

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le trouble de stress post-traumatique chez les pères
au décours d'un accouchement : étude de cas cliniques**

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre 2020 à 18 heures
Au Pôle Recherche

Par Nelly BASSEUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation
aux opinions émises dans les thèses. Celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

DDE : Délai Décision Extraction

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TSA : Trouble de Stress Aigu

Table des matières

RESUME	15
INTRODUCTION	17
PARTIE THEORIQUE	20
I/ L'ACCOUCHEMENT	20
A/ Historique de l'accouchement	20
1/ Les personnes présentes.....	20
2/ Le lieu de l'accouchement	21
3/ Evolution de la prise en compte de la douleur	21
B/ L'accouchement eutocique	22
C/ L'accouchement dystocique.....	23
1/ Définition.....	23
2/ Les différents types.....	23
II/ LA PLACE DU PERE	24
A/ La représentation du père au fil du temps.....	24
B/ La place du père lors de l'accouchement.....	24
C/ Le cas particulier de la présence du père dans un contexte de césarienne.....	26
D/ Avantages et inconvénients supposés de la présence du père lors de l'accouchement	26
III/ LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	27
A/ Définition.....	27
1/ Un événement traumatique.....	27
2/ Les troubles immédiats brefs	28
a/ La réaction de stress adapté	29
b/ La réaction de stress inadapté	30

c/ La détresse péri-traumatique.....	30
d/ La dissociation péri-traumatique.....	32
B/ L'état de stress aigu	33
1/ Apparition du trouble de stress aigu dans le DSM et objectifs	33
2/ Critères diagnostiques de l'état de stress aigu	33
C/ Le trouble de stress post-traumatique.....	38
1/ Apparition du TSPT dans le DSM	38
2/ Prévalence du TSPT.....	38
3/ Définition clinique.....	39
4/ Critères diagnostiques	40
5/ Les facteurs de risque de TSPT	45
D/ TSPT et accouchement	46
1/ L'accouchement comme événement traumatique	46
2/ Les études spécifiques sur l'accouchement.....	47
a/ L'accouchement comme événement traumatique et développement d'un TSPT du post-partum chez les mères.....	47
b/ Prévalence du TSPT du post-partum chez les femmes	48
c/ Le cas spécifique de la césarienne.....	48
3/ Les facteurs de risque de TSPT en lien avec la période de périnatalité	48
a/ Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement	48
b/ Les facteurs de risque relatifs à l'accouchement.....	49
c/ Les facteurs de risque après l'accouchement	49
d/ Intérêt de reconnaître ces facteurs de risque	50
4/ Spécificité de la clinique dans ce contexte.....	50
5/ Concernant le TSPT chez les pères	51
a/ Les études sur les expériences des pères au décours de l'accouchement...	52

a1/ L'étude de Daniels et al. (avril 2020)	52
a1.1/ La compréhension par les pères de leur expérience lors de la naissance	52
a1.1.1/ « Rien ne peut vraiment vous y préparer »	52
a1.1.2/ « Un simple passager »	53
a1.1.3/ « Pas à propos de moi »	53
a1.1.4/ Soutien du personnel	53
a1.2/ La vie après le traumatisme à la naissance	54
a1.2.1/ Perception de la virilité après la naissance	54
a1.2.2/ Incapacité à être heureux	54
a1.2.3/ Impact sur les relations	55
a2/ L'étude de Inglis et al. (2016).....	55
a2.1/ Le territoire inconnu	55
a2.1.1/ Ne pas être préparé	56
a2.1.2/ Perte de contrôle	56
a2.1.3/ Ne pas savoir	56
a2.2/ Les conséquences	56
a2.2.1/ L'impact	56
a2.2.2/ Passer outre	57
a3/ L'étude d'Etheridge et al.	57
a4/ Revue de la littérature de Hanson et al.....	57
a5/ L'étude de Johansson et al.....	58
b/ Les études sur le soutien social perçu par les pères.....	58
b1/ L'étude de Daniels et al. (avril 2020)	58
b1.1/ Soutien prénatal	59
b1.2/ Soutien à la naissance	59

b1.3/ Soutien postnatal	59
b2/ L'étude de Inglis et al. (2016).....	60
b3/ L'étude de Vallin et al.	61
c/ Les études sur la clinique du psychotraumatisme chez les pères au décours d'un accouchement	61
c1/ L'étude de Bradley et al.	61
c2/ L'étude de ME Van Steijn et al.....	62
c3/ L'étude de Stramrood et al.....	63
c4/ L'étude de Loewenstein et al.	63
PARTIE CLINIQUE	65
I/ CAS CLINIQUE 1 : LA CESARIENNE EN URGENCE	65
A/ Cas clinique 1	65
B/ Sémiologie du cas clinique 1.....	67
1/ Les signes d'activation neuro végétatifs faisant partie des signes physiques d'un stress adapté ou inadapté : sueurs, tachycardie, lipothymie.....	67
2/ Les signes de détresse péri-traumatique :.....	67
a/ Sentiment de peur pour les autres et sentiment de solitude.....	67
b/ Sentiment de colère, frustration.....	67
c/ Perte de contrôle, sentiment d'incapacité.....	67
3/ Etat de stress aigu : hypervigilance et réaction de sursaut exagérée	67
4/ Dissociation péri-traumatique	67
II/ CAS CLINIQUE 2 : CESARIENNE EN URGENCE	68
A/ Cas clinique 2	68
B/ Sémiologie cas clinique 2.....	69
1/ Détresse péri-traumatique	69

a/ Sentiment d'incompréhension, perte de contrôle, incapacité de comprendre et d'exprimer ce qu'on ressent, sidération	69
b/ Sentiment de solitude	69
c/ Sentiment d'impuissance et de culpabilité	69
2/ Dissociation péri-traumatique	69
a/ Tunnelage	69
b/ Ralentissement temporel, dépersonnalisation.....	69
III/ CAS CLINIQUE 3 : CESARIENNE EN URGENCE	70
A/ Cas clinique 3	70
B/ Sémiologie cas clinique 3.....	71
1/ Détresse péri-traumatique	71
a/ Sentiment de solitude et d'impuissance	71
b/ Sentiment de peur intense et confrontation à un événement à caractère violent et inattendu	71
2/ Signes d'activation neuro végétatifs : tachypsychie	71
IV/ CAS CLINIQUE 4 : CESARIENNE EN URGENCE	71
A/ Cas clinique 4	71
B/ Sémiologie cas clinique 4 : dissociation péri-traumatique	72
V/ CAS CLINIQUE 5 : CESARIENNE NON URGENTE	72
A/ Cas clinique 5	72
B/ Sémiologie cas clinique 5.....	73
1/ Détresse péri-traumatique	73
a/ Sentiment d'incompréhension, d'incapacité, d'inutilité	73
b/ Agitation improductive, incessante, incohérente	73
c/ Sidération	73
2/ Dissociation péri-traumatique : dépersonnalisation.....	74

3/ Etat de stress aigu : reviviscence.....	74
VI/ CAS CLINIQUE 6 : DECHIRURE COMPLETE NON COMPLIQUEE	74
A/ Cas clinique 6	74
B/ Sémiologie cas clinique 6.....	75
1/ Détresse péri-traumatique : sidération.....	75
2/ Etat de stress aigu	75
a/ Flash-backs	75
b/ Souvenirs envahissants, répétitifs, involontaires et sentiment intense de détresse psychique à l'exposition à des indices externes	75
c/ Evitement	76
d/ Humeur négative et sentiment de culpabilité.....	76
VII/ CAS CLINIQUE 7 : ACCOUCHEMENT INSTRUMENTALISE	76
A/ Cas clinique 7	76
B/ Sémiologie cas clinique 7.....	76
1/ Détresse péri-traumatique	76
a/ Sentiment d'impuissance et de culpabilité.....	76
b/ Confrontation à la douleur de l'autre, sentiment d'horreur, perte de contrôle	77
c/ Sidération	77
2/ Signes d'activation neuro végétatifs : tremblements, sueurs, tachycardie	77
3/ Dissociation péri-traumatique : altération de l'écoulement du temps et dépersonnalisation.....	77
VIII/ CAS CLINIQUE 8 : ACCOUCHEMENT INSTRUMENTALISE	77
A/ Cas clinique 8	77
B/ Sémiologie cas clinique 8.....	78
1/ Détresse péri-traumatique	78
a/ Sentiment d'impuissance, confrontation à une souffrance extrême	78

b/ Sentiment d'incompréhension	78
2/ Dissociation péri-traumatique : déréalisation	78
IX/ CAS CLINIQUE 9 : MORT FŒTALE IN UTERO	78
A/ Cas clinique 9	78
B/ Sémiologie cas clinique 9.....	79
1/ Détresse péri-traumatique : sidération	79
2/ Etat de stress aigu : rêves répétitifs provoquant un sentiment détresse en lien avec l'événement traumatique, réaction de sursaut exagérée	79
X/ CAS CLINIQUE 10 : DECES MATERNEL	79
A/ Cas clinique 10	79
B/ Sémiologie cas clinique 10.....	80
1/ Signes d'activation neuro végétatifs.....	80
2/ Etat de stress aigu : souvenirs répétitifs, involontaires, envahissants.....	80
3/ Détresse péri-traumatique	80
a/ Sentiment d'incompréhension	80
b/ Agitation improductive avec déambulation incessante et incohérente	80
XI/ CAS CLINIQUE 11 : ACCOUCHEMENT INOPINE A LA MAISON	81
A/ Cas clinique 11	81
B/ Sémiologie cas clinique 11.....	81
1/ Etat de stress aigu	81
a/ Syndrome d'éveil.....	81
b/ Syndrome envahissant : souvenirs répétitifs, envahissants, involontaires	82
c/ Syndrome d'évitement.....	82
d/ Sentiment de culpabilité, humeur négative.....	82
2/ Signes d'activation neuro-végétatifs	82
3/ Détresse péri-traumatique	82

a/ Sentiment de solitude	82
b/ Action automatique.....	82
XII/ CAS CLINIQUE 12 : DOULEURS	83
A/ Cas clinique 12	83
B/ Sémiologie cas clinique 12.....	83
1/ Dissociation péri-traumatique : altération écoulement du temps et dépersonnalisation.....	83
2/ Confrontation à la douleur.....	83
3/ Signes d'activation neuvo-végétatifs.....	83
4/ Détresse péri-traumatique	84
a/ Sentiment d'incompréhension	84
b/ Sentiment d'inutilité, d'incapacité et perte de contrôle.....	84
c/ Sentiment de solitude	84
XIII/ CAS CLINIQUE 13 : DOULEURS	84
A/ Cas clinique 13	84
B/ Sémiologie cas clinique 13.....	84
1/ Confrontation à la douleur.....	84
2/ Détresse péri-traumatique : sentiment d'inutilité, solitude, impuissance, frustration.....	85
XIV/ CAS CLINIQUE 14 : LA VUE DU PLACENTA.....	85
A/ Cas clinique 14	85
B/ Sémiologie cas clinique 14.....	85
1/ Etat de stress aigu : souvenirs répétitifs et envahissants.....	85
2/ Détresse péri-traumatique : sidération	85
XV/ CAS CLINIQUE 15 : HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE	86
A/ Cas clinique 15	86

B/ Sémiologie cas clinique 15.....	86
1/ Sentiment de solitude	86
2/ Détresse péri-traumatique : action automatique	86
DISCUSSION	87
I/ L'ACCOUCHEMENT COMME EVENEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE POUR LES PERES	87
A/ D'après la définition d'un événement traumatique	87
1/ La confrontation du père à la douleur de sa partenaire.....	88
2/ La perception de la menace de mort.....	89
B/ La clinique du psychotraumatisme	90
1/ La détresse péri-traumatique	90
a/ Le sentiment de solitude	90
b/ Le sentiment d'impuissance	90
c/ Le sentiment de perte de contrôle	91
d/ La sidération.....	93
e/ L'action automatique	93
f/ L'agitation.....	93
2/ La dissociation péri-traumatique	94
a/ La déréalisation	94
b/ La dépersonnalisation	94
c/ Le tunnelage.....	95
3/ L'état de stress aigu.....	96
a/ Les symptômes envahissants	96
b/ L'humeur négative.....	96
c/ Les symptômes d'évitement	97
d/ Les symptômes d'hyperéveil	97

II/ LES FACTEURS DE RISQUE PREDICTIFS DE TSPT COMMUNS CHEZ LA MERE ET LE PERE	98
A/ La douleur pendant l'accouchement	99
B/ Le manque de soutien et de communication avec l'équipe soignante	99
1/ Le manque d'information	99
a/ La césarienne en urgence	100
a1/ La séparation physique.....	100
a2/ L'incompréhension du jargon médical	101
a3/ La difficulté à demander de l'aider pendant l'urgence.....	102
b/ La réanimation du nouveau-né.....	102
2/ Le manque de préparation.....	103
a/ Le manque de préparation aux accouchements compliqués	103
b/ Les cours de préparation à la naissance.....	104
3/ L'importance du soutien et d'une meilleure communication entre l'équipe et les pères.....	105
C/ Le sentiment d'impuissance.....	105
D/ Le niveau de médicalisation de l'accouchement.....	105
E/ La dissociation péri-traumatique	107
III/ REPERER LE TSPT DU POST-PARTUM	107
A/ La difficulté à demander de l'aide	107
B/ La consultation post-natale	109
CONCLUSION	111
BIBLIOGRAPHIE	114

RESUME

Partie théorique : L'accouchement est considéré comme un événement potentiellement traumatique chez la mère. L'étude de Soet et al. met en avant que 34% des participantes percevaient leur expérience d'accouchement comme traumatisante. D'après Elmir et al. 1 à 6% des femmes développent un trouble de stress post-traumatique après l'accouchement. Ce risque est d'autant plus important quand l'accouchement ne se passe pas de façon physiologique, ou lors d'une situation d'urgence. Concernant le père, peu d'études existent. Pourtant, il est à présent invité à assister et à participer à l'accouchement, ce qui le rend témoin de cet événement. D'après la définition, le père pourrait donc être également sujet de développer un TSPT au décours de l'accouchement.

Cas clinique : A travers les différents cas cliniques, nous pouvons remarquer que certains pères décrivent des symptômes de détresse et de dissociation péri-traumatique qui sont des facteurs de risque de TSPT. Durant l'accouchement, les pères sont témoins de la douleur que peut éprouver leur partenaire et ressentent un sentiment d'impuissance qui fait partie de la clinique du psychotraumatisme.

Discussion : Les soignants semblent peu communiquer avec les pères. Ce manque d'information et de préparation peut être un facteur de risque de TSPT. Les pères décrivent un sentiment de solitude, un manque de reconnaissance et d'implication lors de l'accouchement. De plus, l'accouchement est perçu comme un événement heureux dans la société et il est donc difficile de s'en plaindre, ce qui complique l'accès aux soins.

Conclusion : L'accouchement est considéré comme un événement traumatique. Les pères présents lors de cet événement sont confrontés à la douleur de leur partenaire ou à la perception de la menace de mort lors d'accouchements compliqués. Ils peuvent, comme nous l'avons vu dans les cas cliniques, présenter une détresse et/ou une

dissociation péri-traumatique connues pour être des facteurs de risque de TSPT. D'autres facteurs de risque sont présents, comme le manque de soutien social, le manque de communication entre l'équipe et le père. Il serait intéressant d'aborder le risque de TSPT lors des cours de préparation la naissance et de repérer ce trouble lors de la consultation post natale.

INTRODUCTION

Décrit comme « le plus beau jour de la vie » par certains parents ou encore comme un moment douloureux voire violent ou de souffrance extrême, l'accouchement est un moment particulier dans la vie d'un individu, d'un couple, d'une famille. Il est également l'aboutissement des 9 mois de grossesse durant lesquels le couple a pu se préparer à l'événement. Néanmoins, des complications maternelles ou fœtales peuvent survenir de façon imprévisible et donner lieu à des situations d'extrême urgence où le pronostic vital de la mère et/ou le nouveau-né est engagé. L'accouchement et le post-partum sont des périodes de grande vulnérabilité durant lesquelles des remaniements psychiques et physiques s'opèrent. Dans ce contexte des équipes de périnatalité interviennent dans les maternités afin de rencontrer les personnes ayant besoin d'un accompagnement. Leurs missions consistent à repérer les situations à risque, à dépister, à informer et à accompagner les parents et leur bébé dans le but de proposer une prise en charge adaptée à tous. Ils peuvent intervenir en amont et en aval de la naissance de manière continue. Ils favorisent les collaborations entre les différents professionnels par un travail en réseau (1).

L'accouchement est une situation qui peut paraître banale. Même s'il se déroule sans complication, il est connu pour être une situation génératrice d'anxiété et de stress. Chez certaines personnes il peut générer un sentiment de peur intense, d'impuissance, de mort imminente ou d'horreur. C'est dans les années 1970 que l'accouchement a été reconnu comme événement potentiellement traumatique suite à la constatation des symptômes de TSPT chez les mères (2).

Le trouble de stress post-traumatique est une conséquence psychologique fréquente et invalidante qui peut faire souffrir un sujet confronté à des événements potentiellement traumatiques.

Un événement traumatique constitue une menace pour la vie, pour l'intégrité physique et/ou psychique d'une personne ou d'un groupe de personnes (3). Cet événement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte (3). Tout événement violemment perçu peut perturber l'équilibre psychique mais on parle d'événement traumatique lorsque la confrontation brutale à la mort ou ses « équivalents » est éprouvée avec une impression subjective de détresse péri-traumatique caractérisée par des émotions négatives de peur, d'impuissance, de dégoût et/ou d'horreur (4).

D'après L. Crocq, le traumatisme psychique ou trauma est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur (5).

L'accouchement est considéré comme un événement potentiellement traumatique chez la mère. Il existe un grand nombre d'études sur la prévalence, les causes et les effets du traumatisme lié à l'accouchement sur les mères (6). L'étude de Soet et al. en 2003 (7) a mis en avant que 34 % des participantes percevaient leur expérience d'accouchement comme traumatisante. D'après les auteurs Elmir et al. (8) 1 à 6 % des femmes développent un trouble du stress post-traumatique après l'accouchement. Ce risque semble d'autant plus important quand l'accouchement ne se passe pas de façon physiologique, ou lors d'une situation d'urgence.

D'après la définition de ce qu'est un événement potentiellement traumatique, on peut s'interroger sur le risque qu'un père puisse développer un TSPT dans un contexte d'accouchement.

La place du père durant cette période a évolué au fil du temps. Auparavant exclu des salles de naissance, il est à présent invité à assister et à être un acteur à part entière. Sa place

semble encore aujourd'hui particulière notamment dans le cadre des interventions d'urgence où il ne peut être présent et se retrouve seul dans la majorité des cas. Il n'y a que très peu d'études dans la littérature concernant le TSPT chez les pères. Les auteurs mettent en avant que la recherche future utilise un élément qualitatif pour comprendre les expériences des pères après un accouchement traumatique (6). L'étude de Bradley et al. en 2008 (9) montre que 6.6 % des pères avaient une anxiété significative et 3 % des pères ont signalé un nombre important de symptômes de stress post-traumatique.

Nous pouvons nous poser la question suivante : en quoi les pères sont-ils susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique au décours d'un accouchement ?

Nous allons dans un premier temps faire un point théorique sur l'accouchement, la représentation du père dans la société et le trouble de stress post-traumatique. Dans un second temps, des cas cliniques concernant le TSPT chez les pères permettront d'illustrer notre propos. Enfin une discussion autour du vécu des pères pendant l'accouchement, événement potentiellement traumatique, permettra une réflexion sur ce sujet en émergence.

PARTIE THEORIQUE

I/ L'accouchement

A/ Historique de l'accouchement

1/ Les personnes présentes

L'accouchement était auparavant géré par les femmes. Les sages-femmes accompagnent les naissances depuis le XVII^e siècle. Elles sont aussi appelées « femmes qui aident », « ventrières », « matrones » (10).

A cette époque, l'accouchement est décrit comme un acte violent, douloureux, où le risque de décès maternel ou foetal était estimé, selon les mémoires d'autrefois, entre 5 à 10%.

L'environnement est strictement féminin, plusieurs femmes sont présentes. Les hommes, par « décence » n'y assistent pas. L'apparition progressive des chirurgiens accoucheurs est un tournant, aux XVII^e et XVIII^e siècle. Ils apportent gestes techniques et instruments afin de faciliter l'accouchement et réduire le risque de décès. D'après H. Gutierrez et J. Houdaille (11) le risque de mourir en couche est divisé par 70 entre le XVIII^e siècle et l'époque actuelle. Ils notent qu'il était aisé de concevoir que l'accouchement à cette époque, au vu du taux de décès important, engendrait une crainte pour les femmes. Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant le vécu des pères alors même que le risque de mourir en couche était majeur. On peut s'interroger sur la façon dont les pères vivaient l'accouchement à cette époque.

Il est précisé dans le livre de Y. Knibiehler intitulé « Les pères aussi ont une histoire » (12) que le père pouvait être parfois appelé pour aider à un accouchement difficile car il

disposait de techniques de vèlage. Sinon les seules personnes masculines présentes lors de l'accouchement étaient les chirurgiens.

