



HAL
open science

La politique et l'organisation de l'accompagnement des pères lors des césariennes programmées en Lorraine : enquête auprès des cadres responsables des blocs opératoires du 28 juin 2019 au 16 janvier 2020

Coraline Reymann

► **To cite this version:**

Coraline Reymann. La politique et l'organisation de l'accompagnement des pères lors des césariennes programmées en Lorraine : enquête auprès des cadres responsables des blocs opératoires du 28 juin 2019 au 16 janvier 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04338554

HAL Id: hal-04338554

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04338554v1>

Submitted on 12 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>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

REYMANN Coraline

**La politique et l'organisation de l'accompagnement des pères
lors des césariennes programmées en Lorraine.**

**Enquête auprès des cadres responsables des blocs opératoires
du 28 juin 2019 au 16 janvier 2020.**

Soutenu le 2 juin 2020

Directeur de mémoire : PATTE Charlotte

Gynécologue-obstétricien.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mme PICHON de m'avoir aidée dans l'élaboration de mon sujet de mémoire.

Je tiens à remercier également Mme CROCIATI d'avoir relu mon travail et de m'avoir donné de précieux conseils.

Je tiens à remercier ma famille et mes amis de m'avoir soutenu tout au long de l'élaboration de mon projet.

Une pensée pour mes camarades de promotion avec qui j'ai commencé l'école de sage-femme. Quatre ans d'école qui nous ont fait évoluer en tant que futur professionnel de santé mais également en tant que personne. Plus qu'une camaraderie, je suis fière d'avoir pu bénéficier de leur soutien sans faille et de les compter aujourd'hui parmi mes amies.

Pour finir, un grand merci à ma directrice de mémoire, Docteur PATTE, d'avoir su m'aider, me soutenir dans l'élaboration de mon mémoire qui marque la fin de mes cinq années d'études.

GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation mondiale de santé.

CNGOF : Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français.

SA : Semaine d'aménorrhée

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébés

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
GLOSSAIRE	1
SOMMAIRE	2
I. INTRODUCTION	3
1.1. LA CESARIENNE	3
1.2. DECISION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE EN CESARIENNE	5
1.3. LA PLACE DE L'ACCOMPAGNANT	8
II. MATERIEL ET METHODE.	11
2.1. TYPE D'ETUDE.....	11
2.2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES	12
III. RESULTATS.	14
3.1. POPULATION ETUDIEE ET PRESENCE D'UN PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT	14
3.2. ANALYSE DES RAISONS CONDUISANT A L'ABSENCE DE PROTOCOLE	16
3.3. MATERNITES AYANT UN PROTOCOLE OU ORGANISANT LA VENUE DU PERE AU BLOC OPERATOIRE ..	16
IV. DISCUSSION	24
V. CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	32
TABLE DES MATIERES	35
ANNEXE I	36

I. INTRODUCTION.

1.1. LA CESARIENNE.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la césarienne est définie comme une intervention chirurgicale permettant l'accouchement par incision de l'abdomen et de l'utérus (1).

Elle est indiquée lorsque l'accouchement par voie basse révèle un risque pour la mère ou pour l'enfant. Les risques sont nombreux et divers en fonction de l'évolution de la grossesse, d'éventuelles pathologies maternelles ou fœtales préexistantes ou révélées pendant la grossesse.

La communauté internationale considère un taux de césarienne idéal entre 10 et 15%, ayant alors un effet bénéfique sur la santé de la mère et de l'enfant. D'après un rapport statistique annuel publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 2014, la pratique de la césarienne dans le monde était au-delà de ce qui est recommandé. En effet, d'après cette étude, de nombreux pays la pratiquaient au-dessus du seuil préconisé : les Etats-Unis d'Amérique ont un taux de césarienne de 33%, la Chine 27%, le Brésil 52% et l'Australie de 32%. Le taux de césarienne tend à augmenter dans les pays développés et dans les pays en voie de développement (2).

En France, 1 femme sur 5 accouche par césarienne dont la moitié est programmée avant le début du travail. D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, publiée en octobre 2017, le taux de césarienne restait stable avec un taux de 20,6%, depuis 2010 (3).

La césarienne peut être programmée ou réalisée durant le travail.

Lors d'une césarienne en urgence, il existe un code couleur pour quantifier le degré d'urgence. Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), il a été mis en place pour faciliter la communication entre les équipes. Le code vert indique la naissance de l'enfant dans l'heure qui suit la décision de césarienne sans menace vitale fœtale ou maternelle immédiate. Le code orange signifie qu'il faut extraire l'enfant dans les 30 minutes car il existe une menace vitale fœtale ou maternelle à court terme. Le code rouge nécessite une extraction immédiate

de l'enfant pour menace du pronostic vital et tout le personnel soignant est mobilisé à cette urgence (4).

Le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) différencie deux types d'urgences : les urgences absolues qui feront appel à un code rouge et les urgences relatives qui laissent un délai de 10 minutes pour permettre la pose d'une analgésie péridurale ou une rachianesthésie. Pour les urgences extrêmes l'anesthésie générale est un recours si la patiente ne dispose pas de cathéter péridural en place. Les urgences absolues sont définies par l'urgence fœtale comme l'hypoxie fœtale (procidence du cordon, hypoperfusion fœto-placentaire, hypertonie utérine) ou l'urgence maternelle (détachement placentaire, crise éclamptique, hématome rétro-placentaire, suspicion de rupture utérine). Les urgences relatives correspondent à un échec d'une épreuve du travail, un arrêt de dilatation, une hypoxie fœtale compensée entre les contractions utérines, une présentation dystocique au cours du travail (5).

Par ailleurs, certaines patientes nécessitent une prise en charge adaptée au contexte obstétrical. Celui-ci peut contre-indiquer, à tout moment de la grossesse l'accouchement voie basse. De ce fait, elles se voient proposer une césarienne programmée. D'après la HAS, la césarienne programmée est « à terme, non liée à une situation d'urgence, apparaissant en dehors du travail ou au cours du travail ». La décision est prise en amont. Elle est réalisée hors situation d'urgence, à un terme au-delà de 37 semaines d'aménorrhées. Dans les faits, elle s'effectue à partir de 39 semaines d'aménorrhées pour une grossesse monofœtale.

Les indications médicales formelles sont peu nombreuses. Le choix est fait au cas par cas en fonction de la parturiente et de son histoire (6) :

- En cas d'antécédents de trois césariennes, il est recommandé de programmer la suivante. Pour des utérus uni ou bi-cicatriciel, une tentative de voie basse peut être proposée (grade C).
- Une césarienne est indiquée lors d'une confrontation défavorable ou selon protocole de service, ou en cas de refus de voie basse par le couple en cas de présentation du siège (grade C).
- La macrosomie est une indication de césarienne programmée pour une estimation de poids fœtal entre 4500g et 5000g hors diabète et entre 4250g

et 4500g avec un diabète. Cette indication est à discuter au cas par cas en fonction des critères et du contexte obstétrical (grade C).

- En cas de risque de transmission mère-enfant d'infection maternelle, il est recommandé de pratiquer une césarienne si la patiente est atteinte du VIH avec une charge virale supérieure ou égale à 400 copies VIH/ml (grade C). Si une primo-infection herpétique se déclare après 35 semaines d'aménorrhées, il est recommandé de pratiquer une césarienne à 39 semaines d'aménorrhées. Il n'y a pas de recommandations particulières pour l'hépatite B et l'hépatite C (grade AE et C) seulement s'il y a co-infection VHC/VIH (grade AE).

Actuellement, en France il n'existe pas de recommandation sur la césarienne dite de convenance sans indication médicale. Cependant, l'indication d'une césarienne, que celle-ci soit programmée ou non, peut évoluer tout au long de la grossesse. La décision finale peut être différente de celle programmée initialement (6).

