



HAL
open science

La place du père lors d'une césarienne en urgence

Alice Dubreuil

► **To cite this version:**

Alice Dubreuil. La place du père lors d'une césarienne en urgence. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00765313

HAL Id: dumas-00765313

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00765313>

Submitted on 14 Dec 2012

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT FERRAND**

Université d'Auvergne

Faculté de médecine

**LA PLACE DU PERE
LORS D'UNE CESARIENNE
EN URGENCE**

Mémoire présenté et soutenu par

DUBREUIL Alice

Née le 30 janvier 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2012

A travers ces quelques lignes je tiens à remercier :

Mme Poutignat, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse et sa disponibilité.

Mme Fortuné, mon enseignante référente, pour ses corrections et ses conseils.

Tous les pères qui ont participé à cette étude.

Mais aussi ma famille et mes amis, en particuliers :

Mes parents et mon frère, Antoine, pour leurs encouragements, leur soutien constant, notamment depuis la P1, et pour leurs nombreuses relectures lors de ce travail de recherche.

Ma cousine, Adeline, pour son aide et ses corrections...

Mes 2 « coéquipières » mahoraises : Camille et Hélène, pour ce voyage inoubliable.

Margot, Charlotte, Juliette, Amandine D, Marion, Auberie, Amandine G, Karim pour tous ces bons moments passés ensemble au cours de ces 4 années à l'école de sage-femme...

Emilie pour tous nos moments partagés depuis le lycée.

GLOSSAIRE

- CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- ECG : Electrocardiogramme
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HIV : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- HRP : Hématome Rétro Placentaire
- HSV : Herpes Simplex Virus
- HTA : Hypertension Artérielle
- IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- SHAG : Stéatose Hépatique Aigüe Gravérique

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
1. La place du père.....	2
2. De l’homme au père	10
3. La césarienne	15
MATERIEL ET METHODE	
1. Objectifs de l’étude.....	23
2. Type d’étude	23
3. Matériels	23
4. Méthode	24
5. Analyse des résultats	26
RESULTATS	
1. Le taux de réponse.....	27
2. Les caractéristiques du père.....	27
3. Les motifs de césarienne	28
4. La prise en charge des pères	29
5. La préparation des pères à la césarienne	33
6. Ce que les pères auraient souhaité.....	37
7. Souhaits réels des pères	43
DISCUSSION	
1. Les forces et les faiblesses de l’étude	46
2. Les caractéristiques du père.....	47
3. Les motifs de césarienne	47
4. La prise en charge et les attentes des pères	47
5. La préparation des pères à la césarienne	54
6. Projet d’action	57
CONCLUSION	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
ANNEXES	

INTRODUCTION

La présence du père lors de la naissance d'un enfant fait partie d'un ensemble de bouleversements dont a bénéficié la figure paternelle au cours des siècles.

En effet, traditionnellement, les hommes étaient exclus de l'accouchement, cet évènement étant une affaire de femmes. Ce n'est qu'au XX^{ème} siècle que le premier père a pu assister à la naissance de son enfant [1]. Aujourd'hui, sa présence est devenue banale [2].

Initialement, je voulais m'intéresser à la place du père dans une situation d'urgence. En effet, il n'est pas rare de voir des hommes totalement démunis face à une rupture de la poche des eaux ou face à la douleur de leur compagne.

Mais, alors que le couple mère-enfant est pris en charge par des professionnels, qu'en est-il du père ? Aujourd'hui, les portes de la salle de naissance leurs sont largement ouvertes et une place leur est réservée...mais quelle place ? Lorsque l'accouchement a lieu par voie haute, ils sont facilement mis à l'écart et peuvent se voir refuser l'accès à la naissance de leur enfant. Aujourd'hui, on ne parle plus de dyade mère enfant mais d'une triade père mère enfant.

J'ai donc souhaité réaliser ce travail pour mieux connaître le vécu des pères confrontés à une césarienne en urgence, afin d'améliorer leur prise en charge.

Ainsi, l'objectif principal de mon enquête était de déterminer les modalités de prise en charge des pères lors d'une césarienne en urgence. Les objectifs secondaires visaient d'une part de rechercher les moyens que les pères s'étaient donnés pour s'y préparer et ce qui leur avait été proposé, et d'autre part, de rechercher ce qu'ils auraient souhaité.

Dans un premier temps, nous avons donc présenté l'évolution de la place du père au cours des siècles tant sur le plan sociologique qu'anthropologique et psychologique. Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'accès de l'homme à la paternité, à la place qu'il occupe pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum. Enfin, nous avons rappelé les définitions, fréquence et indications d'une césarienne.

**REVUE DE
LA LITTERATURE**

1. La place du père

1.1. Définitions

1.1.1. La parentalité

Néologisme créé dans les années 1950 par les psychanalystes (Benedek en 1959, Racamier en 1961), le terme parentalité est le produit de la parenté et de la parentalisation des parents. Il désigne d'abord un processus de maturation psychique qui se développe aussi bien chez la mère (maternalité) que chez le père (paternalité). Les parents doivent prendre conscience de l'héritage de leurs parents et transmettre à leurs enfants. Faite de représentations mentales, d'affects et de désirs, c'est une construction susceptible d'être mise en péril.

Pour Gérard Poussin, la parentalité est un besoin quasi inscrit dans le développement du sujet, une délimitation marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte. Ce mouvement pouvant survenir ou non est susceptible de modifications aux différents âges de la vie. Il montre comment la parentalité évolue ce qui introduit l'idée que chaque nouvelle naissance peut ouvrir sur une parentalité tout à fait différente pour un même sujet.

Dans la même lignée, M. Lamour et M. Barraco définissent ce processus :

« La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est à dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. C'est un processus maturatif » [3].

Selon les travaux d'un groupe de recherche dirigé par le Professeur Didier Houzel, la parentalité s'organiserait en trois axes qui sont interdépendants et susceptibles de défaillances :

- L'axe de l'exercice de la parentalité est l'ensemble des droits et des devoirs dont hérite tout parent à la naissance d'un enfant, ce qui structure, dans une société donnée, les places parentales et les implique dans une filiation et une généalogie.
- L'axe de l'expérience de la parentalité est l'axe du ressenti. Il permet de rendre compte des décalages qui peuvent exister entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel.
- L'axe de la pratique de la parentalité comprend les actes concrets de la vie quotidienne.