Selon M-F Morel dans son article « Naître en France aujourd'hui » (13), le XIX^e siècle est marqué par la médicalisation de l'accouchement avec l'apparition de l'hygiène et des performances médicales qui ont permis de diminuer le taux de mortalité en couche.

2/ Le lieu de l'accouchement

Du domicile familial, entouré des personnes du village, nous sommes passés à l'accouchement à l'hôpital. Cela a débuté au XX^e siècle, là où les classes populaires étaient mal logées (10).

Pendant la période de l'entre-deux-guerres, les accouchements se passaient aussi bien à l'hôpital qu'à domicile mais à partir de 1952, la majorité des accouchements a lieu en milieu hospitalier (13).

En effet, Knibiehler explique dans son ouvrage sur les femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle (14) que les femmes sont incitées depuis les années 1950 à aller accoucher dans les maternités, malgré le bilan mitigé de l'obstétrique hospitalière.

3/ Evolution de la prise en compte de la douleur

L'accouchement est un acte violent et douloureux. C'est pourquoi le Dr Lamaze invente une préparation physique et mentale afin d'aider les femmes à mieux gérer l'accouchement, comme nous l'explique Y. Knibiehler dans son livre « Marianne Caron-Leulliez et Jocelyne George, L'accouchement sans douleur, Histoire d'une révolution oubliée » (15). Le but de cette méthode est de diminuer l'anxiété et la douleur de l'accouchement.

Il existe également la méthode Bonapace (16) dont le but est de favoriser un accouchement naturel en limitant les interventions médicales et en invitant le père à participer et à développer des connaissances dans la gestion du stress et de la douleur de sa conjointe. Cette méthode permettrait de diminuer de 50% l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur de l'accouchement comparé aux cours prénataux traditionnels (17).

A partir des années 1980, la péridurale est un moyen efficace de réduire les douleurs pour la femme, et de rendre le travail des soignant(e)s plus serein, ceux-ci n'étant plus témoins des cris provoqués par l'accouchement (10).

B/ L'accouchement eutocique

Selon la définition de l'HAS (18), un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant. L'accouchement eutocique se déroule en général en salle de naissance aussi nommée salle de travail ou d'accouchement. Du personnel médical spécialisé est présent afin d'accompagner les femmes enceintes et le couple. Les risques sont évalués régulièrement afin d'adapter la prise en charge. Cela implique qu'à tout moment, un accouchement qui se déroule avec de faibles risques peut basculer vers une situation plus inquiétante.

C/ L'accouchement dystocique

1/ Définition

Selon le Consensus statement from the Maternity Care Working Party anglais (2007) (19) les critères d'exclusion d'un accouchement normal sont une induction du travail (recours à l'ocytocine, rupture artificielle des membranes), une anesthésie épidurale, spinale ou générale, le recours à des forceps ou une ventouse, une césarienne, une épisiotomie.

L'HAS définit les grossesses selon un risque : bas ou haut risque obstétrical, fœtal ou maternel (20). Plus le risque est haut, plus la naissance doit être médicalisée dans une maternité adaptée au terme de la grossesse et au traitement maternel selon les critères établis par l'HAS.

2/ Les différents types

Lorsqu'il existe une stagnation de la progression du bébé, plusieurs instruments d'aide à l'extraction peuvent être utilisés. L'accouchement est dit instrumentalisé avec des forceps, une ventouse obstétricale ou des spatules.

L'accouchement par césarienne est une intervention chirurgicale qui permet l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus. Près d'une femme sur 5 en France donne naissance à son enfant par césarienne. L'intervention se déroule dans un bloc opératoire, avec une anesthésie locorégionale ou générale (21).

Elle peut être décidée avant le travail et sera donc programmée (dans moins de la moitié des cas). Elle peut également avoir lieu en urgence, en cours de travail, après une tentative d'accouchement par voie basse.

Il existe également des cas de césariennes pour « convenance personnelle ». Les raisons sont parfois la peur d'accoucher par voie basse, crainte de la douleur ou expériences précédentes traumatisantes.

Selon les équipes et les circonstances, le père ou l'accompagnant pourra venir au bloc et sera dans ce cas habillé en tenue adaptée.

Des délais décision-extraction idéaux ont été définis selon le niveau potentiel de souffrance de l'enfant à naître. Cette contrainte de temps peut impacter négativement la prise en charge de la douleur de la mère et son vécu (22). Il s'agit de trois codes couleurs (rouge, orange et vert), le code rouge correspondant à une menace pour le pronostic vital maternel ou fœtal avec un DDE fixé à moins de 15 minutes (23).

II/ La place du père

A/ La représentation du père au fil du temps

Dans l'Antiquité romaine, le pater familias est le père ayant un pouvoir tout puissant sur ses enfants. Sa paternité est uniquement le fait de sa volonté (24).

On assiste au déclin du père lors de la Révolution de 1789. Le père n'a plus de pouvoir mais des devoirs envers ses enfants (25).

En 1970, la loi enlève au père son omnipotence qui aboutit à la mort du pater familias. On parle alors d'"autorité parentale des deux parents (26).

Cette évolution met en avant des pères qui semblent plus s'impliquer auprès de leurs enfants, pour l'éducation, le jeu, le nursing. Il est également plus attentionné, à l'écoute, présent et apporte un cadre sécurisant (27). L'évolution de ce statut a des répercussions sur leur place dans leur famille et aussi lors de l'accouchement.

B/ La place du père lors de l'accouchement

Au Moyen-Age la parturiente est entourée exclusivement de femmes tandis que le mari n'a pas le droit de rentrer dans la maison (28). Au XVI^e et XVII^e siècle, on note une participation

minime du père. Dans les campagnes, on estime que sa présence peut aider en cas d'accouchement difficile du fait de ses connaissances en matière de vêlage (29).

Andrée Rivard raconte dans son livre « De la naissance et des pères » (30) que le début des années 1950 marque un tournant dans l'histoire de l'accouchement. Il se fait à présent à l'hôpital. C'est également à ce moment que la place du père est remise en question. Les médecins voient d'un mauvais œil la présence du père en salle de naissance. Ils craignent le jugement de leur pratique. Les années 1960 marquent aussi le début de l'utilisation de médicaments antalgiques et anesthésiants. La parturiente peut de ce fait être inconsciente et la place du père dans son rôle de soutien à la mère jugé inutile. A cette époque, le discours médical est plus de former les infirmières à soutenir les femmes et combler ainsi l'absence du conjoint.

Devant la surmédicalisation des naissances, des collectifs d'hommes et de femmes s'organisent, comme l'association CIANE (31) pour défendre le droit des pères de voir leur enfant naître et celui des mères pour avoir le soutien de leur conjoint.

L'importance de la présence du père à l'accouchement commence à être reconnue. Maintenant, on attend de lui certains gestes et certains comportements. Ils ont désormais un rôle actif dans la naissance. Beaupré, Dryburgh et Wendt expliquent dans leur étude sur la santé mentale du post-partum chez les pères que les hommes devraient être davantage impliqués dans le projet de grossesse, l'accouchement et le post-partum (32).

D. Vasconcellos met en avant dans son article « Devenir père : crise identitaire » (33) qu'il y a une tendance à minimiser les ajustements psychiques nécessaires à l'homme face à la grossesse, à l'accouchement et à la paternité. Les rôles des parents ont évolué, avec les questionnements sur l'identité de genre et l'évolution socio-économique de la cellule familiale. Cet article explique bien qu'il existe un paradoxe entre les attentes sociales concernant une participation plus importante des pères pendant les différents temps du

projet de naissance et l'indifférence ou l'ignorance quant aux besoins émotionnels du père. Le moment qui illustre ce paradoxe peut être celui de la présence du père à l'accouchement. L'auteur explique que certains pères se retrouvent présents à l'accouchement sous la pression culturelle sans avoir, pour certains, pu élaborer psychiquement ce que cela représentait.

C/ Le cas particulier de la présence du père dans un contexte de césarienne

Certaines équipes à la maternité font part de leur réticence à faire entrer le père au bloc opératoire lorsqu'une césarienne est indiquée (34). Le père doit vivre alors une situation qui est celle des pères il y a plus de 35 ans devant les salles d'accouchement. Alors qu'en salle de naissance sa place est bien établie notamment par les discussions au cours des séances de préparation à la naissance, elle est beaucoup plus difficile à trouver en salle de césarienne et le père peut se sentir exclu. La littérature scientifique n'est pas très riche sur le sujet. D'une part, seuls les partisans de cette présence ont publié. D'autre part, la méthodologie scientifique manque pour recueillir des informations assez subjectives. Il semble que dans les situations d'urgence vitale le père n'est généralement pas accueilli au bloc opératoire car c'est le sauvetage maternel et/ou de l'enfant qui sont en jeu. Dans les autres cas, le père est présent et les équipes notent des avantages. Les opposants à la présence du père avancent la plupart du temps des arguments peu fondés sur le plan scientifique.

D/ Avantages et inconvénients supposés de la présence du père lors de l'accouchement

Les avantages supposés par le Dr Beaufile (35) de la présence du conjoint en salle de naissance sont la réassurance de la conjointe, le désir commun de vivre la naissance

ensemble, l'amélioration du lien père-enfant, l'accélération du travail. Les inconvénients supposés sont l'impuissance face à la douleur de la femme, les risques de troubles sexuels, le ralentissement du travail. Ces points sont débattus et il existe peu d'études concernant le sujet.

III/ Le trouble de stress post-traumatique

A/ Définition

1/ Un événement traumatique

Louis Crocq dans son livre (36) définit le traumatisme psychologique ou trauma comme la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives. Il complète cette définition en disant que l'individu est exposé à ce phénomène soit en tant que victime, témoin ou acteur.

Un événement potentiellement traumatique est une confrontation brutale et directe à la mort ou à une scène horrifiante. Tout événement violemment perçu peut perturber l'équilibre psychique. On parle d'événement traumatique lorsque la confrontation brutale à la mort ou ses « équivalents » est éprouvée avec une impression subjective de détresse péri-traumatique. Elle est caractérisée par des émotions négatives de peur, d'impuissance, de dégoût et/ou d'horreur. Le diagnostic « d'événement traumatique » reste clinique sans préjuger d'une supposée « réalité objective » de circonstances factuelles (4).

La perception de l'événement est subjective. Cela explique le retentissement variable en fonction des capacités adaptatives de la victime (37).

Cet événement peut engendrer chez les victimes des troubles immédiats brefs comme la réaction aiguë à un facteur de stress et des troubles post-immédiats dont l'état de stress aigu. Les troubles retardés ou différés sont représentés par le trouble de stress post-traumatique (37) (38).

2/ Les troubles immédiats brefs

Les troubles immédiats brefs apparaissent au décours de l'événement traumatique. Ils durent quelques minutes ou quelques heures, au maximum 48 heures. La victime peut, selon ses capacités adaptatives, avoir une réponse de stress. Le stress peut être adapté ou inadapté, représentant la réaction aiguë à un facteur de stress décrit dans la CIM 10 (37) (39).

D'après la CIM 10, la réaction aiguë face à un stress est un trouble transitoire survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état "d'hébétude" caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neuro-végétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète

de l'épisode. Quand les symptômes persistent, il convient d'envisager un changement de diagnostic (39).

Ces différents symptômes peuvent être classés selon leur appartenance au stress adapté ou inadapté.

a/ La réaction de stress adapté

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou une menace, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ». Le stress focalise l'attention sur la situation problématique, il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation et à la prise de décision et il prépare à l'action adaptée à la situation (40).

La réaction au stress normal se compose de 3 phases.

La première phase est la phase d'alarme. Les moyens de défense sont mobilisés pour réagir rapidement à l'agent stressant (40). Cette phase se compose de signes physiques relatant d'une hyperactivité neurovégétative avec une augmentation de la fréquence cardiaque, respiratoire et de la tension artérielle (37). Le sujet peut également avoir des frissons, une pâleur, une lipothymie, une striction thoracique et des spasmes viscéraux divers. On note aussi des signes psychologiques comme une hypervigilance, une attention focalisée afin d'évaluer, mémoriser, raisonner et faciliter le contrôle émotionnel et d'inciter à l'action. Cela permet une décision et la réalisation d'attitudes et de gestes adaptés comme la préparation à la défense, le retrait, la fuite raisonnée (5). La deuxième phase est une phase de résistance. Quand l'agent stressant persiste, la défense est maintenue et les réserves d'énergie nécessaires sont reconstituées. Les premiers signes physiques d'alarme ont disparu. Le corps s'adapte. Lorsque l'agent stressant est géré, la tension baisse, la personne se détend, les réserves énergétiques se reconstituent et cela constitue la troisième phase dite de récupération (40).

Cette réponse de l'organisme en situation difficile est donc naturelle, normale et utile à la survie. Elle le met en alerte et libère les moyens énergétiques qui lui permettent de contrer l'agent stressant. Cet ensemble de réactions d'adaptation est appelé stress protecteur, stress adaptatif (40) ou stress adapté.

b/ La réaction de stress inadapté

Des situations ressenties comme menaçantes, contraignantes ou déplaisantes peuvent conduire à une réaction de stress inadapté qui engendre un sentiment de détresse. Cette détresse s'installe quand le sujet a l'impression de ne pas disposer des ressources nécessaires pour répondre à la situation et qu'il est dépassé par les sollicitations extérieures. Cela est renforcé lorsque cette situation s'installe dans le temps. Ce stress négatif induit une diminution des performances et mène à l'épuisement. C'est ce qu'on appelle le stress dépassé (40), ou stress inadapté. Cette réaction peut apparaître quand les réactions de stress sont trop intenses, trop fréquentes et trop prolongées (40). Les capacités adaptatives du sujet sont dépassées et le sujet n'a pas pu faire face à la situation. Les réponses psychologiques, comportementales et biologiques du sujet sont inadaptées (37).

On peut définir deux réactions à un événement traumatique qui sont la détresse péri-traumatique et la dissociation péri-traumatique.

c/ La détresse péri-traumatique

Durant un événement traumatique, des signes de stress dépassé peuvent apparaître et constituer la détresse péri-traumatique.

Comme toute réaction au stress, il y a une activation neuro-végétative. L'examen physique est important afin d'objectiver le retentissement neurovégétatif dont l'intensité et la durée sont des indices possibles d'évolution défavorable (37).

Cette détresse se caractérise par des réactions émotionnelles comme le sentiment de peur intense pour soi et les autres, d'impuissance ou d'horreur et aussi de colère, de frustration, de tristesse et de culpabilité. Le sujet est confronté à la peur de mourir, au sentiment d'incapacité, à la perte de contrôle et des réactions physiologiques de stress et de peur (41) (42) (43).

4 signes de stress dépassé en lien avec la détresse péri-traumatique sont décrits : la sidération, l'agitation, la fuite panique et les actions automatiques.

La sidération est l'incapacité de percevoir, de s'orienter, de comprendre, de penser et d'exprimer ce que l'on ressent. Il existe un état de stupeur, de paralysie, d'immobilité et le sujet ne cherche pas à s'abriter. La personne a sa volonté qui est inhibée, ne peut plus décider ni prendre d'initiative (5). Lors de réaction de sidération, le sujet est figé, hébété, détaché de la réalité, dépersonnalisé, vivant dans un temps suspendu ou ralenti qui témoigne d'une dissociation péri-traumatique (37).

Le sujet peut alors réagir sous forme d'une agitation improductive avec déambulation incessante et incohérente. La personne a envie d'agir mais son stress trop intense ne lui permet pas de bien comprendre la situation et d'élaborer une décision (5).

Lorsque le sujet est submergé par la frayeur de mourir, il peut être contraint à une fuite panique, incongrue, sans logique, pouvant témoigner d'une détresse péri-traumatique (37). La personne ne sait pas où elle va et rien ne semble pouvoir l'arrêter, parfois même jusqu'à pouvoir se mettre en danger. Son regard peut être vide et cela peut traduire une incompréhension totale. Cet état se termine quand la personne est épuisée et peut donc durer plusieurs heures. Les personnes concernées décrivent un souvenir confus de cet épisode (5).

Les actions automatiques sont des gestes mécaniques stéréotypés qui peuvent donner le change avec un comportement adapté en apparence. Cependant, l'inefficacité permet de

reconnaître son inadaptation (37). On pourrait se demander si ces personnes se rendaient compte de l'événement tragique. Elles gardent un souvenir flou de ce moment (5).

Cette réponse peut être un bon indicateur de risque de TSPT (42). Plusieurs études montrent un lien étroit entre le TSPT et la détresse péri-traumatique (44) (45) (46).

d/ La dissociation péri-traumatique

Durant l'événement traumatique, différents troubles dissociatifs de courte durée peuvent survenir (37).

La dissociation péri-traumatique implique un ensemble d'expériences subjectives, incluant des altérations dans la perception du temps, du lieu et du soi, pendant et immédiatement après des événements potentiellement traumatisants (47).

La dissociation est définie par le DSM-5 comme une rupture et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement » (38).

Elle comprend la dépersonnalisation et la déréalisation. Le DSM-5 a ajouté ces signes dans un sous-type dissociatif dans les critères diagnostiques du TSPT (47).

La dépersonnalisation est une expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps. C'est par exemple le sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel (38).

La déréalisation est une expérience persistante ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement. Le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé (38).

Le sujet est spectateur de l'événement. Cette perception témoigne d'une double extraterritorialité caractéristique de la dissociation péri-traumatique. Le sujet est étranger à l'événement et à lui-même (37).

Il a été démontré que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme est positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques durables (41).

La détresse et la dissociation péri-traumatique font partie des troubles immédiats brefs pouvant apparaître dans les 48 heures après un événement traumatique. Si les symptômes persistent après 48 heures, on parle alors de trouble post-immédiat dont fait partie l'état de stress aigu.

B/ L'état de stress aigu

1/ Apparition du trouble de stress aigu dans le DSM et objectifs

En 1994, le DSM-IV définit l'état de stress aigu en réservant le terme de TSPT pour les symptômes traumatiques persistants après 1 mois.

Actuellement le trouble de stress aigu n'a plus pour objectif de prédire quels individus risquent de présenter un TSPT car sa valeur prédictive est limitée. Le but est d'identifier les personnes présentant un stress post-traumatique marqué dans le mois suivant le traumatisme et de leur apporter des soins (48).

2/ Critères diagnostiques de l'état de stress aigu

L'état de stress aigu survient dans la période post-immédiate ou dans les 4 premières semaines après le traumatisme. Il dure plus de 3 jours, sans dépasser un mois selon le DSM-5 qui le nomme le trouble de stress aigu (38). Il s'agit d'un état adaptatif qui n'est pas pathologique. Les capacités adaptatives du sujet sont dépassées et cela donne lieu à divers symptômes.

Il est caractérisé par la persistance ou l'apparition de symptômes dissociatifs qui sont les mêmes que ceux décrits dans la dissociation péri-traumatique. La régression de la dissociation apparaît après quelques minutes et engendre chez le sujet des interrogations anxiogènes, culpabilisantes concernant sa propre attitude (37).

Le DSM-5 requiert que 9 symptômes soient présents parmi 14 possibles avec toutes les permutations possibles entre les groupes de symptômes.

Les critères diagnostiques du trouble de stress aigu sont (38) :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave, ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche. **N.B.** : Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple intervenants de première ligne rassemblant des restes humains ; policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). **N.B.** : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films, ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.
- B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes

dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. **N.B.** : chez les enfants, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. **N.B.** : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (par exemple flashbacks (scène rétrospectives)) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) **N.B.** : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (par exemple se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptômes d'éveil :

10. Perturbation du sommeil (par exemple difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
 11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 12. Hypervigilance.
 13. Difficultés de concentration.
 14. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. **N. B.** : Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.
- D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicaments ou alcool) ou à une autre affection médicale (par exemple lésion cérébrale traumatique légère) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Des recherches épidémiologiques ont démontré que, bien qu'un traumatisme puisse provoquer des symptômes initiaux de détresse, la plupart des personnes font en fait preuve de résilience et se rétablissent naturellement en l'absence de toute intervention. Parmi les personnes exposées à un événement traumatique, 15 à 25 % ont des symptômes significatifs répondant aux critères diagnostiques du TSPT (48) (49) (50).

Le risque de présenter un TSPT après l'exposition à un événement traumatique varie selon les populations, les facteurs de risque individuels et le type de traumatisme (48). Les facteurs de risque de l'état de stress aigu sont les mêmes que ceux du TSPT et seront détaillés dans la partie suivante.

C/ Le trouble de stress post-traumatique

1/ Apparition du TSPT dans le DSM

Le TSPT est apparu dans la classification en 1980 dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-III afin de caractériser les séquelles traumatiques suite à la guerre du Vietnam. En 1994, le DSM-IV définit l'état de stress aigu en réservant le terme de TSPT pour les symptômes traumatiques persistants après 1 mois. Le DSM-IV reconnaît également qu'une personne témoin d'un événement traumatique peut être atteinte (51).

C'est en 2013 que le diagnostic de TSPT appartient aux « troubles liés au traumatisme et au stress » dans le DSM-5 (38) et ne fait plus partie des troubles anxieux.

