



HAL
open science

La place du père en salle de naissance dans une situation d'urgence : étude épidémiologique qualitative par entretiens semi-directifs menés à la maternité de Mercy

Alexia Tonnelier

► To cite this version:

Alexia Tonnelier. La place du père en salle de naissance dans une situation d'urgence : étude épidémiologique qualitative par entretiens semi-directifs menés à la maternité de Mercy. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04330053

HAL Id: hal-04330053

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04330053v1>

Submitted on 7 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

La place du père en salle de naissance dans une
situation d'urgence.

Étude épidémiologique qualitative par entretiens semi-directifs
menés à la maternité de Mercy.

Mémoire présenté et soutenu par

Alexia TONNELIER

Née le 12 Janvier 1996 à Metz

Directeur de mémoire : Marie-Laure Boyé

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

La place du père en salle de naissance dans une
situation d'urgence.

Étude épidémiologique qualitative par entretiens semi-directifs
menés à la maternité de Mercy.

Mémoire présenté et soutenu par

Alexia TONNELIER

Née le 12 Janvier 1996 à Metz

Directeur de mémoire : Marie-Laure Boyé

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 - 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements :

A Mme BOYÉ, ma directrice de mémoire, pour m'avoir guidée et encouragée lors de l'élaboration de ce travail, pour sa disponibilité et ses conseils éclairés.

A Mme Carneiro pour son expertise et ses précieux conseils.

A tous les pères rencontrés et avec qui je me suis entretenue, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Merci pour votre temps, votre confiance et votre accueil.

A ma famille et mon frère pour leur soutien.

A mes amis pour leur investissement et leur aide sans faille tout au long de ce projet : Benjamin et Mathilda.

SOMMAIRE	
REMERCIEMENTS	4
PARTIE 1 : CONTEXTE	7
1. LA PATERNITÉ	7
2. LES SITUATIONS D'URGENCE MÉDICALE	10
3. LES CONSÉQUENCES D'UN ACCOUCHEMENT DIFFICILE SUR LA PATERNALITÉ	11
PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE	13
1. PROBLÉMATIQUE	13
2. OBJECTIFS	13
3. HYPOTHÈSES	13
4. MATÉRIEL ET MÉTHODES	13
5. LE GUIDE D'ENTRETIEN	15
6. OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE ET ÉTHIQUE.....	16
PARTIE 3 : RÉSULTATS	17
1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON	17
2. RÉSULTATS DES ENTRETIENS	18
PARTIE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	25
1. BIAIS ET LIMITES	25
2. FORCE DE L'ÉTUDE	25
3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	26
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	39
ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.	40
ANNEXE II : PROTOCOLE DÉFINI PAR RICHECOEUR S.	41
RÉSUMÉ	3

INTRODUCTION

Notre société actuelle s'interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'égalité homme-femme dans plusieurs domaines et notamment ceux de la famille et de l'éducation. Dans une enquête diligentée en 2014 par le Ministère chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, de la diversité et de l'égalité des chances, il apparaît que les soins apportés aux enfants représentent en moyenne quarante-cinq minutes par jour pour les femmes versus dix-neuf minutes pour les hommes. Notons un écart de progression de temps de soins depuis 1986 plus important pour les hommes de six minutes [1].

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 allonge les durées des congés de paternité et d'adoption pour les enfants nés ou adoptés à partir du 1er juillet 2021. Le gouvernement souhaite ainsi « *offrir de meilleures conditions de développement pour les nouveau-nés, en permettant au second parent d'être plus présent pendant ses premiers jours et contribuer à un rééquilibrage des tâches domestiques et parentales entre les parents* ». La période des congés paternité est ainsi passée de quatorze à vingt-huit jours [2].

Cela suppose tout d'abord que la société reconnaît que les pères et les mères sont égalitaires pour assumer les tâches domestiques et familiales. D'autre part, que les hommes des générations actuelles demandent à s'investir activement au côté de leur compagne dès l'émergence du projet d'enfant [3].

C'est ainsi qu'au cours de la grossesse, pour se préparer à l'arrivée du nouveau-né, de plus en plus de futurs pères participent aux examens médicaux et aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Selon Agnès Échène, anthropologue, « *l'homme prend une place inédite, au plus près de la femme en couches, au plus près du nouveau-né* » [4].

Cependant, en tant qu'étudiante sage-femme, j'ai pu observer chez certains pères un sentiment d'impuissance face aux événements vécus par leur conjointe au moment de l'accouchement, notamment en cas d'urgence obstétricale. Ils semblaient subir la situation sans être suffisamment préparés à la vivre. Souhaitant en savoir plus, nous avons envisagé d'étudier le vécu de futurs pères présents en salle de naissance au moment de la survenue d'une situation d'urgence.

Pour cela, nous allons dans un premier temps revenir sur les notions de paternité et d'urgence médicale.

Dans un second temps, nous présenterons notre étude menée auprès des pères et rapporterons les résultats des entretiens. Enfin, nous discuterons ces résultats pour dresser une tendance du vécu de ces futurs pères et proposer des axes d'amélioration à la préparation à la naissance et à la parentalité.

PARTIE 1 : CONTEXTE

1. LA PATERNITÉ

1.1. L'ÉVOLUTION DE LA PLACE DU PÈRE

La place du conjoint au sein de la famille et de la parentalité est en perpétuelle évolution et les changements qui s'opèrent rapidement au sein de la cellule familiale dans cette dernière décennie en font un sujet d'actualité.

Au cours de l'histoire, sa place évolue. Dans l'Antiquité, le père avait un rôle de toute puissance et la paternité n'était alors considérée que dans le sens de reconnaissance de l'enfant. Le lien biologique n'était d'ailleurs pas reconnu.

Ce n'est qu'au moment de l'Empire romain que le droit va reconnaître le lien biologique entre un père et son enfant.

Au Moyen-âge, le père a des obligations éducatives, morales, économique qui vont laisser place à une notion d'héritage à la renaissance.

Au XIII^{ème} siècle, le mariage est le seul moyen d'accéder à la paternité.

Concernant la périnatalité, la naissance était une affaire de femme jusqu'en 1950. Les hommes n'avaient pas leur place auprès de leur femme au moment de l'accouchement.

Il n'y a d'ailleurs que les femmes qui peuvent accoucher d'autres femmes, à la condition qu'elles aient elle-même déjà accouché. Ces femmes étaient alors considérées compétentes pour accompagner d'autres femmes autour de la naissance. On les appelait les accoucheuses ou les matrones. Depuis 1950, les hommes investissent progressivement la sphère familiale. [5]

Le pouvoir parental, qui correspond à l'autorité consacrant l'égalité des pouvoirs et devoirs du père et de la mère dans l'éducation des enfants a été instauré en 1970 mais avant 1997, l'autorité parentale n'appartenait qu'à la mère. [6, 7]

L'autoritarisme paternel, alors préexistant, laisse place en 1997 au pouvoir parental. [5]

En 1999, Michel Odent déclarait: « *At the dawn of the 21st century, everybody knows about the importance of the active role of the father in the birth of a family* », autrement dit : à l'aube du 21^{ème} siècle, tout le monde connaît l'importance du rôle actif du père dans la naissance d'une famille. [8]

Aujourd'hui, l'homme est de plus en plus impliqué et disponible en comparaison avec les générations précédentes. Cette observation intergénérationnelle s'applique au sein même d'une famille. Jean-François Doridot parle de « *Nouvelle paternité* ». La décision de grossesse, le nombre d'enfants souhaité par le couple, le congé paternité, les méthodes médicales possibles pour atteindre cette paternité en cas de difficulté de fertilité, sont autant de questions sur lesquelles les hommes se positionnent au côté de leur femme. [9]

Cependant, selon l'enquête réalisée par Ipsos pour *Enfant Magazine* de 2004, on peut constater qu'il existe un écart entre l'envie des hommes à investir une grossesse et la perception que les femmes en ont. Elles restent en effet perplexes quant à la mise en pratique des intentions de leur conjoint. En effet, 71% des pères interrogés déclarent être prêts à « *prendre une année sabbatique* » et 76% d'entre eux seraient prêts à « *demander à travailler à temps partiel* ». Pourtant, seulement 61% des

femmes pensent que le père de leur enfant serait prêt à prendre une année sabbatique. Cela révèle aussi la difficulté des femmes à partager cette place avec le père de leur enfant, qui leur était historiquement attribuée depuis des années. [10]

1.2. LE « DEVENIR PÈRE »

La fonction paternelle a beaucoup évolué depuis l'Antiquité et peut actuellement être considérée comme complémentaire à la fonction maternelle.

Quand la fonction maternelle représente « *l'abri, la sécurité, la protection, l'affection, la chaleur, l'affection, la fusion, la compréhension* », alors la fonction paternelle représente « *les limites, les frontières, la séparation psychologique* ». [11]

L'enfant a tout autant besoin de se sentir protégé et materné pour découvrir sa « *puissance* », que de connaître les limites, les interdits pour découvrir qu'il existe d'autres « *univers* » avec lesquels il devra s'adapter pour s'épanouir.

Nous constatons donc que ces deux fonctions sont différentes et extrêmement complémentaires.

Selon le psychologue Yvon Dallaire, la fonction paternelle peut se répartir dans cinq dimensions différentes : la protection, l'éducation, l'initiation, la séparation et la filiation. [11]

La protection qui concernait principalement la sécurité physique auparavant, comme expliqué ci-dessus, a laissé d'avantage place à une sécurité émotive. Il doit être présent « *physiquement et psychologiquement* ».

L'éducation est entendue dans le sens de l'apprentissage de la patience. L'enfant doit comprendre que ses désirs ne sont pas des ordres, et qu'ils peuvent ne pas être comblés dans l'immédiat.

L'initiation est axée sur les règles de la vie en société afin qu'une vie sociale adaptée puisse lui être accessible. Il a ainsi comme fonction « *d'humaniser l'enfant à la frustration et au manque* ».

La séparation, n'est pas tant de séparer la mère et l'enfant mais plutôt que chacun retrouve une identité qui lui est propre au sein de la famille. De cette façon, l'homme permet « *la survie et l'épanouissement de l'enfant, et ainsi de la femme qui existe dans la mère* ».

Enfin, dans le terme de filiation, il existe la notion de lien de parenté mais également de succession.

L'enfant a besoin de savoir « *qu'il s'inscrit dans une lignée qui possède une histoire* ».

Dans l'article d'Yvon Dallaire sur la fonction paternelle, le rôle de « séparation » est prédominant. [11]

Si la maternité est quelque chose d'ancestral, qui nous semble logique, la paternité reste une chose à prouver pour certains. C'est peut-être dans cette optique, dans le souci de justifier sa position que le rôle de séparation est autant appuyé dans les textes d'Ivan Dallaire. Au niveau symbolique, le père est le tiers séparateur entre la mère et l'enfant.

Nous pouvons notamment établir le parallèle entre ce rôle séparateur et la fonction symbolique du père coupant le cordon lors de l'accouchement. Si au Moyen-âge : « *dès que l'enfant est dehors, la ventrière coupe le cordon ombilical* » [12], de nos jours, certains psychologues pensent que le père prend pleinement son rôle séparateur en coupant le cordon. Il met en partie fin « *à la fusion existante entre la mère et l'enfant* ». [13]

Mais la paternité, qui se définit par l'état, la qualité de père, ou encore le sentiment paternel est développé par Agnès Moreau. Elle explique que « *le processus de paternité est fondé sur l'élaboration*

d'éléments inconscients jusque-là refoulés » et que le passage de l'état d'homme à l'état de père est « *riche en déliaison et en rupture* ». [14]

Aujourd'hui le père aurait alors plusieurs alternatives allant de s'approprier le pouvoir qui lui revient, à la démission de sa fonction paternelle.