Grace à ces trois axes, on pourrait alors proposer la définition suivante :

« *La parentalité est un processus psychique évolutif et un codage social faisant accéder un homme et/ou une femme à un ensemble de fonctions parentales, indépendamment de la façon dont ils les mettront en œuvre dans une configuration familiale.* » [3].

Catherine Sellenet complète cette définition en y joignant des paramètres susceptibles de modifier, favorablement ou non, les éléments de cette parentalité. Elle propose alors de prendre en compte le contexte socio-économique et culturel, le contexte familial et affectif, le contexte institutionnel et le contexte juridique (annexe I) [3].

1.1.2. La paternité

Terme créé à l'apparition du congé de paternité en 2002, qui accorde des jours de congés supplémentaires aux 3 jours légaux, la paternité définit le fait d'être père, la qualité de père. En droit civil, la paternité est une reconnaissance sociale de lien entre un homme et son enfant [4].

Le parent étant responsable de l'éducation des enfants, la paternité demande une implication morale dans le développement. La paternité peut être biologique ou encore adoptive, l'homme ayant alors fait le choix de prendre à sa charge un enfant.

1.2. Evolution de la place du père dans la société au cours des siècles

1.2.1. Les pères d'hier...

- **L'héritage du droit romain et l'idéologie lignagère**

Dans l'ancien régime, le père est le garant de l'ordre public et le soutien de la société. Il est la pierre angulaire de tout un édifice. C'est une véritable monarchie paternelle qui est installée : l'ancien régime représente l'âge d'or de la paternité.

En droit romain, le *pater* est celui qui donne la vie ou la mort. La paternité est uniquement l'effet de la volonté. En effet, c'est par le geste du *tollere liberum* ou libre soulèvement que le père fait de l'enfant le sien et la notion de filiation biologique est vide de sens juridique. Ce concept n'est qu'un fait et non un droit [5].

A partir du II^{ème} siècle, l'empire met en place une obligation alimentaire entre ascendants et descendants, et ce, que les enfants soient issus de justes noces ou non. Dès lors, lorsque le père soulève l'enfant, il doit accepter de le nourrir.

Au bas empire, le droit prend en compte le lien biologique, la paternité naturelle. Ainsi, l'empereur Justinien établit un décret selon lequel un homme marié en justes noces perd le pouvoir de se constituer père comme il l'entend de n'importe quel enfant. Les enfants adultérins et incestueux n'ont plus aucun droit vis-à-vis de leur géniteur et génitrice. Ils n'ont donc plus aucun droit alimentaire. Le lien biologique devient alors contraire à la paternité et la norme est définie par le mariage puisque seul l'époux est père.

Le XI^{ème} siècle marque le déclin de l'empire romain et la notion de lignage entre dans les coutumes. La paternité semble alors être dominée par l'obsession du sang, support de l'honneur, du nom et du pouvoir. Ainsi, le statut juridique de l'union est sans importance dès lors que la mère enfante. L'absence de défaveur vis-à-vis des bâtards paraît alors évidente, et, un certain nombre de texte montre même une indivision entre ces derniers et les fils légitimes. Il en résulte une égalité entre tous les enfants qui font donc tous partis du lignage et sont tous appelés à la succession.

Dès la fin du XI^{ème} siècle, cette manière de concevoir l'enfant illégitime est dénoncée par l'Eglise, le mariage chrétien devant constituer la seule base de la société. Même s'il reste un certain décalage entre la loi et l'usage, on s'achemine peu à peu vers le modèle du père de famille géniteur, nourricier, éducateur et véritable roi dans son foyer.

A la fin du moyen âge, la paternité est une institution juridique complexe façonnée par l'enseignement de l'Eglise et la pratique coutumière [5].

- **Mi XVIII^{ème} à mi XIX^{ème} siècle**

De 1750 à la révolution, il y a un surinvestissement de l'image paternelle dans tous les domaines aussi bien social et philosophique que politique et symbolique.

Si le XVIII^{ème} siècle est bien le siècle de l'apogée de la paternité, c'est aussi celui du début de la décadence symbolisée par l'exécution de Louis XVI, le "père de la nation".

En 1889, une loi est créée sur la déchéance paternelle des pères indignes et l'assistance publique prend en charge les enfants. Dès lors, l'ancienne relation de pouvoir du père est remplacée par un contrat moral qui règle les liens de famille. Les fonctions paternelles seront désormais considérées comme les besoins, et bientôt les droits, des enfants naissant dans une société civilisée. On passe d'une situation de droit à un état de devoir et le père manquant à ses fonctions peut désormais être remis en question.

C'est alors qu'une nouvelle image du père plus familière et paisible est utilisée dans un projet militant. Le père a une fonction symbolique, il représente la nature. Devant celle-ci, les distinctions et privilèges de la société s'abolissent ce qui conduit à la perspective d'un monde plus homogène et égalitaire et donc à un nouvel ordre des choses. Cette nouvelle paternité est une puissante machine de guerre contre l'ancien régime [6].

- **XIX^{ème} – XX^{ème} siècle**

De 1750 à 1920, on assiste à une déstructuration puis à un remodelage de l'image et des pratiques paternelles.

Au XIX^{ème} siècle, l'urbanisation, l'industrialisation et le déplacement des populations obligent les pères à migrer temporairement loin de leur famille. Cela donne une organisation familiale particulière avec une référence au père qui subsiste malgré son absence. Selon les philanthropes ou les chrétiens sociaux, le développement harmonieux de la famille passe donc par la femme et la mère, le père étant voué au labeur.

Jusque-là, l'éducation était une obligation paternelle soulignée par l'Eglise. Cependant, celle-ci perd de son influence et ce devoir fondamental échappe au père qui, par incapacité ou refus n'assume plus ce rôle et délègue sa tâche à des collègues pour les plus nobles et à des hommes étrangers à la famille dans les campagnes. La déchristianisation entraîne une dévalorisation de la paternité traditionnelle.