La césarienne majore certaines complications comme le risque d'infections urinaires, d'endométrites, d'accidents thrombo-emboliques veineux qui s'élèvent à 2-3% après une césarienne (7). Les prochaines grossesses auront un risque augmenté de rupture utérine, et un risque augmenté de 2 à 3 fois supérieur de placenta accreta/praevia (8), un suivi obstétrical adapté à l'antécédent de cicatrice utérine (5).

Dans un contexte de césarienne programmée ou d'urgence, il existe une part importante du couple dans la décision.

1.2. DECISION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE EN CESARIENNE.

La césarienne est un acte chirurgical qui nécessite, dans le contexte d'une naissance, un accompagnement spécifique (9).

1.2.1. Décision de césarienne : information et suivi prénatal.

Dans le contexte d'une césarienne programmée, l'accompagnement commence dès les consultations prénatales. En effet, la décision est prise en évoquant les bénéfices et les risques de manière éclairée par le soignant. Le

couple a alors la possibilité de poser toutes les questions qu'il désire sur l'indication et les bénéfices / risques.

Les explications sont importantes pour le vécu de l'intervention, pour la santé psychologique et la bonne acceptation de celle-ci par la patiente et le couple. En effet, la césarienne est une source de stress et d'inquiétude car elle a un impact sur la santé physique de la parturiente et notamment sur son avenir obstétrical (9).

La naissance par césarienne a également des impacts sur le nouveau-né. En effet, le bébé ne passant pas la filière génitale, pourrait avoir du mal à s'adapter à la vie extra-utérine et pourrait avoir besoin de soins non nécessaires à un nouveau-né ayant passé la filière génitale. D'après une étude réalisée en Angleterre sur 33289 parturientes césarisées à 37 SA ou plus, 2.2/1000 enfants auraient fait une détresse respiratoire. Ce taux était significativement plus élevé pour des nouveau-nés de césariennes programmées (35.5/1000) comparativement à des césariennes pendant le travail (12.2/1000) (10).

L'accompagnement passe par la discussion, qu'elle soit pré ou post-opératoire. Elle permet aux patientes de mieux vivre cette naissance, notamment quand celle-ci se passe en urgence (11).

Enfin, concernant l'accompagnement de ces patientes, une étude réalisée auprès des couples primipares, a évalué la présence physique du père lors de la césarienne et cette présence a été évaluée positivement par les deux membres du couple (12).

1.2.2. Personnel soignant présent.

Nombreuses sont les personnes présentes lors de la césarienne : l'équipe obstétricale (chirurgien, interne, externe en médecine, sage-femme, étudiante sage-femme et auxiliaire de puériculture), l'équipe anesthésique (infirmière anesthésiste, interne, sénior), les infirmières du bloc opératoire. Le nombre de personnes présent pendant l'opération varie en fonction du lieu d'exercice et de l'indication de césarienne. En effet, celui-ci change en fonction du type de maternité : une maternité de type 1 ne bénéficie pas d'étudiants systématiquement alors qu'il est rare de ne pas avoir d'étudiants dans une maternité universitaire (13).

La patiente bénéficie d'un accompagnement du personnel médical, et d'après une enquête réalisée par le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), plus de 84% des femmes se sont senties soutenues par l'équipe médicale (14).

1.2.3. Le déroulement de la césarienne programmée.

Le premier temps consiste à l'accueil de la patiente en salle d'opération. Celle-ci a été convoquée la veille ou le matin avec vérification du bilan pré-opératoire et surveillance du rythme cardiaque fœtal.

A l'arrivée au bloc opératoire, l'identité de la patiente est vérifiée ainsi que la bonne compréhension de l'intervention. L'analgésie péridurale est posée par l'anesthésiste. Le badigeon opératoire est réalisé par l'infirmière du bloc opératoire. Il est mis en place une surveillance par un scope maternel durant toute l'intervention (13) (1). Enfin, le champ opératoire est installé par le chirurgien.

La patiente n'a alors pas la possibilité d'avoir accès visuellement à l'intervention.

Lors de la naissance de l'enfant, celui-ci est confié à la sage-femme ou au pédiatre après présentation à la mère pour un examen pédiatrique de première intention. L'intervention se poursuit jusqu'à réalisation du pansement (1).

La surveillance post-opératoire dure deux heures en salle de réveil ou en salle de surveillance post-césarienne. Les patientes bénéficient de 24h de surveillance post-opératoire en service de maternité (1).

Il est à noter, que les protocoles de service sont orientés et rédigés en fonction de nombreux facteurs comme le type de maternité, l'aménagement du service, la localisation du bloc opératoire, le personnel disponible. Ils peuvent être nuancés d'un hôpital à l'autre.

1.3. LA PLACE DE L'ACCOMPAGNANT.

1.3.1. L'évolution du rôle patriarcal.

Au fil des siècles, le rôle du père a progressivement évolué. Le pater familias dominait les institutions juridiques, il était le chef de famille qui avait tout pouvoir sur l'épouse et les enfants (15). Suite à l'ascension croissante et aux différentes lois de protection de l'enfant, il y a eu une évolution du rôle du père au sein de la famille. En effet, le XIX^{ème} siècle signe l'interdiction du travail chez les enfants, le XX^{ème} siècle intensifie la décadence de la puissance paternelle au profit de l'autorité parentale (16). Aujourd'hui, le père est plus qu'un terme de droit, il a une fonction à part entière dans la famille et partage avec la mère l'autorité (17). Il est de plus en plus présent dans l'éducation de ses enfants et le congé paternité mis en place en 2002 permet à plus de 66% des pères de s'investir entièrement dans leur rôle parental (18).

1.3.2. L'accès à l'accouchement voie basse.

Pendant très longtemps, l'accouchement demeurait réservé aux femmes. En effet, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, les naissances avaient lieu à domicile, réalisées par des matrones. Les parturientes étaient exclusivement entourées de femmes. Les hommes n'étaient guère admis, sauf dans certaines régions, où les pères avaient pour fonction de tenir leurs femmes dans une position adéquate et de recueillir l'enfant pour le réchauffer. Il avait également pour rôle d'aider la matrone en cas d'accouchement difficile, car celui-ci avait l'expérience du vélage. Il était disponible pour appeler un médecin ou une ambulance si besoin (19).

Peu à peu, les accoucheurs et les accouchements à l'hôpital se multiplient, les parturientes ont le choix d'accoucher à domicile ou en structure hospitalière. Avec le progrès de la médecine, l'accouchement en maternité se répand progressivement dans les années 1920-1930. Le père, ayant une fonction « biologique », était souvent exclu de cet acte et était appelé après la naissance de l'enfant (19).

Mais dans les années 1950, le père trouve sa place dans les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, le Dr LAMAZE développe la psychoprophylaxie, la préparation à l'accouchement sans douleur. D'autres méthodes de préparation à la naissance voient le jour comme la méthode BONAPACE ou l'haptonomie. Ces méthodes ne préparent pas seulement la mère à la venue de l'enfant mais le couple. Elles donnent un rôle actif aux pères : en effet, la méthode BONAPACE associe « de la relaxation, de la respiration, de l'hypnose, de la sophrologie, des massages, de l'acupression et les positions de Bernadette de Gasquet (20) ».

Il faut attendre les années 1970 pour que les pères aient accès à la salle de naissance, où l'accompagnant possède un rôle de soutien et de réconfort, soutenu par l'équipe médicale (21). Ainsi, en 2003 trois pères sur quatre étaient présents à l'accouchement de leurs conjointes et 50% d'entre eux avaient assisté à un cours de préparation à la naissance (22).

1.3.3. Le père et la césarienne.

Alors que la présence de l'accompagnant est ancrée en salle de naissance, l'accès au bloc opératoire reste encore peu diffusé. Cependant, la présence du père/accompagnant lors de la césarienne aurait des bénéfices prouvés pour la mère, l'enfant et le lien parent-enfant. Peu d'études scientifiques s'y sont intéressées mais celles-ci tendent à montrer un bénéfice en termes de complications opératoires et vécu pour la triade familiale (23).

