainsi que les étirements. Sa mère va peu à peu l'aider à toucher son ventre. Le monitoring est possible dès la quatrième séance. Elle entend les bruits du cœur de son enfant. Les choses se construisent pas à pas...

Lors de la sixième séance, elle me dit qu'elle veut garder l'enfant. Sa mère la soutient, elle ne se sent plus seule, mais reliée à une figure de protection.

La future grand-mère ne remplace pas le père ; elle permet par sa présence tierce, respectueuse de la décision de sa fille, que celle-ci ne se replie pas sur une répétition renforçant un passé douloureux, mais au contraire ouvre le chemin d'une filiation créatrice. Si je l'avais reçue seule, je suis convaincue qu'elle aurait confié l'enfant. De mon côté, je suis restée parfaitement neutre sur sa décision, je l'aidais juste à mettre cet enfant au monde. Cette histoire particulière m'a permis de mieux saisir la fonction de tiers habituellement occupée par le père de l'enfant.

## Discussion

Ainsi, plusieurs changements ont transformé la pratique de la SF. Aujourd'hui, l'EPP représente une formidable évolution et permet d'aborder la PNP autrement. Il s'agit d'une rencontre, d'un vrai dialogue où chacun apporte ce qui lui vient à ce moment-là, sans s'enfermer dans une grille de questions. Les femmes sont parfois étonnées d'évoquer un antécédent d'IVG à l'adolescence, dont elles n'imaginaient pas la résonance encore actuelle. Les sentiments surgissent dans la confiance établie.

La médiation corporelle en PNP permet aux femmes et aux couples d'éprouver le lien qui se construit à trois par le biais des sensations physiques et des émotions partagées. Le père découvre les bienfaits des étirements et des massages qui soulagent la mère de son propre inconfort. Il se trouve déjà acteur, engagé auprès de sa femme en même temps qu'auprès du bébé. Cet élément prend tout son sens dans la prévention des difficultés que peuvent rencontrer certains couples ultérieurement : équilibrer une relation à trois sans que l'un se sente exclu.

Du coup, le couple devient autonome et « compétent » autour de l'enfant, et la présence du conjoint modifie positivement les sensations fœtales qu'éprouve sa compagne, hors de l'image échographique. Les femmes en témoignent : de

sensations floues, voire désagréables, elles passent à une vraie perception chargée d'émotions partagées.

Dans cette évolution, la SF n'est alors qu'un relais permettant aux futurs parents d'éprouver qu'ils *savent* par eux-mêmes et qu'ils construisent ensemble le chemin vers leur nouvelle place. Le deuxième cas clinique montre comment un homme et une femme en train de se séparer peuvent être parents dans la séance de préparation, quel que soit le devenir conjugal.

Il est certain que de nombreux couples construisent eux-mêmes, hors d'une présence tierce, le chemin de la parentalité. Cependant, le changement est tel qu'il mérite d'être accompagné, ce qu'ils demandent.

Dans les situations de vulnérabilité psychique, l'approche corporelle de la SF devient un support primordial. Les sensations nouvelles sont multipliées. La découverte de tous ces changements — mobilité, souffle, prise de poids, modification de la zone utérine, de la taille de la poitrine — offre une sorte de socle avant de creuser les difficultés psychologiques. « *Je suis enceinte* » n'est plus seulement une annonce chargée d'inquiétudes, mais un sentiment intérieur reliant les perceptions et les affects dans une relation sécurisante. L'accès aux éléments d'insécurité peut s'engager avec les partenaires, notamment du champ « psy », dont le retour validera le bien-fondé du travail entrepris. C'est pourquoi les pédopsychiatres orientent rapidement vers une SF dans ce type de pratique, avec l'accord du médecin si celui-ci ne l'a pas encore proposé, au vu des effets mobilisateurs que la parole n'atteint pas dans un premier temps. Les effets constatés auprès de ces femmes envahies d'angoisses et de doutes permettent au cours des interventions d'entrer dans la complexité psychique, en creusant la place de SF, et d'ouvrir, dans un deuxième temps, l'accès aux nœuds psychiques pressentis, mais non encore exprimés.