Simultanément, on assiste à une exaltation de la mère ainsi qu'à un effort d'évangélisation et d'encadrement du clergé auprès des femmes ce qui participe à la diminution de l'image du père dominateur [7].

De 1945 à 1968-70 on assiste à une perte de pouvoir et d'autorité des pères. En 1955, l'apparition des analyses sérologiques permettent de faire la preuve d'une non paternité.

En 1970, c'est la mort définitive du paterfamilias avec une réforme sur l'autorité parentale qui abolit la puissance paternelle. Désormais, il y a 2 chefs de famille : le père et la mère qui ont plus de devoirs que de droits envers l'enfant. Les rôles parentaux tendent alors vers une indifférenciation des pratiques paternelles et maternelles.

Les lois de 1970 et de 1972 réduisent la puissance du père qui est limitée par l'intérêt de l'enfant d'une part et le droit des femmes d'autre part [8].

- **Les dates clés de l'affaiblissement de la puissance paternelle**

1793 : Chute de dieu le père, le roi tout puissant avec la décapitation de Louis XVI.

1841 : interdiction du travail des enfants (loi non appliquée)

1889 : loi sur la déchéance paternelle des pères indignes. L'assistance publique prend en charge les enfants.

1935 : abolition du droit de correction paternelle

1938 : abolition de la puissance maritale

1942 : le mari devient « chef de famille »

1955 : analyse sérologique, preuve de non paternité possible

1970 : terme de puissance paternelle disparaît et est remplacé par l'autorité parentale

1972 : loi sur la filiation : assimilation de l'enfant naturel à l'enfant légitime. Autorité parentale à la mère exclusivement en cas de non mariage [8]

1.2.2. ... Et d'aujourd'hui

- **Les nouvelles familles**

Actuellement, on observe des transformations liées à l'évolution de la famille conjugale. La diminution du nombre de mariage fait place à une augmentation du taux de concubinages ou d'unions libres. A cela se rajoute un accroissement du nombre de divorce. On observe également, en plus des familles traditionnelles, la naissance de nouvelles formes familiales, monoparentales ou recomposées.

L'autorité parentale est alors exclusivement dédiée à la mère en cas de non mariage.

Au point de vue juridique, 3 critères permettent de désigner le père : le mariage, la vérité biologique et la possession d'état. D'autre part, on constate plusieurs formes de paternité avec l'Insémination Artificielle avec Donneur, ou la Fécondation In Vitro. Le père est mis en retrait pour n'être que le fécondateur, « le donneur de sperme » [8].

Dans les familles recomposées, on peut se demander qui est le père, qui est le tiers séparateur, qui est responsable de l'enfant de la première union. En effet, le nouveau compagnon n'a pas de place légale à l'égard de l'enfant mais il devrait avoir une responsabilité envers lui [9]. Finalement, la séparation d'un couple est le seul moment, en dehors du schéma familial traditionnel, où l'on considère la relation père-enfant [10].

- **Le congé paternité**

Créé sous le gouvernement Jospin et entré en application le 1er janvier 2002, le congé de paternité dure 11 jours pour une naissance unique ou 18 jours pour une naissance multiple, en plus des 3 jours légaux [11].

Sa durée est assez homogène et comprise entre 1 et 2 semaines en Europe. (annexe II)

En France, afin de favoriser une meilleure implication du rôle paternel dans la famille, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) préconise, en juin 2011, la création d'un congé d'accueil de l'enfant de 8 semaines et un bonus d'une semaine serait accordé, en cas de prise intégrale de son congé par le père. (annexe III) Le congé parental serait quant à lui raccourci à 1 an au lieu des 3 maximum actuellement. Une autre mesure vise à instaurer 3 autorisations d'absence pour que les pères accompagnent leur conjointe aux examens médicaux obligatoires de surveillance de la grossesse [12].

1.3. Point de vue anthropologique

Parallèlement à une évolution sociologique de la place du père, on assiste aujourd'hui à une véritable révolution anthropologique.

On observe donc une redistribution du masculin et du féminin et le mouvement de l'homme vers le pôle féminin correspond au mouvement symétrique de la femme vers le pôle masculin. Le statut des femmes a radicalement changé et le père a dû changer de place. On assiste à deux évolutions concomitantes : les mères attendent autre chose des pères donc les pères occupent une autre place [13].

La notion de père est une représentation sociale à laquelle l'homme accède, non pas comme la mère par son rôle de géniteur, mais par celui d'époux ou d'éducateur [14]. Elle est dépendante de la culture, des civilisations et la place du père n'est pas fixe. La paternité est un processus qui devrait se composer d'une image moderne du père se mêlant à celle du père traditionnel afin de créer une nouvelle identité paternelle. Des questions se posent à plusieurs niveaux : sur l'équilibre à trouver entre la tradition et la modernité mais aussi entre l'égalité des sexes et la spécificité des genres [15].

Chaque homme doit donc créer sa propre paternité avec d'une part la place que lui laisse la société et d'autre part sa propre histoire. Les nouveaux pères ne bénéficient d'aucune transmission générationnelle : tout est à inventer. Ils doivent se construire seuls, en s'appuyant sur leur vécu, leur couple. Leur place n'est reconnue ni dans la société ni dans le monde du travail et le congé de paternité n'est qu'un petit « *starter* » à la construction de cette nouvelle image [10].

1.4. Point de vue psychologique

- **La complexité de la figure paternelle**

Aujourd'hui, le mot de père fait référence à des aspects très variés qui évoquent des niveaux de connaissance différents.

D'abord, le père est un homme adulte qui accède à la paternité en rendant sa femme enceinte. C'est la référence à la sexualité masculine. L'homme devient père pendant que sa femme devient mère ce qui induit de nouvelles responsabilités et une nécessité de

recomposer les représentations touchant à la sexualité adulte. Les crises du couple par rapport à la naissance d'un enfant sont souvent le symptôme des difficultés à aménager ces nouvelles représentations. Cet aspect du père est le moins présent en périnatalité.

D'autre part, il y a le père comme partenaire, une représentation qui appartient à la mère en tant que femme adulte. C'est la référence à la sexualité féminine. Le père incarne alors l'objet d'amour et de désir.