2/ Prévalence du TSPT

De façon générale, selon l'enquête de Santé Mentale en Population Générale (52) menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 sur plus de 36 000 personnes, 0.7% de l'échantillon global souffrirait d'un syndrome de stress post-traumatique complet (mois écoulé) avec une quasi-égalité de fréquence entre hommes (45 %) et femmes (55 %). L'analyse des données de l'enquête SMPG révèle que 5 % des sujets résidant en France métropolitaine ont été confrontés à un événement traumatique, ont connu des moments de reviviscence de la scène traumatique et présentent, depuis, au moins un élément de retentissement psychopathologique.

La revue quantitative de 25 ans de recherche sur les différences entre les sexes dans les traumatismes et le TSPT (53) explique que les participants féminins étaient plus à risque

de répondre aux critères de TSPT que les participants masculins. Les participantes seraient plus susceptibles de subir des agressions sexuelles mais moins susceptibles de subir des accidents, des agressions non sexuelles, d'être témoins de décès ou de blessures, d'une catastrophe ou d'un incendie et de combattre ou de faire la guerre. La prévalence plus élevée chez les participantes de présenter les symptômes d'un TSPT ne peut pas être attribué à un risque plus élevé de subir un événement potentiellement traumatisant.

3/ Définition clinique

Le TSPT est constitué de 4 types de symptômes qui sont le syndrome de répétition, le syndrome d'évitement, les altérations persistantes de la cognition et de l'humeur, et de l'hyper-réactivité (54) (38).

Le syndrome de répétition est constitué de symptômes d'intrusion. Il peut s'agir de réactions dissociatives sous forme de souvenirs involontaires, répétitifs, et envahissants de l'événement qu'on qualifie de reviviscences. Ces réactions peuvent aussi être des flash-backs. La personne agit comme si l'événement se reproduisait. Ces réactions engendrent des réactions physiologiques de stress et de peur. Il y a aussi des rêves récurrents provoquant un sentiment de détresse qu'on appelle des cauchemars traumatiques. Le sujet peut ressentir un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lorsqu'il est face à des indices ressemblant à l'événement.

Le syndrome d'évitement est défini comme l'évitement des stimuli associés à l'événement traumatique. Cela peut concerner des souvenirs, pensées, sentiments relatifs à l'événement ou bien des personnes, conversations, lieux, objets qui ramènent à l'esprit des souvenirs pénibles qui provoquent un sentiment de détresse (54) (38).

On décrit aussi un syndrome d'altération des cognitions et de l'humeur avec la présence d'une amnésie dissociative, de croyances ou attentes négatives envers soi-même ou les

autres avec des idées déformées, persistantes sur la cause ou les conséquences de l'événement. Un état émotionnel négatif persiste et peut entraîner une nette réduction de l'intérêt pour des activités importantes. Il peut y avoir aussi un sentiment de détachement par rapport aux autres (54) (38).

Il existe des modifications de l'état d'éveil et de la réactivité comme une irritabilité, des accès de colère, une hypervigilance avec des réactions de sursaut exagéré, un comportement irréfléchi, des problèmes de concentration et de sommeil.

Il existe également en dehors de ces 4 catégories de symptômes, des symptômes dissociatifs persistants avec des manifestations de dépersonnalisation ou de déréalisation (54) (38).

La symptomatologie décrite doit persister plus d'un mois après l'événement traumatique pour le diagnostic de TSPT. Les symptômes peuvent apparaître également de façon retardée par rapport à l'événement (54).

4/ Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 sont (38) :

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants;
 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes ;
 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort effective ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements traumatiques doivent avoir été violents ou accidentels ;

4. en étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple intervenants de première ligne rassemblant des restes humains ; policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N.B. Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un ou de plusieurs des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. N.B. : chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. N.B. : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (par exemple flash-backs (scènes rétrospectives)) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement). N.B. : chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ;
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ;
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues) ;

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou du monde (par exemple « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ;
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple par crainte, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance;

4. Réaction de sursaut exagérée ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Perturbation du sommeil (par exemple difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, la personne éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (par exemple sentiment d'être dans un rêve ; sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel) ;
2. Dérealisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par exemple le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé). N.B. : pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple période d'amnésie (blackouts),

manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aigue) ou à une autre affection médicale (par exemple épilepsie partielle complexe).

Les symptômes du syndrome de stress post-traumatique sont variés et complexes. Une attention particulière doit être portée sur la manière dont le patient a vécu l'événement ou comment il a appréhendé l'événement lui-même et son résultat. Le sentiment de profonde détresse, le sentiment d'être pris au piège, la perte de contrôle, l'effondrement des croyances fondamentales, le sentiment que sa vie est en danger, que l'intégrité physique est menacée (réellement ou dans son imagination), le sentiment d'impuissance sont autant d'indices pour un éventuel syndrome de stress post-traumatique qui se cache derrière des manifestations cliniques, psychologiques ou somatiques. Le TSPT peut donc être difficilement reconnaissable (55).

5/ Les facteurs de risque de TSPT

Toutes les personnes confrontées à un événement traumatique ne vont pas développer un TSPT. D'après les données épidémiologiques des études aux Etats-Unis sur l'exposition à un événement traumatique de Kessler et al., 6 Américains sur 10 et 50% des Américaines sont confrontés au cours de leur vie à au moins un événement traumatique (56) (57). Et pourtant, selon ces mêmes données, seulement 6 à 8.8% de la population américaine répond aux critères diagnostics du TSPT, alors qu'en Europe, la prévalence de ce trouble est estimée à 1.3% (56) (57) (58) (59). Cela suggère l'existence de facteurs de vulnérabilité susceptibles de favoriser l'émergence d'un TSPT chez certains individus confrontés à un événement traumatique (60).

Les facteurs de risque du trouble de stress aigu et du TSPT sont identiques.

Les facteurs de risque d'un TSA et d'un TSPT se divisent en facteurs pré-, péri- et post-traumatiques (61) (62). Les facteurs de risque préexistants sont les antécédents

psychiatriques notamment de TSPT ou de troubles anxieux et une exposition antérieure à un traumatisme.

Les facteurs de risque péri-traumatiques comportent la sévérité, la durée et la chronicité du traumatisme, et la survenue d'une détresse extrême et d'une dissociation durant le traumatisme.

Les facteurs de risque post-traumatiques incluent l'absence de soutien social, la présence continue de stress, des adversités persistantes ou nouvelles et des stratégies de coping inefficaces (48).

D/ TSPT et accouchement

1/ L'accouchement comme événement traumatique

Les événements qui peuvent être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique sont nombreux. Les catastrophes naturelles, les agressions physiques, les viols, les violences contre les enfants et les femmes et les abus sexuels en sont des exemples. On peut voir également que des événements médicaux comme par exemple un accouchement, une fausse couche, un infarctus ou une hospitalisation en réanimation peuvent provoquer un TSPT (55).

La naissance est considérée comme un événement heureux dans les représentations sociales. Pourtant, l'accouchement peut être vécu de façon traumatique par certaines femmes. L'étude longitudinale prospective d'Alcorn et al. donne une prévalence du TSPT dans le post-partum de 43% (63).

L'accouchement en tant qu'événement traumatique résulte d'une association complexe de facteurs physiques, psychiques et émotionnels et décrits comme étant objectifs et/ou subjectifs. Un accouchement prématuré, un accouchement instrumenté, une césarienne en urgence, les complications maternelles comme l'hémorragie de la délivrance et les

situations de menace vitale néonatale représentent les situations objectives principalement associées à des vécus traumatiques de l'accouchement. Pour autant, dans le cadre de l'accouchement, il peut arriver que le vécu subjectif de menace vitale et/ou de l'intégrité physique sur soi et/ou sur le bébé ne soit pas sous-tendu par une menace vitale effective. De ce fait, le vécu subjectif prime autant, voire plus que la menace vitale objective, dans la mesure où elle ne constitue une condition ni suffisante ni nécessaire à la constitution d'un vécu traumatique de l'accouchement (64). La soudaineté du traumatisme, l'effroi engendré par des images de mort, l'absence de maîtrise de la situation correspondent au contexte d'un événement traumatique (37).

Le vécu traumatique ne donne pas nécessairement lieu au développement d'un TSPT. Il peut donner des réactions de stress brèves se définissant comme des symptômes suivant immédiatement l'événement traumatique et de nature transitoire caractérisés par une agitation et une anxiété, durant quelques heures au plus (65). La réaction peut également être celle d'un état de stress aigu ou bien d'une dépression du post-partum partageant une importante comorbidité avec le TSPT de post-partum.

2/ Les études spécifiques sur l'accouchement

a/ L'accouchement comme événement traumatique et développement d'un TSPT du post-partum chez les mères

Menage a constaté que sur 500 femmes volontaires, 102 (20,4%) ont déclaré avoir eu une expérience obstétricale ou gynécologique traumatisante. Il a rapporté que 30 femmes (6% du total) répondaient aux critères du trouble de stress post-traumatique (66) (7).

Dans une étude rétrospective de 1640 femmes qui ont accouché l'année précédente, Wijma et al ont rapporté que 1,7% répondaient aux critères du trouble (67) (7).

Ayers et Pickering, dans une étude prospective qui a permis d'identifier et de retirer de l'analyse des femmes qui souffraient du trouble avant l'accouchement, ont estimé une

incidence de 2,8% à 6 semaines après l'accouchement et de 1,5% à 6 mois (68) (7). Ces études suggèrent que 20 à 30% des femmes perçoivent la naissance comme traumatisante. Le risque de développer un trouble de stress post-traumatique est situé entre 2 et 6% (7).

b/ Prévalence du TSPT du post-partum chez les femmes

Les études portant sur le trouble de stress post-traumatique du post-partum concluent à des prévalences variables, estimées à 3 % en population générale et à 18 % dans les populations à risque, selon une méta-analyse réalisée en 2017 par Yildiz et al. (69).

c/ Le cas spécifique de la césarienne

Dans leur échantillon de 25 femmes suédoises subissant une césarienne d'urgence, Ryding et al ont rapporté que 76% répondaient au critère (DSM-IV) pour un événement traumatique, et 33% avaient des réactions de stress post-traumatique (70) (7). Cependant, aucune femme ne remplissait tous les critères du trouble de stress post-traumatique (7).

3/ Les facteurs de risque de TSPT en lien avec la période de périnatalité

Les facteurs de risque de TSPT décrits précédemment sont retrouvés pour la période de périnatalité.

D'après une importante méta-analyse (62) (71) ces facteurs de risque sont classés en facteurs de risque antérieurs à l'accouchement, relatifs à l'accouchement et après l'accouchement.

a/ Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement

Les facteurs de risque antérieurs à l'accouchement concernent les antécédents de troubles psychiatriques maternels comme la dépression, les troubles anxieux ou les antécédents d'exposition à des événements traumatiques (69). On prend en compte également la peur

de l'accouchement, appelée tocophobie, le caractère non planifié de la grossesse, un mauvais suivi de la grossesse, des complications de la grossesse (71) (72).

b/ Les facteurs de risque relatifs à l'accouchement

Les facteurs de risque relatifs à l'accouchement comprennent les facteurs obstétricaux liés à l'accouchement lui-même (instrumentation, césarienne en urgence, hémorragie), des complications maternelles, des facteurs liés à la perception de l'accouchement (sentiment d'être pris au piège, perte de contrôle, sensation que l'intégrité physique est menacée, écroulement des croyances de base), des facteurs liés à l'interaction entre l'équipe soignante et la patiente (perception d'un manque d'informations et de soutien), des facteurs en lien avec les complications néonatales et/ou de la prise en charge dans une unité de néonatalogie (71) (73).

Concernant la douleur pendant un événement traumatique, quelle qu'en soit la nature, on note une corrélation entre l'intensité de la douleur et le risque de développement de TSPT. La douleur réactiverait les souvenirs traumatiques et l'émergence de flash-backs (74). Dans le cadre de l'accouchement, des données soutiennent également une importante participation de la douleur dans le risque de développement du TSPT du post-partum en lien avec l'accouchement (75) (71).

c/ Les facteurs de risque après l'accouchement

Les facteurs de risque après l'accouchement sont en lien avec la réaction clinique immédiate après un traumatisme, quelle que soit sa nature. Cette réaction est considérée comme un facteur prédictif à évaluer dans les suites de l'exposition à un traumatisme. Comme l'objectivent plusieurs études dont une étude longitudinale récente, il est en particulier indispensable d'évaluer la dissociation péri-traumatique et la détresse psychologique immédiate (76). Le caractère prédictif de ces deux variables a été confirmé pour le TSPT du post-partum en lien avec l'accouchement (71) (77).

L'évaluation de la situation sociale dans les suites d'un traumatisme vise l'exploration du soutien social susceptible d'influer sur le pronostic. En effet, les situations d'isolement social peuvent augmenter le risque de développement d'un TSPT (71) (78) (79).

d/ Intérêt de reconnaître ces facteurs de risque

Le vécu de l'accouchement dépend majoritairement de l'histoire personnelle de chaque femme et il semblerait bénéfique que les sages-femmes puissent aborder systématiquement et consciencieusement le vécu de l'accouchement avec toutes les femmes au post-partum, tout en sachant orienter vers des professionnels spécialisés celles ayant eu un traumatisme (80).

Reconnaître les facteurs de risque ou de vulnérabilité permettrait de repérer une population à risque de développer des troubles séquellaires. L'objectif pourrait être de diminuer l'incidence du TSPT aigu chez les patients vus au décours de l'événement et prévenir ou modérer l'apparition d'un état de stress aigu, et d'éviter l'apparition d'un TSPT chronique (81).

C. Rowan et coll. recommandent un debriefing immédiat en suites de couches sur le déroulement de la naissance pour tenter de cibler les patientes à risque chez lesquelles il faudra prévoir un soutien à distance en restant vigilant sur la dépression, l'anxiété ou d'autres problèmes psychologiques comme le TSPT. Ce conseil n'est donné par les auteurs que sur la base d'une revue de littérature sans que son efficacité ait été évaluée (82).

Il existe depuis plusieurs années des études réalisées afin d'étudier le risque de TSPT lors d'un accouchement. Mais ces études sont la plupart du temps centrées sur les mères.

4/ Spécificité de la clinique dans ce contexte

L'expression clinique du TSPT du post-partum se décline autour de la thématique de la grossesse et de l'accouchement. Le TSPT a aussi la particularité de s'accompagner d'un

retentissement sur les interactions précoces mère-enfant et sur la relation de couple. Ainsi, dans les études concernant les mères, on note des reviviscences traumatiques sous la forme de flash-backs ou de cauchemars post-traumatiques portant sur l'accouchement (68) (71).

De même, les conduites d'évitement portent spécifiquement sur les situations exposant à la grossesse, se traduisant souvent par une aversion pour les relations sexuelles (83), avec un impact négatif sur la relation avec le partenaire (84) (71). Les conduites d'évitement peuvent aussi concerner le lieu de l'accouchement, à savoir l'hôpital où la patiente préférera renoncer à consulter même en cas de nécessité pour elle ou pour son enfant. La tocophobie secondaire est également décrite comme une anxiété anticipatoire élevée de revivre un accouchement ressenti comme traumatique, qui accompagne souvent le tableau clinique de TSPT du post-partum (85) (71).

En présence d'un TSPT du post-partum, les conclusions des études sont controversées mais certaines démontrent des effets délétères sur la santé et le développement de l'enfant, le lien mère-enfant, une limitation de l'allaitement chez ces mères et la qualité de l'attachement (86) (71).

5/ Concernant le TSPT chez les pères

Il existe 23 articles sur PubMed avec les termes « father » et « traumatic childbirth ». 9 d'entre eux sont associés à la recherche « father » et « traumatic childbirth » et « PTSD ». Comparativement, la recherche « mother » et « traumatic childbirth » et « PTSD » donne 106 articles.

Nous allons exposer ceux qui nous intéresseront pour la discussion.

Les recherches axées sur la santé mentale paternelle sont limitées.

a/ Les études sur les expériences des pères au décours de l'accouchement

On sait peu de choses sur les expériences des pères témoins de l'accouchement traumatisant de leur partenaire et de l'impact subséquent sur leur santé mentale.

a1/ L'étude de Daniels et al. (avril 2020)

L'objectif de l'étude de Daniels et al. (87) intitulée « restez calme et tenez-vous debout : une étude qualitative par questionnaire auprès des pères qui ont été témoins de l'accouchement traumatique de leur partenaire » est d'explorer les expériences des pères ayant été témoins d'une naissance traumatique, de voir comment ces expériences ont eu un impact sur leur bien-être et quel soutien ils ont reçu pendant et après la naissance traumatique. Cette étude met en avant trois thèmes principaux identifiés : la compréhension par les pères de leur expérience lors de la naissance, la vie après le traumatisme à la naissance et le soutien que les pères ont reçu par rapport à ce qu'ils souhaitaient. Plusieurs points sont à retenir.

a1.1/ La compréhension par les pères de leur expérience lors de la naissance

Les sous-thèmes étaient en lien avec ce qui pouvait contribuer à l'expérience traumatique selon les pères et les facteurs de protection perçus.

a1.1.1/ « Rien ne peut vraiment vous y préparer »

Le sous-thème mettait en avant que les participants estimaient qu'ils n'étaient pas suffisamment préparés à l'expérience, notamment concernant l'information dispensée dans les cours prénataux. Ils ont reconnu aussi qu'il n'était pas toujours possible de se préparer. Les participants savaient quand quelque chose n'allait pas lors de l'accouchement, mais ils n'étaient pas impliqués dans la prise de décision ou dans la transmission d'informations et ont été laissés seuls, ce qui a contribué au traumatisme.

a1.1.2/ « Un simple passager »

Dans ce sous-thème, les participants expriment qu'ils n'avaient jamais eu le contrôle ou le contrôle leur a été retiré par la situation et/ou le personnel. Cela semble être un contributeur majeur au traumatisme. Les pères qui avaient vécu plus positivement l'expérience croyaient avoir un certain niveau de contrôle, par exemple en essayant d'aider leur femme et en étant impliqués dans leur bien-être. Ils ont également noté qu'ils ne souhaitaient pas avoir de contrôle dans cette situation, disant qu'ils ne pouvaient rien faire pour régler la situation ou que leur implication soit inadaptée.

a1.1.3/ « Pas à propos de moi »

Cette sous-partie explore les rôles que les pères croyaient avoir joués pendant l'accouchement et leur traitement en raison de leur sexe masculin. Les participants ont suggéré que le fait d'être un homme pouvait avoir un impact sur leur traitement par les professionnels, la famille, la société. Les participants mentionnent ne pas avoir été écoutés, estiment que leur présence n'était pas reconnue. Quand ils se sont sentis reconnus, ce n'est que lorsqu'ils étaient là pour soutenir leurs partenaires. Cela contrôlait l'opinion des pères sur eux-mêmes et les empêchait parfois d'avoir accès à de l'aide et de demander de l'aide en cas de besoin, ce qui a parfois entraîné de nouveaux problèmes bien après la naissance. Dans l'ensemble, ils se sentaient sans importance, sauf dans le rôle de soutien de leur partenaire et c'est pourquoi ils estiment ne pas pouvoir explorer ou discuter leurs pensées et sentiments pendant et après l'expérience.

a1.1.4/ Soutien du personnel

Le dernier sous-thème met en avant que les participants se sentent apaisés quand le personnel est calme et communique avec le couple.

a1.2/ La vie après le traumatisme à la naissance

Le deuxième thème est la vie après le traumatisme à la naissance en explorant les attentes des pères, leur santé mentale et la manière dont leurs expériences de naissance ont eu un impact sur leurs relations.

a1.2.1/ Perception de la virilité après la naissance

Ce sous-thème explore les changements dans les rôles des participants à la paternité et comment cela a affecté leur santé. Certains ont constaté qu'ils étaient devenus le principal gardien ou dispensateur de soins de leur enfant et de leur partenaire, les excluant de leurs collègues ou amis. Cela a eu aussi un impact sur les attentes des participants en matière de paternité, où ils estimaient qu'ils ne répondaient pas aux normes ou attentes de la société. Ils expliquent avoir ressenti de la culpabilité et de la honte car n'avaient pas ressenti le lien instantané avec leur enfant. Concernant le rôle d'être « un homme », ces expériences semblent avoir également un impact. Ils considéraient qu'être un homme était d'éviter de discuter de leurs expériences et cela était en partie dû au fait qu'ils étaient conscients du traumatisme de leur partenaire et pensaient qu'il était plus grave que le leur. Les participants ont reconnu une stigmatisation concernant le fait de discuter de leurs émotions. Ils ne voulaient pas accabler leurs amis. Cela avait tendance à les empêcher de parler et d'avoir du soutien.

a1.2.2/ Incapacité à être heureux

Le sous-thème « incapacité à être heureux » décrit comment la période postnatale affectait leur vie quotidienne et comment le traumatisme les affectait encore aujourd'hui. La plupart des participants ont rapporté des sentiments et des expériences pendant et après le traumatisme à la naissance qui peuvent être liés aux symptômes de TSPT. Un participant explique avoir eu des flash-backs, de l'évitement en lien avec l'expérience de la naissance.