1.3. L'AVENIR

Les témoignages des professionnels de santé interrogés dans l'étude d'Anaïs Château, de Morgane Jacques mais aussi de Laetitia Tavernier montrent que les pères cherchent de plus en plus à occuper une place en période pré-natale auprès des sage-femmes libérales, en salle de naissance mais aussi en post-natal dans les services de maternité. [5,15,16]

Anais Chateau a mené une étude grâce à des entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé d'une maternité de niveau 3 en 2019. Ses résultats montrent que « *le père a une place primordiale au moment de la naissance de son enfant, il prend la place qu'il veut selon ses capacités et ses envies.* » [16]

L'étude de Morgane Jacques a permis d'interroger quatorze sages-femmes libérales de la région Parisienne en 2015, elle montre que les sages-femmes proposent de plus en plus aux pères de participer aux séances de préparation à la naissance. Les pères étaient plus présents à partir de la sixième séance qui commence autour du huitième mois. La présence bientôt concrète de leur future enfant les influence dans leur volonté de participer aux séances. [15]

Par ailleurs, l'étude menée par Laetitia Tavernier en 2014 auprès de 35 pères ou futurs pères a montré que plus de 75% ont assisté aux échographies, 40% ont assisté à une consultation médicale et 15% seulement ont participé à une séance de préparation à la naissance. La plupart des pères, mêmes invités, n'assistent pas aux séances de préparation à la naissance, empêchés par leurs horaires de travail, ainsi que la peur de prendre la parole dans cet environnement à composante majoritairement féminine. [5]

Comme l'exprime Beatrice Jacques dans son ouvrage, les pères qui participent à des séances de préparation à la naissance en groupe, se sentent effectivement difficilement à l'aise pour s'exprimer, entourés de femmes. [17]

Malgré la vision persistante que la naissance est une affaire de femmes, que ce soit par les femmes elles-mêmes ou certains professionnels de santé, la place du père semble réellement s'instaurer comme cruciale. Certaines pratiques allant dans ce sens le confirment, tel que la discussion de plus en plus présente autour du peau-à-peau avec le papa, de l'allongement de la période de congé paternité très récente, des séances de préparation à la naissance en haptonomie, et l'apprentissage de massages pour aider sa compagne à gérer la douleur des contractions. Toutes ces pratiques favorisent et réconfortent les futurs pères dans leur rôle avant même la conception, jusqu'au post-partum et bien après. [5]

Bien que de mieux en mieux préparés à la future naissance de leur enfant, certaines situations peuvent être source d'inquiétude et de stress pour les pères. [18] C'est notamment le cas en situation d'urgence obstétricale ou néonatale.

2. LES SITUATIONS D'URGENCE MÉDICALE

Par définition, une situation d'urgence est « *une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.* ». La notion de temporalité est très clairement exprimée mais reste subjective : « *très rapidement* ». C'est la raison pour laquelle, le corps médical a décliné des degrés d'urgence en fonction du caractère vital de la situation et de la pathologie concernée. [19]

Mais quel que soit le degré d'urgence, l'équipe médicale doit agir de façon immédiate et rapide. En salle de naissance, la sage-femme est très souvent la première à diagnostiquer une situation d'urgence. En effet, lors de la prise en charge du travail et de l'accouchement, la sage-femme doit être capable de déceler tous les signaux d'urgence. Elle réfère ensuite la situation à l'équipe pluridisciplinaire de garde, au sein de laquelle elle conserve un rôle d'assistance aux autres professionnels médicaux, mais surtout un rôle d'accompagnement et de soutien au couple tout en apportant une information adaptée sur le déroulement du travail [20,21].

Le devoir d'information a été légiféré en 2002 avec la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Une information claire, loyale et adaptée permet de recueillir un consentement libre et éclairé de la patiente pour les décisions médicales proposées. Cela est également valable en situation d'urgence sauf si la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, c'est ce qu'impose la recommandation de la Haute Autorité de Santé en 2012 en ce qui concerne l'information et le consentement aux patients. [22,23,24]

L'information doit donc être assez concise pour être délivrée dans un temps relativement court. Pourtant, la délivrance de l'information, obligatoire même en situation d'urgence, est peu étudiée et laisse supposer que l'action thérapeutique prend le dessus sur l'information. En pratique, les équipes soignantes se centrent principalement sur les procédures et protocoles pour agir dans le temps restreint par l'urgence. La priorité à ce moment est de s'occuper de la patiente et de son nouveau-né à venir. Cette posture place le père à l'écart, qui est alors simple spectateur restreint dans son rôle d'accompagnant et de soutien à sa femme. [25,26]

Dans l'étude menée par Morgane Jacques, elle conclut que certains professionnels sont encore réticents à ce que le conjoint soit aussi présent. Les raisons évoquées relèvent principalement des aménagements des locaux hospitaliers qui ne sont pas adaptés à l'accueil de l'accompagnant [17]. Pourtant, même si le conjoint n'est pas la personne soignée, qui a besoin de soins, il est concerné par le prendre soin, notion définie par Tronto dans l'éthique du care comme « *la rencontre directe d'autrui à travers son besoin et l'activité dans sa dimension de contact avec les personnes* ». Il y développe quatre phases du « care » auxquelles correspondent quatre qualités morales spécifiques. On retrouve le « *caring about* » soit le « *prendre soin* », le « *taking care of* » qui signifie « *prendre en charge* », puis le « *care giving* » qui fait référence au « *prendre soin* », et enfin le « *care receiving* » correspondant à « *recevoir le soin* ». [27]

Le moment de la naissance est un évènement qui concerne le couple et le nouveau-né. Cependant, si les équipes soignantes considèrent sans conteste la mère et son enfant comme le centre de leurs missions, il est parfois moins évident d'y inclure le père. Pourtant, le père a le droit de vouloir vivre

cette naissance au même titre que la mère, même de façon différente. C'est aux équipes soignantes de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour répondre à ses attentes. [26]

3. LES CONSÉQUENCES D'UN ACCOUCHEMENT DIFFICILE SUR LA PATERNALITÉ

3.1. L'ATTACHEMENT

3.1.1. Définition et intérêts de l'attachement

Le processus d'attachement a été défini par Bowlby, psychiatre, comme un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre le nouveau-né et sa mère. [27]

C'est un besoin primaire et inné. La présence de la mère sans faille va permettre à l'enfant de développer un sentiment de sécurité et lui permettra d'explorer son environnement sereinement. La capacité à établir des liens affectifs forts avec des personnes particulières, comme la mère, le père ou des donneurs de soins, s'explique chez les enfants par la manifestation d'un comportement d'attachement à ses parents. [28]

L'attachement est un processus de réciprocité entre l'enfant et sa figure d'attachement. Il peut être sécure, insécure ambivalent, insécure évitant ou désorganisé, et influencera l'estime de soi et la qualité des relations sociales futures de l'enfant. Notons que pour se sentir exister chaque être humain doit être assuré d'une estime de soi suffisante. Par conséquent, la forme d'attachement aura des répercussions incontournables sur le développement global de l'individu. [27]

3.1.2. Cause des troubles de l'attachement

Concernant les naissances impliquant des situations d'urgence, plusieurs éléments peuvent donc interférer sur l'établissement du lien et de l'attachement avec le nouveau-né.

Tout d'abord, l'exigence des gestes de réanimation laisse peu de place à la première rencontre, pourtant primordiale dans ces premiers instants, entre les parents et le nouveau-né. C'est en effet de cette première rencontre que dépend la qualité de l'attachement entre la mère et l'enfant mais aussi entre le père et l'enfant. [27]

Enfin, le manque d'intimité corporelle entre les parents et le nouveau-né peut perturber le processus de « *Bonding* » qui correspond à l'attachement et au rapprochement entre l'enfant et ses parents. [29] L'intimité corporelle ou peau-à-peau permet de libérer de l'ocytocine, hormone qui aide à l'attachement. Dans le cas de césarienne en urgence et/ou de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, l'absence d'intimité corporelle perturbe la production d'ocytocine et risque de retarder et bouleverser l'attachement. [28]

Pour l'établissement de liens parents-enfant de bonne qualité, il est nécessaire que les parents fassent preuve de sensibilité, de disponibilité, de régularité et de continuité dans les soins. Ce sont des compétences attendues de la part des deux parents : mère et père. [28]

3.1.3. Spécificité de l'accouchement difficile sur l'attachement côté paternel

Toutes les études menées sur la place du père autour de la naissance décrivent l'importance de ce moment de rencontre avec le nouveau-né en salle de naissance. La psychologue, Caroline Boiteau, parle de « *paternalité* » et également de « *coparentalité* » pour désigner les processus d'attachement que le conjoint met en place lors de la rencontre avec son nouveau-né. [5, 15, 26, 30, 31]

La mère est au centre de l'attachement mais lorsqu'une situation d'urgence intervient au cours de la naissance, c'est alors au père d'assurer cette fonction. Au moment de la naissance, la survenue d'une situation d'urgence médicale peut générer un état de stress post-traumatique [28] résultant d'une incohérence dans le déroulement de l'accouchement préalablement fantasmé par la patiente au cours de la grossesse. Dans ce cas, la mise en place du lien mère-enfant risque d'être perturbée. La situation d'urgence engendre de la peur, un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle pour les parents, notamment lorsque l'information circule difficilement voire pas du tout.

En conséquence, le vécu traumatique de l'accouchement favorise un risque délétère sur l'établissement du lien parents/enfant et sur la qualité de l'attachement. Le traumatisme peut également entraîner des difficultés dans la relation conjugale. [26]

3.2. LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ

Le sentiment d'efficacité personnel désigne « *les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières* ». [32] La théorie de l'efficacité personnelle est utilisée dans de nombreux domaines tel que la santé. Il existe différentes sources du sentiment d'efficacité personnelle qui permettent de le construire ou de le modifier.

« *L'expérience active de maîtrise est une des sources les plus influentes sur la croyance en l'efficacité personnelle car elle est fondée sur la maîtrise personnelle des tâches à effectuer [...] Les échecs réduisent ce sentiment* ».

En parallèle, la confiance en soi peut-être définie comme « *la capacité de faire un choix, prendre une décision* ». [33]

La perte de cette capacité de décision autour de la naissance peut engendrer une diminution de la confiance en soi du couple et notamment du conjoint. Une perte de maîtrise peut également modifier le sentiment d'efficacité personnelle et entraîner un sentiment d'échec dans le cadre d'une situation d'urgence en salle de naissance impliquant une extraction instrumentale ou une césarienne en urgence. Obligés de faire le deuil d'une naissance « *normale* », les parents sont déstabilisés et l'estime de soi ainsi que le sentiment d'efficacité des parents en est impactée. [34]

Pour le père précisément, le vécu de l'accouchement entrainerait selon Irene Capponi des « *facteurs de risque de détresse post-natale* ». Cette potentielle « *détresse paternelle* » impose aux équipes soignantes de s'intéresser aux besoins et attentes du couple. [35]

Pour conclure, l'urgence n'impose ni la précipitation ni la brutalité. Au contraire, il s'agit de rester vigilant et à l'écoute, tous les sens en éveil.

PARTIE 2 : MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. PROBLÉMATIQUE

La place du père en période périnatale est un sujet d'actualité et des mesures sont prises par les autorités compétentes pour permettre aux hommes de s'impliquer plus concrètement auprès de leur conjointe et de leur nouveau-né. De cette implication peut dépendre la qualité des relations familiales futures. Certaines situations peuvent altérer l'implication des pères, notamment les urgences médicales au moment de la naissance. C'est en cela que nous avons souhaité interroger le vécu des pères en salle de naissance lors d'une situation d'urgence obstétricale.

2. OBJECTIFS

2.1. BÉNÉFICES ATTENDUS

Le bénéfice attendu est de cibler et nommer les besoins des pères en salle de naissance lors d'une première naissance impliquant une situation d'urgence qui aurait nécessité une prise en charge maternelle ou néonatale.

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est de définir les besoins et les attentes des pères en salle de naissance lors d'une première naissance en situation d'urgence obstétricale.

2.3. OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire est de sensibiliser les professionnels de santé aux besoins et aux attentes des conjoints en salle de naissance.