Ensuite, on arrive au père en tant que père de l'enfant dans la représentation de la mère. Ce sont ces pères faibles, ces pères absents ou encore violents décrits par les femmes. La question est de savoir comment le père contribue ou contredit à cette image de lui-même et comment l'enfant reçoit cette combinaison de comportements et de représentations parentales [16].

Enfin, il y a le père comme fonction paternelle définie dans la psychanalyse comme tel :

C'est ce qui fonde chez un enfant la possibilité de naître au monde comme parlant et désirant, c'est-à-dire de devenir ce qu'on appelle un sujet. Un sujet, c'est quelqu'un qui peut dire « je », qui peut parler en son nom, assumer sa place générationnelle, « fils » et non pas « père », et sa place sexuée, « garçon » et non pas « fille » [9].

• La place du père dans la dyade mère enfant

Dans la théorie de Lacan, le lien vital à la mère ne suffit pas et pour qu'un humain advienne au désir, c'est-à-dire ait la possibilité de dire « je » et accède à la socialisation, il faut qu'un principe séparateur entre en jeu. Ce principe séparateur a été traditionnellement supporté par le père : C'est « la fonction paternelle » ou encore « fonction de tiers œdipien » ou « fonction de Nom-du-Père » [9].

Pour Mélanie Klein, il n'y a pas de fusion primitive entre la mère et l'enfant mais ce dernier cherche à avoir l'exclusivité auprès d'elle. Le père a donc pour rôle d'occuper les pensées de la mère pour qu'elle ne puisse pas répondre au désir de fusion et ainsi éviter le risque de psychose de l'enfant.

Selon Winnicott, l'enfant risque la psychose si sa mère donne des réponses trop inadaptées à ses attentes. Le père doit alors fournir un environnement suffisamment sécurisant pour la mère afin qu'elle puisse être « suffisamment bonne » pour son enfant.

En revanche, il faut noter que le père biologique n'est pas indispensable : un père symbolique peut suffire dès l'instant où la mère reconnaît un tiers de façon à ce que la relation ne soit plus duelle [17].

2. De l'homme au père

2.1. La naissance dans le monde : quelle place pour le père ?

2.1.1. Une présence néfaste

Dans certaines populations d'Asie et d'Afrique, l'absence du mari ou plus généralement des hommes lors de l'accouchement est indispensable. L'accouchement est effectivement jugé comme étant une affaire de femmes.

Ainsi, chez les Diolas du Sénégal par exemple, même si l'enfant est décédé à la naissance, aucun détail sur l'accouchement ne sera donné et il est interdit au père de tenter d'en avoir. De plus, il est interdit aux hommes de voir le linge d'une femme en couche : le sang de l'accouchement mettrait en péril la virilité masculine d'une part mais aussi les facultés reproductrices des femmes d'autre part. C'est pourquoi seules les femmes ménopausées assistent à l'accouchement.

En Asie, le sang d'une femme, lors de ses règles ou d'un accouchement est impur [18].

2.1.2. Une présence nécessaire

Dans d'autres populations, la présence des pères semble acceptée voire indispensable.

Par exemple, chez les Tenggers de Java en Océanie, l'homme est informé du début des contractions et il est dit que c'est l'enfant qui choisit de l'attendre ou non pour naître. Cette décision primordiale conditionnera toutes les relations émotionnelles ultérieures entre l'enfant et son père.

Au Guatemala, il soulage sa conjointe en la soutenant sous les bras. En effet, il est important pour le mari de savoir qu'une femme peut souffrir.

Au Yucatán, si l'enfant est mort-né, le père absent est même désigné comme le responsable du décès [18].

2.2. Devenir père en France

2.2.1. Quelle place pendant la grossesse ?

En France, comme dans d'autres pays industrialisés, la présence du futur père en maternité est devenue banale. Mais commençons par étudier la place du père pendant la grossesse dans notre pays.

La grossesse est quelque chose de très mystérieux pour le père et ses fantasmes tournent plus autour d'une monstruosité que d'un réel bébé à venir. En effet, l'homme doit tout inventer et le fœtus revêt une image très fragmentaire à ses yeux notamment de par les échographies. La paternité anténatale passe par le corps de la femme et c'est à lui de se trouver une place à ses côtés. L'homme reste le compagnon de sa femme et la paternité ne se joue réellement qu'après la naissance, après la maternité. Il ne peut effectivement pas être le père du ventre de sa compagne. La nomination paternelle doit venir de la mère et du bébé : c'est la femme qui va faire de son conjoint le père de l'enfant.

Au vu de l'évolution de la place du père dans la société, ce qui manque aux hommes dans leur construction paternelle, c'est une transmission générationnelle [2].

Aujourd'hui, les hommes sont très présents aux côtés de leur conjointe durant la grossesse. Certains sont attentifs aux conseils des professionnels et suivent le mouvement alors que d'autres s'informent largement grâce à des revues spécialisées ou sur Internet. Ces derniers se cachent alors derrière un écran de savoir qui leur permet de se protéger de toute charge affective. Dans ce cas, l'investissement personnel à l'égard de l'enfant pourrait être remis en question. D'autres hommes vont jouer le rôle d'intermédiaire entre leur conjointe et le corps médical.

Mais quel qu'il soit, l'homme va contribuer, par sa seule présence, au début de l'équilibre que va connaître son enfant. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité vont lui permettre de comprendre sa femme, et celle-ci, en l'invitant à participer va lui donner une place au sein d'une certaine fusion mère-enfant qui peut se créer : le futur père va jouer un rôle de tiers séparateur dans leur relation.

L'investissement précoce de l'homme permettra à la femme de se « séparer » de son enfant plus facilement à l'accouchement. Le nouveau père pourra alors prendre sa place dans cette nouvelle triade [19].

De plus, aujourd'hui, de rares maternités ont instauré, dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, des groupes de parole pour les futurs pères qui leur permettent de « se dire » et de se sentir reconnu comme existants dans cette institution qu'est la maternité. Cette démarche révèle une prise de conscience, par les équipes soignantes, de la problématique paternelle [1].

2.2.2. Quelle place à l'accouchement ?

Traditionnellement, les hommes ont été exclus de l'accouchement. Dans tout l'occident, cet événement est uniquement l'affaire des matrones, et le regard masculin est frappé d'interdit. L'apparition du médecin obstétricien ne date que du XVII^{ème} siècle.