a1.2.3/ Impact sur les relations

Le sous-thème « impact sur les relations » explore l'impact de la naissance traumatisante sur les relations importantes des pères avec leur partenaire, leurs enfants, leurs amis. La plupart des participants ont indiqué que les expériences les avaient rapprochés de leur partenaire. Cependant, de nombreux pères ont discuté de la difficulté à créer un lien avec leur enfant. Ils expriment un sentiment de culpabilité. Ils ont aussi exprimé leurs craintes sur le fait d'avoir davantage d'enfants. Ces sentiments se sont également manifestés par des difficultés à célébrer les anniversaires de leurs enfants et les craintes concernant l'intimité émotionnelle avec leur partenaire. Certains participants ont également estimé que cela avait un impact négatif sur leurs relations avec leurs amis en raison du manque de compréhension de la situation par d'autres.

a2/ L'étude de Inglis et al. (2016)

L'objectif de l'étude « santé mentale paternelle suite à un accouchement traumatique perçu » de Inglis et al. publiée en 2016 (6) était d'explorer les expériences et les perceptions des pères après un traumatisme à l'accouchement. Il s'agit de la deuxième partie d'une série en deux parties menée en 2014 sur la santé mentale des pères après avoir vécu un accouchement traumatique perçu. L'analyse thématique des données d'enquête qualitative et des entretiens a trouvé un thème global appelé « debout sur la ligne de côté » qui englobait deux thèmes majeurs de témoins de traumatismes. Ces deux thèmes sont repris ci-dessous.

a2.1/ Le territoire inconnu

Les pères ont déclaré avoir été traumatisés par l'observation des procédures utilisées lors de l'accouchement telles que la ventouse, les forceps ou la césarienne en urgence et voir leur bébé et/ou leur partenaire en détresse. 3 points sont à retenir dans cette partie.

a2.1.1/ Ne pas être préparé

Certains pères ont décrit leurs sentiments de frustration et d'incertitude de ne pas être préparé à d'éventuelles complications.

a2.1.2/ Perte de contrôle

Les pères ont exprimé le sentiment de perdre le contrôle des événements pendant l'accouchement et se sentir impuissant face aux professionnels de santé.

a2.1.3/ Ne pas savoir

Souvent, les pères ne savaient pas ce qu'il se passait ou quel allait être le résultat, ce qui a renforcé leur sentiment de marginalisation. Le traumatisme résultant de l'absence de connaissance a été influencé par la communication des prestataires de soins. Certains pères mettent en avant que les professionnels posaient les questions à leur partenaire et ne leur disaient pas ce qu'il se passait. Parfois, ils ont été séparés physiquement de leur partenaire et/ou bébé sans aucune communication.

a2.2/ Les conséquences

L'expérience d'un accouchement traumatique a eu un impact considérable sur la vie des pères. Ils se sentent à nouveau marginalisés, mais cette fois-ci pendant la période post-partum. Cela les rend réticents à parler et à recevoir de l'aide.

a2.2.1/ L'impact

Les pères interrogés ont décrit des troubles post-traumatiques. Ils expliquent qu'ils étaient stressés, n'arrivaient pas à poursuivre leurs activités. Certains disent qu'ils pleuraient beaucoup en pensant à la situation et cela avait un impact sur leurs relations avec leur partenaire par exemple. Dans ce contexte, certains pères expriment avoir pensé à la vasectomie pour ne plus avoir d'enfants.

a2.2.2/ Passer outre

Cette partie aborde le soutien aux pères et sera abordée dans la prochaine partie.

a3/ L'étude d'Etheridge et al.

L'étude d'Etheridge et al. (88) a exploré les expériences des pères qui ont trouvé l'accouchement traumatisant. Le but de la recherche était d'étudier comment les hommes faisaient face à ces expériences, l'impact sur leur vie et leurs points de vue sur ce qui a pu aider à réduire la détresse.

L'accouchement a été vécu comme « une montagne russe d'émotions » en raison de la rapidité et de l'inattendu des événements. Les hommes ont décrit des craintes de mort, reflétant la détresse de leur partenaire, essayant de « rester ensemble » et de regarder impuissant une catastrophe se dérouler. Les pères se sont sentis abandonnés par le personnel faute d'informations. Les hommes ont été par la suite en détresse et préoccupés par les événements de la naissance, mais avaient tendance à penser que leurs réponses n'étaient pas justifiées et ont essayé de faire face en évitant. Les hommes ont décrit le besoin de soutien mais la réticence à le recevoir. Les pères peuvent éprouver une détresse extrême à la suite de l'accouchement, qui est exacerbé par certains aspects des soins de maternité actuels. Les services de maternité doivent être conscients des impacts potentiels de la participation des pères à l'accouchement et des réponses émotionnelles des pères et des mères (88).

a4/ Revue de la littérature de Hanson et al.

La revue de la littérature sur les peurs paternelles de l'accouchement (89) étudie les craintes identifiées portant sur les dommages à la mère ou au nouveau-né, la douleur du partenaire, le sentiment d'impuissance, le manque de connaissances et la peur d'une intervention à haut risque. Les pères rapportent souvent que les cours d'accouchement ne sont pas utiles et, dans certains cas, augmentent même leurs peurs. Certains pères

considèrent la naissance comme traumatisante, changeant leur perception et leur relation avec leur partenaire. Les pères expriment également le besoin d'avoir plus d'informations et de les rassurer sur le fait qu'ils fassent les bonnes choses pour leur partenaire pendant l'accouchement.

a5/ L'étude de Johansson et al.

L'étude de Johansson et al. est une étude qualitative sur les expériences vécues par les mères et les pères de la dépression post-partum et du stress parental après l'accouchement (90). Les auteurs expliquent que les expériences de complications pendant la grossesse ou un accouchement traumatique ont contribué à la dépression et à l'anxiété post-partum chez les mères et le bien-être des pères. Les résultats de cette étude démontrent l'impact significatif de la dépression post-partum et du stress parental sur la vie quotidienne des parents et la relation conjugale.

De ces différentes études, nous pouvons mettre en avant plusieurs points. L'expérience de l'accouchement peut être vécue de façon traumatique. En effet les pères peuvent éprouver des craintes de mort occasionnant une détresse, un sentiment d'impuissance et de peur notamment lorsque les événements sont rapides et inattendus. Le manque de préparation et d'information semblent aggraver ces ressentis avec une perte de contrôle sur les événements. Ces expériences d'accouchement traumatique contribuent à l'expression de symptômes de stress post-traumatique et cela altère la qualité de la vie relationnelle au quotidien. De plus, les pères décrivent un sentiment de marginalisation, ne se sentent pas reconnus.

b/ Les études sur le soutien social perçu par les pères

b1/ L'étude de Daniels et al. (avril 2020)

Le troisième thème de cette étude (87) est le soutien que les pères ont reçu par rapport à ce qu'ils voulaient.

b1.1/ Soutien prénatal

Le sous-thème « soutien prénatal » met en avant que les participants ont reçu un bon soutien mais que les cours prénataux étaient très adaptés pour les mères et les accouchements normaux. Les participants ont aussi expliqué l'importance du soutien par les pairs.

b1.2/ Soutien à la naissance

Le sous-thème « soutien à la naissance » décrit les niveaux de soutien tout au long de la naissance et semble moins positif que le soutien prénatal. Les pères déclarent que cela est compréhensible en raison de la situation d'urgence. Ils étaient conscients que le manque de soutien pour eux signifiait que leurs partenaires étaient sauvées. Néanmoins les participants auraient souhaité être informés et impliqués tout au long de la naissance. Ils pensaient que leur implication les aurait rendus plus utiles. Ils ont estimé que le manque de soutien reçu a contribué à qualifier l'expérience traumatisante.

b1.3/ Soutien postnatal

De nombreux pères ont estimé qu'il y avait un soutien minimal pour eux-mêmes ou leurs partenaires. Les participants ont ressenti une chance de discuter de leurs expériences et de recevoir des explications après que l'événement les aurait aidés à comprendre la situation. De nombreux participants ont déclaré vouloir le soutien d'autres pères, qui pourraient être mis en relation par le biais de groupes de soutien. Cependant, les participants ont reconnu que les hommes ne recherchent pas toujours de l'aide. Ils suggèrent que l'aide pourrait être explicitement dirigée et rendue plus facile à trouver afin de briser les barrières qui empêchent les hommes de demander de l'aide (87).

Les pères ont rapporté que le fait de voir l'accouchement traumatisant de leur partenaire avait eu un impact négatif sur eux. Ils estimaient que cela affectait leur santé mentale et leurs relations pendant la période postnatale. Cependant, il n'y a pas de soutien reconnu

au niveau national pour les pères à utiliser à la suite de leurs expériences. Les participants ont attribué cela au fait d'être perçu comme moins important que les femmes dans la période postnatale et aux perceptions des services de maternité à l'égard du père en général. Les implications incluent la garantie d'un soutien pour la mère et le père après une naissance traumatisante, avec une formation supplémentaire du personnel orientée vers le rôle du père (87).

b2/ L'étude de Inglis et al. (2016)

L'étude de Inglis et al. (6) aborde également le soutien pour les pères. Ces derniers partageraient le sentiment d'avoir été à nouveau marginalisés au décours de l'accouchement. Ils expliquent que toutes les personnes demandaient des nouvelles de leur partenaire sans se préoccuper d'eux-mêmes. Certains pères disent qu'ils se sont détachés émotionnellement du traumatisme pour y faire face en passant par exemple beaucoup de temps au travail. Beaucoup de pères se sont sentis encouragés après avoir reçu le soutien de leurs amis, de leur famille.

Selon les perceptions et les expériences des pères, il y avait un manque important de communication entre les équipes d'accouchement et eux. De ce fait, ils ont éprouvé un sentiment de marginalisation avant, pendant et après l'accouchement traumatique. Les résultats de cette étude suggèrent que ces facteurs ont contribué à la perception du traumatisme dans l'échantillon actuel. Alors que de nombreux pères ont signalé l'impact négatif de l'accouchement traumatique sur eux-mêmes et leurs relations, certains ont signalé une croissance post-traumatique de l'expérience et d'autres ont identifié les amis et la famille comme une source précieuse de soutien. Une meilleure communication entre le personnel des sages-femmes et les pères avant, pendant et après l'accouchement peut réduire les taux de difficultés de santé mentale post-partum paternelles et les expériences de traumatisme.

b3/ L'étude de Vallin et al.

L'étude de Vallin et al. aborde la santé psychologique des pères et le soutien social reçu lors d'accouchements compliqués imprévisibles (91). Lorsque surviennent des complications imprévisibles à la naissance, les pères peuvent avoir besoin d'un soutien social supplémentaire. Les professionnels de la santé infantile devraient reconsidérer la façon dont ils soutiennent les pères, en particulier lors des naissances compliquées, car un manque de soutien peut entraîner une mauvaise santé psychologique, des sentiments d'exclusion et des expériences de naissance négatives. Il faudrait redoubler d'efforts pour changer les attitudes et les comportements des professionnels de la santé à l'égard des pères afin qu'ils puissent mieux soutenir leur partenaire et vivre une expérience de naissance plus positive (91).

Les pères rapportent un manque de soutien notamment au décours de l'accouchement. Ils déclarent que cela est compréhensible lors d'une situation d'urgence mais auraient souhaité être informé et impliqués tout au long de la naissance. De plus, lorsque l'accouchement est compliqué, un besoin social supplémentaire est souhaité. Dans l'ensemble, un manque de communication est perçu et cela accentue le sentiment de marginalisation et les expériences de naissances négatives.

c/ Les études sur la clinique du psychotraumatisme chez les pères au décours d'un accouchement

c1/ L'étude de Bradley et al.

Le but de l'étude de Bradley et al. (9) est de déterminer si les hommes éprouvent des symptômes de trouble de stress post-traumatique après avoir assisté au travail et à l'accouchement de leur partenaire. Les auteurs étudient également la prévalence et les

prédicteurs des symptômes de TSPT ainsi que l'anxiété et la dépression. Aucun homme n'a signalé de symptômes à des niveaux significatifs dans les trois dimensions du TSPT (intrusions, évitement et hyperexcitation), bien que 12% aient signalé des symptômes cliniquement significatifs dans au moins une dimension. La dimension avec la fréquence la plus élevée était l'hyperexcitation. La régression linéaire a indiqué que davantage de symptômes du TSPT étaient prédits par le niveau d'anxiété, une expérience moindre de l'accouchement (pas ou peu vécu, moins préparé et plus en détresse), la grossesse non planifiée, la présence à l'accouchement et le sentiment d'avoir moins confiance en l'adaptation. La prévalence des symptômes cliniquement significatifs de dépression et d'anxiété était de 8 et 7%, respectivement, et était prédite par une anxiété plus élevée. Dans cet échantillon, il y avait peu de preuves de la constellation complète du TSPT chez les hommes qui assistaient à l'accouchement.

c2/ L'étude de ME Van Steijn et al.

L'étude de ME Van Steijn et al. sur le trouble de stress post-traumatique chez les partenaires après une hémorragie post-partum sévère (92) met en avant que les partenaires des femmes sont de plus en plus présents lors de l'accouchement et peuvent être exposés à une expérience traumatisante. Comme il a été démontré que les problèmes de santé mentale des parents comme le trouble de stress post-traumatique augmentent le risque de problèmes de développement de l'enfant, il est important d'identifier ces facteurs de risque. Les partenaires décrivent souvent une hémorragie post-partum sévère comme traumatique. L'objectif de l'étude est que la présence d'une hémorragie post-partum sévère est un facteur de risque de développer un trouble de stress post-traumatique chez les partenaires. Les résultats montrent qu'aucun des partenaires n'a développé de trouble de stress post-traumatique, révélant la résilience des jeunes pères. Parce que certains partenaires ont signalé une hémorragie post-partum sévère comme traumatique, les

auteurs recommandent une information et un soutien suffisants pendant l'accouchement (92).

c3/ L'étude de Stramrood et al.

L'étude de Stramrood et al. (93) évalue la prévalence et les facteurs de risque de trouble de stress post-traumatique et de dépression chez les pères après une pré éclampsie précoce ou une rupture prématurée des membranes. Les symptômes du TSPT et de la dépression sont survenus à un rythme similaire chez les partenaires de femmes atteintes de pré-éclampsie précoce ou de rupture prématurée des membranes et les partenaires de femmes enceintes saines. Les symptômes du TSPT et de la dépression pendant la grossesse ont prédit l'apparition de symptômes du TSPT après l'accouchement. L'augmentation de l'âge paternel a prédit plus de symptômes de TSPT et de dépression post-partum. À 6 semaines après l'accouchement, une forte association a été trouvée entre les hommes et les femmes dans les symptômes du TSPT et de la dépression.

c4/ L'étude de Loewenstein et al.

L'étude sur l'expérience des parents dans l'unité de soins intensifs néonataux (94) dit que l'admission dans ces unités peut être traumatisante pour certains parents, causant une détresse psychologique et des rôles parentaux modifiés. Les principaux thèmes qui en ont résulté comprenaient la séquence de panique, les bouleversements émotionnels, le soutien social, la foi et l'adaptation. Les interventions visant à gérer les émotions des parents, à soutenir leurs besoins spirituels, à faciliter les compétences parentales et l'attachement du nourrisson et à adapter l'environnement aux besoins des parents peuvent aider à améliorer l'expérience de ces unités.

A travers ces études, on remarque que les pères présentent rarement le tableau complet du TSPT au décours de l'accouchement bien que certains présentent des symptômes de

façon significative dans l'une des dimensions (intrusion, évitement, hyperexcitation). Pourtant, certains pères signalent que l'accouchement a été un événement traumatique pour eux d'où l'importance de les informer et les soutenir. Il existe des situations où les facteurs de stress s'ajoutent. C'est le cas lors d'une réanimation néo-natale après un accouchement pathologique.

PARTIE CLINIQUE

I/ Cas clinique 1 :

la césarienne en urgence

A/ Cas clinique 1

L'équipe soignante de la maternité interpelle l'équipe de liaison de périnatalité pour rencontrer une patiente ayant accouché la veille dans un contexte de césarienne « code rouge ». Il s'agit du premier enfant du couple.

En entrant dans la chambre, nous découvrons la maman sur son lit avec son bébé dans les bras. Le papa est endormi, couché sur un matelas gonflable. Il se réveille peu à peu lors de l'entretien.

Nous nous présentons de façon générale en expliquant qu'à la demande de l'équipe de la maternité, nous venons rencontrer les jeunes parents et leur bébé. Cela permet un premier échange avec les parents et permet aussi de donner les informations complémentaires à savoir les consultations en périnatalité, les consultations au CMP, les associations.

La maman acquiesce, sourit, regarde son bébé, nous dit : « ça va, juste un peu fatiguée ! Le bébé va bien, c'est rassurant après toutes ces frayeurs ». Elle regarde ensuite son conjoint en ajoutant « Monsieur aussi est fatigué ».

La maman explique que la grossesse s'est bien déroulée. Nous leur demandons comment ils ont vécu l'accouchement en urgence. « Le monitoring a détecté une anomalie du rythme cardiaque du bébé. Nous étions en salle de travail, puis l'équipe a décidé de la césarienne « code rouge » ».

A ce moment, le papa jusqu'alors silencieux, allongé sur son lit, se réveille en sursaut et dit « Quand ils ont dit code rouge, c'était la panique, ils courraient partout, moi je ne comprenais rien. J'ai commencé à attraper une suée, mon cœur s'emballait. En plus la grossesse s'est bien passée, je pensais que l'accouchement allait bien se passer aussi. Je ne savais pas où me mettre, je regardais à droite, à gauche, c'est comme si on m'avait mis un coup de massue, j'ai cru que j'allais tomber dans les pommes. J'entendais les voix des soignants au loin, comme si ce qui était en train de se passer était au ralenti. Mais c'est assez flou, je ne me souviens pas de tout. ».

Le papa explique qu'il est resté seul dans la salle de travail et tout en continuant de parler, se lève de façon inattendue et brutale du matelas. Il ajoute « ils l'ont emmenée au bloc, mais ce n'est pas comme ça normalement un accouchement ! en à peine 10 secondes, je me suis retrouvé tout seul, complètement flippé... j'avais peur de ne jamais revoir ma femme et mon bébé, c'était horrible, et je ne pouvais rien faire, juste attendre. Je ne sais pas dire combien de temps j'ai attendu dans cette pièce mais ça m'a semblé interminable. Les idées se bousculaient dans ma tête, j'avais peur pour ma femme et mon bébé ». Puis il poursuit : « On m'a demandé de m'habiller en tenue de bloc pour venir voir le bébé, comme dans un film. J'avais l'impression d'être dans un rêve ». Le papa déroule effectivement les différentes étapes de la prise en charge, de façon assez automatique et détachée, le regard dans le vide (dans ses pensées).

Nous mettons en avant que tout cela n'a pas dû être facile pour lui. Son regard est vide, le visage figé. A ce moment, il répond « c'était un canard bleu ».

De son côté, la maman explique qu'elle ne se souvient plus exactement de ce qu'il s'est passé de par la rapidité de la prise en charge, l'anesthésie, et le fait de « ne pas avoir eu l'impression d'accoucher ».

Tous deux concluent en disant qu'ils ont besoin de repos, que le bébé va bien, « c'est le principal ».

B/ Sémiologie du cas clinique 1

1/ Les signes d'activation neuro végétatifs faisant partie des signes physiques d'un stress adapté ou inadapté : sueurs, tachycardie, lipothymie

« J'ai commencé à attraper une suée, mon cœur s'emballait. » ; « j'ai cru que j'allais tomber dans les pommes. »

2/ Les signes de détresse péri-traumatique :

a/ Sentiment de peur pour les autres et sentiment de solitude

« J'avais peur pour ma femme et mon bébé », « je me suis retrouvé tout seul, complètement flippé...j'avais peur de ne jamais revoir ma femme et mon bébé, c'était horrible »

b/ Sentiment de colère, frustration

« Ils l'ont emmenée au bloc, mais ce n'est pas comme ça normalement un accouchement »

c/ Perte de contrôle, sentiment d'incapacité

« Je ne savais pas où me mettre, je regardais à droite, à gauche »

3/ Etat de stress aigu : hypervigilance et réaction de sursaut exagérée

« Se réveille en sursaut » suite à l'évocation du mot « code rouge »

4/ Dissociation péri-traumatique

- Altération de l'écoulement du temps : « J'entendais les voix des soignants au loin, comme si ce qui était en train de se passer était au ralenti »

- Amnésie dissociative : « Mais c'est assez flou, je ne me souviens pas de tout. »
- Déréalisation : « On m'a demandé de m'habiller en tenue de bloc pour venir voir le bébé, comme dans un film. J'avais l'impression d'être dans un rêve »
- Autres signes de dissociation : « Le papa déroule effectivement les différentes étapes de la prise en charge, de façon assez automatique et détachée, le regard dans le vide (dans ses pensées) », « Son regard est vide, le visage figé. A ce moment, il répond « c'était un canard bleu » »

II/ Cas clinique 2 :

césarienne en urgence

A/ Cas clinique 2

Le père est resté seul en salle de travail pendant 45 minutes le temps de l'accouchement par césarienne au bloc opératoire. Il rapporte « j'ai entendu de la part de l'équipe « on part en code rouge » sans trop comprendre en quoi cela consistait, de qui « on » parlait, « on part où ? », tout est allé très vite ». On lui a demandé de rester dans la pièce, « je n'ai même pas demandé pourquoi je devais rester là, j'étais ailleurs ». Il dit « en l'espace d'une seconde la pièce où nous étions 10 s'est vidée, je me suis retrouvé seul, avec ce brassard qui se gonflait, se dégonflait, se gonflait...dans le vide...pendant 45 minutes qui m'ont semblées une éternité. Je me suis senti impuissant. Je me culpabilise d'avoir abandonné ma femme et mon bébé. »

B/ Sémiologie cas clinique 2

1/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'incompréhension, perte de contrôle, incapacité de comprendre et d'exprimer ce qu'on ressent, sidération

« On part en code rouge » sans trop comprendre », « je n'ai même pas demandé pourquoi je devais rester là, j'étais ailleurs »

b/ Sentiment de solitude

« En l'espace d'une seconde la pièce où nous étions 10 s'est vidée, je me suis retrouvé seul »

c/ Sentiment d'impuissance et de culpabilité

« Je me suis senti impuissant. Je me culpabilise d'avoir abandonné ma femme et mon bébé. »

2/ Dissociation péri-traumatique

a/ Tunnelage

« Avec ce brassard qui se gonflait, se dégonflait, se gonflait...dans le vide... »

b/ Ralentissement temporel, dépersonnalisation

« Pendant 45 minutes qui m'ont semblées une éternité. »

III/ Cas clinique 3 :

césarienne en urgence

A/ Cas clinique 3

La grossesse s'est bien déroulée. Le couple est en salle d'accouchement. L'équipe soignante constate que le bébé est en bradycardie et ne récupère pas. La décision est donc l'accouchement par césarienne en code rouge.