Il devient aisé d'introduire progressivement les professionnels qui organiseront l'étyage postnatal. On peut faire l'hypothèse que la diversification des rôles, tout en s'articulant étroitement, aide la femme mais aussi son conjoint à sortir de la confusion amenée par les premiers bouleversements psychiques chez la future mère, dans le couple, parfois le père, souvent provoqués par une histoire personnelle douloureuse. Les diverses facettes de la situation s'éclairent dans la succession des rencontres. L'expérience montre qu'une relation unique entre un professionnel et une femme enceinte, surtout dans les cas de désordre intérieur, ne suffit pas à identifier le malaise et encore moins à en évaluer la gravité. La bienveillance ne suffit pas, loin de là. L'ouverture à d'autres acteurs permet aussi de limiter la relation de dépendance qui pourrait s'installer avec la SF « si gentille », mais qui doit disparaître à un moment.

Dans les cas de dépression ou d'angoisse majeure chez une femme enceinte/mère, la prise en compte du père devient essentielle, ce qui n'était pas le cas jusqu'à récemment.

Comment tient-il le coup ? Comprend-il ce qui se passe chez sa compagne ? Comment va-t-il s'organiser face au bébé ou des enfants déjà là ? De quels supports dispose-t-il ou non ? Ces questions, posées d'emblée, faciliteront grandement le projet de naissance puis de sortie, tout en rassurant le réseau d'aval trop peu préparé dans le passé à intervenir auprès d'une famille en grande difficulté. En même temps, il facilitera l'orientation vers les acteurs du champ médicosocial, dont l'action intégrera plus aisément l'avis et les demandes propres du père.

## Conclusion

Peu à peu, en nous appuyant systématiquement sur les pères avec des gestes appropriés aux besoins des mères, nous découvrons que ces pères ont un savoir intuitif qu'ils ignorent, comme si la mise en situation laissait émerger des intuitions enfouies. Cela demande au professionnel la plus grande réserve verbale. Nous avons appris que les conseils n'étaient captés que si les parents s'étaient eux-mêmes sentis accueillis et entendus. Un tel accompagnement tout au long de la grossesse n'a de sens que s'il permet à la femme de consolider ou de retrouver une confiance qui passe par le corps, avec les résultats obstétricaux que l'on connaît, et au couple de se sentir parents l'un et l'autre, ensemble ou séparés dans la vie. On assiste à une intrication des trois niveaux : sensorialité, émotion, histoire du couple. Les modifications observées chez la femme enceinte dans ce contexte surprennent à chaque fois. Cela n'exclut pas la possibilité d'entretiens singuliers selon la situation.

La présence professionnelle périnatale fait de cette période un moment de prévention à plusieurs niveaux, à

condition que se relie de manière significative les trois champs concernés — médical, psychologique et social — sur le terrain et dans l'élaboration des recommandations professionnelles. Si les visites du postpartum et les séances de rééducation du périnée offrent un retour sur la pratique périnatale, celui des intervenants de l'aval s'avère indispensable, l'enjeu final étant la qualité du développement de l'enfant [4]. Nous en étions encore loin dans les décennies précédentes.

Engagée ainsi, la SF a clairement changé de métier ou plutôt élargi considérablement son mode d'exercice, ce qui n'exclut pas les compétences médicales selon les cas et les contextes. Introduire une ou plusieurs SF à des places différentes, ou offrant des techniques différentes, prend là tout son sens dans les situations complexes, à condition d'une étroite coordination.

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

## Références

1. Gentile S, Fusco ML (2017) Untreated perinatal paternal depression: effects of offsprings. *Psychiatry Res* 252: 325–32
2. 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
3. Kojayan R, Lévy G, Havasi K, Molénat F (2016) Grossesse et souffrance psychique : manuel de nouvelles pratiques. Sauramps médical
4. Molénat F (2015) Impact of the perinatal environment on the child's development: implications for prevention policies. *Adv Neurobiol* 10:409–24