3. HYPOTHÈSES

- H1 : Des informations claires sur la situation ont été données aux pères
- H2 : Ils se sont sentis légitimes à poser des questions à l'équipe médicale
- H3 : Leurs inquiétudes ont été prises en compte.
- H4 : Les conjoints se sont sentis utiles en salle de naissance.
- H5 : Le regard de l'équipe médicale envers eux a été bienveillant.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODES

4.1. TYPE D'ÉTUDE

Afin de répondre à la problématique, une étude épidémiologique qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès des pères en maternité, le but étant de laisser la parole aux conjoints afin de connaître leur ressenti au moment de la naissance.

4.2. POPULATION D'ÉTUDE : ÉTAPE D'ÉLIGIBILITÉ

L'étude concerne les hommes majeures, volontaires et francophones ayant été présents à la naissance de leur nouveau-né au Centre Hospitalier Régional de Mercy en avril 2021.

4.2.1. Critères d'inclusion

L'étude inclut les hommes majeurs volontaires et francophones ayant été présents à la naissance de leur nouveau-né au centre hospitalier régional de Mercy en avril 2021. La grossesse de leur compagne répond à certains critères. On inclura que les grossesses simples, les accouchements voie basse dits pathologiques (extraction instrumentale, césarienne, manœuvres obstétricales sur dystocie, hémorragie du post-partum), les termes supérieurs ou égaux à 37 semaines d'aménorrhées (SA), et la naissance d'un nouveau-né eutrophe.

4.2.2. Critères de non-inclusion

Les accouchements physiologiques, un antécédent d'accouchement ayant inclus une situation d'urgence, les césariennes programmées ont été non inclus, tout comme l'absence du conjoint à la naissance.

4.2.3. Critères d'exclusion

Les conjoints ayant reçu les informations mais ne souhaitant pas participer à l'étude ont été exclus, tout comme les pères présentant une barrière linguistique, l'absence du conjoint lors de l'entretien, les grossesses multiples et un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhées.

4.2.4. Modalité de recrutement

Le recrutement des pères s'est opéré dans le post-partum en service de maternité. Le choix des dossiers a été fait de façon aléatoire sur la base des critères d'inclusions préétablis.

4.2.5. Bénéfices et risques prévisibles et connues pour les personnes se prêtant à la recherche

Les bénéfices prévisibles pour les pères participant à cette étude sont de pouvoir exprimer leur vécu de la naissance en question.

4.3. CRITÈRES DE JUGEMENT

- Respect du souhait du conjoint d'être présent en salle de naissance ;
- L'implication du conjoint au moment de la naissance ;
- Demande exprimée par le conjoint auprès de l'équipe soignante ;
- Les informations reçues par le conjoint de la part de l'équipe soignante ;
- La bienveillance des équipes soignantes.

4.4. RECUEIL ET GESTION DE DONNÉES

Les pères recrutés ont été contactés en présentiel lors du séjour en maternité de leur conjointe. Sur la base du volontariat, les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-directifs en face à face. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone, avec l'accord des pères, et retranscrits de façon brute et intégrale sur un logiciel de traitement de texte (Word).

Enfin, l'analyse a été réalisée grâce à un logiciel tableur (Excel). Les données ont été anonymisées et seront détruites après la publication finale des résultats.

Ainsi, les prénoms des pères interrogés ont été remplacés par des prénoms aléatoires.

4.5. LIEU DE L'ÉTUDE

Les pères concernés par l'étude ont été contactés sur le site du Centre Hospitalier Régional de la Maternité de Mercy à Peltre.

4.6. PÉRIODE DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée sur deux mois, de février 2021 à mars 2021, dans un contexte de pandémie mondiale à Sars-Cov2.

4.7. PROCÉDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Les entretiens ont été réalisés dans les trois jours suivant la naissance afin de limiter le biais de mémorisation.

De plus, les entretiens étaient semi-directifs afin de laisser la parole aux pères sans influencer. En effet, cette méthode se base sur des interrogations formulées ouvertes afin d'élargir le champ des réponses possibles et aspects abordés.

Les répondants ont été sélectionnés de façon aléatoire sur la lecture du dossier d'accouchement de leur conjointe afin de limiter un éventuel biais de sélection.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel en service de maternité afin d'éviter un biais d'anticipation des réponses des conjoints et également pouvoir apprécier leur ressenti brut (voix, émotions à travers le visage, les gestes, démonstrations de stress, d'empathie...). Enfin, les entretiens ont été enregistrés via un téléphone pour réduire le risque d'un biais de retranscription.

5. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Les entretiens ont été réalisés de manière à laisser les pères s'exprimer. Après les questions principales, des questions de relance ont été prévues dans le cas où le répondant n'aurait pas abordé spontanément certains thèmes importants à l'étude. Ainsi, les entretiens finaux sont plus ou moins directifs selon la personnalité du répondant. Le guide d'entretien est constitué de cinq grands thèmes.

[ANNEXE I]

5.1. LES INFORMATIONS APPORTÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU PERE

Après une brève présentation du père concernant son âge, sa situation familiale et professionnelle, et le résumé de la naissance de son enfant, notre première interrogation concernait les informations que les professionnels de santé avaient apportées au père sur la situation d'urgence. L'objectif était de relever la formulation ou non d'informations, de qualifier les informations fournies et déterminer le moment à laquelle elles avaient été exprimées.

5.2. LES QUESTIONS DES CONJOINTS À L'ÉQUIPE MÉDICALE

Après avoir pris connaissance des interrogations des pères sur le déroulement de la naissance de leur enfant, nous leur avons demandé s'ils avaient pu poser des questions aux professionnels de santé et si les réponses apportées étaient adaptées. Nous souhaitions évaluer la disponibilité des soignants et définir les freins et leviers aux interactions entre les pères et les soignants.

5.3. LES INQUIÉTUDES DES PÈRES

Nous avons souhaité connaître les inquiétudes des pères en situation d'urgence et mesurer leur sentiment d'avoir été écoutés par l'équipe soignante. Pour plus de précision, nous avons demandé aux pères comment ils traduisaient « l'écoute des soignants ». Cette question permettait d'appréhender l'attitude des professionnels de santé concernant les inquiétudes des pères et leur relation avec l'équipe soignante.

5.4. L'IMPLICATION DES PÈRES

Nous avons questionné les pères sur leur sentiment d'implication au cours de cette situation d'urgence et sur les freins et leviers à leur investissement.

5.5. LE REGARD BIENVEILLANT DE L'ÉQUIPE MÉDICALE ENVERS LE CONJOINT

Enfin, nous avons interrogé les pères sur la bienveillance des soignants envers eux autour de la situation d'urgence au moment de la naissance de leur enfant.

Au terme de cet entretien, les conjoints ont été questionnés sur leur satisfaction globale de la situation.

6. OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE ET ÉTHIQUE

6.1. MODALITÉS D'INFORMATION ET DE RECUEIL DE LA NOTE D'INFORMATION

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle de catégorie trois : recherche non interventionnelle : information et déclaration de non-opposition, libre et éclairée.

6.2. MODALITÉ ET GESTION DES DONNÉES : CONFIDENTIALITÉ

Les données ont été recueillies anonymement, avec l'attribution d'un prénom choisit aléatoirement en fonction de l'ordre chronologique des retranscriptions et codages des entretiens.

6.3. DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊT

Je déclare n'avoir eu aucun conflit d'intérêt lors de l'élaboration de ce projet. Madame Marie-Laure Boyé, Directrice de mémoire, et Madame Aline Carneiro, Expert, déclarent également n'avoir aucun conflit d'intérêt.

6.4. ARCHIVAGE DES DONNÉES

L'ensemble des données recueillies sera détruit après la publication des résultats.

6.5. RÈGLES DE PUBLICATIONS

Les résultats seront publiés après la validation et la soutenance devant un jury d'examen.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON

Au cours de cette étude, sept entretiens semi-directifs ont été réalisés. Nous avons rencontré les pères en service de Maternité au CHR de Mercy, au décours du séjour post-partum de leur conjointe.

Les entretiens ont duré de huit à cinquante minutes avec une moyenne de vingt minutes par entretien.

Les interrogés avaient entre dix-huit et trente-six ans, avec une moyenne d'âge de trente ans.

Tableau 1 : Présentation de la population d'étude

Entretiens	Age	Profession	Contexte	Situation d'urgence
1 Eric	29 ans	Ingénieur	G2P2 Grossesse simple Travail spontané	Césarienne code orange à terme +4 pour ARCF (altérations du rythme cardiaque fœtal) à 5cm de dilatation, stagnation de la présentation, liquide méconial, rupture utérine Hémorragie du post-partum : 1000cc, Nalador + Bakri Garçon, Apgar 6 / 9 / 10, 3800g
2 Georges	33 ans	Artisan	G1P1 Grossesse simple, Déclenchement pour gestion de la douleur.	Hémorragie du post-partum à terme +2 700cc, révision utérine. Fille, Apgar 9 / 10 / 10, 3240g
3 Adrien	36 ans	Développeur informatique	G1P1 Grossesse simple Travail spontané	Césarienne code vert pour non engagement de la présentation à 39SA. Fille, Apgar 9/10, 3275g
4 Julien	18 ans	Étudiant	G1P1 Grossesse simple Déni de grossesse	Césarienne code orange pour ARCF à terme+2. Garçon, Apgar 9/10, 3200g
5 Thomas	34 ans	Commercial	G1P1 Travail spontané	Ventouse + épisiotomie à terme+3 pour non progression de la présentation et ARCF, liquide méconial. Garçon, Apgar 9/10, 3504g
6 Jean	32 ans	Agent SNCF	G1P1 Grossesse simple, RPM à 38+3 SA, Travail spontané,	Césarienne code orange pour ARCF et pH = 7,20 à 5cm. Fille, Apgar 9/10, 2840g
7 Luc	32 ans	Salarié	G1P1 Grossesse simple, Travail spontané,	Ventouse pour ARCF et aide maternelle. Fille, Apgar 9 /10, 3140g

2. RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Tableau 2 : Présentation des principaux résultats

Entretiens		1 Éric	2 Georges	3 Adrien	4 Julien	5 Thomas	6 Jean	7 Luc
Thématiques								
Pronom personnel prédominant	Je	x	x		x	x	x	
	On			x				x
Confiance en l'équipe		x	x	x	x	x	x	x
Information de la situation d'urgence dispensée par l'équipe	Avant				x			
	Pendant			x				x
	Après	x	x		x	x	x	
Questions posées à l'équipe	Ose	x		x			x	
	N'ose pas		x		x	x		x
Inquiétudes du père exprimées à l'équipe								
Aide du père à sa conjointe			x	x		x		x
Peau-à-peau père/nouveau-né proposé par l'équipe		x		x				
Participation aux soins au nouveau-né		x	x		x			x
Ressenti global de la situation d'urgence	Bon	x	x			x	x	x
	Réservé			x	x			

2.1. PRONOM PERSONNEL PRÉDOMINANT

Les pères utilisent préférentiellement le pronom personnel « *je* » pour exprimer leur ressenti ou pour décrire les moments sans leur compagnes. Le « *je* » est, en revanche, plus difficile à employer lorsqu'ils s'expriment au sujet de l'accouchement.

Seuls 2 pères sur 5 utilisent le pronom personnel « *on* » tout au long de l'entretien.

Au cours de l'entretien avec Adrien, il a employé le pronom « *je* » cinquante-quatre fois contre cent trois fois le pronom « *on* ».

Quant à Luc, il a utilisé huit fois le terme « *Je* » contre quinze fois le terme « *On* ».

Adrien, en parlant de la naissance de son enfant, déclare : « *On était à dix centimètres, [...] On était un peu déçus [...] on était fatigués [...] On n'y connaît rien* ».

Luc, lui, parle d'un travail long et fatiguant. La césarienne, à laquelle il a assisté, lui apparaît alors comme une « *bonne chose* » mais en précisant : « *ce n'est pas moi qui vais en porter la marque toute ma vie* ». Il exprime : « *on sait généralement que ça se passe bien pour un premier, je pense qu'on a moins d'attentes [...] j'avais un tabouret à côté de ma femme, on trouve moins le temps long [...] on n'a pas été mis de côté [...] on avait confiance donc on ne s'est pas posé trop de questions* ».