Bolandard Franck, un anesthésiste du centre hospitalier de Narbonne met en avant un meilleur lien parent-enfant quand le père assiste à la césarienne : l'enfant crie moins, le nouveau-né est plus calme et atteint un état de somnolence plus rapide, notamment quand le père effectue le *peau à peau*. Mais celui-ci laisse apercevoir certaines craintes quant à la présence effective de l'accompagnant : le manque de place, l'asepsie, la crainte du malaise, les complications et le fait qu'il se situe à la tête de la mère, la place réservée aux anesthésistes (23). L'accompagnant a un rôle bien établi en salle de naissance mais « en salle de césarienne, il est vécu comme un intrus. Il va gêner, être impressionné, faire du bruit, déranger [...] (24) ».

L'*Initiative Hôpital Ami des Bébé*s (IHAB) est un label international qui s'inscrit dans un but de soutien et d'accompagnement des parents et de leur enfant. Seulement 44 maternités françaises sur 517 recensées en 2017 (30) détiennent ce label. Cette association à but non lucratif soutient, non seulement la mère et le nouveau-né, mais le couple à part entière dans leur projet de naissance : « [...] accueil des pères jour et nuit, les professionnels assurant une écoute et un soutien individualisé ». En région lorraine, seul un établissement possède ce label, la maternité de Saint-Dié-Des-Vosges (25).

Il existe une forte disparité entre les régions françaises à propos de la présence de l'accompagnant lors de la césarienne. Cela est dû au fait que les recommandations de l'HAS laissent libre choix à l'établissement : « Selon l'équipe médicale et les circonstances, le père ou l'accompagnant(e) pourra venir ou non au bloc. Si c'est possible, il sera alors préparé et habillé en tenue adaptée (1). »

Reflétant ces recommandations, l'enquête de l'association CIANE a révélé que seuls 26% des pères/accompagnants sont présents au bloc opératoire, 4/10 accompagnants sont présents lors des césariennes programmées (14). Un taux global quasi-similaire de 28% pour l'association Césarine, qui a lancé une enquête entre 2006 et 2016 (26).

Comme chaque établissement peut convenir de son propre protocole d'accompagnement, d'accepter ou non les conjoints, il semble intéressant d'évaluer la politique et l'organisation pratique de l'accompagnement des pères en salle d'opération lors des césariennes programmées. En effet, à la maternité du CHRU de Nancy, un protocole a été mis en place au 1^{er} juin 2016. Des diversités de prise en charge existent selon les types de maternité. Aucune évaluation de cette place des pères n'a été réalisée en Lorraine. Il nous paraît donc pertinent d'évaluer les pratiques dans les différentes maternités, leur organisation, d'en identifier les freins et les leviers.

II. MATERIEL ET METHODE.

2.1. TYPE D'ETUDE.

L'étude transversale descriptive multicentrique s'est révélée être le meilleur outil pour réaliser ce travail de recherche. En effet, pour avoir une vue d'ensemble de ce qui est fait en Lorraine, il fallait étudier chaque établissement et leur politique au sujet de l'accompagnement en césarienne.

2.1.1. Population étudiée.

La population cible choisie pour cette étude est représentée par les cadres responsables des blocs opératoires dans les maternités de Lorraine où sont programmées les césariennes. La Lorraine dispose de 19 maternités (N=19 dans notre partie résultat) tous types confondus : type 1, 2, 3, publiques ou privées.

Les cadres ont été contactés par mail, suite à une liste de coordonnées fournie par l'école de sages-femmes de Nancy. Elles ont été choisies pour cette étude car elles sont au cœur de la réalisation de protocoles de services et sont les plus aptes à répondre :

- A l'objectif principal qui était d'évaluer la politique et l'organisation de l'accompagnement des pères en salle d'opération lors des césariennes programmées.
- Aux objectifs secondaires qui étaient d'identifier les freins et les leviers de leur présence.

2.1.2. Modalités de réalisation de l'étude.

L'étude s'est déroulée du 28 juin 2019 au 16 janvier 2020.

Nous avons, dans un premier temps rencontré la cadre du bloc opératoire de la maternité du CHRU de Nancy. Avec l'aide du protocole mis en place, cela nous a permis de construire la trame d'entretien (Annexe 1).

Les cadres ont été contactées par mail et un rendez-vous téléphonique a été défini par la suite. Les cadres interrogées étaient principalement des sages-femmes référentes de maternité responsables du bloc opératoire où se déroulaient les césariennes programmées et les cadres du bloc opératoire quand celles-ci s'effectuaient au bloc général.

Les entretiens téléphoniques duraient entre 5 et 10 minutes en fonction de la présence d'un protocole ou non et étaient tous réalisés par le même opérateur. 19 entretiens étaient nécessaires, correspondant aux 19 maternités lorraines.

Les entretiens étaient semi-directifs, menés grâce à une trame validée au préalable. Le questionnaire et le synopsis leur ont été envoyés par mail en amont pour que les cadres puissent prendre connaissance des questions avant le début de l'entretien.

La trame était composée de deux parties :

- Evaluer la politique du service : existence d'un protocole au sein du service.
- Evaluer l'organisation de cette politique.

En fonction de la présence effective d'un protocole, deux trames différentes ont été écrites : les maternités possédant un protocole et les maternités n'en possédant pas. Plus facile à analyser, la majorité des questions avaient des réponses à choix multiples.

Les critères de jugement ont été inclus dans les questions suivantes : la présence effective des pères, les leviers, les freins et l'écart entre la pratique et le protocole.

Un consentement verbal a été recueilli avant de commencer l'entretien et les réponses obtenues ont servi exclusivement à la réalisation de ce travail.

2.2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES.

Dans un premier temps, l'entretien a été enregistré vocalement. Dans un second temps, il a été retranscrit à l'écrit telle qu'entendu et les questions ont été rassemblées dans un masque créé avec le logiciel EPI INFOS.

Deux masques ont été créés sur EPI INFOS :

- Les maternités ayant un protocole d'accompagnement.
- Les maternités n'ayant pas de protocole d'accompagnement.

Parmi toutes les questions, la majorité a été analysée sous forme quantitative notamment pour les questions qui concernaient l'organisation et les modalités d'accompagnement en salle de césarienne.

Les autres questions ont été analysées sous forme qualitatives.

III. RESULTATS.

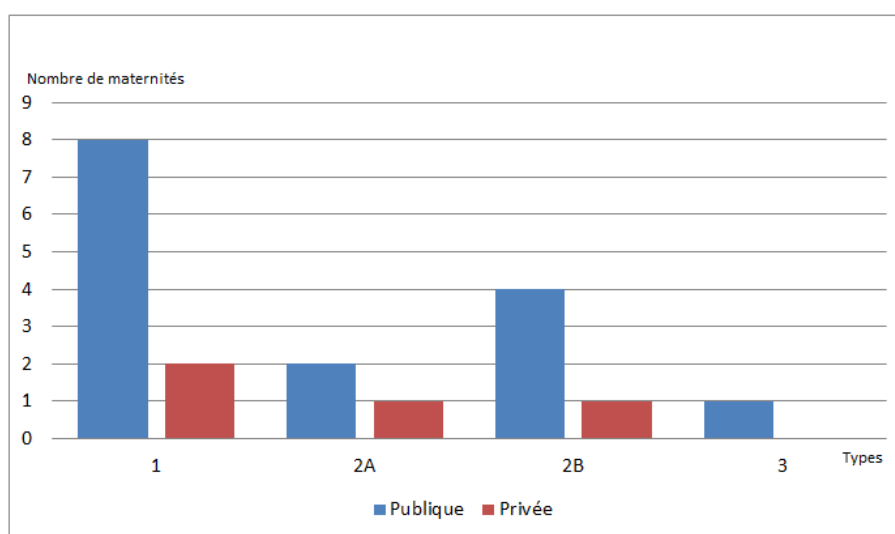
Les 19 entretiens ont pu être menés correctement. Les questions posées se sont avérées efficaces. Les données ont permis de recueillir les informations suivantes.