Le papa explique « on nous a dit que le bébé n'allait pas bien et qu'il fallait le sortir rapidement ». Le père est resté en salle d'accouchement seul pendant que la césarienne avait lieu. La salle d'accouchement est en face de la salle de césarienne. Le bébé a dû être réanimé.

Le papa ajoute : « pendant ce temps j'étais dans la salle juste en face, seul. Ils venaient de partir pour la césarienne. On avait compris que c'était grave, l'accouchement n'allait pas pouvoir se faire par voie basse. Puis j'ai vu courir d'autres personnes, le gynécologue, l'interne, l'anesthésiste...et le pédiatre. Ça avait l'air bien plus grave que ce que j'imaginai. Puis j'ai entendu « appelez une sage-femme en plus, on commence la réa » et là c'était le coup de massue, les idées défilaient dans ma tête, je me voyais seul avec le bébé, seul avec ma femme, tout seul, impuissant. Après plus d'une heure, j'ai pu les rejoindre, soulagé et perdu à la fois ».

B/ Sémiologie cas clinique 3

1/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment de solitude et d'impuissance

« Le père est resté en salle d'accouchement seul pendant que la césarienne avait lieu. »,
« pendant ce temps j'étais dans la salle juste en face, seul. », « Je me voyais seul avec le bébé, seul avec ma femme, tout seul, impuissant. »

b/ Sentiment de peur intense et confrontation à un événement à caractère violent et inattendu

« C'était grave », « Puis j'ai entendu « appelez une sage-femme en plus, on commence la réa » et là c'était le coup de massue »

2/ Signes d'activation neuro végétatifs : tachypsychie

« Les idées défilaient dans ma tête »

IV/ Cas clinique 4 :

césarienne en urgence

A/ Cas clinique 4

L'accouchement s'est déroulé par voie basse et a duré environ 20 heures puis la décision d'une césarienne en urgence a été prise. Le papa se souvient d'être assis devant le bloc opératoire et décrit une image qui lui reste en tête : « les bottes en caoutchouc rouge du médecin ». Il décrit à ce moment un état de panique extrême. « Je me souviens uniquement de ça ».

B/ Sémiologie cas clinique 4 : dissociation péri-traumatique

-Le tunnelage : « Décrit une image qui lui reste en tête : « les bottes en caoutchouc rouge du médecin » »

V/ Cas clinique 5 :

césarienne non urgente

A/ Cas clinique 5

L'équipe a décidé d'une césarienne (non urgente) pour défaut d'engagement et stagnation de la dilatation. Le rythme du bébé était normal. Hors situation d'urgence, le père a pu venir au bloc. Il est resté au niveau de la tête de sa femme.

A la naissance, le rythme cardiaque du nouveau-né n'était pas bon. Une sage-femme a été rappelée en renfort mais celle-ci était déjà sur un autre accouchement. Le père ajoute « ça commençait à me faire stresser, je voyais bien que la sage-femme demandait de l'aide mais personne ne venait. Et moi, qu'est-ce-que je pouvais faire ? je ne comprenais pas ce qu'il se passait, j'essayais de soutenir ma femme comme je pouvais mais même ça, je ne savais pas trop comment faire ».

La table de réanimation était dans la salle de césarienne.

L'équipe absorbée par les soins d'urgence n'a pas pu expliquer au couple ce qu'il se passait.

Le père ajoute « j'étais tendu, je n'arrivais ni à rester auprès de ma femme, ni à rester en place, c'était interminable, insupportable, je faisais les 100 pas dans le bloc à regarder

partout et nulle part à la fois, et l'équipe était tellement occupée ». Il s'était approché d'eux et explique « J'entendais « pas de cœur », puis la sage-femme a appelé le pédiatre en expliquant que la fréquence cardiaque était inférieure à 60, qu'il ne respirait pas, était bleu, hypotonique... elle a raccroché et elles ont commencé à réanimer le bébé. J'étais perdu, avec ces mots en tête, je ne sais même pas dire ce que je ressentais, c'était flou, comme si j'étais dans le brouillard. Parfois je revois le massage cardiaque, la ventilation. J'entendais « aller respire, aller démarre » et « on intube ». »

Le pédiatre est arrivé et a vu le père derrière l'équipe, figé, paralysé. C'est à ce moment qu'il lui demande de s'éloigner. Il était perdu.

B/ Sémiologie cas clinique 5

1/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'incompréhension, d'incapacité, d'inutilité

« Le père ajoute « l'équipe avait l'air préoccupée, je ne comprenais pas ce qu'il se passait » », « je voyais bien que la sage-femme demandait de l'aide mais personne ne venait. Et moi, qu'est-ce-que je pouvais faire ? je ne comprenais pas ce qu'il se passait, j'essayais de soutenir ma femme comme je pouvais mais même ça, je ne savais pas trop comment faire »

b/ Agitation improductive, incessante, incohérente

« J'étais tendu, je n'arrivais ni à rester auprès de ma femme, ni à rester en place, c'était interminable, insupportable, je faisais les 100 pas dans le bloc à regarder partout et nulle part à la fois, et l'équipe était tellement occupée »

c/ Sidération

« Le pédiatre est arrivé et a vu le père derrière l'équipe, figé, paralysé. C'est à ce moment qu'il lui demande de s'éloigner. Il était perdu. »

2/ Dissociation péri-traumatique : dépersonnalisation

« J'entendais « pas de cœur », puis la sage-femme a appelé le pédiatre en expliquant que la fréquence cardiaque était inférieure à 60, qu'il ne respirait pas, était bleu, hypotonique... elle a raccroché et elles ont commencé à réanimer le bébé. J'étais perdu, avec ces mots en tête, je ne sais même pas dire ce que je ressentais, c'était flou, comme si j'étais dans le brouillard. »

3/ Etat de stress aigu : reviviscence

« Parfois je revois le massage cardiaque, la ventilation. J'entendais « aller respire, aller démarre » et « on intube »

VI/ Cas clinique 6 :

déchirure complète non compliquée

A/ Cas clinique 6

Contexte cette fois ci d'un accouchement par voie basse avec déchirure complète non compliquée chez une patiente primipare.

L'auxiliaire de puériculture propose au papa qui était à côté de sa femme de venir faire les premiers soins du nouveau-né avec elle sur la table d'accueil qui se trouve derrière la sage-femme. Cette dernière s'apprêtait à suturer une déchirure complète non compliquée. Pour cela, la sage-femme doit explorer la déchirure, réfléchir à comment elle va effectuer la suture, pendant que les saignements sont abondants.

Le père qui était dos à la sage-femme se retourne pour parler à sa femme et voit la déchirure, le sang. L'équipe a pu constater qu'il était « sonné ».

La sage-femme est venue le voir à deux reprises après l'accouchement durant le séjour en maternité. A ce moment, le père a pu dire qu'il revoyait la scène de cette déchirure, qu'à ce moment son souffle était « coupé ». Il parlait « d'images d'horreur », « de dégoût », « de boucherie ». Après quelques jours, il explique « Dès que quelqu'un demande des nouvelles, comment s'est passé l'accouchement, je dis que globalement ça a été, et c'est vrai, ça a été. Mais tout ça me remet ces images en tête, alors que j'essaye de tout faire pour oublier. C'est quand même bête de penser à tout ça alors que je devrais être content...mais je ne sais pas, je suis un peu chamboulé peut-être. Je redoute les appels téléphoniques de la famille ou des amis, pour encore reparler de tout ça...mais je comprends, c'est normal qu'ils demandent des nouvelles ! J'ai l'impression que ça ne sera plus pareil avec ma femme et ça me met mal de ressentir ça ». Les questions qui le préoccupaient concernaient entre autre la reprise des rapports sexuels.

B/ Sémiologie cas clinique 6

1/ Détresse péri-traumatique : sidération

« L'équipe a pu constater qu'il était « sonné », « qu'à ce moment son souffle était « coupé » »

2/ Etat de stress aigu

a/ Flash-backs

« Le père a pu dire qu'il revoyait la scène de cette déchirure », « d'images d'horreur », « de dégoût », « de boucherie »

b/ Souvenirs envahissants, répétitifs, involontaires et sentiment intense de détresse psychique à l'exposition à des indices externes

« Mais tout ça me remet ces images en tête »

c/ Evitement

« Alors que j'essaye de tout faire pour oublier », « Je redoute les appels téléphoniques de la famille ou des amis, pour encore reparler de tout ça »

d/ Humeur négative et sentiment de culpabilité

« C'est quand même bête de penser à tout ça alors que je devrais être content », « J'ai l'impression que ça ne sera plus pareil avec ma femme et ça me met mal de ressentir ça »

VII/ Cas clinique 7 :

accouchement instrumentalisé

A/ Cas clinique 7

Le père raconte : « Je revois ma femme, complètement à bout de force, qui criait à cause de la douleur. Je me sentais impuissant, je ne savais pas comment l'aider. Je tremblais, j'étais en sueur. Et de la voir comme ça, c'était insupportable, j'avais mal pour elle. Apparemment la péridurale ne faisait plus effet et l'accouchement a dû se faire à l'aide de forceps. C'était un cercle vicieux. Je ne savais plus où me mettre et je n'arrivais plus à bouger. C'était interminable, le bébé avait du mal à sortir. Déjà un bébé, mais en plus les forceps...c'était horrible ».

B/ Sémiologie cas clinique 7

1/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'impuissance et de culpabilité

« Je me sentais impuissant, je ne savais pas comment l'aider »

b/ Confrontation à la douleur de l'autre, sentiment d'horreur, perte de contrôle

« C'était insupportable, j'avais mal pour elle », « Déjà un bébé, mais en plus les forceps...c'était horrible »

c/ Sidération

« Je ne savais plus où me mettre et je n'arrivais plus à bouger. »

2/ Signes d'activation neuro végétatifs : tremblements, sueurs, tachycardie

« Je tremblais, j'étais en sueur »

3/ Dissociation péri-traumatique : altération de l'écoulement du temps et dépersonnalisation

« C'était interminable »

VIII/ Cas clinique 8 :

accouchement instrumentalisé

A/ Cas clinique 8

L'accouchement a dû se dérouler avec des forceps. « Ma femme hurlait de douleurs. Mais quand j'ai vu l'instrument arriver, je n'ai pas compris ce qu'il allait faire avec ça. Le médecin tirait de toute sa force pour faire sortir le bébé. J'avais peur que sa tête se décroche. Je n'arrêtais pas de me dire que ce qui était en train de se passer n'était pas vrai, j'étais dans un cauchemar. J'avais mal partout, c'était vraiment bizarre »

B/ Sémiologie cas clinique 8

1/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'impuissance, confrontation à une souffrance extrême

« Ma femme hurlait de douleurs »

b/ Sentiment d'incompréhension

« Mais quand j'ai vu l'instrument arriver, je n'ai pas compris ce qu'il allait faire avec ça »

2/ Dissociation péri-traumatique : déréalisation

« Je n'arrêtais pas de me dire que ce qui était en train de se passer n'était pas vrai, j'étais dans un cauchemar. »

IX/ Cas clinique 9 :

Mort fœtale in utero

A/ Cas clinique 9

La patiente arrive aux urgences amenée par son mari car elle présente des saignements, en période de troisième trimestre à 36 semaines d'aménorrhée. L'échographie confirme la mort fœtale in utero. Le couple est sidéré par la nouvelle. La patiente est hospitalisée en maternité pour l'accouchement.

Le conjoint explique qu'il a été difficile de soutenir sa femme lors de l'accouchement : « je me sentais vide, anéanti, j'essayais au mieux d'aider ma conjointe, mais tout était mélangé. J'avais envie de pleurer mais rien ne sortait, j'étais bloqué. J'avais espoir de voir mon bébé vivant. Mon esprit était divisé en deux : aider ma femme, l'encourager dans les contractions tout en étant envahi par l'idée que mon enfant était mort. J'avais imaginé la scène, la

naissance du bébé, les cris, les félicitations. Et là, le silence, pesant. C'était vide. » Il explique qu'il fait des cauchemars la nuit, se réveille en sursaut en entendant les sages-femmes dire « aller, poussez Madame ! »

B/ Sémiologie cas clinique 9

1/ Détresse péri-traumatique : sidération

« J'avais envie de pleurer mais rien ne sortait, j'étais bloqué »

2/ Etat de stress aigu : rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse en lien avec l'événement traumatique, réaction de sursaut exagérée

« Il fait des cauchemars la nuit, se réveille en sursaut en entendant les sages-femmes dire « aller, poussez Madame ! »

X/ Cas clinique 10 : décès maternel

A/ Cas clinique 10

Installés en salle d'accouchement, le père raconte que sa conjointe se sentait très fatiguée. Elle faisait de la fièvre, le médecin lui a administré un traitement. L'accouchement a eu lieu, le père a pu voir son bébé installé pour les premiers soins, et dit « on m'apprend à ce moment-là qu'on va devoir le transférer dans un autre hôpital, je n'ai pas compris ». En retournant auprès de sa conjointe, il constate qu'elle n'était plus consciente. « mon cœur palpitait. J'entends encore aujourd'hui le bruit du scope qui ralentissait. Je vois le médecin qui vide les paquets de compresses, le sang partout, sur le sol. Il fallait que je l'aide ».

L'équipe raconte que le père était en état d'agitation psycho motrice, cherchait des poches de transfusion pour sa conjointe en courant partout de façon incohérente.

B/ Sémiologie cas clinique 10

1/ Signes d'activation neuro végétatifs

« Mon cœur palpitait »

2/ Etat de stress aigu : souvenirs répétitifs, involontaires, envahissants

« J'entends encore aujourd'hui le bruit du scope qui ralentissait. Je vois le médecin qui vide les paquets de compresses, le sang partout, sur le sol »

3/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'incompréhension

« Je n'ai pas compris »

b/ Agitation improductive avec déambulation incessante et incohérente

« L'équipe raconte que le père était en état d'agitation psycho motrice, cherchait des poches de transfusion pour sa conjointe en courant partout de façon incohérente »

XI/ Cas clinique 11 :

accouchement inopiné à la maison

A/ Cas clinique 11

Il s'agit d'un accouchement inopiné au domicile et du premier enfant du couple. Le père a dû appeler les pompiers et commencer à faire l'accouchement sous les conseils des pompiers. Tout s'est bien déroulé. L'enfant et la mère sont en bonne santé.

Le père décrit des troubles du sommeil les jours suivants, une hyper vigilance, des sueurs/tremblements de façon quotidienne. « Pourtant sur le moment ça allait, je suivais les conseils au téléphone...enfin je me sentais quand même bien seul, je pense que mon cerveau s'est verrouillé et je faisais ce qu'on me disait comme un robot. Mais depuis quelques jours c'est comme si tout s'écroulait, et je suis en alerte permanente. Tout peut arriver ». Les phrases du pompier lui reviennent et il revit la scène. L'accouchement a eu lieu dans la cuisine du domicile. Le fait de revenir dans la pièce lui occasionne des reviviscences. Il explique que depuis, il préfère rester dans le salon pour manger, ne traîne pas dans la cuisine. « J'étais concentré, je faisais attention à mes gestes. Finalement c'était un moment inoubliable, tout le monde est en bonne santé. Je ne devrais pas me plaindre. Mais je n'étais pas préparé à voir et faire tout cela. Des images m'ont choqué, comme la vue du placenta. Et je n'arrive plus à voir ma conjointe de la même façon ».

B/ Sémiologie cas clinique 11

1/ Etat de stress aigu

a/ Syndrome d'éveil

« Troubles du sommeil », « hypervigilance »

b/ Syndrome envahissant : souvenirs répétitifs, envahissants, involontaires

« Les phrases du pompier lui reviennent et il revit la scène », « Le fait de revenir dans la pièce lui occasionne des reviviscences », « Des images m'ont choqué, comme la vue du placenta »

c/ Syndrome d'évitement

« Il explique que depuis, il préfère rester dans le salon pour manger, ne traîne pas dans la cuisine »

d/ Sentiment de culpabilité, humeur négative

« Je ne devrais pas me plaindre »

2/ Signes d'activation neuro-végétatifs

« Sueurs/tremblements »

3/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment de solitude

« Enfin je me sentais quand même bien seul »

b/ Action automatique

« Je pense que mon cerveau s'est verrouillé et je faisais ce qu'on me disait comme un robot »

XII/ Cas clinique 12 :

douleurs

A/ Cas clinique 12

L'accouchement s'est déroulé par voie basse. Le papa était présent et décrit la scène en disant que l'accouchement lui paraissait interminable, que c'était douloureux de voir sa femme dans cet état de souffrance lors des contractions. Il se dit choqué par l'intensité de la douleur des contractions puis de voir sa femme perdre connaissance quelques instants. « J'ai eu une montée de stress à ce moment-là, j'ai paniqué, je regardais tous les soignants, eux faisaient leur travail, je n'osais rien dire, peut être que c'était normal ce qu'il se passait, je ne comprenais pas tout ce qu'ils faisaient. De toute façon qu'est-ce-que je pouvais faire ? en tout cas je me sentais seul avec ce que je vivais à ce moment-là ».

B/ Sémiologie cas clinique 12

1/ Dissociation péri-traumatique : altération écoulement du temps et dépersonnalisation

« Que l'accouchement lui paraissait interminable »

2/ Confrontation à la douleur

« Que c'était douloureux de voir sa femme »

3/ Signes d'activation neuvo-végétatifs

« Montée de stress », « j'ai paniqué, je regardais tous les soignants »

4/ Détresse péri-traumatique

a/ Sentiment d'incompréhension

« Je ne comprenais pas tout »

b/ Sentiment d'inutilité, d'incapacité et perte de contrôle

« De toute façon qu'est-ce-que je pouvais faire ? »

c/ Sentiment de solitude

« Je me sentais seul avec ce que je vivais à ce moment-là »

XIII/ Cas clinique 13 :

douleurs

A/ Cas clinique 13

« Je n'avais jamais vu ma femme comme ça, elle hurlait de douleur, comme si elle était possédée. Elle avait perdu le contrôle. Je me sentais inutile, je ne savais pas quoi faire, où me mettre, c'était insupportable, je me sentais seul. C'est frustrant. Je n'arrêtais pas de demander aux équipes ce que je pouvais faire, je regardais dans la pièce s'il n'y avait pas quelque chose qui aurait pu la soulager ».

B/ Sémiologie cas clinique 13

1/ Confrontation à la douleur

« Je n'avais jamais vu ma femme comme ça, elle hurlait de douleur, comme si elle était possédée »

2/ Détresse péri-traumatique : sentiment d'inutilité, solitude, impuissance, frustration

« Je me sentais inutile, je ne savais pas quoi faire, où me mettre, c'était insupportable, je me sentais seul. C'est frustrant »

XIV/ Cas clinique 14 :

la vue du placenta

A/ Cas clinique 14

L'accouchement s'est bien déroulé. « Je suis resté à côté de ma compagne pendant tout l'accouchement puis j'ai fait les premiers soins du bébé avec la sage-femme. C'est au moment où je suis revenu vers ma compagne que j'ai vu le placenta. L'équipe a dû voir que ça n'allait pas car je suis resté bloqué quelques secondes. Ça m'a complètement choqué. Je ne savais pas que c'était comme ça. Ça m'a dégoûté et j'ai du mal à passer au-dessus et à oublier ce moment ».