En 1952, le premier père assiste à la naissance de son enfant et ce n'est que depuis une vingtaine d'années que sa présence est considérée comme non dangereuse, la crainte de l'infection étant infondée.

Dans les années 1950, pour assister à l'accouchement de sa femme, l'homme doit pourtant être un fervent défenseur de la libération de la femme et un militant pour l'accouchement sans douleur [1].

Aujourd'hui, nous assistons à un véritable retournement de situation où, sous la pression culturelle et celle de leur entourage, les hommes pour « en être » doivent « y être ».

Les pères sont ainsi sollicités à plusieurs titres :

- Tout d'abord, pour développer l'attachement à leur enfant : ceux présents à l'accouchement reconnaissent mieux leur enfant parmi d'autres, sont plus confiants dans le port du bébé. Leur présence et leur comportement envers leur conjointe et leur nouveau-né apparaissent comme des prédicats de leur implication post natale. La plupart des « primipères » définissent alors l'accouchement comme étant « le moment privilégié, où ils créent le lien », et ne pas y être apparaît comme inconcevable.
- Ensuite, pour renforcer les liens dans leur couple : Le nombre de séparations et de divorces devraient donc diminuer...

- Egalement, au nom de la qualité de la relation : Les deux futurs parents souhaitent en effet être ensemble le plus souvent, et la présence du père n'est pas la seule volonté de l'un ou l'autre. Cependant, les hommes n'assument pour la plupart leur décision en ne la revendiquant dans un processus d'appropriation qu'après coup.
- De plus, la naissance est donnée comme un acte fondateur de la famille : La présence du père aurait un impact considérable sur l'unité de la famille.
- Enfin, le père est une aide pratique et réconfortante : La présence d'une personne accompagnant la parturiente diminue effectivement la durée et les complications du travail. Elle permet en outre aux femmes de faire moins usage d'analgésiques. Un bon soutien du partenaire est aussi protecteur contre la dépression postnatale.

Toutefois, il faut souligner que la paternité relève d'une pure démarche intellectuelle qui ne peut s'exprimer que par la parole, contrairement à la maternité qui est une expérience sensorielle. Le bon père, s'il existe, devrait alors être celui qui agit par envie, plaisir ou amour et non celui qui cherche à se conformer à une norme répondant à un modèle féminin [1].

Pourtant, l'implication des pères est bien fonction de la place que sa compagne lui laisse. Celle que les équipes lui accordent est aussi un élément déterminant et essentiel pour l'avenir puisque les pères s'identifient aux regards portés sur eux. La majorité d'entre eux est donc présente en salle de naissance mais ils restent généralement à l'écart lorsqu'une tierce personne est présente, notamment s'il s'agit d'une femme, comme s'il était dépossédé, exclu d'un milieu féminin.

Concernant le clampage du cordon ombilical, un certain nombre de père souhaite le couper, il s'agit en effet pour eux de s'approprier une part de la naissance. D'autres se protègent d'une trop grande émotion derrière un écran de caméscope tout comme nous avons vu qu'ils peuvent se cacher derrière un écran de savoir pendant la grossesse. De plus, la surmédicalisation diminuerait l'émotion au sein du couple [20].

2.2.3. Dans le post partum

Après la naissance et durant le séjour à la maternité, on note une participation plus active des hommes lorsque leur enfant est né par césarienne de même que si son état a nécessité un transfert dans un service spécialisé : le père joue un rôle de messenger entre son enfant et sa conjointe. Lors de l'hospitalisation, certains pères sont présents sans être actifs dans les soins au nouveau-né alors que d'autres y participent volontiers. Ils sont généralement assidus et visitent quotidiennement leur conjointe et leur enfant. D'autres pères sont absents, parfois pour des raisons familiales ou géographiques [20].

D'autre part, le post partum peut être le siège d'un syndrome de dépression ou « *baby blues* ». Si la dépression maternelle est assez largement documentée, on ne retrouve que très peu d'écrits relatifs à la dépression périnatale paternelle. Pourtant, l'accès à la paternité représente une crise identitaire et on estime que 10,4 % des pères sont touchés par un épisode dépressif entre le premier trimestre de grossesse et la première année de vie de l'enfant. L'incidence la plus élevée se situerait entre le troisième et le sixième mois du post partum avec 25,6% [21].

Mais y-a-t-il une corrélation entre les 2 membres du couple au plan de la dépression ? Il apparaît que « *la dépression paternelle exprime parfois une identification hystérique de l'homme avec la dépression post natale de sa conjointe* » ou bien que « *la dépression ou les défaillances de la mère peuvent déborder le père [...] et le conduire vers une véritable dépression post natale* ». Certaines études rapportent au contraire que l'état dépressif du père jouerait d'avantage un rôle sur sa compagne que l'inverse [22].

Ainsi, si le lien paraît faible, les études montrent que l'altération psychique de l'un d'eux doit attirer l'attention sur l'autre membre du couple [21].

Outre les interactions entre les 2 partenaires, la dépression périnatale paternelle peut être due à une « *relation conflictuelle du père à sa propre mère ou à une relation ambivalente à son propre père* » [22]. La naissance peut également constituer un traumatisme psychique, mais certains pères sont plus susceptibles que d'autres à développer cet état.

Il apparaît donc important de repérer ces pères en recherchant des signes annonciateurs de dépression ou d'anxiété comme chez les femmes, d'autant plus qu'il pourrait y avoir un retentissement de cette dépression sur le développement de l'enfant [22].

3. La césarienne

3.1. Définition

Une césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer l'ouverture de la paroi abdominale et de l'utérus gravide dans le but d'en extraire le fœtus vivant. Très exceptionnellement, cet accouchement artificiel peut également être pratiqué après une hystérotomie par voie vaginale [23].

Il existe plusieurs types de césarienne : celle-ci sera programmée avant le travail lorsque la naissance par voie basse est impossible pour des raisons maternelles ou fœtales. Lorsqu'elle n'est pas programmée, il s'agit d'une césarienne en urgence dont le degré est variable.