2.2. CONFIANCE EN L'ÉQUIPE

La confiance en l'équipe revient dans chaque entretien. Elle est toujours en binôme avec la communication de l'équipe médicale sur la situation et le fait de ne « *rien cacher* » ce qui les rassure. Éric s'en remet à l'équipe soignante et notamment à l'obstétricienne de service en disant : « *c'est elle qui sait.* »

Georges indique leur avoir « *vraiment fait confiance [...] l'équipe c'était du cousu main et ça m'a permis de me concentrer vraiment sur ma fille et d'avoir confiance* ». Le terme « *confiance* » a été prononcé trois fois au cours de cet entretien.

Thomas révèle qu'il « *était bien parce que j'avais confiance en eux, confiance en l'équipe* »

En revanche, Jean reconnaît être rassuré mais pas complètement par le discours des professionnels car il a eu besoin de constater de ses propres yeux que sa femme allait bien.

2.3. INFORMATIONS DONNÉES

Concernant l'information sur la situation d'urgence, elle a été donnée a posteriori dans cinq cas sur sept. Dans les deux cas où l'information a été délivrée simultanément avec la situation d'urgence nous retrouvons une césarienne code vert et une césarienne code orange (Adrien et Thomas). Pour le cas où l'information est dispensée a priori, il s'agissait également d'une césarienne code orange (Julien). L'ensemble des répondants précisent que l'information délivrée par l'équipe médicale est toujours optimiste, loyale et complète.

Éric déclarait « *Ils ont pris le temps d'expliquer ce qu'il s'était passé [...] qu'il fallait retourner en salle de naissance, que c'était stabilisé mais que ça aurait pu être très grave [...] elle a donné les informations qu'il fallait.* ».

Pour Georges « *ils sont revenus et ils nous ont expliqués qu'ils voulaient vérifier qu'il n'y avait plus rien dans l'utérus [...] ils nous ont super bien expliqués* ».

Pour trois répondants, Jean, Thomas et Adrien, les informations délivrées par l'équipe les avaient éclairés dans un moment où ils expliquaient être perdus. Thomas ne savait pas ce qu'était une ventouse. Jean et Adrien avaient des aprioris sur la césarienne.

Jean nous précisait que « *les informations [lui ont] enlevés du stress, ça [l]'a rassuré de savoir mais pas tant [qu'il] n'avait pas vu [sa] femme* ».

Les explications données a posteriori avaient permis à l'ensemble des répondants de faciliter la compréhension de la situation vécue.

Une réflexion a été retrouvée pour l'ensemble des répondants selon laquelle ils faisaient totalement confiance à l'équipe soignante quelque soit l'information délivrée car ce sont les professionnels qui ont la connaissance et qu'ils savent ce qui est bon pour leur conjointe et leur enfant.

Georges avait assisté à la révision utérine de sa conjointe et disait : « *il y avait beaucoup de sang, je ne sais pas comment ça s'est passé mais c'était vraiment en face. Bon je ne me suis pas trop inquiété parce que j'ai vu qu'ils maîtrisaient vos collègues. Ils étaient tous professionnels* ».

Julien, quant-à-lui nous a expliqué qu'il a loupé la césarienne de sa compagne. Selon lui rien ne laissait présager d'une décision rapide d'extraction, il a alors convenu avec sa femme, de descendre rapidement. En remontant, une autre sage-femme l'a accompagné dans la chambre où il a trouvé la pièce vide, « *on ne m'a rien expliqué du tout* » affirme-t-il

2.4. QUESTIONS DU PÈRE AUX SOIGNANTS

Trois pères sur sept ont osé poser des questions, il s'agit d'Éric, Adrien et Jean.

Éric exprime le fait que ce soit son deuxième enfant né par césarienne, le premier étant une « *césarienne programmée pour siéger le jour du terme* ». Il nous signale aussi que « *par rapport à l'expérience de la première, [il a] plus osé poser des questions, ça n'était pas l'inconnu* ».

Pour Adrien, le départ en césarienne « *s'est passé très vite* », il « *n'avait pas de questions* » car les explications de l'équipe médicale avaient été claires. « *J'aurai pu poser mes questions sans problèmes aux sages-femmes simplement je n'en avais pas* ».

Jean parle du fait qu'il « *n'avait pas de questions [...] tout était clair* » mais il a néanmoins demandé à la sage-femme de faire du peau-à-peau.

Il est à noter que Thomas, qui est resté dans la pièce lors de la ventouse et l'épisiotomie de sa compagne, a été interpellé par le geste de la ventouse : « *je me suis demandé sur quoi ils tiraient puis j'ai compris que c'était sur la tête du bébé* » reconnaît-il. Il n'a pas posé la question à l'équipe médicale qui était dans l'urgence que la situation imposait mais les informations lui ont été fournies par la suite.

En effet, nous pouvons constater que Julien, Thomas et Luc n'ont pas demandé à faire du peau-à-peau bien que ce soit un souhait de leur part mais nous disent qu'ils auraient pu poser des questions s'ils en avaient.

2.5. INQUIÉTUDES

Tous les pères interrogés exprimaient ne pas avoir communiqué à l'équipe leurs inquiétudes car elles avaient été anticipées par celle-ci qui leur avait fourni les informations et réponses nécessaires à lever leurs inquiétudes.

Selon Georges : « *vos collègues expliquent vraiment tout [...] vous cachez rien du tout, c'est hyper important et ça nous rassure* ». Il a pu rester dans la salle de naissance avec son bébé dans les bras. Il énonce : « *j'étais un peu dépassé, j'étais heureux parce que j'avais la petite, je me suis concentré sur elle, je lui ai parlé pour me rassurer, mais j'avais toujours un œil sur ce qu'il se passait à côté* ». Il était finalement content d'être resté même s'il n'a pas pu s'empêcher de regarder ce qu'il se passait notamment la mise en place du gant utilisé lors de la révision utérine : « *ça m'a un peu interpellé que je l'ai vu le mettre jusqu'au coude* ».

Pour Julien, Thomas et Jean, leurs inquiétudes portaient sur la santé et/ou le devenir de leur conjointe plus que sur leur propre détresse émotionnelle. Pendant la césarienne, Julien et Jean se demandaient comment allait leur femme et comment se passait la naissance.

Julien disait avoir vécu « *le stress de ma vie [...] Je me demandais si ça se passait bien, je me demande si ma copine ça allait, si l'enfant ça allait. C'était dur ...* ».

Thomas avait assisté à la naissance par ventouse de son enfant. Il expliquait avoir vu « *le docteur tirer avec de la force [...] Elle tirait quelque chose et c'est après que j'ai réalisé que c'était la tête du bébé* ». Ses inquiétudes ne concernaient « *pas spécialement la ventouse mais plus la naissance en générale* ».

Jean avait « *entendu de mauvais trucs sur la césarienne* ». Il exprimait l'inquiétude : « *qu'elle perde beaucoup de sang, ou c'est méchant à dire mais qu'elle y passe, qu'il faille choisir entre la maman ou le bébé* ».

Il semble que Jean, Julien et Thomas ont ressentis plus d'inquiétudes que les autres répondants, ou les ont tout du moins exprimées avec des mots forts.

Luc, qui avait assisté à la césarienne code vert de sa femme nous disait : « *on sait que généralement ça se passe bien [...] elle avait quand même mal donc il fallait qu'on fasse quelque chose* ».

Concernant Éric, c'était son deuxième enfant né par césarienne, la première étant programmée pour siège. « *ça paraît toujours un peu long mais je me souvenais de la fois d'avant et c'était plus facile que la première fois* ». Il nous disait « *je n'avais pas d'appréhension* » et concernant le médecin : « *elle n'a pas caché les choses pour rassurer* ». Il nous parle ici de l'annonce du risque important d'une éventuelle troisième grossesse.

2.6. AIDE APPORTÉE

Ce qui ressort des entretiens par rapport à l'aide apportée par les pères, elle gravite autour du soutien à leur compagne. Georges souhaitait « *lui donner de la force* », il l'a « *porté pour se lever parce qu'elle ne sentait pas trop ses jambes* » lors de l'installation dans le fauteuil avant de redescendre en service de maternité.

Adrien exprime être « *resté tout le long [...] pour la rassurer, j'allais lui remplir ses bouteilles d'eau quand elle avait soif [...] la seule chose que je n'ai pas pu faire c'est être là pour la dernière étape de la césarienne* »

Thomas, qui est resté auprès de sa compagne lors de l'accouchement instrumentalisé, il nous déclare : *« j'essayais de lui transmettre de la force, j'étais concentré avec elle [...] je lui tenais la tête, je poussais avec elle presque, [...] je suis resté avec ma femme, dans ma bulle. »*

Nous pouvons constater que ce discours n'apparaît pas dans les cas de césarienne. En effet, les pères ne sont le plus souvent pas invités à assister aux césariennes en urgences, sur le site hospitalier étudié. Or Luc a pu accompagner sa femme pour une césarienne en urgence. Son discours est donc différent : *« Le point positif d'aller à la césarienne c'est qu'on peut reconforter la maman. Puis le temps passe plus vite pour nous, on peut discuter et la reconforter ».*

Quant à Éric, Julien et Jean, ils expliquent avoir fait « le maximum » dans certaines limites. Pour Julien, le moment en salle de naissance s'est passé très vite et la décision de césarienne s'est passée en son absence, il n'a donc pas pu accompagner sa conjointe. Éric et Jean n'ont pas plus développé cette notion.

2.7. PEAU-À-PEAU

En ce qui concerne le peau-à-peau, il a été proposé deux fois.

Après la césarienne de la compagne d'Éric, la sage-femme qui les suivaient depuis le début du travail lui a dit : *« qu'elle le mettait un peu en couveuse et qu'elle revenait pour le peau-à-peau [...] c'était vraiment bien [...] j'ai pu rester 1h30 avec mon enfant en peau-à-peau ».* Il a posé la question car c'était son deuxième enfant né par césarienne, et qu'il n'avait pas pu faire le peau-à-peau pour le premier car il n'avait pas osé demander.

Pour Adrien, le peau-à-peau lui a également été proposé avant la césarienne, et il a pu faire *« le peau-à-peau mais pas très longtemps du coup parce qu'on arrivait sur les deux heures quoi.. ».*

En ce qui concerne Georges, le peau-à-peau n'a pas été abordé par l'équipe mais lors de la décision de révision utérine, il témoigne : *« je me suis assis et je l'ai prise avec moi et je lui ai donné le biberon ».*

Julien n'était pas présent à la décision de césarienne en urgence. Il *« aurait aussi vraiment aimé couper le cordon et faire le peau-à-peau ».* Il reconnaît : *« je voulais vraiment, ça me tenait à cœur ».* Mais *« pour le peau-à-peau, il est resté dans une couveuse une heure après elle a ramené le berceau et du coup ils l'ont habillé, ils l'ont mis dedans et j'ai donné le biberon c'est tout. ».* Selon ses dires *« Ils ne m'ont rien proposé ».*

La naissance de l'enfant de Thomas a nécessité une ventouse, suite à ce geste, le bébé *« est resté en peau-à-peau sur ma femme »* exprime-t-il, et *« il avait froid donc ils l'ont mis en couveuse mais ils m'ont posé la question si je voulais le prendre dans mes bras alors ils me l'ont donné après, une fois qu'il était habillé [...] je l'ai eu vraiment pas longtemps ».*

Jean nous raconte que *« la sage-femme l'a pris pour lui donner le biberon et j'ai vu que ça durait du coup je lui ai demandé à quel moment je ferais le peau-à-peau et elle m'a répondu : ah mais vous vouliez le faire ? Alors je lui ai dit que oui et du coup elle me l'a donné ».*

Enfin, Luc révèle qu' *« il n'y a pas eu de peau-à-peau, et oui c'est vrai qu'on en avait parlé [...] on ne me l'a pas proposé. »*

2.8. SOINS DISPENSES AU NOUVEAU-NÉ

Quatre pères sur sept ont pu participer aux premiers soins de leur enfant. Eric a pu « *faire le peau-à-peau [...] et donné un biberon que la sage-femme avait préparé* ». Georges a « *donné le biberon* » à son enfant mais n'a pas fait de peau-à-peau car non proposé par l'équipe soignante.