3.1. POPULATION ETUDIEE ET PRESENCE D'UN PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT.

3.1.1. Population étudiée.

19 maternités ont été incluses initialement dans l'étude. Nous avons interrogé 17 sages-femmes référentes de maternité et 2 cadres de bloc opératoire.

Figure 1 : Maternités incluses dans l'étude en fonction du type et du caractère publique ou privé.



La majorité de notre population est constituée de maternités de type 1. Sur les 19 maternités, 4 étaient des maternités privées.

3.1.2. Présence d'un protocole d'accompagnement.

Ci-dessous, nous avons répertorié les maternités ayant et n'ayant pas de protocole d'accompagnement des pères en salle de césarienne.

Tableau 1 : Présence d'un protocole d'accompagnement des pères en salle de césarienne dans les maternités de Lorraine, n=19.

Protocole	Nombre	Pourcentage
Non	4	21
Non formalisé	11	57.9
Oui	3	15.8
Rédigé en cours de validation	1	5.5
Total	19	100

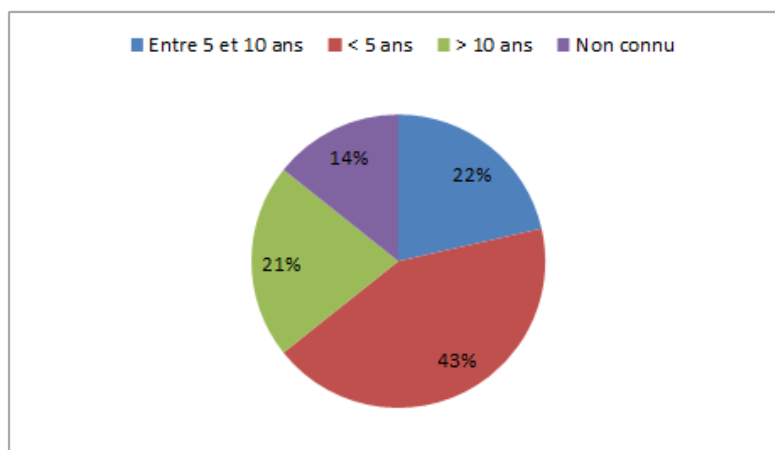
Sur les 19 maternités, il n'y avait que 3 maternités ayant un protocole rédigé. 11 maternités organisaient la venue du père dans le bloc opératoire sans protocole formalisé.

Une maternité possédait un protocole rédigé mais non appliqué dans le service, nous avons considéré ce résultat comme comptant parmi les résultats d'absence de protocole.

3.1.3. Mise en place du dispositif

La figure ci-dessous illustre la mise en place du dispositif.

Figure 2 : Mise en place du dispositif dans les différentes maternités, n=14.



La mise en place du protocole et/ou de l'organisation de la venue du père en salle de césarienne était hétérogène.

Concernant la mise en place du dispositif :

- Pour 13 maternités, le dispositif a été mis en place par une collaboration multidisciplinaire (équipe obstétricale et anesthésique).
- Pour 1 maternité, l'équipe obstétricale a été le moteur principal.

3.2. ANALYSE DES RAISONS CONDUISANT A L'ABSENCE DE PROTOCOLE (n=5).

L'analyse concernait les maternités n'ayant pas de protocole et n'acceptant pas les pères en salle de césarienne et la maternité ayant un protocole existant non appliqué au moment de l'étude.

Suite aux entretiens les raisons de la non présence des pères en salle de césarienne s'expliquait par :

- Un refus de l'équipe anesthésique pour les quatre maternités n'ayant pas de protocole rédigé.
- L'aménagement du bloc opératoire, se situant hors service de maternité, au bloc général pour deux d'entre elles.

Seulement une seule des quatre maternités n'ayant aucun protocole envisageait la mise en place d'un protocole.

3.3. MATERNITES AYANT UN PROTOCOLE OU ORGANISANT LA VENUE DU PERE AU BLOC OPERATOIRE (n=14).

Les deux tableaux suivants répertorient respectivement les maternités ayant un protocole rédigé ou non formalisé en fonction du type et du caractère privé ou publique.

Tableau 2 : Présence d'un protocole en fonction du type de maternité en pourcentage, n=14

Protocoles Types	Oui	Non Formalisé	TOTAL
1	14.2	42.9	57.1
2A	0	14.3	14.3
2B	0	21.5	21.5
3	7.1	0	7.1
TOTAL	21.4	78.6	100

Tableau 3 : Présence d'un protocole en fonction du caractère privé ou public de la maternité n=14

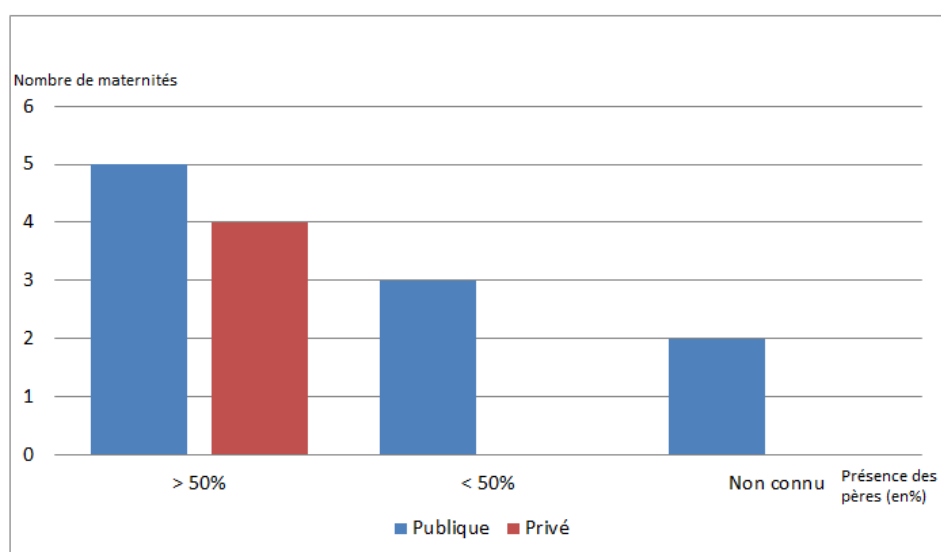
Protocole Type	Oui	Non formalisé	TOTAL
Privée	0	4	4
Publique	3	7	10
Total	3	11	14

Nous observons que 78.6% des maternités ne possédaient pas de protocole rédigé mais organisaient la venue du père en salle de césarienne et que cela concernait 100% des maternités privées.

3.3.1. Présence effective des pères au bloc opératoire et degré d'urgence.

Nous avons demandé qu'elle fût la proportion de demande des pères pour assister à la césarienne. Cependant, lors de l'entretien nous avons obtenu plutôt la proportion de pères présents effectivement au bloc opératoire d'après les dires des personnes interrogées, et non l'effectif des pères qui a priori avaient demandé à être présents. Nous avons donc construit finalement notre analyse avec ce chiffre.

Figure 3 : Présence effective des pères en salle de césarienne en fonction du caractère privé ou publique de la maternité, n=14.



En pratique, les pères étaient acceptés dans plus de 50% des cas pour toutes les maternités privées. Ce taux montait régulièrement à 90% dans la plupart des maternités privées interrogées.

Malgré une étude portant sur les césariennes programmées, le tableau ci-dessous, répertorie l'accessibilité des pères à la césarienne en urgence en fonction du degré d'urgence.