3.2. Fréquence

Le taux de césariennes est très variable d'un pays à l'autre dans le monde. On observe ainsi un taux de 13.6% en Suède en 2003 contre 40% au Chili en 1997 ou 31.8 % aux Etats Unis en 2007 [24].

En France, le taux de césarienne a subi une inflation comme le montrent les enquêtes périnatales avec un taux passant de 15.9 % en 1995 [25] à 17.5% en 1998 [26] jusqu'à 19.6 % en 2003 [27]. Ce taux tend à se stabiliser depuis quelques années autour de 20 % [24].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose d'utiliser le taux de césarienne comme l'un des indicateurs visant à réduire la mortalité maternelle.

Ainsi, cet indicateur est assorti à la fois d'un niveau minimum et d'un niveau maximum acceptables afin d'éviter un recours abusif à la césarienne. Dès lors, si les résultats obtenus se situent dans les limites acceptables, c'est-à-dire entre 5 et 15 % du total des naissances attendues, on en conclut que la plupart des femmes qui ont besoin d'une césarienne en bénéficient. Cet indicateur ne permet cependant pas de savoir si les césariennes pratiquées le sont à bon escient. Aussi, une surveillance continue reste primordiale pour permettre aux femmes d'en bénéficier sans délai lorsqu'elle est nécessaire et pour en réduire le nombre dans le cas où elle est inutile [28].

3.3. Les indications de césarienne

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précise que la morbi-mortalité liée à la césarienne est supérieure à celle de l'accouchement par voie basse. De plus, ces risques sont nettement augmentés lorsque l'intervention est réalisée en cours de travail. Ainsi, différentes indications de césarienne avant travail sont définies par les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) [29]. Outre ces recommandations, il existe d'autres indications de césariennes.

Une classification des césariennes en fonction du degré d'urgence a été introduite en 2000. Ainsi, 4 catégories ont été établies :

- Césarienne programmée : la naissance doit se faire par voie haute car il y a une contre-indication à la voie basse.
- Césarienne en urgence dite « non urgente » : il y a nécessité d'une naissance par voie haute mais sans menace vitale à court terme.
- Césarienne en urgence dite « urgente » : il y a une menace à court terme mais non immédiate du pronostic vital maternel et/ou fœtal.
- Césarienne en urgence dite « très urgente » : il y a une menace immédiate du pronostic vital maternel et/ou fœtal [30].

3.3.1. Césariennes programmées

- **L'utérus cicatriciel**

Concernant l'utérus cicatriciel, aucun examen à ce jour ne permet d'évaluer la solidité de la cicatrice utérine. Aussi, la réalisation d'un pelviscanner n'est pas nécessaire et un antécédent d'infection dans les suites d'une césarienne n'est pas une contre-indication à la voie basse. D'autre part, l'utilisation des ocytociques et la réalisation d'une analgésie péridurale ne sont pas contre indiqués [29].

On notera tout de même l'indication de césarienne itérative sur un utérus cicatriciel en cas de cicatrice corporeale, d'utérus pluricicatriciel, d'antécédent de rupture utérine, de présentation non céphalique, de grossesse gémellaire ou d'absence de renseignements sur la cicatrice antérieure [31].

- **Le diabète**

Une naissance par voie haute avant travail sera préconisée en cas de diabète associé à un poids fœtal estimé à plus de 4250 ou 4500 grammes. La suspicion d'une macrosomie seule n'est pas une indication de césarienne [29].

- **Les infections**

Lors d'une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) une césarienne prophylactique sera effectuée si la charge virale reste élevée sous thérapie [32].

En cas de condylomes de forme floride majeure, découverts à terme, non traités ou récidivants, une césarienne sera programmée [33].

- **Anomalie de présentation**

Lorsque l'on est en présence d'une présentation transverse secondaire, symptomatique d'une autre anomalie (comme un placenta praevia, une malformation utérine, un bassin rétréci etc...), l'indication de césarienne est évidente. Le plus souvent elle sera pratiquée après 39SA [34].

- **Les grossesses multiples**

En cas de grossesse gémellaire bi-amniotique, les études pratiquées ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre notamment en cas de prématurité (<32 SA) ou de fœtus de faible poids (<1500g) ni même en cas de présentation du siège du premier jumeau (JA). Il n'existe pas d'indication à réaliser une césarienne systématique, cependant une césarienne sera programmée si JA est en position transverse [29].

Dans une situation de grossesse mono-amniotique, une césarienne avant travail sera indiquée [31].

Lors de grossesses triples et au-delà, une césarienne sera systématiquement réalisée.

- **Les antécédents de périnée complet compliqué ou de chirurgie réparatrice**

Ce type d'antécédents amène à programmer une césarienne afin d'éviter les complications d'un accouchement par voie basse sur un périnée déjà fragilisé.

- **Les cardiopathies**

La césarienne prophylactique pour cardiopathie est devenue exceptionnelle. L'analgésie péridurale est indiquée, sauf en cas de traitement anticoagulant [35]. Les coronaropathies et le syndrome de Marfan peuvent être une indication de césarienne prophylactique.

- **Les malformations fœtales**

Dans l'état actuel de nos connaissances, la seule indication de malformation fœtale ne justifie pas de proposer une césarienne prophylactique à moins qu'elle ne soit associée à un bénéfice néonatal certain supérieur au risque maternel encouru [36].

- **Cas de la césarienne de convenance**

La patiente est aujourd'hui un acteur essentiel du choix de sa voie d'accouchement. Cependant, cette constatation ne doit pas conduire à respecter sans discussion certains choix irrationnels c'est-à-dire sans preuve de bénéfice. Outre son devoir d'information, le professionnel doit faire un effort de compréhension de la demande puis d'orientation voir même de persuasion du choix d'un accouchement par voie basse avant d'accepter une césarienne de convenance personnelle. Si les échanges entre le médecin et la patiente, débutés le plus tôt possible au cours de la grossesse, n'aboutissent pas à une situation idéale de "décision partagée", le médecin peut faire état de la "clause de conscience" et orienter la patiente vers l'un de ses confrères [29].