B/ Sémiologie cas clinique 14

1/ Etat de stress aigu : souvenirs répétitifs et envahissants

« Ça m'a dégoûté et j'ai du mal à passer au-dessus et à oublier ce moment »

2/ Détresse péri-traumatique : sidération

« Car je suis resté bloqué quelques secondes. Ça m'a complètement choqué. »

XV/ Cas clinique 15 :

hémorragie de la délivrance

A/ Cas clinique 15

Récit d'une sage-femme : « l'accouchement des jumeaux s'est bien passé. Les premiers soins des bébés avaient été faits avec l'auxiliaire de puériculture. Le papa était avec eux, revenait voir sa conjointe. C'est après que les choses se sont gâtées. La patiente perdait beaucoup de sang. Elle dit à son mari qu'elle se sentait partir. Nous avons dû laisser ensuite le papa avec les jumeaux dans la salle à côté pendant que nous nous occupions de gérer la patiente faisant une hémorragie de la délivrance. Il nous voyait courir partout. J'ai dû revenir dans la salle où il était. Je l'ai trouvé devant ses bébés, le regard un peu perdu. Il était plutôt calme, bougeait l'un des berceaux, ramassait un papier à terre, disait « bon bah voilà, après on va rentrer tranquillement à la maison ». Il faisait un pas à droite, un pas à gauche, le regard ailleurs. Il me semblait un peu bizarre. J'ai juste pu lui dire que je revenais dès que possible et que j'allais appeler la puéricultrice ».

B/ Sémiologie cas clinique 15

1/ Sentiment de solitude

« Se sentant partir elle a dit à son mari « je suis désolée », « Nous avons dû laisser ensuite le papa avec les jumeaux dans la salle à côté »

2/ Détresse péri-traumatique : action automatique

« Je l'ai trouvé devant ses bébés, le regard un peu perdu. Il était plutôt calme, bougeait l'un des berceaux, ramassait un papier à terre, disait « bon bah voilà, après on va rentrer tranquillement à la maison ». Il faisait un pas à droite, un pas à gauche, le regard ailleurs »

DISCUSSION

I/ L'accouchement comme événement potentiellement traumatique pour les pères

A/ D'après la définition d'un événement traumatique

Selon le DSM-5, l'accouchement peut être perçu individuellement comme une menace et entre dans le cadre d'un événement potentiellement traumatique (71). Il peut générer une charge émotionnelle importante pouvant dépasser les ressources du sujet. Parfois, l'accouchement survient de manière soudaine. Des complications peuvent survenir de manière inattendue. Un tiers des femmes considère leur accouchement comme une expérience traumatique (71) et peuvent présenter des symptômes de stress post-traumatique.

Les études sur le TSPT du post-partum sont plus nombreuses chez les mères que chez les pères. Nous avons retrouvé 23 articles sur PubMed avec les termes « father » et « traumatic childbirth » alors que 106 articles sont recensés pour « mother » et « traumatic childbirth ».

D'après la définition d'un événement potentiellement traumatique, nous pouvons dire que l'accouchement peut être aussi considéré comme un événement potentiellement traumatique pour les pères car ils sont témoins de cet événement de par leur place à l'accouchement. Ils sont confrontés à la douleur de leur partenaire et parfois à la perception de la menace de mort. Une personne témoin d'un événement traumatique peut présenter un TSPT comme le définit le DSM-5. Les pères sont autorisés à assister à l'accouchement

depuis plusieurs années et pourtant, on se questionne peu sur leur état psychique, leurs ressentis ou besoins à cet instant.

1/ La confrontation du père à la douleur de sa partenaire

La douleur est considérée comme un facteur de risque prédictif de TSPT dans le post-partum chez les mères (95) (7). La douleur lors de l'accouchement et la délivrance d'un bébé malade ou mort-né sont deux facteurs prédictifs de TSPT après l'accouchement (7). Ces études sont réalisées chez les mères. Pour Soet et al. (7), la sévérité de la douleur est prédictive de TSPT, association non retrouvée par van Son et al. (96). La douleur serait liée au sentiment de détresse ou de menace vitale, d'où l'association au TSPT (97). Cette hypothèse est confortée par Boudou et al. (98) qui ont montré que la détresse émotionnelle prédite par la dimension affective de la douleur est le meilleur facteur prédictif de TSPT. Pour van Son et al. (96), le lien entre la douleur et le TSPT est médié par la dissociation psychique péri-traumatique (déréalisation, dépersonnalisation) habituellement incriminée dans la survenue de TSPT (44) (99), mais ce lien n'est pas retrouvé par Boudou et al. (98). Concernant la douleur pendant un événement traumatique, quelle qu'en soit la nature, on note une corrélation entre l'intensité de la douleur et le risque de développement de TSPT. La douleur réactiverait les souvenirs traumatiques et l'émergence de flash-backs (74).

Depuis leur présence en salle de travail et d'accouchement, les pères sont confrontés à la douleur de leur partenaire et peuvent ressentir un sentiment d'impuissance car ils se sentent limités dans l'aide qu'ils peuvent apporter à leur compagne. Comme nous l'avons vu précédemment dans les cas cliniques, certains pères ont pu dire que cela « était insupportable », « était horrible » (cas clinique 7). Ils sont témoins des cris de douleurs de leur compagne comme le dit le père dans la vignette clinique 8 (« ma femme hurlait de douleur »), parfois d'une telle intensité que certains expriment n'avoir « jamais vu (leur) femme comme ça, elle hurlait de douleur, comme si elle était possédée » (cas clinique 13).

Ils expriment qu'ils « avaient mal pour elle » (cas clinique 7) ou bien « c'était douloureux de voir ma femme comme cela » (cas clinique 12). Leur place peut être inconfortable et générer un sentiment d'impuissance qui sera détaillé ci-dessous.

Les études réalisées chez les mères et précédemment citées montrent que l'association entre la douleur et le TSPT serait liée au sentiment de détresse ou de menace vitale. La douleur est facteur de risque de TSPT pour celui qui la ressent, comme c'est le cas pour les mères lors de l'accouchement. Les pères ne ressentent pas cette douleur mais la confrontation à la souffrance de leur partenaire engendre un sentiment d'impuissance important et aussi un sentiment de peur. Cela est illustré dans la vignette 13 où le père explique qu'il n'a « jamais vu (sa) femme comme ça » d'où ce sentiment de peur d'être face à une situation inattendue. Ils peuvent présenter des signes de détresse et de dissociation péri-traumatique et sont à risque de développer un TSPT dans le post-partum.

2/ La perception de la menace de mort

Les pères peuvent percevoir une menace de mort de leur partenaire et/ou de leur nouveau-né comme nous l'avons vu dans la vignette clinique 1 lorsque le père dit : « j'avais peur pour ma femme et mon bébé...j'avais peur de ne jamais revoir ma femme et mon bébé, c'était horrible ». Dans certains cas, des soins de réanimation sont nécessaires et le père peut ressentir un sentiment de peur intense, une menace de mort comme dans la vignette 3 (« c'était grave...j'ai entendu « appelez une sage-femme en plus, on commence la réa » et là c'était le coup de massue »).

Ces situations peuvent générer entre autre un sentiment d'impuissance et de peur intense qui font partie de la clinique du psychotraumatisme illustrée dans les cas cliniques.

B/ La clinique du psychotraumatisme

1/ La détresse péri-traumatique

a/ Le sentiment de solitude

La plupart du temps, les pères décrivent un sentiment de solitude au décours de l'accouchement comme le dit le père dans le cas clinique 1 « je me suis retrouvé seul, complètement flippé ». Comme l'illustre le cas clinique 3, ils ne peuvent pas toujours accompagner leur compagne en salle d'accouchement et restent seul (« pendant ce temps j'étais dans la salle juste en face, seul. »), sans pouvoir en faire part à un soignant comme le témoigne le père dans le cas clinique 2 « je me sentais seul avec ce que je vivais à ce moment-là ». Parfois, la mère nécessite des soins urgents au décours de l'accouchement et le père est seul avec son bébé dans une pièce à côté, comme dans la vignette 15.

Certaines situations comme la césarienne en urgence nécessitent la plupart du temps d'appeler une équipe en renfort et les pères, comme dans la vignette 2, décrivent « en l'espace d'une seconde la pièce où nous étions 10 s'est vidée, je me suis retrouvé seul ». Les pères peuvent éprouver un sentiment de solitude qui s'accroît par un manque d'information. Il est parfois laissé seul durant toute l'intervention sans avoir de nouvelles. La communication entre l'équipe et le père semble plus difficile dans les situations d'urgence où les soins sont focalisés sur la mère et le nouveau-né. Le manque de communication et d'information semble majorer le vécu traumatique.

b/ Le sentiment d'impuissance

Comme nous l'avons vu précédemment dans les cas cliniques 2 et 3, les pères peuvent ressentir un sentiment d'impuissance.

C'est un facteur de risque prédictif de TSPT dans le post-partum chez les mères (95) (7).

Dans l'étude de Inglis et al. sur la santé mentale des pères après un accouchement traumatique (6), ces derniers déclarent avoir été traumatisés par la confrontation à la douleur, par le fait d'avoir été témoin d'un accouchement instrumentalisé avec le sentiment de ne pas avoir été préparé ni informé. C'est le cas dans la vignette clinique 7 où le père dit qu'il « se sentait impuissant, ne savait pas comment l'aider ».

Ils décrivent aussi un sentiment d'inutilité comme dans le cas clinique 5 car le père ne savait pas comment aider, constatait que les équipes s'agitaient autour de sa partenaire. Malgré cette envie d'aider et de trouver une solution à cette situation vécue comme insupportable, certains pères constatent que la solution ne dépend pas d'eux, comme dans le cas clinique 12. Ce sentiment d'inutilité peut aussi embarrasser certains pères qui cherchent leur place comme dans le cas clinique 13 où le père « ne savait pas où se mettre, c'était insupportable ».

c/ Le sentiment de perte de contrôle

Ce sentiment de perte de contrôle sur les événements est témoin d'une détresse péri-traumatique pouvant occasionner un sentiment d'impuissance (100). Comme nous l'avons vu dans le cas clinique 1, la perte de contrôle peut s'exprimer par une difficulté à trouver sa place (« je ne savais pas où me mettre »). Dans la vignette 2, le père dit qu'il était ailleurs et n'a pas demandé pourquoi il devait rester là pendant que sa compagne était au bloc pour une césarienne en urgence. Dans un contexte de confrontation à la douleur, le père peut décrire la situation comme insupportable (cas clinique 7), notamment lors d'un accouchement par forceps où il « ne savait plus où se mettre ». Dans le cas clinique 12, le père se demande : « qu'est-ce-que je pouvais faire ? », se sent dépassé par la rapidité des événements. On retrouve fréquemment un sentiment de culpabilité chez les pères concernant l'impossibilité de soulager la douleur de leur compagne. Comme nous l'avons vu dans le cas clinique 2, le père se culpabilise d'avoir abandonné sa femme et son bébé car il ne pouvait pas venir au bloc opératoire. Il peut aussi ressentir une culpabilité à avoir

des souvenirs envahissants suite à la confrontation à des « images d'horreur, de dégoût, de boucherie » comme dans la vignette clinique 6 suite à une déchirure complète. Cette notion est fréquemment retrouvée dans la clinique du psychotraumatisme.

Un manque de contrôle pendant l'expérience d'un accouchement compliqué a été décrit comme un contributeur majeur au traumatisme (6).

Concernant l'implication des personnes dans l'accouchement, l'étude de Soet et al. (7) montre que le personnel médical doit s'efforcer d'assurer une bonne communication et un excellent contrôle de la douleur notamment en permettant à la femme d'exercer un sentiment de contrôle en lui donnant le choix (7). Cela permettrait de diminuer le sentiment de perte de contrôle qui est également pourvoyeur de TSPT. Cela fera l'objet d'une partie à part entière.

Dans l'étude de Daniels et al. (87) certains pères ont estimé qu'ils n'avaient jamais eu le contrôle ou celui-ci leur a été retiré. Ils ne se sentaient pas impliqués. Un père a signalé avoir eu le contrôle en essayant d'aider sa partenaire. La perception d'un certain niveau de contrôle même minime peut être considéré comme un facteur de protection contre le développement ultérieur de problème de santé mentale. Ils ont également noté qu'ils ne souhaitaient pas avoir plus de contrôle dans la situation, disant « qu'il n'était pas approprié qu'ils soient plus impliqués », « n'avaient aucun contrôle car ils ne pouvaient rien faire pour régler la situation, simplement attendre que les médecins règlent les choses » (87). De fait, certains pères se sentent impuissants face aux professionnels de la santé. On retrouve le sentiment d'impuissance dans la littérature sur l'accouchement et les traumatismes de façon générale (7). Les pères sont aussi à risque de développer un TSPT.

Les pères souhaitent dans l'ensemble être informés et impliqués pour se sentir plus utile. Cela tendrait à diminuer le caractère traumatisant de l'accouchement (87). Ce manque

d'implication rejoint les sentiments de perte de contrôle, d'inutilité ou d'incapacité illustrés dans les cas cliniques que nous avons détaillés.

d/ La sidération

La sidération est un signe de détresse péri-traumatique et témoigne d'un stress dépassé. Le cas clinique 5 l'illustre par le fait que le père « était figé, paralysé, perdu » à la vue de la réanimation de son bébé. On retrouve aussi cette sensation « de ne plus pouvoir bouger » dans le cas clinique 7. L'équipe soignante, dans le cas clinique 5, a trouvé que le père « était sonné » à la vue de la déchirure complète au décours de l'accouchement. Le sujet est dans l'incapacité de s'orienter, de comprendre, de penser (5).

e/ L'action automatique

Ce sont des gestes mécaniques stéréotypés qui peuvent donner le change avec un comportement adapté en apparence (37). Comme nous l'avons vu dans le cas clinique 11 illustrant un accouchement inopiné à domicile, le père explique que son cerveau était comme verrouillé et il faisait ce qu'on lui disait de faire comme un robot. Dans le cas clinique 15, pendant que sa compagne recevait les soins suite à une hémorragie de la délivrance, le père était seul avec ses jumeaux, était calme, ramassait un papier à terre, marchait de gauche à droite sans agitation. Ce signe témoigne aussi d'un stress dépassé.

f/ L'agitation

Comme dans le cas clinique 10, l'équipe raconte que le père était agité, cherchait des poches de transfusion pour sa conjointe en courant de façon incohérente. La personne a envie d'agir mais son stress est trop intense et ne lui permet pas de comprendre la situation et d'élaborer une décision (5).

Ces différents signes de détresse péri-traumatique sont de bons indicateurs de risque de TSPT (42) (44) (45) (46).

2/ La dissociation péri-traumatique

La dissociation est définie par le DSM-5 comme une rupture et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement » (38).

Elle comprend la dépersonnalisation et la déréalisation. Le DSM-5 a ajouté ces signes dans un sous-type dissociatif dans les critères diagnostiques du TSPT (3).

a/ La déréalisation

La déréalisation est une expérience persistante ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement. Le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé (38). Le père dans la vignette clinique 1 explique qu'il avait l'impression d'être dans un film, dans un rêve quand on lui a demandé de s'habiller en tenue de bloc. Dans le cas clinique 8, la perception du père est plutôt celle d'un cauchemar. Il se disait que ce qui était en train de se passer n'était pas vrai.

b/ La dépersonnalisation

La dépersonnalisation est une expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps. C'est par exemple le sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel (38). On la retrouve dans le cas clinique 5 où le père se sentait perdu, comme s'il était dans le brouillard. Comme nous l'avons vu dans le cas clinique 1, le père dit entendre les voix des soignants au loin, comme si ce qui était en train de se passer était au ralenti ou bien dans le cas clinique 2 où le temps paraissait une éternité, « c'était interminable » (cas clinique 7 et 12).

c/ Le tunnelage

Dans le cas clinique 2, le père focalise inconsciemment sur un objet, occultant tout le reste de la situation : « avec ce brassard qui se gonflait, se dégonflait, se gonflait...dans le vide... ». Cela est illustré aussi dans le cas clinique 4 où le père a gardé une image en tête « les bottes en caoutchouc rouge du médecin ».

Il a été démontré que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme est positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques durables (41).

D'après les cas cliniques, les pères présentent des signes de dissociation péri-traumatique. La dissociation est un facteur de risque de TSPT. Les pères sont donc à risque de développer un TSPT au décours de l'accouchement. Il semble important que les équipes soient formées à repérer les symptômes de dissociation et détresse péri-traumatique afin de dépister les pères les plus à risque de développer un TSPT dans le post-partum. L'une des difficultés est que les pères peuvent ne pas s'en plaindre et ne pas demander pas d'aide. Nous détaillerons cela dans la troisième partie.

L'étude de Bradley et al. (9) nous montre qu'aucun homme n'a signalé de symptômes de TSPT à des niveaux significatifs dans les trois dimensions (intrusion, évitement, hypervigilance) après avoir assisté au travail et à l'accouchement de leur partenaire bien que 12 % aient signalé des symptômes cliniquement significatifs dans au moins une dimension. L'évaluation du stress aigu pendant le séjour à la maternité n'est pas couramment utilisée, ni en pratique, ni dans les différents protocoles de recherche (95). Pourtant cette évaluation semble informative car dans l'étude de Montmasson et al. sur les facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du post-partum chez la primipare (95) le stress aigu est prédictif du TSPT du post-partum tardif, confirmant les résultats de Maron et al. (95) d'une forte association entre stress aigu et TSPT du post-partum. Elle a

montré l'intérêt d'une évaluation de l'anxiété et du stress aigu chez la mère juste après l'accouchement puisque des scores élevés d'anxiété et d'état de stress aigu prédisent un TSPT trois à six mois plus tard. Il pourrait en être de même pour les pères.

3/ L'état de stress aigu

a/ Les symptômes envahissants

On retrouve, dans le cas clinique 5, l'exemple de reviviscence où le père revoit le massage cardiaque, entend les phrases « aller respire, aller démarre, on intube » et cela lui provoque un sentiment de détresse. C'est aussi le cas dans la vignette clinique 11 où le père, en revenant dans la cuisine où a lieu l'accouchement, a des souvenirs envahissants, involontaires. On peut aussi retrouver des flashbacks comme dans le cas clinique 6 où le père dit qu'il revoyait la scène de la déchirure avec des images de dégoût. Certains pères, comme dans le cas clinique 9, font des rêves répétitifs, des cauchemars, en lien avec l'événement traumatique. On note dans les études concernant les mères des reviviscences traumatiques sous la forme de flash-backs ou de cauchemars post-traumatiques portant sur l'accouchement (68) (71).

b/ L'humeur négative

Le père, dans la vignette clinique 6, a l'impression que rien ne sera pareil avec sa femme suite à l'accouchement, se culpabilise d'avoir en tête ces images traumatiques et cela semble affecter son moral. De plus, il décrit une culpabilité à ressentir cela. Dans le sous thème « incapacité à être heureux » de l'étude de Daniels et al. (87), les participants ont rapporté des sentiments et des expériences pendant et après le traumatisme à la naissance qui peuvent être liés aux symptômes de TSPT. Ils décrivent comment la période postnatale affectait leur vie quotidienne et comment le traumatisme les affectait encore aujourd'hui.

c/ Les symptômes d'évitement

Dans le cas clinique 6, le père explique qu'il essaye de tout faire pour oublier, redoute les appels de l'entourage pour demander comment s'est passé l'accouchement car cela déclenche des flash-backs. Il craint aussi que la relation avec sa femme soit différente à présent. Les conduites d'évitement portent spécifiquement sur les situations exposant à la grossesse, se traduisant souvent par une aversion pour les relations sexuelles (83), avec un impact négatif sur la relation avec la partenaire (84) (71). L'évitement des facteurs déclencheurs est également représenté dans la vignette clinique 11 où le père préfère rester dans le salon pour manger car l'accouchement a eu lieu dans la cuisine et cela lui occasionne un sentiment de détresse. La tocophobie secondaire est également décrite comme une anxiété anticipatoire élevée de revivre un accouchement ressenti comme traumatique, qui accompagne souvent le tableau clinique de TSPT du post-partum chez la femme (85) (71). Parfois, les femmes demandent une césarienne pour « convenance personnelle » pour éviter un accouchement par voie basse par crainte de la douleur, expériences antérieures traumatisantes (21). On retrouve certains cas de vasectomie en lien avec le fait de ne plus désirer d'enfant car le vécu de l'accouchement a été traumatique (6).

L'étude de Daniels et al. (87) explore avec son sous-thème « impact sur les relations » que certains pères ont exprimé des craintes sur le fait d'avoir davantage d'enfants ainsi que des craintes concernant l'intimité émotionnelle avec leur partenaire.

d/ Les symptômes d'hyperéveil

Comme dans le cas clinique 9, le père peut avoir des réactions de sursaut exagérées après avoir fait un cauchemar en lien avec l'accouchement par exemple. On retrouve donc des troubles du sommeil, une hypervigilance.

L'étude de Soet et al. suggère que la naissance est perçue comme traumatisante pour 20 à 30% des femmes. Le risque de développer un trouble de stress post-traumatique pour les femmes se situe entre 2 et 6% (7). L'état de stress aigu est un état adaptatif et non pathologique qui dure plus de 3 jours sans dépasser le mois selon le DSM-5. Il semble donc important de prévoir un temps à distance de l'événement pour s'assurer que les symptômes ont régressé.

Connaître les facteurs de risque prédictifs de TSPT permettrait aussi de limiter son apparition.