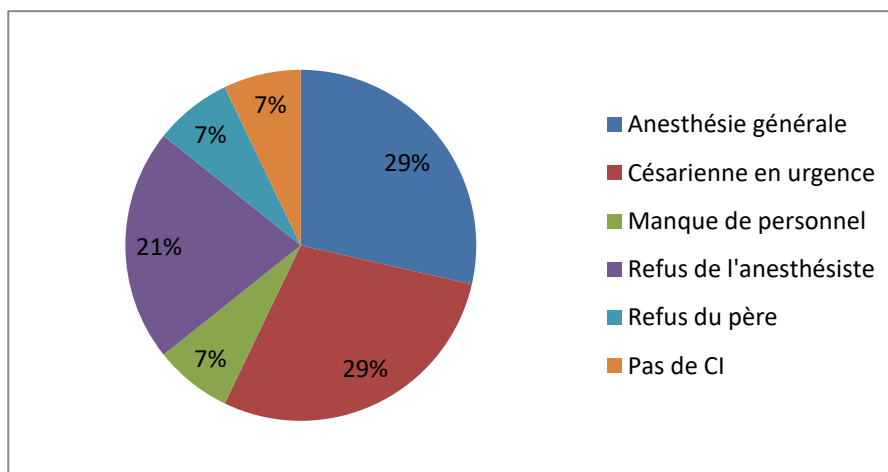
Tableau 4 : Accessibilité des pères aux césariennes en fonction du degré d'urgence, n=14

Code/Accessibilité	Oui	Non	Cas par cas
Programmée	14		
Vert	4	3	7
Orange	2	9	3
Rouge	1	13	0

Le protocole incluait les césariennes programmées à 100%. Les césariennes d'urgence (verte, orange, rouge) n'étaient pas systématiquement ouvertes à la venue du père en salle de césarienne.

La figure ci-dessous répertorie les contre-indications énumérées par les personnes interrogées à la présence effective du père en salle de césarienne.

Figure 4 : les contre-indications à la présence du père en salle de césarienne.

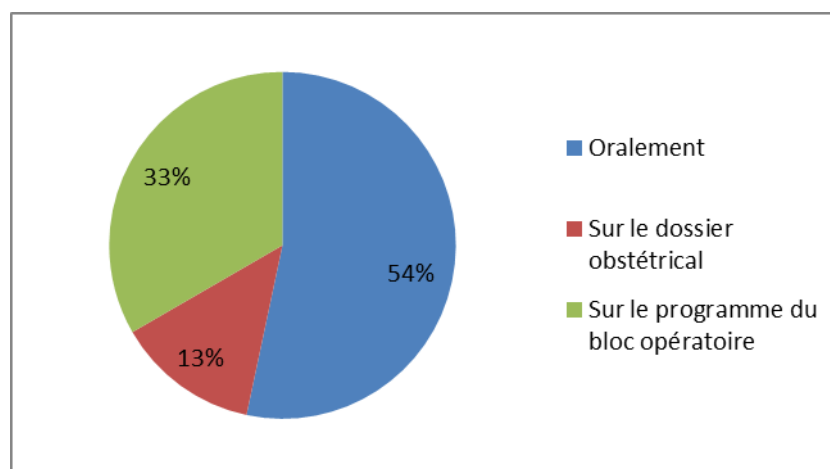


Dans 29% des cas, l'anesthésie générale et les césariennes en urgences étaient des contre-indications à la présence du père en salle d'opération.

3.3.2. Protocole de programmation avant la césarienne.

La figure ci-dessous illustre comment les établissements s'organisent pour tracer la venue du père au bloc opératoire.

Figure 6 : Protocole de programmation dans les maternités ayant un protocole rédigé ou une organisation pour la venue du père au bloc opératoire, n=14.



Dans 54% des cas, la présence du père était un accord oral : certaines équipes demandaient aux pères avant la césarienne programmée, la veille au soir quand

la patiente arrivait pour l'hospitalisation ou le matin même, la sage-femme appelait le bloc opératoire.

Dans 33% des cas, cette demande était tracée sur le programme du bloc opératoire.

Dans 13% des cas, la présence du père était discutée en consultation et tracée dans le dossier obstétrical.

Le tableau suivant correspond au délai entre la césarienne et la demande d'accompagnement au bloc opératoire.

Tableau 5 : délai pour l'équipe médicale entre la demande d'accompagnement au bloc opératoire et la césarienne.

Délai entre la demande et la césarienne	Fréquence	Pourcentage
A l'entrée, la veille de l'intervention	1	7.1
Consultations prénatales	2	14.3
Pas de délai idéal, accepté jusqu'au dernier moment	3	21.4
Le matin même	6	42.9
Non répondu	2	14.3
Total	14	100

Dans 42.9% des cas, la venue du père était mentionnée le matin même.

3.3.3. Les étapes du protocole lors de la césarienne.

Les tableaux 6 et 7 répertorient les personnes dédiées à l'accompagnement du père lors de la césarienne.

Tableau 6 : personne dédiée à l'accompagnement du père lors de sa préparation pour le bloc opératoire n=14

Personne dédiée	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	8	57.1
Auxiliaire de puériculture	3	21.4
Etudiant (sage-femme/externe)	1	7.1
IBOD – IAD	2	14.3
Total	14	100

Dans 57.1% des cas, c'est la sage-femme qui était dédiée à l'accompagnement du père lors de sa préparation.

Tableau 7 : personne dédiée à l'accompagnement du père pendant l'opération concernant les 14 maternités ayant un protocole rédigé/non formalisé, n=14

Personne dédiée	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	6	42.9
Auxiliaire de puériculture	1	7.1
Etudiant (sage-femme/externe)	1	7.1
IBOD – IAD	6	42.9
Total	14	100

Pendant l'opération, c'était soit l'IBODE/IADE soit la sage-femme qui s'occupait du père pour 42.9%.

Suite aux entretiens, le père est soit habillé en secteur mère-enfant, soit dans le sas du bloc opératoire. Il patiente en salle d'attente le temps que la patiente soit préparée, sous analgésie péridurale, après que les champs aient été posés.

Dans la majorité des entretiens, le déroulement est le même, le papa rentre au dernier moment dans le bloc opératoire, avant l'incision, dès que l'équipe est prête à faire la césarienne.

Il est installé à la tête de la parturiente, derrière les champs, là où il n'a pas accès visuellement à l'opération.

3.3.4. Les étapes du protocole après la césarienne.

Le *peau à peau* entre le nouveau-né et le père était proposé dans 93% des cas. Une seule maternité ne proposait pas le *peau à peau* au père après la césarienne.

Le tableau suivant correspond à la réunification de la triade mère-père-enfant en salle de réveil.

Tableau 8 : pourcentage et fréquence de réunification de la triade en salle de réveil, n=14.

Triade en salle de réveil	Fréquence	Pourcentage
Non	10	71.4
Oui	4	28.6
Total	14	100

71.4% des maternités n'autorisaient pas les pères en salle de réveil car :

- Les bébés n'y étaient pas acceptés.
- Les nouveaux nés nécessitaient des soins en service de néonatalogie ou en unité kangourou, et les pères les accompagnent.
- La salle de réveil était commune aux autres opérations.

Mais parmi ces maternités, 2 d'entre elles avaient mis en place des casques virtuels pour permettre la communication entre le père et l'enfant avec la mère et avaient mis à disposition des tablettes pour prendre des photos et vidéos. Celles-ci étaient amenées à la patiente en salle de réveil.

Une minorité de 28.6% réunissait la triade en salle de réveil soit 4 maternités.

3.3.5. Enquête de satisfaction et modification du protocole en fonction de l'expérience.

Aucune des maternités ayant un protocole rédigé ne possédait d'enquête de satisfaction des pères.

Sur les 14 maternités ayant un protocole rédigé ou une organisation en place, 64.3% d'entre elles n'envisageaient pas de modifier leur mise en place initiale.

Pour 34.7% d'entre elles, la modification de leur protocole était envisageable pour :

- Donner accès au père et à l'enfant en salle de réveil.
- Avoir une personne dédiée à l'accompagnement du père.
- De protocoliser le dispositif déjà mis en place.

IV. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la politique et l'organisation pratique de l'accompagnement des pères en salle de césarienne.