Le nouveau-né de Thomas est « *resté en peau-à-peau sur [sa] femme, puis il avait froid donc [l'équipe] l'a mis dans une couveuse.* » Il nous explique que son bébé avait froid, il a donc été placé dans une couveuse afin de réguler sa température. Puis l'équipe lui a « *posé la question si [il] voulait le prendre dans les bras [...] ils [lui] ont donné après une fois qu'il était habillé, avant de remonter en maternité.* »

Jean n'a pas donné le biberon à son nouveau-né : « *c'est la sage-femme qui s'en est occupé et après [il] a fait le peau-à-peau.* » à sa demande.

Enfin, ayant assisté à la césarienne de sa compagne, Luc a « *pu suivre la sage-femme pour les premiers soins* » de son enfant. L'équipe a ensuite installé le jeune papa dans une salle d'accouchement. Ils ont « *ramené le bébé quelques minutes après et [il] lui [a] donné le biberon* ». En revanche, il s'attendait à ce qu'on lui propose le peau-à-peau, ce qui n'a pas été le cas : « *il n'y a pas eu de peau-à-peau [...] je pensais qu'il y allait avoir le peau-à-peau mais non on ne me l'a pas proposé* » déclare-t-il.

2.9. RESSENTI GLOBAL

Cinq répondants sur les sept déclaraient un ressenti global positif sur la situation d'urgence et l'accompagnement dont ils avaient fait l'objet.

Éric disait « *le ressenti global est bon* ». Georges précisait être « *confiant et serein* » tout comme Thomas, Jean et Luc.

Malgré un bon ressenti global, on note qu'Éric, pour qui la naissance de son bébé a impliqué une césarienne en urgence ainsi qu'une rupture utérine et une hémorragie du post-partum, confie ne pas s'être rendu compte de cette situation difficile puisqu'il était dans une autre pièce avec son enfant qui allait bien. Suite à cela, le couple est resté pendant plus de douze heures en salle de naissance car il n'y avait pas de place en hospitalisation semble-t-il. Il a alors demandé à l'équipe médicale s'il pouvait s'allonger sur le lit de ce fait inoccupé et : « *on m'a dit que je ne pouvais pas aller dessus, que les pères ne pouvaient pas se mettre sur les lits. [...] du coup je n'ai pas eu le droit au lit. [...] donc je dérangeais le personnel qui devait presque m'enjamber pour aller voir ma femme.* ». Il exprime le sentiment que cet argument n'était en fait qu'un problème de logistique : « *je pense que si je m'allongeais dessus, il aurait fallu relaver, rechanger ...* ».

En revanche, deux répondants avouaient être réservés sur leur ressenti global.

Adrien disait « *c'est difficile à dire parce que c'est inconnu pour moi [...] j'ai besoin d'un temps pour réaliser, un temps d'adaptation [...] au final on est dans un engrenage, on se laisse porter par le mouvement. J'étais confiant mais déçu d'avoir fait tout ce long travail pour finir en césarienne au final* ».

Julien quant à lui trouve que « *l'accompagnement était bien à part la sage-femme qui m'a accueilli quand je suis remonté en salle de naissance sinon vraiment bien.* » En effet, Julien nous a expliqué

qu'il a loupé la césarienne de sa compagne. Il était présent mais il était descendu dix minutes pour manger et fumer une cigarette. Selon lui rien ne laissait présager d'une décision aussi rapide alors il a convenu de descendre rapidement avec sa compagne. En remontant, une autre sage-femme l'a accompagné dans la chambre où il a trouvé la pièce vide. *« j'ai pas eu d'explications, juste qu'ils étaient partis en césarienne parce que ça n'allait pas avec le cœur du bébé , après la dame est partie [...] elle m'a dit : vous aviez qu'à pas descendre. [...] j'étais en stress total, j'ai appelé ma mère, je me suis dit qu'il y avait un truc qui n'allait pas ... [...] je l'ai quand même mal pris. »* affirme-t-il.

2.10. TERMES RÉCURRENTS

2.10.1. Frustration

Le terme de frustration revenait à plusieurs reprises dans les discours de deux répondants.

Éric exprimait son ressenti sur l'aboutissement du travail de sa conjointe et les conditions d'hébergement : *« Ça a un côté frustrant de se dire tout ce travail là pour ça [...] c'est frustrant, on m'a dit que je pouvais pas aller sur le lit qui était libre, [...] c'est la chose qui était un peu frustrante ».*

Georges exprimait aussi : *« pour nous les papas c'est un peu frustrant, on attend que ça c'est d'avoir son enfant, [...] c'est frustrant, pendant neuf mois on ne sent rien du tout, on n'a pas de nausées, on ne se met pas à la place de la femme, on ne sait pas comment ça se passe ».*

2.10.2. Abstrait

Adrien évoquait que pendant la grossesse *« c'est abstrait, la maman la sent grandir, la sent bouger, moi aussi quand je mettais ma main sur le ventre je la sentais mais c'est abstrait quand même ».* Il parlait de la grossesse et de l'accouchement qu'il n'avait pas vécu physiquement. Il soulignait que les soins à son enfant *« ce n'est pas une évidence ».*

Georges n'utilisait pas le mot abstrait mais exprimait une sensation abstraite avant de découvrir son enfant *« on a réalisé, comme un tour de magie, abracadabra et la petite est apparue, c'était une image magnifique ».*

2.10.3. Tout seul

Au cours de l'entretien avec Adrien, l'expression *« tout seul »* revient fréquemment : *« j'étais dans une salle tout seul, [...] je suis resté tout seul avec elle une heure trente, je n'osais pas trop la toucher [...] c'est difficile d'attendre, au moment où je me retrouve tout seul, je commence à cogiter, on tourne en rond ».*

Les discours de Luc, Georges et Éric renvoient au même registre de la solitude mais de façon plus implicite.

Luc explique s'être *« mis en retrait pour ne pas gêner »*, Georges a préféré s' *« éloigner un petit peu »* et Éric indique qu'à la décision de césarienne *« j'ai été dans une salle de naissance proche du bloc, celle qui sert un peu de débarras. ».*

PARTIE 4 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

1. BIAIS ET LIMITES

Les entretiens ont été réalisés dans la chambre de l'accouchée et donc en présence du père, et de sa conjointe. Au fil des discussions, j'ai pu m'apercevoir que les répondants avaient tendance à regarder leur conjointe, à chercher leur approbation. Les femmes quant à elles sont intervenues au cours de l'entretien pour partager leur point de vue, pour rappeler à leur conjoint certaines situations où elles avaient ressenti un sentiment de gêne. Nous pouvons alors nous demander si des entretiens dans une pièce différente de leur femme auraient été plus pertinents.

La réalisation des entretiens en présence du couple a toutefois permis de libérer la parole entre eux. Les mères ont pu prendre conscience du ressenti des pères. Ainsi, nous considérons les soins en périnatalité dans une prise en soin globale du couple parental.

Nous pouvons conclure à un biais de diversité des pères interrogés. En effet, les situations d'urgence se limitent à des césariennes en urgence, des accouchements voie basse ayant nécessités une extraction instrumentale ou une prise en charge d'hémorragie de la délivrance en post-partum immédiat. Je n'ai donc pas recueilli de ressenti autour d'une réanimation néonatale ou d'une césarienne code rouge. De plus, sur les sept répondants, nous n'avons qu'un seul 2^{ème} père, c'était une première naissance pour les six autres interrogés. Enfin aucun des couples concernés avaient une situation sociale précaires. Nous observons donc un manque d'information concernant ces situations particulières où le vécu de la naissance aurait pu être différente.

Un autre biais repose sur nos questions lors de l'entretien. Même si ma trame d'entretien ne comprenait que des questions ouvertes comme l'indique un entretien semi-directif, en pratique certaines de nos interrogations imposaient une réponse positive ou négative. Les réponses sont donc possiblement induites par moi-même.

2. FORCES DE L'ÉTUDE

Nous avons pu interroger une population hétérogène, les profils rencontrés sont différents au niveau des âges et de la parité de leur femme.

La force principale de notre étude est le choix d'une méthode qualitative par entretiens semi-directifs. Cette approche est justifiée par l'intérêt de connaître le ressenti des pères lors d'une situation d'urgence en salle de naissance et de comprendre leur point de vue, leur appréhension, leur inquiétude dans le but de répondre à nos objectifs.

L'entretien sous forme d'échange et de discussion et dans l'idéal de rencontre, nous a semblé indispensable pour entendre leurs avis et pouvoir aborder un sujet de l'ordre du personnel.

De plus, les entretenus ont mis en évidence des thèmes non énoncés de façon précise dans la trame d'entretien de départ qui se sont avérés très utiles au vu de notre problématique.

Par ailleurs, la trame d'entretien préalablement établi s'est avérée pertinent car elle a permis de recentrer la discussion autour de sujets centrés sur l'étude.

Enfin, la réalisation des entretiens en compagnie de la mère apparaît aussi comme une force puisque nous avons observé l'impact émotionnel que la discussion avec les pères provoquait chez les femmes.

3. ANALYSE ET DISCUSSION

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire permet de faire un état des lieux du ressenti du père en salle de naissance lors d'une situation d'urgence.

3.1. INFORMATION CLAIRE ET ADAPTÉE

Concernant l'information qui est donnée aux pères, tous les répondants estiment avoir été assez informés. Il apparaît un sentiment de confiance en l'équipe médicale, une capacité de se fier entièrement aux soignants. [36]. Nous pouvons avancer l'idée que les pères sont ainsi libres de se concentrer sur le couple, les besoins de leur conjointe et de se libérer du poids médical.

Cette confiance a pu s'instaurer grâce à une relation soignant-soigné de qualité, loyale et sincère.

La communication joue un rôle important dans leur vécu de la situation car elle leur ôte de nombreuses inquiétudes et leur procure un sentiment de d'assurance. Elle leur donne la possibilité de lâcher prise et de se consacrer entièrement à leur conjointe.

Dans son étude qualitative comprenant l'observation de cinquante-et-un père en maternité, Mathilde LEROUX, révèle que le manque d'information sur le déroulement de la prise en charge entraîne de façon récurrente une insatisfaction des pères. Malgré les séances de préparation à la naissance et les questions posées aux professionnels au cours de la grossesse, il semble que l'information ne porte pas sur les situations d'urgence. Cette cause d'insatisfaction est, selon Mathilde, évitable si l'on anticipe les situations d'urgence. [26]

C'est un constat que nous retrouvons dans notre étude puisque tous les pères interrogés déclarent avoir été informés brièvement de la situation en amont. : « *On nous avait parlé du risque de césarienne* ». Une urgence impose toujours une notion de temps d'action que l'équipe médicale doit respecter. Toutefois, quelques mots pour expliquer la situation suffisent à rassurer les pères interrogés. Une information plus claire leur a été fournie à postériori.

L'étude d'évaluation d'Anne Laure DUBOIS qui porte sur l'information donnée aux patientes lors d'une césarienne en urgence montre que « *le caractère imprévisible et urgent de la césarienne limite les informations données aux patientes [...] jugée comme insuffisante par les patientes incluses dans [son] étude* ». [18]

Cela nous amène à penser que la charge émotionnelle chez les patientes interfère sur la capacité à entendre l'information délivrée alors que les pères de notre étude, certainement moins impactés émotionnellement, déclarent avoir reçu une information « *clair* », « *complète* » et « *rassurante* ». Cette observation s'oppose à notre première hypothèse selon laquelle les pères ne reçoivent pas d'informations claires, même si c'est à distance.

3.2. LÉGITIMITÉ À POSER DES QUESTIONS

Selon les répondants, trois d'entre eux aurait osé poser des questions s'ils en avaient eu. Mais il semble que la qualité des informations fournies par les professionnels de santé ait été suffisante pour devancer les éventuelles questions.

En revanche, les réponses des quatre autres pères sont contradictoires puisque d'un côté ils se sentent légitimes pour poser des questions et que d'un autre côté ils n'ont pas osé demander à pratiquer le peau-à-peau.

Éric a demandé le peau-à-peau que parce qu'il savait cette pratique possible avec les pères. En effet, c'était son deuxième enfant né par césarienne.