II/ Les facteurs de risque prédictifs de TSPT communs chez la mère et le père

Les facteurs de risque de TSPT sont les mêmes que ceux rapportés dans la littérature du trauma en général. Nous retrouvons les caractéristiques de l'événement, les traits de personnalité anxieuse, la douleur, un événement traumatique antérieur ou la dissociation péri-traumatique (100).

Les facteurs de risque de TSPT du post-partum relatifs à l'accouchement sont les facteurs obstétricaux (instrumentation, césarienne en urgence, hémorragie), les complications maternelles, les facteurs liés à la perception de l'accouchement (sentiment d'être pris au piège, perte de contrôle, sensation que l'intégrité physique est menacée, écroulement des croyances de base), les facteurs liés à la qualité des interactions avec l'équipe et la patiente (perception d'un manque d'informations et de soutien), les facteurs en lien avec les complications néonatales (62) (71). On note aussi la participation de la douleur perçue et vécue par la femme (74).

Nous allons reprendre en différents points les facteurs de risque de TSPT connus chez les mères mais qui peuvent être transposés chez les pères au décours de l'accouchement.

A/ La douleur pendant l'accouchement

Comme détaillé dans la première partie, elle est considérée comme un facteur de risque prédictif de TSPT dans le post-partum chez les mères (95) (7).

B/ Le manque de soutien et de communication avec l'équipe soignante

Ces manques sont considérés comme des facteurs de risque prédictifs de TSPT dans le post-partum chez les mères (95) (7). Nous n'avons pas retrouvé d'études à ce sujet chez les pères. Nous pouvons cependant suggérer que si le manque de communication est un facteur de risque chez les mères, cela l'est aussi chez les pères. Le manque de communication peut être dû à un manque d'information donné au père et un manque de préparation aux complications liées à l'accouchement.

1/ Le manque d'information

L'étude d'Etheridge et Slade (88) a examiné les expériences des pères qui ont trouvé l'accouchement traumatisant. L'accouchement a été vécu comme une "montagne russe d'émotions" en raison de la rapidité et du caractère imprévu des événements. Les hommes ont décrit leurs craintes de mort, reflétant la détresse de leur partenaire, en essayant de « garder le cap » et en regardant impuissant une catastrophe se dérouler. Les pères se sont sentis abandonnés par le personnel avec un manque d'informations (88). Recevoir des informations inadéquates a conduit à une expérience de naissance négative, un sentiment de frustration, de confusion, de colère et de peur, d'impuissance, et le sentiment d'être négligé (91). Certains pères n'ont reçu aucune information sur l'état de leur partenaire

lorsque les mères devaient être transférées dans un autre service. Cela ajoute un sentiment de marginalisation et de solitude. Le traumatisme qui en résulte est renforcé par le manque de communication entre les soignants et les pères.

Dans l'étude de Inglis et al. sur la santé mentale des pères après un accouchement traumatique (6), les auteurs relèvent que les pères témoignent d'un manque important de communication entre les équipes d'accouchement et les pères. Certains témoignages de pères rapportent que : « ils ont juste essayé de poser des questions à ma partenaire et ne m'ont pas dit ce qu'il se passait ».

a/ La césarienne en urgence

a1/ La séparation physique

La vignette clinique 2 illustre la situation de la césarienne en urgence où le père est resté seul en salle de travail pendant 45 minutes sans avoir de nouvelles de sa compagne et de son bébé. La séparation physique semble renforcer le sentiment de solitude, de culpabilité et d'impuissance. Le père exprime qu'il « se sent impuissant, se culpabilise d' « avoir abandonné ma femme et mon bébé ».

Dans l'étude de Vallin et al. (91), il est rappelé qu'une séparation physique entre le futur père et sa partenaire peut survenir lors d'un accouchement compliqué. Ils peuvent ne pas être autorisés à venir, ou être obligés de quitter la salle pour accompagner le bébé en soins intensifs par exemple, ou encore de rester dans la salle pendant que la mère est transférée ailleurs. Les pères sont également inquiets de la séparation de la mère et de l'enfant concernant par exemple l'allaitement mais notent qu'il était gratifiant d'être le parent principal alors que la mère se rétablit. Les pères ont déclaré qu'ils ont été séparés de leur partenaire sans accès à l'information ou le soutien de professionnels parfois pendant des heures (91).

Selon l'étude de Daniels et al. (87) les pères estiment qu'ils n'ont pas été correctement informés ou qu'ils n'ont pas eu l'occasion de se sensibiliser et de se préparer à la probabilité d'une naissance compliquée. Cette préparation n'est pas suffisamment abordée pendant les cours de préparation à la naissance ni par le personnel soignant pendant l'accouchement. Cependant, ils ont reconnu qu'il n'est pas toujours possible de se préparer.

a2/ L'incompréhension du jargon médical

Le père dans la vignette clinique 2 décrit un sentiment d'incompréhension en entendant les équipes crier « on part en code rouge », sans pouvoir demander plus d'informations notamment en raison de l'état de sidération dans lequel il se trouvait ainsi que la non disponibilité de l'équipe au vu de l'urgence. En situation d'urgence, la communication entre soignants et père est encore plus difficile. Lors d'une césarienne en urgence, le vocabulaire est spécifique notamment avec le terme « code rouge » et nécessaire pour coordonner les soins. Les mots utilisés par les équipes sont techniques et cela peut majorer le sentiment d'incompréhension des pères, d'autant plus qu'en situation d'urgence les équipes peuvent être moins disponibles pour eux. Concernant la communication, les pères se sentent insatisfaits de l'attitude des professionnels de santé. Ils estiment qu'ils sont absents, arrogants, hostiles et se sentent insuffisamment soutenus. C'est ce que la revue de la littérature sur la santé mentale des pères et le soutien social perçu durant un accouchement compliqué imprévisible (91) a mis en lumière. Leur mécontentement a été exacerbé lorsque les professionnels ont utilisé leur jargon, ou qu'ils n'ont pas été inclus dans la prise de décision par rapport aux aspects des soins de leur partenaire (91). C'est ce que le cas clinique 2 illustre avec l'utilisation du mot « code rouge » qui a pu générer un sentiment d'incompréhension du père. Lorsque les pères reçoivent un soutien utile et informatif de la part des professionnels de santé, ils décrivent ce soutien comme favorable.

Cela les a aidés à mieux gérer les complications à la naissance même si l'information pouvait initialement être accablante.

a3/ La difficulté à demander de l'aider pendant l'urgence

L'étude de Vallin et al. (91) explique que, concernant l'environnement physique de l'accouchement, les pères avaient l'impression de ne pas être à leur place. Lorsque des complications sont survenues, le nombre de professionnels de santé a augmenté et les pères se sentaient mal à l'aise, débordés et désorientés. Ils sentaient que la pièce devenait chaotique et terrifiante. Ils avaient également peur s'ils voyaient beaucoup de sang ou que leur partenaire était transférée dans un autre service. Dans le cas clinique 2, le père décrit que la pièce s'est remplie en quelques secondes avec des personnes qui lui sont inconnues puis s'est vidée d'un coup : « En l'espace d'une seconde la pièce où nous étions 10 s'est vidée, je me suis retrouvé seul », d'où le sentiment de solitude, d'incompréhension et la difficulté de demander de l'aide dans ce contexte d'urgence inattendue.

b/ La réanimation du nouveau-né

Dans le cas clinique 3, on voit que le père perçoit la gravité de la situation, voit que des équipes sont appelées en renfort, entend qu'une réanimation est nécessaire mais personne ne l'informe. Il explique que les idées défilaient dans sa tête avec une peur intense, une perception de menace de mort avec un sentiment de solitude et d'impuissance. Il présente des signes de détresse péri-traumatique. On perçoit un manque de communication entre le père et les soignants. Dans l'étude de Daniels et al. (87), les pères expriment ce manque de soutien et comprennent que l'équipe soit occupée, qui plus est pour sauver la partenaire et le bébé. On peut imaginer que les équipes doivent prioriser et gérer l'urgence vitale dans un premier temps, même si elles perçoivent l'aide et le soutien à apporter aux pères. Néanmoins, les pères peuvent passer un temps assez long sans nouvelle ou information concernant l'état de santé de la mère et du bébé et restent en retrait. On peut supposer que toute communication verbale ou non verbale bienveillante

de la part de l'équipe puisse être perçue de manière positive et aidante par les pères. Il peut persister une croyance autour du monde de la maternité, considérant la mère et le bébé uniquement. Cela tendrait à véhiculer l'idée que le père, au vu de sa place, n'a pas à se plaindre. Tout cela augmente probablement le risque pour le père de développer un TSPT.

Dans le cas clinique 5, le père remarque que les équipes sont préoccupées. Il est témoin de la situation d'urgence et de la perception de la menace de mort. Il décrit un sentiment d'incompréhension par manque d'information à ce moment, se sent inutile et se questionne sur la façon dont il pourrait apporter son aide. On peut supposer qu'une information dirigée vers le père au décours de l'accouchement dans la mesure du possible par l'équipe soignante pourrait limiter ce sentiment d'incompréhension. Une meilleure communication avec le père permettrait de mieux les accompagner et répondre à leurs besoins. L'étude de Inglis et al. met en avant que si les pères ne demandent pas, on ne leur dit pas. Les informations sont transmises à la femme, on s'adresse directement à elle (6).

2/ Le manque de préparation

a/ Le manque de préparation aux accouchements compliqués

Le manque de préparation aux situations compliquées entraîne un sentiment de frustration par manque d'implication, d'impuissance et de peur intense qui peuvent engendrer un TSPT. C'est le cas lorsque l'accouchement est instrumentalisé avec par exemple des forceps. Cela est illustré dans le cas clinique 8, où le père, en voyant l'instrument utilisé, n'a pas compris ce qu'il allait se passer et décrit des signes de détresse péri-traumatique. Dans l'étude « santé mentale paternelle suite à un accouchement traumatique perçu » publiée en 2016 (6) les pères ont déclaré avoir été traumatisés par l'observation des procédures utilisées lors de l'accouchement telles que la ventouse, les forceps ou la césarienne en urgence et de voir leur bébé ou leur partenaire en détresse.

L'étude de Vallin et al. (91) met en avant que les pères ne se sentaient pas préparés pour l'intensité et la gravité de l'accouchement car pensaient que c'était une routine. Ils se sentaient stressés, déconnectés de la réalité et impuissant à aider. Le fait d'être témoin de complications à la naissance a entraîné des sentiments de douleur, de choc. Ils voyaient leur partenaire souffrir et se sentaient impuissants à les soulager, ce qui génèrait de l'anxiété. Des sentiments d'impuissance ont persisté tout au long du processus d'accouchement. Ces sentiments ont continué car les pères n'étaient pas informés par les professionnels de la santé sur ce qui se passait (91).

b/ Les cours de préparation à la naissance

L'HAS donne des recommandations concernant la préparation à la naissance (101). Celles-ci abordent surtout la prise en charge de la douleur. La préparation à la naissance et à la parentalité s'organise en plus d'un suivi médical sous forme de 8 séances de 45 minutes chacune, prises en charge par l'assurance maladie. Ce programme est systématiquement proposé à chaque femme enceinte et à chaque couple. Ce document ne mentionne pas si un regard a été porté sur la dépression du post-partum chez les pères ni sur le trouble de stress post-traumatique chez les parents. De façon générale, il semble que la dépression du post-partum soit plus fréquemment abordée que le TSPT.

Les pères, dans l'étude de Daniels et al. (87) pensent que les cours de préparation à la naissance sont utiles pour les accouchements normaux mais ne préparent pas aux accouchements compliqués. Ils se questionnent sur « est-il possible de se préparer aux situations d'urgence et d'accouchements compliqués ? ». Certains pères estiment qu'on ne peut pas être préparé à cette expérience.

Il pourrait être intéressant d'aborder les risques de TSPT du post-partum en terme de psychoéducation durant ces séances afin d'informer les mères et les pères sur l'existence de ce trouble, de leur apprendre à repérer les signes et de faciliter l'accès aux soins.

3/ L'importance du soutien et d'une meilleure communication entre l'équipe et les pères

Il semble en tout cas important d'avoir à l'esprit que ces situations sont à risques de TSPT et les pères, comme les mères, ont besoin d'un soutien supplémentaire. On remarque que le soutien, quand il est présent, est perçu positivement par les pères. Le soutien peut être celui de la famille et des amis (6) mais aussi celui du personnel (87). Les pères ont déclaré dans l'étude de Daniels et al. (87) que l'attitude calme du personnel ainsi qu'une bonne communication avec le couple semblaient apaiser le père et agir comme un facteur de protection dans leur vision globale de l'expérience et de ce qu'ils ressentaient après la naissance.

D'après l'étude de Daniels et al. (87), le soutien de l'équipe soignante et une meilleure communication tendent à mieux vivre l'expérience de l'accouchement pour les pères et à limiter le risque de TSPT.

C/ Le sentiment d'impuissance

Le sentiment d'impuissance est un facteur de risque prédictif de TSPT dans le post-partum chez les mères (95) (7). Cette partie a été abordée précédemment.

D/ Le niveau de médicalisation de l'accouchement

L'accouchement peut se révéler être un événement traumatique pour certaines femmes (79). Les prévalences du TSPT en lien avec l'accouchement chez les mères se situent entre 1.3 et 6% et doivent attirer l'attention des professionnels.

Un accouchement médicalisé est considéré comme un facteur de risque prédictif de TSPT dans le post-partum chez les mères (7) (95) (100).

La césarienne en urgence, l'extraction instrumentale, un travail douloureux et des complications postnatales justifiant une hospitalisation ont pu être identifiés comme des facteurs de risque de TSPT du post-partum (102). Il existe un lien significatif entre le niveau d'interventions obstétricales vécues par la femme au cours de l'accouchement et la manifestation d'un TSPT du post-partum (102). Pour certains auteurs, le mode d'accouchement et les interventions obstétricales ne sont ni associés ni prédictifs d'un TSPT (95). Les facteurs obstétricaux deviennent traumatiques dans certaines circonstances, notamment en fonction du vécu subjectif de l'accouchement et/ou des antécédents personnels (95) (103). Parmi les facteurs subjectifs de l'accouchement, le vécu négatif de l'accouchement est un facteur associé au TSPT du post-partum (95) (97).

La césarienne en urgence est une situation à risque de TSPT pour les pères par le caractère urgent et inattendu, grave et de risque vital pour le bébé et/ou la mère. On remarque qu'il peut y avoir des accouchements dits normaux qui peuvent être à risque de trauma avec probablement plus de risque en cas d'accouchement compliqué et notamment de césarienne. Les études le montrent chez la mère. La littérature chez le père est moindre. Les situations d'accouchements médicalisés sont aussi plus à risques pour les pères de présenter des signes de détresse ou de dissociation péri-traumatique majorant le risque de TSPT dans le post-partum. La médicalisation de l'accouchement semble renforcer le sentiment de peur, de colère et d'incompréhension des pères. Comme dans le cas clinique 1, le père dit « Ils l'ont emmenée au bloc, mais ce n'est pas comme ça normalement un accouchement ! » dans le cadre d'une césarienne en urgence. Cela note le caractère inattendu de l'événement qui peut être vécu de façon traumatique.

L'étude de cohorte prospective sur le TSPT chez les pères suite à une hémorragie postnatale grave (92) met en évidence qu'il est nécessaire d'apporter une information et

un soutien suffisants pour les pères car certains d'entre eux ont vécu cet événement de façon traumatique. Pourtant, aucun des pères n'a développé de TSPT.

E/ La dissociation péri-traumatique

Nous avons vu précédemment que la dissociation est un facteur de risque de TSPT. Les facteurs de risque de TSPT au décours de l'accouchement sont les mêmes que ceux rapportés dans la littérature du trauma en général (100). Des recherches épidémiologiques ont montré que, bien qu'un traumatisme peut provoquer des symptômes initiaux de détresse, la plupart des personnes font preuve de résilience et se rétablissent naturellement en l'absence de toute intervention. Parmi les personnes exposées à un événement traumatique, 15 à 25 % ont des symptômes significatifs répondant aux critères diagnostiques du TSPT (48) (49) (50).

III/ Repérer le TSPT du post-partum

A/ La difficulté à demander de l'aide

L'accouchement étant véhiculé comme un événement heureux dans la société, il est difficile de faire part d'un vécu traumatique au décours de cet événement. Cela contraste avec la prévalence du TSPT du post-partum chez les femmes de 43% selon l'étude longitudinale d'Alcorn et al. (63). Les études portant sur le trouble de stress post-traumatique du post-partum concluent à des prévalences variables, estimées à 3 % en population générale et à 18 % dans les populations à risque, selon une méta-analyse réalisée en 2017 par Yildiz et al. (69).

On retrouve cela chez les mères dans l'étude de Soet et al. sur la prévalence et les prédicteurs de l'expérience des femmes en matière de traumatisme psychologique pendant l'accouchement (7) où 19 femmes ont signalé avoir des symptômes de trouble de

stress post-traumatique sans se percevoir comme traumatisées, ce qui peut être dû à plusieurs facteurs. Une possibilité est la réticence des femmes à admettre l'expérience de la naissance comme étant une expérience traumatisante. Au cours de l'interview du post-partum, beaucoup de femmes avaient du mal à discuter des aspects négatifs de la naissance. Elles exprimaient un commentaire négatif en disant avec assurance qu'elles étaient heureuses d'avoir un bébé en bonne santé. Les auteurs notent de fortes pressions sociales incitant les femmes à être heureuses avec leur naissance et à faire passer la santé et les besoins de leur bébé avant les leurs.

Dans l'étude de Daniels et al., les pères expliquent que leur partenaire a vécu quelque chose de plus difficile qu'eux (87). Comme nous l'avons vu dans le cas clinique 11, le père dit qu'il ne devrait pas se plaindre, comme si cet événement n'était pas à propos de lui. Les pères peuvent ressentir un sentiment de culpabilité. Dans l'étude de Daniels et al. (87) les participants mentionnent ne pas avoir été écoutés, estiment que leur présence n'est pas reconnue. Cela les empêchait parfois d'avoir accès à de l'aide et de demander de l'aide. Dans les cas cliniques, on peut voir que le sentiment de solitude renvoie au fait que les pères ne sont pas suffisamment pris en considération et reconnus dans leur souffrance à ce moment. C'est notamment le cas quand le père est confronté à la douleur de sa partenaire comme illustré dans la vignette clinique 13 (« elle avait perdu le contrôle...c'était insupportable, je me sentais seul ») ou 1 (« je me suis retrouvé tout seul, complètement flippé...j'avais peur de ne jamais revoir ma femme et mon bébé, c'était horrible »).

L'étude de Inglis et al. sur la santé mentale des pères après un accouchement traumatique (6) explique que les pères ressentent un sentiment de marginalisation avant, pendant et après l'accouchement.

B/ La consultation post-natale

Dans le post-partum, l'HAS recommande que l'enfant soit vu à 15 jours de vie et qu'une consultation pour la mère soit faite à 1 mois de la naissance (101). La consultation post natale doit être maintenue dans les 6 à 8 semaines suivant la naissance. C'est lors de cette consultation que le vécu de l'accouchement par la femme est évalué ainsi que la recherche de symptômes en faveur d'une dépression. Il n'est pas mentionné spécifiquement que le vécu de l'accouchement par le père et les symptômes de dépression ou de TSPT sont à rechercher également.

Les facteurs principaux de vulnérabilité doivent être systématiquement recherchés lors de ces entretiens auprès de la femme et du couple. Il s'agit entre autre des antécédents obstétricaux mal vécus (lors d'une précédente grossesse ou d'une naissance compliquée ou douloureuse). L'entretien doit également rechercher des signes de stress, d'anxiété, des troubles du sommeil, un épisode dépressif et en particulier la dépression du post-partum dont la prévalence varie entre 3 et 10%. Une attention particulière est également portée aux naissances avec annonce pré et post natale d'une maladie, malformation ou handicap qui sont à haut risque psycho-affectif (101).

On remarque que certains points sont centrés sur la mère, le bébé, ou le couple mais pas sur le père en tant qu'individu à part entière.

Il existe de rares travaux sur les pères, sur la perception de leur accompagnement d'où le sentiment de marginalisation avant, pendant et après l'accouchement.

Il serait intéressant d'aborder les risques de TSPT au décours de l'accouchement pour les pères durant les cours de préparation à la naissance en terme de psychoéducation. Une meilleure information pourrait permettre un meilleur accès aux soins. La consultation post-natale pourrait être un moment de repérage de ce trouble notamment car par définition le

TSPT correspond à la persistance des symptômes traumatiques après 1 mois, date où est fixée cette consultation.

D'après l'étude de Daniels et al. (87), les pères auraient souhaité rejoindre des groupes de soutien entre pères mais reconnaissent qu'ils ne cherchent pas toujours de l'aide. Ils suggèrent que l'aide soit plus dirigée pour aider à casser les barrières.

Le TSPT est peu diagnostiqué malgré des conséquences fonctionnelles majeures, notamment une comorbidité dépressive fréquente en post-partum (44,5 % à un mois et 43% à quatre mois) (95).