Concernant la politique et donc la présence d'un protocole dans les maternités, seulement 3 d'entre elles en possédaient un écrit, comme nous le montre la figure 1. Cependant, 78.6% des maternités ont déclaré accepter l'accompagnant sans avoir de protocoles formalisés, dont 100% des maternités privées (tableau 3). D'après l'HAS, « Un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques. » (27). Nous avons constaté qu'un protocole/une organisation pratique a été établie collégialement par une équipe multidisciplinaire pour 13 des 14 maternités. Nous avons pu également constater que les maternités ayant un protocole et celles organisant la venue du père, nous ont décrit une procédure globalement similaire : le père est pris en charge en amont pour l'habillage en tenue de bloc pendant qu'on prépare la patiente en salle d'opération. Le père ne rentre que lorsque l'anesthésie et les champs opératoires sont posés. Il reste à la tête de la mère, derrière les champs tout le long de l'extraction de l'enfant. Celui-ci est montré aux parents quelques minutes puis le père suit la sage-femme ou le pédiatre pour les premiers soins. Nous constatons que la part de protocole rédigé est minime comparée à celle autorisant en pratique la venue du père, un consensus oral est alors possible dans les équipes pour permettre la présence de l'accompagnant en salle de césarienne.

Théoriquement, les maternités ayant une organisation pratique ou un protocole écrit devraient accepter les pères dans 100% des cas. Nous avons fait le choix de distinguer les maternités privées des maternités publiques pour cette question, car les prestations proposées peuvent être différentes. En effet, au sein de toutes les maternités privées, il y a été déclaré que les

pères sont acceptés et sont effectivement présents lors de la césarienne dans plus de 50% des cas atteignant pour la majorité 90% de présence effective. Cela n'était pas le cas pour les maternités publiques. Outre la différence entre une maternité privée et publique, l'écart entre la théorie et la pratique peut s'expliquer par les contre-indications liées à une tierce personne présente au bloc opératoire. En effet, lors de nos entretiens, les personnes interrogées nous avaient mentionné dans 29% des cas l'anesthésie générale et pour 29% des cas la césarienne en urgence comme contre-indications. De plus, même si notre étude portait sur les césariennes programmées, nous pouvons noter qu'une seule maternité autorisait la venue du père en salle de césarienne lors d'un code rouge. Une distinction est également faite dans le cas d'une césarienne en urgence en code vert, car seulement 4 maternités acceptaient un accompagnant.

Pour mémoire, il est intéressant de rappeler les critères de l'*Initiative Hôpitaux Amis des Bébé*s. L'IHAB réunit trois grands principes : une équipe centrée sur les besoins de la mère et du nourrisson, un accompagnement centré sur les soins de la famille et un travail en équipe pour assurer la continuité des soins (25). Une seule maternité lorraine possédait ce label, celle-ci faisant partie des maternités ayant un protocole écrit d'accompagnement des pères en salle de césarienne. Malgré un nombre conséquent de maternités acceptant le père en césarienne, la Lorraine se situe encore loin des critères de qualité de la triade mère-père-enfant puisque les césariennes en urgence même en code vert ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique et que le *peau à peau* est très peu appliqué en salle de réveil. Mais même lorsque la triade est non réunie en salle de réveil, le *peau à peau* était quand même proposé dans 93% des cas pour les pères, d'après les dires des personnes interrogées. Une étude publiée dans le *Scientific World Journal* en 2007 a montré les bienfaits du *peau à peau* sur le nouveau-né à terme né par césarienne. En effet, 29 couples père-nourrisson ont été répartis de façon aléatoire dans deux groupes : soit en *peau à peau* soit à côté dans un berceau. Ce qui en est ressorti est l'impact positif du *peau à peau* sur les pleurs du nourrisson : moins de pleurs, un calme plus rapide et un état de somnolence trouvé plus tôt que les nouveau-nés dans un berceau (28). Une autre étude tend à montrer que le *peau à*

peau permet de renforcer l'interaction paternelle (29). Nous constatons que malgré une triade non réunie systématiquement en salle de réveil, l'équipe médicale permettait aux pères d'avoir une place prépondérante auprès de son nouveau-né.

Notre étude regroupait également des objectifs secondaires, à savoir les freins à la présence des pères en termes d'organisation médicale et paramédicale.

Parmi les 19 maternités de Lorraine participants à l'étude, 5 n'autorisaient pas du tout les pères en salle de césarienne. La raison de cette non-autorisation était dans un premier temps l'aménagement du bloc opératoire. En effet, dans les petites structures, la césarienne s'effectue au bloc général et non dans un bloc obstétrical, souvent excentré de la maternité. Nous constatons alors que cela nécessite un temps d'organisation en plus pour l'équipe médicale, contrairement aux maternités possédant un bloc opératoire à proximité de la salle de naissance. Dans un second temps, le refus de l'équipe anesthésique était mentionné unanimement pour 4 maternités sur 5 (en effet une de ces maternités possède un protocole rédigé mais non appliqué à l'heure de l'étude). Nous avons également rencontré cette raison lors des entretiens des maternités autorisant les pères au bloc : dans 17% des cas le refus de l'équipe anesthésique était mentionné comme contre-indication. Mais l'article de la revue Spirale a mis en évidence des recherches qui montraient une meilleure rétraction utérine, une diminution de l'hémorragie du post-partum, un meilleur lien père-enfant en cas de présence du père en césarienne (24). Ce qui pourrait convaincre certains anesthésistes d'accepter les pères au bloc opératoire.

Toujours d'après cette étude, la présence du conjoint augmenterait le vécu positif et diminuerait le vécu négatif de la césarienne : le vécu positif de la mère passant de 57% à 66% avec accompagnant et le vécu négatif de 64% à 51%. Lorsque la triade est réunie en salle de réveil, le ressenti psychologique négatif de la mère diminuerait à 46% et le vécu physique positif augmenterait à 64% (24). Pourtant, 71.4% des maternités autorisant l'accompagnant en césarienne, refusaient l'accès de la salle de réveil aux pères. Cela a un impact sur la triade père-mère-enfant et notamment sur le

lien mère-nourrisson. En effet, une étude réalisée en 2001 par HILLAN montrait l'effet néfaste de cette séparation. Elle a comparé 50 mères ayant accouché par césarienne en urgence et 50 mères ayant accouché par voie basse. Sur les 50 femmes césarisées, seulement 43% se sentaient proches immédiatement de leur nourrisson contre 64% des femmes accouchant voie basse (30). De plus, d'après des entretiens réalisés auprès des pères, 10/15 d'entre eux auraient aimé pouvoir rejoindre leur femme en salle de réveil (12).

Malgré certains freins, nombreux sont les leviers à la bonne organisation de la venue du père au bloc opératoire.

Concernant l'accompagnement du père en salle de césarienne, nous pouvons voir, via les tableaux 6 et 7 que la sage-femme était le professionnel de santé qui s'occupait dans 57.1% et 42.9% de la préparation et de l'accueil en salle d'opération. Le rôle de la sage-femme est d'accompagner les futures mères mais également le couple dans sa globalité. La sage-femme est souvent la première interlocutrice à l'arrivée du couple. Lorsque la césarienne est programmée, la patiente arrivait le matin même de l'intervention ou la veille au soir. Dans 42.9% des cas (tableau 5) c'était à ce moment-là que la question de la venue du père en salle de césarienne se posait. Le protocole de programmation était dans 54% un accord oral, et dans une minorité de cas la demande était tracée dans le dossier obstétrical (figure 5). Nous pouvons alors nous poser la question de l'information donnée en amont sur la possibilité de l'accompagnement du père au bloc opératoire, si celle-ci n'est pas tracée systématiquement dans le dossier obstétrical.