Nous observons donc que lorsque c'est un premier enfant, les pères sont novices et découvrent une nouvelle situation. Ils sont dans l'expectative et attendent que l'on leur propose d'agir. Ils ne se sentent pas légitimes pour prendre des initiatives et intervenir auprès de l'équipe médicale.

D'ailleurs, le fait que pour Georges et Luc, le pronom personnel prédominant soit le « *On* », représente une prudence révélatrice d'un refus de s'engager. Selon un article de Maisonneuve J, en psychologie sociale, l'emploi du « *On* » chez un homme lucide, apparaît comme une « *démission* », une « *neutralité* » ou encore une « *irresponsabilité* ». [37]

L'emploi de ce pronom personnel peut expliquer la difficulté pour les pères à se sentir légitimes pour poser des questions concernant la situation dans laquelle ils ne se sentent pas engagés. Ils se sentent alors « *spectateurs* » de la naissance et non inclus dans le processus de soin, ce qui peut les freiner à intervenir.

Nous pouvons extrapoler et conclure que la légitimité des pères à s'investir au cours de la grossesse et au moment de la naissance est remise en question du fait qu'ils ne soient pas considérés dans le parcours de soins en obstétrique. Invités à participer mais forcément attendus comme acteurs ou bénéficiaires de soins, aux séances de préparation à la naissance et à l'accouchement, les pères ont encore du mal à trouver ou à imposer leur place. Cette place est sans cesse remise en cause par les professionnels de santé en salle de naissance qui la jugent encore « *inappropriée* » auprès de leur conjointe lors d'une césarienne ou toute autre situation d'urgence. [5,16]

L'étude de Jacques Morgane le révèle également : « *peu de sages-femmes acceptent que les pères restent dans la salle pendant qu'elles procurent les soins. Elles précisent rarement au cours des entretiens si ce souhait est pour limiter le potentiel traumatisme [...] ou si c'est pour leur confort à elles.* ». Au cours de notre étude, nous observons que ces pratiques évoluent. Thomas, Luc et Georges n'ont ainsi pas été invités à « *sortir* » de la salle lorsque l'urgence est survenue.

Par contre, les professionnels interrogés par Jacques Morgane disent que le père « *trouve une place à part entière lors de la participation aux premiers soins du nouveau-né* ». Ce n'est pas forcément le cas dans notre étude puisqu'aucun des pères n'a pu habiller son enfant. Adrien nous explique, au sujet des soins au nouveau-né, qu'à deux jours du post-partum, cela lui semble encore « *abstrait* ». [15]

Toutefois, S. Richecoeur signale dans son mémoire que lorsque le père pose une question au cours d'une situation d'urgence, il n'obtient pas de réponses claires ni d'« *autres explications* » et que l'équipe devrait prendre le temps « *pour expliquer la situation au couple : la mère ET le père* ». [30]

Mais les répondants de notre étude affirment au contraire avoir reçu les informations nécessaires. Les professionnels de santé ont « *pris le temps* », ce qui explique l'absence de question de la part des pères.

S. Richecoeur explique également que lors de césariennes en urgence, le couple peut se sentir « *dépossédé* » de l'accouchement naturel imaginé. Alors qu'Anaïs Château met en évidence dans son étude que le père est l'accompagnant légitime. La présence du père est considérée comme « *essentielle [...] légitime* » pour le couple. Et, selon les professionnels interrogés, le père est la

« personne de choix » pour accompagner sa femme en salle de naissance car le couple constitue un ensemble. La naissance est perçue comme « *un moment de partage [...] une évidence aux yeux des professionnels* ». Sa place est alors considérée comme « *normale et logique* ». Le père a alors une place de « *soutien, d'aide pour répondre aux besoins de la mère* ». [16].

Il est donc très important que les professionnels de santé responsabilisent et légitiment les pères, d'autant plus qu'ils constituent une source d'aide et de soutien pour la patiente.

Malgré le manque de point de comparaison dans la littérature, notre étude laisse à penser que les futurs pères se sentent rarement à questionner l'équipe soignante.

3.3. INQUIÉTUDES PRISES EN COMPTE

Nous constatons dans notre étude qu'aucun des pères n'a exprimé ses inquiétudes concernant la naissance de leur enfant. Parallèlement, Anaïs Château révèle dans son étude que les professionnels de santé ne demandent que très rarement comment les pères ont vécu la naissance. [16] Il semble donc que les inquiétudes des pères soient délaissées.

Pour notre enquête, nous avons dans un premier temps pris contact avec les patientes qui étaient surprises mais contentes que « *quelqu'un* » vienne pour parler à leur conjoint. Elles pensaient que cet entretien serait profitable à leur conjoint. Quant aux pères, ils étaient reconnaissants de pouvoir parler de la naissance, de ce qui les avait marqués. Adrien a pendant cinquante minutes exprimé ses inquiétudes concernant son nouveau statut de père et précisé que la solidarité et le soutien familial élargi est encore plus difficile en cette période de pandémie mondiale. En effet, les contacts avec la sphère familiale et amicale étant restreints, il a été plus compliqué pour Adrien d'exprimer ses questions, ses craintes ou ses doutes. L'entretien lui a permis d'aborder ces sujets.

Nous observons également que l'information des professionnels de santé en salle de naissance est très appréciée des répondants. En effet, elle est décrite comme « *complète* », « *claire* » et « *rassurante* ».

Les six pères qui vivaient une première naissance disent avoir été « *dans l'inconnu* » et la situation d'urgence a ajouté du stress à leur vécu. Nous pensons qu'une information dispensée en amont de la naissance, notamment au cours des séances de préparation à la naissance, permettrait d'éclaircir la situation et de réduire le stress. En effet, ces séances sont un moment propice aux échanges. Les pères peuvent y être conviés mais comme l'explique Laetitia Tavernier, la plupart n'y assistent pas pour des raisons professionnelles ou parce qu'il est difficile pour eux d'interagir dans une réunion à composante majoritairement féminine. [5]

Il existe néanmoins des groupes de parole dédiés aux futurs pères mais ils sont encore très peu rependus et méconnus. De plus, contrairement aux sept séances de préparations à la naissance qui sont remboursées par la sécurité sociale, les « *cours aux papas* » ne le sont pas. Leur tarif est en moyenne de trente euros par séance, engendrant une inégalité socio-économique pour l'accès à l'information. [5]

Pour les sages-femmes libérales cette absence de remboursement par la sécurité sociale représente un frein majeur à la mise en place de séances dédiées aux pères puisqu'elles se feraient sur la base du volontariat. [5]

Sans information apportée par les professionnels de santé, les pères ont tendance à aller chercher l'information par eux-mêmes sur internet. Or, les sites ne sont pas toujours très fiables. Ils sont source d'aprioris et de stress plus que de sérénité.

Dans notre étude les pères expriment de l'inquiétude notamment pour leur conjointe. Ils craignent l'hémorragie voire la mort comme complication de la situation d'urgence. Ils nous font également part d'un sentiment abstrait avant la naissance de leur enfant.

Il semble que l'hypothèse selon laquelle l'inquiétude des pères est secondaire en situation d'urgence soit vraisemblable et qu'elle ne soit pas prise en compte à posteriori. Les pères restent seuls avec leurs inquiétudes et les effets à plus ou moins long terme de ces inquiétudes.

3.4. SENTIMENT D'UTILITÉ EN SALLE DE NAISSANCE

Lors des entretiens, nous avons abordé la question du sentiment d'utilité des pères en salle de naissance. La plupart se sentent inutiles mais soulignent quand même qu'ils ont tout fait pour donner de la « force » à leur compagne, pour la « soutenir », la « rassurer », ou encore la « reconforter ».

Leur utilité en salle de naissance, selon les pères interrogés, porte donc principalement sur l'aspect psychique mais relève également d'une composante physique. En effet, Georges a donné le biberon à son enfant et a aidé l'équipe soignante à « porter » sa compagne lors de l'installation dans le fauteuil roulant avant le transfert en maternité.

Le sentiment d'utilité en salle de naissance est difficilement évaluable lors d'une césarienne en urgence lorsque le père patiente dans une « salle dédiée » avant la rencontre avec leur enfant. Il n'a pas la possibilité d'accompagner sa conjointe au moment de la naissance.

De plus, le fait d'être emmené dans une « salle dédiée », nommée « débarras » par Éric, les catégorise comme quelque chose d'encombrant et donc sans utilité propre. Ce terme employé est révélateur du rôle que peut leur conférer l'équipe soignante. Le message envoyé peut paraître violent et décredibilisant dans leur fonction de père.

En revanche, Luc s'est rendu utile en reconfortant sa conjointe lors de la césarienne code vert à laquelle il a pu assister. Assis sur un tabouret aux côtés de sa femme, il a ensuite accompagné son enfant pour les premiers soins puis a attendu seul quelques minutes dans une autre pièce avant que les soignants lui ramènent son enfant.

En 2019, Anaïs Château, dans son mémoire sur la place du père à la naissance, mettait en évidence un sentiment d'« inutilité » des pères devant la douleur de leur conjointe. Ce statut de « spectateur » comme nous l'explique Adrien, résonne comme une impossibilité pour eux à être acteur de la naissance de leur enfant. Or, l'environnement hospitalier devrait les aider à prendre part dans cet événement qui est un bouleversement dans leur vie d'homme. Ceci est d'autant plus important que la notion de « devenir père » apparaît à la naissance de leur enfant. [16]

Anaïs Château rapporte également que les professionnels de santé ont un avis partagé sur la place du père au moment d'une césarienne. Lors de césariennes programmées, la majorité des soignants trouve que le père a sa place aux côtés de sa conjointe au bloc opératoire. L'argument en faveur de sa présence est que les informations ont pu lui être données dans le calme et que l'équipe pluridisciplinaire présente au bloc a pu s'organiser pour l'accueillir au mieux.

En revanche, pour les césariennes en urgence les avis divergent. Les arguments avancés en défaveur de la présence des pères lors de la césarienne sont le manque d'hygiène et le fait que ce soit jugé « *inapproprié* » par certains professionnels qu'Anaïs Château a pu interroger lors de son étude. Cette notion n'est pas développée mais est décrite comme une règle générale dans laquelle les accompagnants ne sont pas admis lors d'opérations au bloc opératoire.

Enfin, elle explique que les professionnels reconnaissent l'importance de la présence du père dans l'accompagnement et le soutien à leur conjointe. Elle relève aussi qu'après un accouchement voie basse, les soignants disent systématiquement proposer au père de couper le cordon ombilical et de réaliser le peau-à-peau.

Nos résultats corroborent les tendances exprimées dans l'étude d'Anaïs Château. Toutefois, au cours de césariennes en urgences, la place du père dépend de l'opérateur et non d'un jugement dit « *inapproprié* ». Pour cette situation complexe nous constatons que le degré d'urgence, qualifié selon un code tricolore, est une piste de réflexion pour envisager la présence ou non du père au bloc opératoire. Le degré d'urgence inclut une notion de temps qui varie d'une heure à quinze minutes au minimum. Les soignants doivent mesurer le temps nécessaire pour informer et préparer le père puis le confronter aux différents délais d'urgence pour valider ou non la place du père au bloc opératoire. C'est ainsi que Luc a pu rejoindre sa conjointe au bloc opératoire. Nous pouvons donc imaginer que lors de césarienne code vert, le temps d'information et de préparation puisse être respecté. [16]

Ce facteur temps est néanmoins dépendant du site étudié puisque l'étude de J.Brunet au CH de Toulon en 2013, révèle que 29% des pères étaient présents au bloc opératoire, sans précision sur les conditions de celle-ci. Notons que la « *résistance des médecins obstétriciens ou anesthésistes* » était toutefois observée.

Concernant l'hygiène, Luc a été invité à s'habiller en tenue de bloc opératoire avec un masque, des sur-chaussures et d'une calotte. Nous pouvons affirmer que l'hygiène est respectée et qu'elle ne peut servir d'argument en défaveur de la présence des pères au bloc obstétrical.