Après l'accouchement, Reynolds encourage la discussion sur l'expérience de la naissance (7). Il met en avant que cela peut se faire sous la forme d'un forum pour discuter de son expérience pendant son séjour à l'hôpital ou lors de la visite de suivi après six semaines afin d'évaluer la présence d'un trouble de stress post-traumatique potentiel.

CONCLUSION

La problématique de ce travail était : en quoi les pères sont-ils susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique lors d'un accouchement ?

Dans la partie théorique, nous avons vu premièrement que l'accouchement, même s'il est perçu positivement dans la société, peut être un acte violent et douloureux pour la mère et pour le père. Une amélioration de la prise en charge de la douleur a permis de mieux accompagner les femmes et de diminuer le vécu traumatique de l'accouchement. Néanmoins, cet événement peut être compliqué et cela de façon brutale et inattendue.

Dans un deuxième temps, nous avons vu que la place du père lors de l'accouchement a évolué et il est à présent invité à assister à la naissance. Des études sur la santé mentale des pères dans le post-partum montrent qu'ils devraient être davantage impliqués dans l'accouchement mais cela n'est pas toujours possible notamment dans les situations d'urgence comme la césarienne qui tend à renforcer les sentiments de solitude, d'impuissance que décrivent certains pères.

D'après la définition d'un événement traumatique, nous avons vu dans un troisième temps que l'accouchement répondait à ces critères. Il pouvait confronter le père brutalement à la douleur de sa partenaire ou à la perception d'une menace de mort. Ils peuvent éprouver des signes de détresse péri-traumatique caractérisés par des émotions négatives de peur, d'impuissance, de dégoût et/ou d'horreur. Le vécu traumatique ne donne pas nécessairement lieu au développement d'un TSPT. Il peut donner des réactions de stress brèves ou d'un état de stress aigu. Il existe des facteurs de risque prédictifs de TSPT relatifs à l'accouchement comme la césarienne en urgence, l'accouchement instrumentalisé, le sentiment d'être pris au piège, de perte de contrôle, la perception d'un

manque d'informations et de soutien, des facteurs en lien avec les complications néonatales et/ou de la prise en charge dans une unité de néonatalogie, la confrontation à la douleur.

Les recherches axées sur la santé mentale paternelle sont limitées. On sait peu de choses sur les expériences des pères témoins de l'accouchement traumatisant de leur partenaire et de l'impact subséquent sur leur santé mentale.

Les différents cas cliniques présentés illustrent la clinique du psychotraumatisme des pères au décours de l'accouchement. Il semble que le risque de TSPT est majoré lors de situations d'urgence, d'accouchement instrumentalisé.

Les pères sont susceptibles de développer un TSPT au décours de l'accouchement car ils sont confrontés à la douleur de leur partenaire qui peut générer un sentiment d'impuissance que l'on retrouve dans le trauma. Lors de soins d'urgence, comme une réanimation maternelle ou néonatale, les pères ont pu percevoir une menace de mort que l'on retrouve dans la définition d'un événement traumatique. Ils décrivent un sentiment d'incompréhension par manque d'information et de préparation. A cela s'ajoute un manque de soutien perçu de la part des équipes et un manque de communication qui semblent accentuer le sentiment de solitude. Certains pères présentent au décours de l'accouchement des signes de détresse péri-traumatique et de dissociation péri-traumatique et sont donc à risque de développer un TSPT dans le post-partum.

L'étude de Daniels et al. met en avant que les naissances traumatisantes peuvent avoir un impact profond sur certains pères concernant leur santé mentale. Ils ont déclaré ne pas pouvoir accéder à un soutien pendant et après un accouchement traumatisant.

La réalisation d'une étude qualitative permettrait de mieux comprendre les expériences des pères après un accouchement traumatique. La consultation post-natale pourrait être

un bon moment de repérage du TSPT du post-partum mais peu de pères s'y rendent. Il y est souvent question de la mère, du bébé, du couple mais pas du père.

Il serait intéressant d'en savoir plus sur les besoins émotionnels des pères, d'aborder les questions spécifiques les concernant, notamment durant le cours de préparation à la naissance. Cela pourrait également être l'occasion d'aborder les risques de TSPT au décours de l'accouchement sous forme de psychoéducation afin de mieux repérer ce trouble et les encourager à demander de l'aider comme le conclut l'étude de Daniels et al.

Il serait intéressant de proposer des formations aux professionnels de santé présents lors de l'accouchement en abordant des points spécifiques sur le TSPT chez les pères et l'importance de la communication avec lui car cela diminue le risque de vivre l'accouchement de manière traumatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouychou M. Le centre d'accompagnement périnatal: une nouvelle structure périnatale de soins médico-psychologiques. *Spirale*. 18 juin 2012;n° 61(1):119-30.
2. Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1 sept 2010;31(3):113-22.
3. Tarquinio C, Brennstul M-J, Dellucci H, Iracane-Coste M, Rydberg JA, Silvestre M, et al. Pratique de l'EMDR: Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques. Dunod; 2017. 681 p.
4. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*. nov 2019;3(4):245-56.
5. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2010;168(4):311-9.
6. Inglis C, Sharman R, Reed R. Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery*. 1 oct 2016;41:125-31.
7. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
8. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(10):2142-53.
9. Bradley R, Slade P, Leviston A. Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2008;47(3):295-302.
10. Morel M-F. Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. *Travail, genre et sociétés*. 10 avr 2018;n° 39(1):193-9.
11. Gutiérrez H, Houdaille J. La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. *Population*. 1983;38(6):975-94.
12. Knibiehler Y. Les pères aussi ont une histoire. Paris: Hachette; 1987. 343 p.
13. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (xviiie-xxe siècle). :7.
14. Knibiehler Y. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2016. 204 p. (Métiers Santé Social; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/accoucher--9782810904488.htm>
15. Knibiehler Y. Marianne CARON-LEULLIEZ et Jocelyne GEORGE, L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée, Paris, Les Editions de l'Atelier, 2004, 254 p. *Clio Histoire, femmes et sociétés*. 2005;n° 21(1):22-22.

16. La méthode Bonapace | The Bonapace Method [Internet]. [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.bonapace.com>
17. Bonapace J, Savoie, Chaillet, Gaumond I, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. JPR. sept 2013;653.
18. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique: Indications de la césarienne programmée à terme. Rev med perinat. juin 2012;4(2):92-5.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Great Britain). Standards for maternity care: report of a working party. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2008.
20. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité de soins dans le secteur de naissance. 2014;35.
21. Haute Autorité de Santé. brochure césarienne has - Recherche Google [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=brochure+c%C3%A9sarienne+has&oq=brochure+c%C3%A9sarienne+has&aqs=chrome..69i57.3603j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
22. Benhamou D, Mercier F. La césarienne à vif: parlons-en! Douleur analg. juin 2016;29(2):61-3.
23. Dupuis O, Sayegh I, Decullier E, Dupont C, Clément H-J, Berland M, et al. Red, orange and green Caesarean sections: a new communication tool for on-call obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 2008;140(2):206-11.
24. Verjus A. La paternité au fil de l'histoire. Informations sociales. 30 mai 2013;n° 176(2):14-22.
25. Martin X. Fonction paternelle et Code Napoléon. Annales historiques de la Révolution française. 1996;305(1):465-75.
26. St-Denis J, St-Amand N. Les pères dans l'histoire: un rôle en évolution. ref. 2010;16(1):32-61.
27. Union Départementale des associations familiales du Nord. les nouveaux pères [Internet]. 2016 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/search?xsrf=ALeKk02LyJ6eXO88lmgV1Z-3f2qlr3yOjg%3A1597557628657&ei=fMs4X4zbJ4e7lwT7wYS4Ag&q=les+nouveaux+p%C3%A8res+union+d%C3%A9partementale+des+associations+familiales+du+nord&oq=les+nouveaux+p%C3%A8res+union+d%C3%A9partementale+des+associations+familiales+du+nord&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIECCMQJzoECAAQRzoHCCMQsAIQJ1D_YFjYZGC3c2gAcAF4AIABSogBmwKSAQE0mAEAoAEBqgEHZ3dzLXdpesABAQ&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwiMidv3hZ_rAhWH3YUKHfsgAScQ4dUDCAw&uact=5

28. Ménager C. Dans la chambre de l'accouchée : quelques éclairages sur le déroulement d'une naissance au Moyen Âge. *Questes Revue pluridisciplinaire d'études médiévales*. 15 janv 2014;(27):35-45.
29. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles) – Société d'Histoire de la Naissance [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96
30. Harvey V. Andrée Rivard, De la naissance et des pères, Québec, Éditions du remue-ménage, 2016, 189 p. rs. 2018;59(1-2):295-8.
31. Boufferet P. Qu'est-ce que le Ciane [Internet]. CIANE. [cité 20 août 2020]. Disponible sur: <https://ciane.net/ciane/ciane/>
32. Kumar SV, Oliffe JL, Kelly MT. Promoting Postpartum Mental Health in Fathers: Recommendations for Nurse Practitioners. *Am J Mens Health*. mars 2018;12(2):221-8.
33. Vasconcellos D. Devenir père : crise identitaire. *Devenir*. 2003;Vol. 15(2):191-209.
34. Présence du père pendant une césarienne. *Spirale*. 2003;no 25(1):183-6.
35. Beaufils. Présence du conjoint en salle de césarienne [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk00jejnX7mj9FFrsuw_LmUItyntBIQ%3A1597558960792&ei=sNA4X97vL9GAacaumagD&q=pr%C3%A9sence+du+conjoint+en+salle+de+c%C3%A9sarienne+Dr+beaufils&oq=pr%C3%A9sence+du+conjoint+en+salle+de+c%C3%A9sarienne+Dr+beaufils&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECCMQJzoECCEQCICVTViheWC3fmgAcAB4AIABZlgBzhCSAQQyNi4xmAEAoAEBqgEHZ3dzLXdpesABAQ&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwjeh_byip_rAhVRQBoKHUZXBjUQ4dUDCAw&uact=5
36. Crocq L. Traumatismes psychiques | Elsevier Masson [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/traumatismes-psychiques-9782294713811.html>
37. Ferreri F, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri M. Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. /data/traites/ps/37-48126/ [Internet]. 2 sept 2010 [cité 13 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/264658>
38. DSM-5 [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
39. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F43.1>
40. Josse. Le stress. Quelques repères notionnels - Résilience PSY [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article8>
41. Les ateliers du praticien. Traiter les psychotraumatismes [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=traiter+les+psychotraumatismes&oq=traiter+les>

- +psychotraumatismes&aqs=chrome..69i57j46j0.4266j1j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8
42. Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ, Best SR, Neylan TC, Rogers C, et al. The Peritraumatic Distress Inventory: A Proposed Measure of PTSD Criterion A2. *AJP*. sept 2001;158(9):1480-5.
 43. Ladois Do-Pilar Rei. Réactions péritraumatiques et symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) après une admission en psychiatrie [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=r%C3%A9actions+p%C3%A9ritraumatiques+et+tspt+apr%C3%A8s+une+admission+en+psychiatrie&oq=r%C3%A9actions+p%C3%A9ritraumatiques+et+tspt+apr%C3%A8s+une+admission+en+psychiatrie&aqs=chrome..69i57.11512j1j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
 44. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire Self-Report Version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 1 avr 2005;20:145-51.
 45. Birmes PJ, Daubisse L, Brunet A. *Letter*. *PS*. janv 2008;59(1):116-116.
 46. Jehel L, Charles E, Ducrocq F, Vaiva G, Herve C. Particularités de l'état de stress post-traumatique de la personne âgée. *L'Encéphale*. 2006;32(6):1125–1129.
 47. Tarquinio C, Brennstul M-J, Dellucci H, Iracane-Coste M, Rydberg JA, Silvestre M, et al. *Pratique de l'EMDR: Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*. Dunod; 2017. 681 p.
 48. Casey CPP, Strain P of PP of MEMTJJ. *Les Troubles Liés Aux Traumatismes Et Aux Facteurs de Stress: Le Guide Du Clinicien*. Elsevier Health Sciences; 2018. 247 p.
 49. RIGGS DS, ROTHBAUM BO, FOA EB. A Prospective Examination of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Nonsexual Assault: *Journal of Interpersonal Violence* [Internet]. 2 juill 2016 [cité 13 avr 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260595010002005>
 50. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):455-75.
 51. Josse. Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ? [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk0068kPWJvxd3yAVVokTuz7dJ6D7og%3A1597562617786&ei=d44X4LUL8qWa6SohJgE&q=%C3%A9tat+de+stress+aigu+et+%C3%A9tat+de+stress+post+traumatique+quoi+de+neuf+dans+le+dsm+5&oq=%C3%A9tat+de+stress+aigu+et+%C3%A9tat+de+stress+post+traumatique+quoi+de+neuf+dans+le+dsm+5&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECAAQ1DNOLi4S2DjTWgAcAF4AIABrQGIAf8HkgEEMTMuMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrAAQE&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwjCtNvCmJ_rAhVKyxoKHSQUAUMQ4dUDCAw&uact=5

52. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. /data/revues/00137006/00340006/08000080/ [Internet]. 12 déc 2008 [cité 28 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/196140>
53. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull.* nov 2006;132(6):959-92.
54. Mascarel. Les troubles du sommeil dans le trouble stress post-traumatique chez l'adulte : une revue systématique de la littérature [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-9803>
55. Waddington A, Ampelas J-F, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V. [Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces]. *Encephale.* févr 2003;29(1):20-7.
56. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2005;62(6):593-602.
57. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* déc 1995;52(12):1048-60.
58. Breslau N, Wilcox HC, Storr CL, Lucia VC, Anthony JC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *J Urban Health.* déc 2004;81(4):530-44.
59. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2000;101(1):46-59.
60. Walter. L'exposition aux médias : un facteur de réactivation pour des patients souffrant de trouble de stress post-traumatique ? [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-13199>
61. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* oct 2000;68(5):748-66.
62. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* janv 2003;129(1):52-73.
63. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine.* nov 2010;40(11):1849-59.
64. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, et al. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res.* oct 2012;73(4):257-63.
65. Church S, Scanlan M. Post-traumatic stress disorder after childbirth. Do midwives have a preventative role? *Pract Midwife.* juin 2002;5(6):10-3.

66. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1993;11(4):221-8.
67. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*. déc 1997;11(6):587-97.
68. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. juin 2001;28(2):111-8.
69. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 15 janv 2017;208:634-45.
70. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. oct 1997;76(9):856-61.
71. Benzakour L., Epiney M., Girard E. Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-637/Etat-des-connaissances-sur-le-trouble-de-stress-post-traumatique-du-postpartum>
72. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2012;91(11):1261-72.
73. Feeley N, Zelkowitz P, Cormier C, Charbonneau L, Lacroix A, Papageorgiou A. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Applied nursing research : ANR*. 1 sept 2009;24:114-7.
74. Asmundson GJG, Coons MJ, Taylor S, Katz J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry*. déc 2002;47(10):930-7.
75. Lopez U, Meyer M, Loures V, Iselin-Chaves I, Epiney M, Kern C, et al. Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2 juin 2017;15(1):118.
76. Gandubert C, Scali J, Ancelin M-L, Carrière I, Dupuy A-M, Bagnolini G, et al. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiol Stress*. 4 févr 2016;3:61-7.
77. Haagen JFG, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *J Affect Disord*. 1 oct 2015;185:135-43.
78. Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. *J Affect Disord*. févr 2014;155:295-8.

79. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2009;19(4):116-9.
80. Genoni C, Perrin-Fayolle C, Voeffray C, Kaiser B. Par quels moyens peut-on dépister et accompagner au mieux les femmes ayant vécu un antécédent d'accouchement traumatique en vue d'une prochaine grossesse ? travail de Bachelor.
81. Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. /data/revues/00137006/00310002/212/ [Internet]. 17 févr 2008 [cité 28 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/83324>
82. Syndrome de stress post-traumatique en maternité. *Spirale*. 26 mars 2008;n° 45(1):199-201.
83. Tan P, Evsen MS, Soyduñ HE, Sak ME, Özler A, Turgut A, et al. Increased psychological trauma and decreased desire to have children after a complicated pregnancy. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 1 mars 2013;14(1):11-4.
84. Zimmerman. Birth Trauma: Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth - ProQuest [Internet]. [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/7f7cfb8a2a27462d79758e4bd3970e45/1?pq-origsite=gscholar&cbl=32235>
85. Ayers S, Wright D, Wells N. Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: Association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology - J REPROD INFANT PSYCHOL*. 1 févr 2007;25:40-50.
86. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 01 2018;225:18-31.
87. Daniels E, Arden-Close E, Mayers A. Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their Partner's birth trauma. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 avr 2020;20(1):236.
88. Etheridge J, Slade P. « Nothing's actually happened to me. »: the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth*. 07 2017;17(1):80.
89. Hanson S, Hunter LP, Bormann JR, Sobo EJ. Paternal fears of childbirth: a literature review. *J Perinat Educ*. 2009;18(4):12-20.
90. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. déc 2020;15(1):1722564.
91. Vallin E, Nestander H, Wells MB. A literature review and meta-ethnography of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*. janv 2019;68:48-55.

92. van Steijn ME, Scheepstra KWF, Zaat TR, van der Post JAM, Olf M, van Pampus MG. Posttraumatic stress disorder in partners following severe postpartum haemorrhage: A prospective cohort study. *Women Birth*. 13 juill 2019;
93. Stramrood CAI, Doornbos B, Wessel I, van Geenen M, Aarnoudse JG, van den Berg PP, et al. Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicated by preterm preeclampsia or PPROM. *Arch Gynecol Obstet*. avr 2013;287(4):653-61.
94. Loewenstein K, Barroso J, Phillips S. The Experiences of Parents in the Neonatal Intensive Care Unit: An Integrative Review of Qualitative Studies Within the Transactional Model of Stress and Coping. *J Perinat Neonatal Nurs*. déc 2019;33(4):340-9.
95. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. /data/revues/03682315/v41i6/S0368231512001068/ [Internet]. 23 sept 2012 [cité 1 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/755144>
96. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study - van Son - 2005 - *Clinical Psychology & Psychotherapy* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.446>
97. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*. 2000;39(1):35-51.
98. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. nov 2007;35(11):1136-42.
99. Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJM, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. oct 2008;28(7):1138-51.
100. Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. nov 2014;42(11):749-54.
101. Haute Autorité de Santé. préparation à la naissance [Internet]. [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=pr%C3%A9paration+%C3%A0+la+naissance+has&oq=pr%C3%A9paration+%C3%A0+la+naissance+has&aqs=chrome..69i57j0l3.4237j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
102. Bouet PE, Deneux-Tharoux C, Maillard F, Ruiz V, Combaud V, Courtay V, et al. État de stress post-traumatique et hémorragie du post-partum. :4.
103. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. juin 2000;27(2):104-11.

AUTEUR : Nom : BASSEUX

Prénom : Nelly

Date de soutenance : 22 septembre 2020

Titre de la thèse : Le trouble de stress post-traumatique chez les pères au décours d'un accouchement : étude de cas cliniques

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : trouble stress post-traumatique, psychotraumatisme, événement potentiellement traumatique, accouchement compliqué, périnatalité

Résumé :

Partie théorique : L'accouchement est considéré comme un événement potentiellement traumatique chez la mère. L'étude de Soet et al. met en avant que 34% des participantes percevaient leur expérience d'accouchement comme traumatisante. D'après Elmir et al. 1 à 6% des femmes développent un trouble de stress post-traumatique après l'accouchement. Ce risque est d'autant plus important quand l'accouchement ne se passe pas de façon physiologique, ou lors d'une situation d'urgence. Concernant le père, peu d'études existent. Pourtant, il est à présent invité à assister et à participer à l'accouchement, ce qui le rend témoin de cet événement. D'après la définition, le père pourrait donc être également sujet de développer un TSPT au décours de l'accouchement.

Cas clinique : A travers les différents cas cliniques, nous pouvons remarquer que certains pères décrivent des symptômes de détresse et de dissociation péri-traumatique qui sont des facteurs de risque de TSPT. Durant l'accouchement, les pères sont témoins de la douleur que peut éprouver leur partenaire et ressentent un sentiment d'impuissance qui fait partie de la clinique du psychotraumatisme.

Discussion : Les soignants semblent peu communiquer avec les pères. Ce manque d'information et de préparation peut être un facteur de risque de TSPT. Les pères décrivent un sentiment de solitude, un manque de reconnaissance et d'implication lors de l'accouchement. De plus, l'accouchement est perçu comme un événement heureux dans la société et il est donc difficile de s'en plaindre, ce qui complique l'accès aux soins.

Conclusion : L'accouchement est considéré comme un événement traumatique. Les pères présents lors de cet événement sont confrontés à la douleur de leur partenaire ou à la perception de la menace de mort lors d'accouchements compliqués. Ils peuvent, comme nous l'avons vu dans les cas cliniques, présenter une détresse et/ou une dissociation péri-traumatique connues pour être des facteurs de risque de TSPT. D'autres facteurs de risque sont présents, comme le manque de soutien social, le manque de communication entre l'équipe et le père. Il serait intéressant d'aborder le risque de TSPT lors des cours de préparation la naissance et de repérer ce trouble lors de la consultation post natale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse : Docteur Frédérique WAREMBOURG