Cette étude présentait certaines limites et certains biais. En effet, il existait un biais déclaratif : les résultats ont été recueillis directement auprès des cadres responsables du bloc opératoire qui étaient libres de répondre aux questions et de développer leur témoignage. De plus, il existait un biais de sélection : les 19 personnes interrogées n'étaient pas tous de la même profession. 17 d'entre elles étaient des sages-femmes référentes et deux autres étaient des cadres de bloc opératoire. En fonction de leur profession,

elles pouvaient apporter un point de vue différent. Enfin, il existait un biais d'information : aucune des maternités n'a recensé le nombre exact de pères qui assistent aux césariennes de leur conjointe. Nous nous sommes donc basés pour les résultats, sur le témoignage des personnes interrogées en fonction de leur expérience, pour recueillir ces résultats.

Cette étude présentait également des limites. Elle était expérimentale et nous n'avions pas d'enquête similaire dans d'autres régions françaises. Nous ne pouvions donc pas comparer nos résultats à celle d'une autre région. De plus, avoir des chiffres exacts sur la venue du père en césarienne, sur l'information donnée en amont aux parents, sur la possibilité d'un accompagnement en salle de césarienne, aurait pu donner à notre étude des résultats plus concrets. En effet, le fait d'avoir un accord oral et le fait que la venue du père n'était pas systématiquement tracée ne nous permettait pas de savoir si l'information concernant ce protocole et/ou ce consensus oral était donnée aux futurs parents.

V. CONCLUSION

Suite à ce travail de recherche, nous avons pu constater qu'en Lorraine, une minorité de maternité bénéficie d'un protocole d'accompagnement des pères en césarienne programmée. Cependant nous constatons qu'une majorité accepte les pères au bloc opératoire grâce à un consensus oral mis en place par les équipes. De ce fait, sur 19 maternités, 14 d'entre elles acceptent théoriquement les pères en salle de césarienne, protocole rédigé ou non.

Pour les cinq maternités refusant les pères lors des césariennes les raisons sont l'aménagement du bloc opératoire et le refus de l'équipe anesthésique.

A travers nos entretiens, nous constatons qu'il existe un écart entre la théorie et la pratique, et que cet accord, dans la majorité oral, ne permet pas en pratique systématiquement la venue du père en césarienne. Malgré des maternités privées ayant un taux bien supérieur à 50% de présence effective (atteignant 90% dans la plupart des cas), elles ne représentent qu'une minorité. Les maternités publiques sont celles ayant le plus de taux inférieurs à 50% de présence effective des pères.

Mais pour compenser le fait que les pères ne soient pas admis en salle d'opération, et que seulement 28.6% le sont en salle de réveil, les maternités placent le père au premier plan à la naissance de leur enfant. En effet, 93% des établissements proposent le *peau à peau* aux papas.

D'un point de vue organisationnel, les maternités ayant un consensus oral et/ou un protocole écrit ont globalement la même organisation pratique.

Les entretiens nous ont permis de constater que la sage-femme est l'acteur principal lors de la venue du père en salle de césarienne. En effet, en amont c'est elle majoritairement qui habille le père et en aval celle qui intervient dans les premiers soins du nouveau-né (quand celui-ci à une bonne adaptation à la vie extra-utérine), tout en étant accompagné par le père.

A travers cette étude, nous avons permis de faire un état des lieux des pratiques en Lorraine concernant l'accompagnement des pères au bloc opératoire. Le but étant de donner une place prépondérante à la famille en y incluant le père même dans une situation qui n'est pas physiologique, la naissance par césarienne. Notre étude a porté sur les césariennes programmées mais nous avons pu constater que même si le père commence à se faire une place au bloc opératoire, il reste éloigné lorsque celle-ci se passe en urgence. La Lorraine peut encore améliorer son offre de soin, comparativement au CHU de Bicêtre par exemple, où le concept de « césarienne naturelle » tend à installer la triade au cœur de l'offre de soin. En effet, depuis plus de 30 ans les pères sont autorisés à entrer au bloc opératoire. De plus, Dan Benhamou, anesthésiste-réanimateur explique l'importance de la réhabilitation précoce, faisant partie intégrante du principe de la césarienne naturelle. Celle-ci inclut « la présence du père et la participation du couple à la naissance, le peau à peau dès la naissance » (31).

De plus, depuis les années 1990, un nouveau modèle familial est apparu, celui des familles homoparentales. En 2011, 205000 personnes ont déclaré à l'INSEE être en couple avec une personne de même sexe (32). Cela correspond à 0.6% des couples français. La loi bioéthique tend à modifier l'accès à la PMA et donne l'opportunité aux couples homoparentales féminins de pouvoir en profiter (33). Les modèles familiaux changent et malgré une étude qui parle de « pères » nous serons amenés à parler « d'accompagnant » dorénavant dans notre société.

Ayant interrogé les cadres de bloc opératoire et les sages-femmes référentes de maternité, il serait intéressant de connaître l'avis des professionnels de santé sur le terrain et également d'analyser la place du père lors des césariennes (en urgences et programmées) au niveau national pour avoir une vue d'ensemble sur les protocoles et les organisations dans les autres établissements. Une étude de cohorte avec recueil du vécu et des attentes des couples apporterait également des informations précieuses sur ce qu'il convient d'améliorer dans nos pratiques.

Aux vues de l'évolution de la place du père et de son rôle autour de la naissance, il est probable que dans quelques années, ce soit l'absence du père au bloc opératoire qui devienne « anormale » aux yeux des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, Haute Autorité de Santé. Césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes. [En ligne]. [Cité le 9 octobre 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales. 2013, p. 106-108.
3. Coulm B., Bonnet C., Blondel B., Vanhaesebrouck A. Enquête nationale périnatale. Synthèse du rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. p.54
4. R.C. Rudigoz, L. Delecour, S. Thevenet, C. Huissoud, C. Dupont. Quel délai de naissance acceptable en cas de césarienne non programmée ? Application des codes couleurs.
5. Lumbala Y. CESARIENNE. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF.
6. HAS, Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme [En ligne]. [Cité le 14 octobre 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
7. Guidicelli B. CNGOF, Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français. Les mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. [En ligne]. [cité 13 janvier 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/data/CNGOF_MAJ_RPC.html
8. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. Novembre 1997. Volume 177. N°5 ; p.1071-1078.
9. Bianchi I. La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement. Cairn.info [En ligne]. 2015. [cité le 10 décembre 2019]. Tome 63 ; p.47-55. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-laennec-2015-4-page-47.html>
10. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol. Février 1995. Volume 102. N°2 ; 101-6.
11. Petit-Jean M. Le vécu des femmes ayant eu une césarienne en urgence au cours du travail: rôle du retour d'expérience en post-partum enquête-action réalisée auprès de 15 patientes à la maternité du CHRU de Nancy en 2016. [Mémoire] Nancy : Université de Lorraine. 2016. [cité le 29 décembre 2019]. 48p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2016_PETIT_JEAN_MANON.pdf

12. Richecoeur S. Quelle place pour le père au décours de la césarienne ? [Mémoire]. Metz-Thionville : Université de Lorraine. 2009. 68p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_RICHECOEUR_STEPHANIE.pdf
13. CNGOF, Collège National des gynécologues et obstétriciens français. Protocoles en gynécologie et obstétrique. 4ème édition. Elsevier Masson. 2007. Césarienne programmée et en extrême urgences : principes et indications. p.265-268.
14. CIANE, collectif interassociatif autour de la naissance. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? Enquête sur les accouchements. Dossier n°8. Juin 2014.
15. Inconnu. Histoire de la paternité aux XIXe et XXe siècles. EHNE, Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. [En ligne]. [cité le 2 janvier 2020]. Disponible sur: <https://ehne.fr/article/genre-et-europe/de-la-transition-demographique-aux-revolutions-sexuelles/histoire-de-la-paternite-aux-xixe-et-xxe-siecles>
16. Verjus A. La paternité au fil de l'histoire. Informations sociales [En ligne]. 2013. [cité le 10 décembre 2019]. N°176 ; p. 14-22. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-2-page-14.htm>
17. De Neuter P. Réflexions sur les fonctions des pères dans les familles d'aujourd'hui. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux [En ligne]. 2015 [cité le 10 décembre 2019]. N°54 ; p. 119-133. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapiefamiliale-2015-1-page-119.htm>
18. Collombet C. Histoire des congés parentaux en France. Une lente sortie du modèle de rémunération de la mère au foyer. Revue des politiques sociales et familiales [En ligne]. 2016 [cité le 2 janvier 2020]. N°122 ; p. 111-122. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/caf_2431-4501_2016_num_122_1_3168.
19. Inconnu. Histoire de la naissance en Occident (XVIIe-XXe siècles). Société d'Histoire de la naissance. [En ligne]. [cité le 2 janvier 2020]. Disponible sur : http://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96
20. Callet M. Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de PNP et de l'accouchement. [Mémoire]. Nancy : Université de Lorraine. 2015 [cité le 2 janvier 2020]. 58 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_CALLET_MARINE.pdf
21. Dallay D., Reveyaz F. La place du père en salle de naissance. Accueillir les pères en périnatalité. [En ligne]. 2017. [cité le 2 janvier 2020]. p. 69-74. Disponible sur : <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-69.htm>