Enfin, le peau-à-peau est systématiquement proposé par les professionnels de santé interrogés par Anaïs Château. J.Brunet comptabilise aussi 53% des pères qui auraient réalisé du peau-à-peau. A contrario, dans notre étude seuls deux pères sur sept ont été sollicités pour le peau-à-peau. [7]

La sage-femme s'occupant du nouveau-né de Jean suite à sa naissance par césarienne semble étonnée : « *ah mais vous vouliez le faire ?* » en parlant du peau-à-peau. La demande de Jean pour réaliser ce soin interpelle la sage-femme qui avait déjà donné le biberon au nouveau-né de Jean.

Nous pouvons accorder du crédit à notre hypothèse selon laquelle les pères se sentent inutiles en salle de naissance même s'ils participent à quelques actions de soutien à leur conjointe ou de soins à leur nouveau-né, cela semble insuffisant.

3.5. REGARD BIENVEILLANT DE L'ÉQUIPE

L'étude d'Anaïs Château révèle que les professionnels disent se « *préoccuper du ressenti et des besoins* » des pères, notamment grâce à de « *petites attentions* ». Elles se préoccupent de la fatigue des futurs papas et de leur confort. [16]

Dans notre enquête, tous les répondants déclarent être satisfaits de la prise en charge par l'équipe soignante. Éric nous précise qu'il a trouvé l'équipe « *à l'écoute* », que les soignants ont « *pris soin* » de savoir s'il avait mangé. Ils ont fait « *attention* » et ont pensé à lui.

Jacques M. nous rapporte que les professionnels interrogés au cours de son étude, précisent qu'ils « *s'adressent régulièrement aux deux parents* » lorsqu'ils fournissent des informations. Le père est considéré comme le « *second acteur principal de la grossesse* ». [15]

D'autre part, le terme de « *présence* » du père en salle de naissance sous-entend une passivité relative à la place occupée par le père en salle de naissance. [26]

Nous pouvons avancer que le père a un rôle de « *soutien* » et d'« *aide* » et que pour cette raison les soignants doivent le ménager. Pourtant certains professionnels ne sont pas toujours à l'écoute des pères ni bienveillants. Refuser d'occuper un lit vide ou reléguer dans un débarras sont des actes révélateurs d'un manque d'empathie. Même si pour des raisons organisationnelles cela se justifie, la bienveillance doit primer et aider les soignants à réfléchir sur les améliorations à envisager. L'urgence ne doit pas être le motif d'un désintérêt pour le père mais au contraire être un levier pour le placer comme un acteur de la situation.

S'il y a encore des progrès à accomplir pour intégrer de façon bienveillante les pères dans le parcours de soin en obstétrique, nous pouvons affirmer qu'ils reçoivent un accueil plutôt bienveillant.

3.6. AXE D'AMÉLIORATION ET PROPOSITIONS

S'agissant d'une étude qualitative, nous avons pu constater que les pères sont tenus informés en cas d'urgence médicale et que les soignants sont globalement bienveillants avec eux. Toutefois, ils ne se sentent pas toujours légitimes pour exprimer leurs questions ou leurs inquiétudes et se sentent souvent inutiles, insuffisamment sollicités voire encombrants. Nous avons envisagé quelques pistes d'amélioration en tenant compte de ce qui avait déjà été exploré.

Nous proposons ainsi d'uniformiser le protocole d'accès aux césariennes en urgence pour les conjoints afin que ça ne soit plus « *opérateur dépendant* ». Leur présence au bloc opératoire pour assister à la naissance de leur enfant ne serait plus un « *coup de chance* » mais le fruit d'une véritable réflexion pluridisciplinaire. Nous pourrions convoquer les équipes obstétricales et d'anesthésie-réanimation pour leur faire part des conclusions de l'enquête et recueillir leur opinion. Une étude sur les freins et les leviers concernant la présence du père au bloc opératoire permettrait de mieux cibler les actions à mettre en place.

Nous pensons qu'il est aussi important d'interroger nos pratiques concernant les actes que nous proposons ou autorisons aux pères. Les soignants s'attribuent trop facilement certaines missions qui relèvent de la fonction du père. Nous pensons, notamment pour le nouveau-né, à l'alimentation, à l'habillement ou au peau-peau. Il est plus facile de faire « *à la place de* » que d'accompagner le père. Le temps joue toujours contre lui. Pourtant c'est bien du rôle des soignants de procurer à l'autre un

maximum d'autonomie. Les soignants pourraient proposer systématiquement aux nouveaux pères des actes qui nous paraissent anodins mais qui sont pour eux une réelle façon de s'impliquer activement dans les soins et le bien-être de leur nouveau-né.

Le protocole « *peau-à-peau pour l'enfant né par césarienne* » instauré par S.Richecoeur et validé par le chef de service d'obstétrique, le pédiatre et la sage-femme coordinatrice de salle de naissance d'un des centres hospitaliers étudiés dans son étude pourrait servir de modèle à la maternité du CHR. (Annexe II)

Nous pouvons envisager l'aménagement d'une pièce pour accueillir les pères lors de la survenue d'une urgence médicale. Un lieu convivial avec accès à un fauteuil-lit, une machine à boissons chaudes ou encore de la musique.

Des séances de préparation à la naissance pour les pères pourraient être envisagées à la maternité du CHR de Metz-Thionville. Il sera évidemment nécessaire d'évaluer la faisabilité et de mesurer les attentes des pères avant de se lancer ce projet.

Enfin, il serait envisageable de réaliser un questionnaire dans le but de sonder et de recueillir les souhaits des pères concernant leur prise en charge, leur ressenti, les améliorations possibles ou encore leur envie de participer à des séances de préparation à la naissance. Cela dans l'objectif d'obtenir des résultats probants pour d'éventuelles améliorations. En effet, aujourd'hui, seules les femmes remplissent un questionnaire de satisfaction à l'issue de leur séjour en maternité à Mercy.

CONCLUSION

La place du père est en évolution constante. Aujourd'hui, le père occupe une place primordiale en salle de naissance où il est considéré comme l'accompagnant légitime de la parturiente. Ils possèdent un rôle considérable de soutien à sa conjointe. Ils sont également des acteurs indispensables au bon développement psychique de leur nouveau-né et à l'instauration de relations précoces avec celui-ci.

Nous sommes face à de « *nouveaux-pères* » qui demandent à participer à la naissance, à ce que leur soit donné une place notamment lors de situation d'urgence.

Toutefois, les études réalisées au sujet de la perception du rôle du père en salle de naissance, que ce soit par les professionnels de santé ou par les conjoints eux-mêmes, n'abordent malheureusement que très rarement les situations d'urgence.

C'est donc au sujet de la place du père en salle de naissance lors de situation d'urgence que nous avons souhaité mener cette étude. Notre objectif principal était de définir les besoins et les attentes des pères lors d'une première naissance impliquant une situation d'urgence. En effet, la sage-femme occupe une place unique autour de l'accouchement.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs afin de laisser la parole aux pères et ainsi décrire leur ressenti.

Nos résultats ont permis de mettre en évidence un bon ressenti globale de la situation d'urgence par les pères ainsi qu'un sentiment général de confiance en l'équipe médicale.

Concernant notre problématique questionnant la place du père en salle de naissance au cours d'une situation d'urgence, nous observons que celle-ci dépend à la fois du degré de gravité de l'urgence ainsi que de la disposition de l'équipe soignante à inclure le père dans la prise en charge.

Néanmoins, les informations dispensées par les professionnels de santé concernant la situation d'urgence ont été appréciées par les pères, ce qui leur a permis de se concentrer sur leur couple et l'arrivée de leur enfant. Un sentiment de confiance s'est alors mis en place et les inquiétudes des répondants ont été calmées.

Toutefois, le manque d'information au préalable concernant la naissance dans sa globalité reste important. Les pères cherchent des réponses auprès de leurs proches ou sur internet, ce qui ne reflète pas toujours la réalité.

La légitimité de la présence des pères semble acquise en salle de naissance, mais reste nuancée par leur difficulté à s'imposer auprès de l'équipe soignante. En effet, questionner les soignants ou leur demander à s'investir dans les soins de leur nouveau-né tel que le peau-à-peau semble difficile.

En outre, la participation du père dans les soins au nouveau-né : l'alimentation, le peau-à-peau ou le change n'est pas proposé systématiquement par les soignants et ce même si la parturiente se trouve dans l'incapacité à intervenir.

De plus, la présence du père autour de l'équipe médicale au cours d'une prise en charge jugée urgente de la parturiente est controversée. Les arguments en défaveur de sa présence en césarienne notamment peuvent nous amener à nous questionner sur leur crédibilité. Le regard du père pourrait-il déranger l'équipe soignante en situation de stress et d'urgence médicale ?

Enfin, notre étude étant réalisée sur une période de pandémie mondiale impliquant des mesures de restrictions sanitaires notamment concernant la présence d'accompagnant dans les différents services

de maternité, il serait intéressant de poursuivre cette étude en dehors de ce contexte si particulier qui affecte les couples et le vécu de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ipsos. Hommes/Femmes : qui fait quoi à la maison ? Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. 2014. [En ligne]. (Consulté le 04/05/21) <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/hommes-femmes-qui-fait-quoi-a-la-maison/>
- [2] Actions du gouvernement. Allonger le congé paternité : une nouvelle avancée pour mieux accompagner les premiers jours de l'enfant. Gouvernement. 2021. [En ligne]. (Consulté le 04/05/21) <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/allonger-le-conge-paternite-une-nouvelle-avancee>
- [3] Réseau national des observatoires des familles. Être père aujourd'hui ! UNAF. [En ligne]. (Consulté le 04/05/21) https://www.unaf.fr/IMG/pdf/bro_20p_obs_v_familles_8-finale_2_.pdf
- [4] Échène A. La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation. Dialogue. Ed. Érés. 2010/4 (n° 190), p.147.
- [5] Tavernier L. L'évolution de la place du père en période anténatale. [Mémoire]. École de sage-femme du CHR de Metz. Université de Lorraine. 2014 ; 60p. [En ligne] (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01843232/document>
- [6] Sénat. Étude de législation comparée n°46 (1998-1999) - Novembre 1998 - L'autorité parentale. [En ligne] (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://www.senat.fr/lc/lc46/lc461.html>
- [7] Brunet J. Place du père en maternité. Réseau périnatale. CH Toulon. 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwidu_DA0sbwAhWPnRQKHeylBJUQFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww.reseauperinatmed.fr%2FPlace-pere-maternite%2C190.html&usg=AOvAw3iUQljiuHrqHoT7XEiFHN
- [8] Odent M. Is the participation of the father at birth dangerous ? Midwifery Today. Issue 51. Aug1999. [En ligne]. (Consulté le 18/12/2021). Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjO9fKt08bwAhWM5OAKHdHqDAsQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fmidwiferytoday.com%2Fmt-articles%2Fparticipation-father-birth-dangerous%2F&usg=AOvVaw3cuQaU15YCO5Of-guxWjhR>
- [9] Dictionnaire Larousse, définition du mot « couple ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/couple/19854>
- [10] Ipsos. Les nouveau-pères. Enfant magazine. 2004. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-nouveaux-peres>
- [11] Dallaire Y. La réelle fonction du père. Psychoressource. Édition Option Santé. 2008. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://www.psicho-ressources.com/bibli/fonction-pere.html>
- [12] Salvat M. L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale. Presses universitaires de Provence. 1980. [En ligne]. (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <https://books.openedition.org/pup/2704?lang=fr>
- [13] Meyer K. Les hommes racontent leur passage en salle d'accouchement : entretiens avec 22 primipères à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. École de sage-femme du CHU de Nancy. École de sages-femmes Albert Fruhinsholz. [Mémoire]. (Consulté le 10/05/2021). [En ligne]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2013_MEYER_KATHELYNE.pdf.