3.3.2. Césariennes en urgence « non urgente »

- **Stagnation de la dilatation**

Tout d'abord, d'après les RPC du CNGOF, en cas de dystocie, la césarienne ne doit pas être systématique après 2 heures de stagnation y compris à dilatation complète. En vue d'éviter une naissance par voie haute, une direction active du travail par rupture artificielle des membranes et/ou par perfusion d'ocytocine est indiquée dans les situations d'anomalie de la dilatation cervicale ou de progression de la présentation [29].

- **La disproportion foetopelvienne**

Il faut savoir que la disproportion foeto-pelvienne est la cause principale des dystocies mécaniques mais également des indications de césarienne. Une dystocie mécanique résulte d'une difficulté lors de la progression du fœtus à travers la filière pelvienne. Elle est très souvent associée à une dystocie dynamique [37].

- **La présentation podalique**

Le siège n'est pas considéré comme une indication de césarienne systématique. Cependant, des critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse, décrits par les RPC, ont été définis par des comités d'experts : nous devons donc être en présence d'une présentation du siège décomplété et les mesures du bassin doivent être normale. Nous devons également noter une absence de déflexion de la tête fœtale, ainsi qu'une estimation pondérale entre 2500 et 3800 grammes. De plus, ce mode d'accouchement doit être accepté par la patiente. La version par manœuvres externe doit être encouragée afin d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique et de permettre de diminuer le pourcentage de césariennes [29].

- **Les autres anomalies de présentation**

En plus du siège, il existe d'autres anomalies de présentation [34].

S'il s'agit d'une présentation transverse primitive, le défaut d'accommodation par hypotonie utérine se corrige fréquemment de façon spontanée en début de travail. L'expectative est donc de mise avant de poser l'indication de césarienne. Dans le cas où la version spontanée n'aurait pas lieu, une version par manœuvre externe pourrait être tentée à la condition que les membranes soient intactes.

Une présentation de la face est dystocique si elle évolue dans une variété mento-postérieure. L'indication de césarienne est alors posée après échec d'une tentative de rotation manuelle ou instrumentale de la tête fœtale.

Lorsque le diagnostic de présentation du front est posé, une césarienne doit être pratiquée. Tant que les membranes sont intactes et que la présentation n'est pas en voie d'engagement, ce diagnostic n'est pas définitif et il est licite d'attendre une éventuelle transformation spontanée en présentation de la face qui pourrait évoluer de façon eutocique [34].

- **Les infections**

Concernant l'infection par herpès virus simplex (HSV), l'excrétion du virus se poursuit pendant 3 semaines après une primo infection et 1 semaine après un épisode de récurrence. L'herpès est une indication de césarienne s'il existe des lésions ou une excrétion active du virus au moment de l'accouchement. De plus, en cas de rupture prématurée des membranes une naissance par voie haute doit être envisagée dans les 4 heures. Au-delà de ce délai, le bénéfice de la césarienne est incertain [33].

3.3.3. Césariennes en urgence « urgentes »

- **L'hypoxie fœtale**

Il existe plusieurs moyens de diagnostic de l'asphyxie fœtale et poser l'indication de césarienne en cours de travail dépend de l'évaluation de plusieurs critères [38].

L'enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) possède une excellente valeur prédictive négative (un tracé normal correspond à un état fœtal satisfaisant dans 99% des cas) mais a une valeur prédictive positive médiocre.

Il faut donc disposer de moyen nécessaire pour effectuer un prélèvement de sang fœtal dont les résultats permettront de confirmer ou d'infirmer l'hypoxie fœtale : [38]

- La mesure du pH au scalp est une technique de référence permettant de limiter les interventions liées à l'analyse du RCF seul.
- La mesure des lactates au scalp « *semble avoir une valeur diagnostique comparable à celle du pH au scalp* », mais l'évaluation de cette technique reste insuffisante [39].
- L'oxymétrie fœtale n'a pas prouvé son efficacité et ne permettrait pas de réduire le nombre de césariennes ou d'extractions

Les prélèvements sont contre indiqués en cas de troubles de coagulation fœtale, de prématurité avant 34 SA et d'infection maternelle type HIV, hépatite, herpès... [38].

L'électrocardiogramme (ECG) fœtal (système STAN) corrélée à l'enregistrement du RCF, permet de réduire le nombre de pH au scalp mais pas de diminuer le taux de césarienne. Le bénéfice de l'analyse informatisée du RCF (système oxford) au cours du travail n'a pas été démontré [40].

3.3.4. Césariennes en urgence « très urgentes »

- **Les anomalies de placentation**

Une anomalie de placentation (placenta previa, accreta, percreta) entraîne un risque d'hémorragie pendant la grossesse.

Grâce aux échographies, le diagnostic de placenta praevia est presque toujours connu avant la survenue d'une hémorragie. Il faut noter que 75% des insertions basses du second trimestre auront disparu à terme. Cependant, le diagnostic de placenta recouvrant l'orifice interne du col au deuxième trimestre est fortement prédictif d'un placenta recouvrant à terme et impose la programmation d'une césarienne à 38 SA.

Cependant, en cas d'hémorragie importante d'un placenta, qu'il soit recouvrant ou non, une césarienne en urgence doit être pratiquée [41].

- **Les complications de l'Hypertension Artérielle (HTA)**

L'HTA antérieure ou non à la grossesse peut être à l'origine d'accidents aigus où les risques maternel et fœtal sont majeurs. Des complications viscérales de type rénales ou ophtalmologiques, une crise d'éclampsie, un hématome rétro placentaire (HRP) peuvent survenir et imposent une césarienne en urgence [35].

La disparition des bruits cardiaques fœtaux est fréquente dans le cas d'un HRP. En cas de mort fœtale, une chirurgie en urgence peut être pratiquée pour sauvetage maternel [41].

- **La procidence du cordon**

Lors d'une procidence du cordon, celui-ci se présente en premier en avant de la tête fœtale et la césarienne en urgence s'impose après avoir réduit l'engagement de la présentation et l'avoir maintenue en position haute par une main intra vaginale [41].

- **La stéatose hépatique aigüe gravidique**

La stéatose hépatique aigüe gravidique (SHAG) est une affection grave du 3^e trimestre de grossesse mettant en jeu le pronostic vital maternel. Une césarienne doit être pratiquée d'urgence dès l'établissement du diagnostic [42].