22. Moreau A., Kopff-Landas A., Séjourné N., Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative. *Gynécologie Obstétrique et fertilité*. 2009. Volume 37 ; p.236-239.
23. Bolandard F. Présence du père en salle de césarienne : point de vue de l'anesthésiste. *Naître et grandir en Languedoc Roussillon*. Hôpital de Narbonne. 2016.
24. Inconnu. Présence du père pendant une césarienne. *Spirale*. [En ligne]. 2003. [cité le 2 janvier 2020]. N°25 ; p. 183-186. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-1-page-183.htm>
25. IHAB, Initiative Hôpital Ami des Bébé. Soutien à l'allaitement maternel. [En ligne]. [cité 20 février 2020]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/>
26. Association Césarine. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Revue Médecine Périnatale*. 2017.
27. HAS, Haute Autorité de Santé. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [en ligne]. [cité 2 avril 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
28. Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth Berkeley Calif*. 2007. Volume 34. N°2 ; p. 105-14.
29. Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica*. 2012. Volume 101. N°4 ; p 360-367.
30. HILLAN E. The aftermath of cesarean delivery. 2000. p.70-72.
31. Benhamou D. La césarienne naturelle. *Anesthésie et Réanimation*. Juillet 2015. Volume 1. N°4 ; p.313-317.
32. INSEE, Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Couples et familles dans notre société. [En ligne]. 2015. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017518?sommaire=2017528>
33. Assemblée Nationale de Bioéthique. [En ligne]. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/alt/bioethique_2

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE.....	1
SOMMAIRE	2
I. INTRODUCTION	3
1.1. LA CESARIENNE	3
1.2. DECISION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE EN CESARIENNE	5
1.2.1. <i>Décision de césarienne : informations et suivi prénatal</i>	5
1.2.2. <i>Personnel soignant présent</i>	6
1.2.3. <i>Le déroulement de la césarienne programmée</i>	7
1.3. LA PLACE DE L'ACCOMPAGNANT	8
1.3.1. <i>L'évolution du rôle patriarcal</i>	8
1.3.2. <i>L'accès à l'accouchement voie basse</i>	8
1.3.3. <i>Le père est la césarienne</i>	9
II. MATERIEL ET METHODE.	11
2.1. TYPE D'ETUDE.....	11
2.1.1. <i>Population étudiée</i>	11
2.1.2. <i>Outils de recueil des données</i>	12
2.2. OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES	12
III. RESULTATS.....	14
3.1. POPULATION ETUDIEE ET PRESENCE D'UN PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT	14
3.1.1. <i>Population étudiée</i>	14
3.1.2. <i>Présence d'un protocole d'accompagnement</i>	15
3.1.3. <i>Mise en place du dispositif</i>	15
3.2. ANALYSE DES RAISONS CONDUISANT A L'ABSENCE DE PROTOCOLE	16
3.3. MATERNITES AYANT UN PROTOCOLE OU ORGANISANT LA VENUE DU PERE AU BLOC OPERATOIRE ...	16
3.3.1. <i>Présence effective des pères au bloc opératoire et degré d'urgence</i>	17
3.3.2. <i>Protocole de programmation avant la césarienne</i>	19
3.3.3. <i>Les étapes du protocole lors de la césarienne</i>	20
3.3.4. <i>Les étapes du protocole après la césarienne</i>	22
3.3.5. <i>Enquête de satisfaction et modifications du protocole en fonction de l'expérience</i>	22
IV. DISCUSSION	24
V. CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE	32
TABLE DES MATIERES	35
ANNEXE I.....	36

ANNEXE I

Trame d'entretien.

→ Possédez-vous un protocole d'accompagnement pour les pères souhaitant assister à la césarienne de leur conjointe ?

SI OUI :

1. Est-il accessible pour les césariennes :
 - Programmées
 - Code VERT
 - Code ORANGE
 - Code ROUGE
2. Depuis quand ce dispositif est en place ?
3. Qui a mis en place ce dispositif ? (Anesthésiste, Gynécologues-Obstétricien, personnel du bloc, ...), *est-ce* pluridisciplinaire et donc mieux accepté par les professionnels ?
4. Quelle est la proportion de demande des pères par rapport au nombre de césariennes ?
5. Quel protocole de programmation est mis en place pour la présence des pères ? Comment ?
 - Par note dans le dossier obstétrical
 - Sur le programme du bloc opératoire
 - Oralement
6. Quel est le délai idéal entre la demande et la césarienne ?
7. Comment se déroule la procédure ?
8. Quelle personne est dédiée à l'accompagnement du père ? Pour la préparation ? Pendant l'opération ?
 - Une personne du bloc opératoire
 - Une auxiliaire de puériculture de la SDN
 - Une étudiante sage-femme
 - Une sage-femme
9. Quel accompagnement pour le père ?
 - Peau à peau autorisé ?
 - Triade en salle de réveil autorisé ?
10. Quelles sont les CI à la présence du père ?
11. Avez-vous une enquête sur la satisfaction de ce protocole ?
12. Envisagez-vous de modifier votre protocole en fonction de votre expérience depuis la mise en place ?

SI NON :

1. Quelles en sont les raisons ?
2. L'équipe obstétricale est-elle un moteur à la mise en place d'un protocole ?
3. L'équipe anesthésique ?
4. Avez-vous envisagé de mettre en place un dispositif ?

Université de Lorraine – Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de REYMANN Coraline 2019-2020

La politique et l'organisation de l'accompagnement des pères lors des césariennes programmées en Lorraine.

Enquête auprès des cadres responsables des blocs opératoires du 28 juin 2019 au 16 janvier 2020

Résumé

But. Evaluer la politique et l'organisation de l'accompagnement des pères lors des césariennes programmées en Lorraine.

Matériel et Méthode. Il s'agit d'une étude transversale multicentrique. Nous avons inclus les 19 maternités lorraines et avons interrogé les sages-femmes référentes et les cadres responsables des blocs opératoires. Nous avons fixé comme objectif principal d'évaluer la mise en place d'un protocole d'accompagnement des pères lors des césariennes programmées et comme objectifs secondaires d'en identifier les freins et les leviers. Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs. La saisie et l'analyse des données collectées étaient réalisées avec le logiciel WORD et EPI INFOS.

Résultats. Trois maternités lorraines possèdent un protocole écrit et 78.6% d'entre elles possèdent une organisation pratique sans protocole écrit permettant aux pères d'assister à la césarienne de leur conjointe. Les freins à la mise en place d'un protocole sont l'aménagement du bloc opératoire et le refus de l'équipe anesthésique. Le *peau à peau* est proposé aux papas dans 93%.

Conclusion. Sur les dix-neuf maternités lorraines, trois seulement possèdent un protocole écrit mais 78.6% d'entre elles possèdent un consensus oral permettant l'accompagnement du père en salle de césarienne.

Mots clés (3)

Accompagnement père césarienne