- [14] : Agnès Moreau. De l'homme au père un passage à risque, Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Ères*. 2001/2 n° 152. Pages 9 à 16. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiDovKuhLrwAhUHIBQKHRjYD_sQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Frevue-dialogue-2001-2-page-9.htm&usg=AOwaw3_v2oID59X19327CgUFozW
- [15] Jacques M. La place des pères accordée par les sages-femmes dans les différents services de la maternité. *Gynécologie et Obstétrique*. 2016. Dumas-01413245. [En ligne]. (Consulté le 10/01/21) Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413245/document>
- [16] Château A. Place du père autour de la naissance : point de vue des professionnels dans une maternité de type III (Région Auvergne Rhône-Alpes). [Mémoire]. *Médecine humaine et pathologie*. 2019. Dumas-02469482. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021) Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02469482/document>
- [17] Jacques B. Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégations sexuelle. MCF Sociologie, Centre Émile-Durkheim UMR 5116. Université Bordeaux Segalen. [En ligne]. (Consulté le 3/02/2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-geographique-2012-2-page-108.htm>
- [18] Dubois A. Évaluation de la satisfaction des patientes concernant les informations délivrées lors d'une césarienne en urgence. [Mémoire]. École de sages-femmes du CHR de Limoges. Université de Limoges. 2013 ; 94 p. [En ligne]. (Consulté le 03/02/2021). Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiuoLGo1cbwAhUHmhQKHYioB9YQFjAAegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Faurora.unilim.fr%2Fme-moires%2Fnxfile%2Fdefault%2F98d62f1c-145a-4035-9939-72187698b339%2Fblobholder%3A0%2FM-SM2013-007.pdf&usg=AOwaw3TuVOGuX83nEhedVswZEH_
- [19] Dictionnaire Larousse, définition du mot « urgence ». [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
- [20] CASSF, Conseil National de l'ordre des sages-femmes. Référentiel Métier et compétences des sage-femmes. 2010. [En ligne]. (Consulté le 03/02/2021). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
- [21] Dictionnaire Le Robert, définition du mot « accompagnement ». Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagnement>
- [22] Poulet N. Information du patient et consentement. *TraHs N°4, Éthique et santé*. 2018. [En ligne]. (Consulté le 03/02/2021). Disponible sur : <https://www.unilim.fr/trahs/1174>
- [23] Légifrance. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. (Consulté le 5/05/21). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- [24] Recommandation de bonne pratique, Délivrance de l'information à la personne sur

- son état de santé, Mai 2012. [En ligne]. (Consulté le 03/02/2021). Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
- [25] Dictionnaire Larousse, définition du mot « soutenir ». [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soutenir/73974>
- [26] Leroux M. Les pères en salle de naissance : observations et représentations. [Mémoire]. École de sages-femmes du CHR de Limoges. Université de Limoges. 2018. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021). Disponible sur : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwis952Bg7rwAhUL8hQKHcJsDRUQFjAAegQIBBAD&url=http%3A%2F%2Ffaurore.unilim.fr%2Fmemoires%2Fnxfile%2Fdefault%2F8df76296-27f7-4d84-bd5f-27391cd8a141%2Fblobholder%3A0%2FM-SM2018-012.pdf&usg=AOvVaw24STBeULhHuzc9JMt5XJX->
- [27] Zielinski A. L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. SER. « Études ». 2010/12 Tome 413. Pages 631 à 641. [En ligne]. (Consulté le 5/05/21). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm>
- [28] : Moille F et Fournier A. La dépression post-partum des pères, une souffrance inconnue. 2019. [En ligne]. (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/medecine/10284097-la-depression-postpartum-des-peres-une-souffrance-meconnue.html>
- [29] Mistycki V et Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement. Association de Recherche en Soins Infirmiers. 2007/2 N°89. Pages 43 à 51. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-43.htm>
- [30] Richecoeur S. Quelle place pour le père au décours de la césarienne ? [Mémoire]. École de sages-femmes du CHR Metz-Thionville de Pierre Morlanne. Université Henri Poincaré, Nancy I. 2009. [En ligne]. (Consulté le 3/02/21). Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_RICHECOEUR_STEPHANIE.pdf
- [31] Boiteau C. Devenir père : la rencontre avec le nouveau-né. [Thèse]. Université Sorbonne Paris. 2018 ; ch9 : 139-51. [En ligne]. (Consulté le 10/01/2021). Disponible sur : <http://www.theses.fr/2018USPCB112>
- [32] Rondier M. A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle », L'orientation scolaire et professionnelle.2004. [En ligne] (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/osp/741>
- [33] Lannoy R. Une définition de la confiance en soi. [En ligne]. (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <https://rogerlannoy.com/changer-de-vie/definition-confiance-soi/>
- [34] Dumoulin M et Valat A. Mort en maternité : devenir des corps, deuil des familles. 2001. [Revue en ligne]. (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-77.htm>
- [35] Capponi I. Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2016 ; 44 :480-6. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021). Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1297958916302077>

- [36] Dictionnaire Larousse, définition du mot « confiance ». [En ligne]. (Consulté le 10/05/2021). Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>
- [37] Maisonneuve J. On, je, tu, nous, eux. Psychologie sociale. PUF Paris. 1957. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2021). Disponible sur : <http://papidoc.chic-cm.fr/543onjenouseux.html>

ANNEXES

[ANNEXE I] : GUIDE D'ENTRETIEN

[ANNEXE II] : PROTOCOLE DÉFINI PAR RICHECOEUR S.

OUTIL D'ENQUETE

Quel est le vécu des pères en salle de naissance lors d'une situation d'urgence ?

Trame de l'entretien semi-directif et anonyme

Profil du conjoint :

- Age ?
- Quelle est votre profession ?
- Est-ce votre premier enfant ?
- Si non, est-ce la première naissance ayant impliqué une situation d'urgence en salle de naissance ?

Vécu de la situation d'urgence par le conjoint :

- Vous a-t-on informé de la situation d'urgence ?
- Si oui, à quel moment ?
- Comment vous a-t-on expliqué la situation ?

- Quels ont été vos questionnements lors de cette situation d'urgence ?
- Avez-vous pu poser vos questions ? Si oui, avez-vous été entendu ? avez-vous reçu des réponses claires et adaptées ?

- Quelles ont été vos inquiétudes dans cette situation d'urgence ?
- Avez-vous eu le sentiment d'être écouté par l'équipe médicale ?
- Pouvez-vous préciser comment, pour vous, s'est traduite cette écoute ?

- Avez-vous pu apporter une aide quelconque dans cette situation d'urgence ?
- Quels sont les éléments qui ont pu favoriser ou au contraire freiner votre implication dans cette situation d'urgence ?

- Quel est votre ressenti global sur cette expérience ?
- Diriez-vous que les professionnels de santé vous ont accompagné dans cette situation difficile que vous avez vécue ?
- Si oui, comment décririez-vous cet accompagnement ?

Peau à peau : pour le bien – être du nouveau – né né par césarienne

Objet : Ce protocole a pour but de mettre en place le peau à peau en salle de naissance, suite à la césarienne, entre le père et le nouveau – né.

Domaine d'application : Ce protocole s'adresse aux sages – femmes, aux auxiliaires de puériculture et aux papas.

Définition : le peau à peau est une méthode qui consiste à mettre l'enfant nu sur la poitrine du papa et qui permet de favoriser le lien père – enfant.

Contenu :

Le peau à peau sera mis en place suite à la césarienne programmée entre le père et son enfant.

Il s'agit d'un instant privilégié qui se déroulera dans une pièce calme, chauffée et de faible luminosité.

Préalablement, un linge sera mis en incubateur afin de le réchauffer.

Le temps de la césarienne, le papa pourra attendre dans la pièce où une personne de l'équipe lui amènera le nouveau – né.

Au moment du peau à peau, le papa doit être confortablement installé : nous pourrions ainsi lui proposer un fauteuil voire un lit.

Une fois que les soins nécessaires au nouveau – né ont été pratiqués, et sous réserve d'une bonne adaptation extra – utérine, celui – ci sera amené à son papa.

Un incubateur restera dans la pièce.

Le nouveau – né sera donc placé nu contre le torse nu de son papa, recouvert du linge préalablement chauffé en incubateur.

Le bébé sera positionné en «grenouille»: portage vertical, jambes légèrement écartées.

Bien sûr, avant de laisser ce couple se découvrir, la sonnette d'appel sera donnée au papa afin qu'il puisse nous prévenir de tout évènement pouvant l'interpeller.

Une fois seuls, le papa pourra laisser libre cours aux caresses et paroles, voire simplement au silence, découvrant petit à petit son enfant.

Ce contact en peau à peau, pourra se dérouler aussi longtemps que le papa le souhaitera et tant que la maman sera en salle de réveil.

Pour s'assurer du bien-être du nouveau-né, une personne de l'équipe de salle de naissance doit vérifier le bon déroulement de ce moment et assurer la surveillance du nouveau-né.

Les apports du peau à peau :

Le peau à peau après la naissance semble avoir des répercussions positives chez le nouveau – né : sa température est plus normale et plus stable, son rythme cardiaque et son rythme respiratoire sont plus normaux et plus stables, et son taux de sucre est plus élevé.

De plus cette méthode permet de favoriser le lien parent – enfant.

La place du père en salle de naissance dans une situation d'urgence

Étude épidémiologique qualitative par entretiens semi-directifs auprès de sept pères du 1^{er} février au 1^{er} mars 2021 à la maternité de Mercy, CHR Metz-Thionville.

RÉSUMÉ

Introduction : La place du père a évolué depuis les années 1950. Ils sont de plus en plus présents en période périnatale et notamment en salle de naissance pour accompagner leur conjointe et participer aux soins de leur enfant afin favoriser les liens d'attachement. Nous avons souhaité connaître le vécu des pères en salle de naissance à la Maternité de Mercy en cas d'urgence obstétricale.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative à la Maternité de type 2B de Mercy par des entretiens semi-directifs anonymisés auprès de sept pères, dans la période de post-partum de leur conjointe, sur leur ressenti dans la situation d'urgence obstétricale vécue.

Résultats : Le ressenti global des pères est bon. Le professionnalisme de l'équipe soignante et l'information claire et complète qui leur a été fournie, a procuré un sentiment de confiance et apaisé leurs inquiétudes. Toutefois, certains soins au nouveau-né ne leur sont pas proposés systématiquement malgré une attente de leur part, notamment le peau-à-peau. Le père est encore incertain de l'aide qu'il peut apporter en situation d'urgence médicale car les professionnels ne sont pas préparés à l'intégrer dans le parcours de la patiente.

Conclusion : Bien que satisfaits de l'accompagnement par les professionnels, les pères ressentent toujours des inquiétudes et un sentiment d'isolement en situation d'urgence obstétricale. Il semble nécessaire de déployer plus intensément la préparation à la naissance pour les pères et de préparer les professionnels à intégrer les pères dans le parcours de soins des patientes.

Mots clés : Père, Salle de naissance, Urgence, Accompagnement, Ressentis

ABSTRACT

Introduction: Our current society is wondering about ways to promote equality between men and women in several fields particularly family and education. The new social security financing law extends the length of paternity leave for children born or adopted from July 1, 2021. The role of the father has evolved since the 1950s. They are much more present especially in the delivery room to support the parturient and participate in the medical care to establish the relationship with their child. The objective is to target and name the needs of fathers in the delivery room during a first birth for an emergency situation that would need medical care for the mother or the newborn.

Method: A qualitative study was carried out in a type 2B maternity where seven first fathers were interviewed with semi-structured interviews which were anonymized.

Results: The overall feeling of fathers is good. The professionalism of the healthcare team as well as the clear and complete information provided to the fathers gave them a feeling of trust in the professionals. However, how to care of their newborns is not proposed to them systematically. This is the case with skin-to-skin contact, which has been too rarely proposed to them. Fathers often did not dare ask to the team, although it was their desire. The role of the father is therefore characterized mainly by the support of their partner during this precious moment. They give themselves this important role. This role can still be damaged in emergency situations such as an emergency cesarean that they cannot attend.

Conclusion: The father's place in the birth room in an emergency situation must be adapted to the desire of each of them. Although fathers are satisfied with the support provided by professionals, they still have many concerns and questions that would require strengthening support in the prenatal and

postnatal period, as well as specific protocolization of their accompaniment in an emergency situation.

KEY WORDS : Dad, Delivery room, Emergency, Accompaniment, Feelings

Keywords: Father, Birth room, Emergency, Accompaniment Feelings