- **Les infections**

En cas d'infection maternelle grave avec des signes de défaillance multi viscérale ou lorsqu'une infection materno-fœtale où le fœtus est menacé existe (ex : chorioamniotite), une naissance par voie haute doit être envisagée [43].

MATERIEL
ET
METHODES

1. Objectifs de l'étude

Notre étude a été guidée par plusieurs objectifs.

D'une part, nous avons voulu déterminer la prise en charge des pères au moment de la césarienne en urgence de leur conjointe. Dans cette étude, nous avons considéré comme césarienne en urgence toutes interventions non programmées.

D'autre part, nous nous sommes intéressés aux moyens qu'ils se sont donnés pour s'y préparer, ce qui leur a été proposé.

Et enfin, nous avons recherché leurs souhaits.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

3. Matériel

3.1. Population

3.1.1. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus dans l'étude tous les hommes dont la compagne a été césarisée en urgence au CHU Estaing de Clermont Ferrand et qui étaient présents en salle de naissance pendant le travail.

Notre étude se déroulant dans une maternité de niveau 3, où la pathologie est un domaine d'activité dense. Aussi nous avons choisi de ne pas exclure les naissances prématurées, les grossesses gémellaires ainsi que les cas où l'état de la mère ou celui de l'enfant auraient nécessité un transfert dans une unité de soins spécialisée.

3.1.2. Les critères d'exclusion

Tous les pères dont les enfants sont nés par voie basse ont été exclus.

Les pères dont la compagne a bénéficié d'une césarienne programmée n'ont pas été inclus dans l'étude.

3.2. Les règles éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques. En effet, l'anonymat des pères ayant participé à l'étude a été préservé lors de l'analyse des résultats.

Le consentement du chef de pôle, du cadre supérieur et des sages-femmes cadre des services de suites de couches a été recueilli au préalable.

4. Méthodes

4.1. Les critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de pères ayant bénéficié d'un encadrement défini par :

- La présence lors de l'annonce de la césarienne et les explications fournies
- La présence au bloc opératoire (selon les recommandations du CIANE dans la charte pour un label « naissance respectée »)
- La présence lors des premiers soins de l'enfant
- La proposition d'un accueil en peau à peau du nouveau-né
- La présence aux côtés de la mère et de l'enfant dans le post partum immédiat

Les critères de jugement secondaires étaient au nombre de 2 :

- Le pourcentage de pères qui s'étaient renseignés sur la césarienne préalablement à la naissance.
- Le pourcentage de père qui aurait souhaité des choses différentes par rapport à ce qu'on leur a apporté.

4.2. Outil

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, nous avons choisi d'établir un questionnaire (annexe III) adressé aux pères en respectant les critères préalablement définis.

Ce questionnaire était composé de 26 questions fermées et 4 ouvertes.

Nous avons ainsi pu recueillir des informations socio démographiques sur les pères interrogés tels que leur âge, leur profession.

Les professions ont ensuite été classées par catégories socio professionnelles selon la nomenclature de niveau 1 de l'Insee.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés au type de renseignements que les pères auraient pu prendre avant la naissance de leur enfant ainsi qu'à leur participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Ensuite, l'intérêt a été porté sur le moment de l'annonce de la césarienne, leur présence à ce moment-là, leurs sentiments, les explications dont ils ont bénéficié.

Les motifs de césarienne ont été recueillis par une question ouverte à laquelle les pères pouvaient répondre avec leurs propres mots. Parallèlement, un recueil de tous les motifs de césarienne a été réalisé grâce au cahier de naissance afin de comparer et compléter les raisons données par les pères.

Concernant le moment même de l'intervention, nous avons voulu savoir où se trouvaient les pères et ce qu'ils auraient souhaité, leurs sentiments.

A la naissance de leur enfant, nous les avons interrogés sur leur présence lors des premiers soins du nouveau-né et sur la pratique du peau à peau.

Enfin, nous nous sommes intéressés à leur prise en charge dans les 2 heures qui ont suivies la naissance.

Finalement une question leur laissait un libre choix d'expression.

Outre ce questionnaire, 3 entretiens libres ont été réalisés. Cela a permis un enrichissement et quelques explications supplémentaires notamment concernant la partie sur les attentes des pères. Ces pères ont répondu au questionnaire qui a donc été complété par leurs remarques orales. Nous noterons que ces 3 entretiens ont été faits

spontanément à la rencontre des pères qui souhaitent développer leur vécu, avoir des explications sur des questions qui restaient en suspens.

4.3. Déroulement de l'enquête

Un pré test a été réalisé par la distribution de 8 questionnaires en octobre 2011.

Ensuite, l'enquête s'est déroulée dans les secteurs de suites de couche où l'enquête a eu lieu du 7 novembre 2011 au 24 janvier 2012. Les questionnaires ont été remis aux pères, ou à leur conjointe qui devaient le transmettre à leur compagnon.

Après avoir répondu, ils devaient le remettre aux sages-femmes du service. Des pochettes étaient mises à disposition dans les services de suites de couches pour les professionnels de façon à ce que les réponses me soient transmises.

Pendant cette période, 116 césariennes en urgence ont été réalisées et 111 questionnaires ont été distribués.

5. Analyse des résultats

Les données ont été analysées grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2010.

Le logiciel R 2.14.0 a été utilisé pour la réalisation des tests statistiques.

Nous avons utilisé le test du Khi-deux pour la comparaison des données qualitatives. Celui-ci pour être utilisable implique que les effectifs attendus soient supérieurs ou égaux à 5. Dans le cas contraire, nous avons utilisé le test de Fisher.

Une valeur de p inférieure à 0.05 a été retenue pour rejeter l'hypothèse d'indépendance.

RESULTATS

1. Le taux de réponse

De façon générale, au CHU Estaing, 68,18 % des césariennes sont réalisées en urgence.

Parmi les 116 césariennes, 111 questionnaires ont été distribués : 4 papas étaient absents en salle de naissance avant la césarienne de leur conjointe et 1 a refusé de répondre. Ainsi, 101 questionnaires ont été récupérés, ce qui donne un taux de réponse de 91 %.

2. Les caractéristiques du père

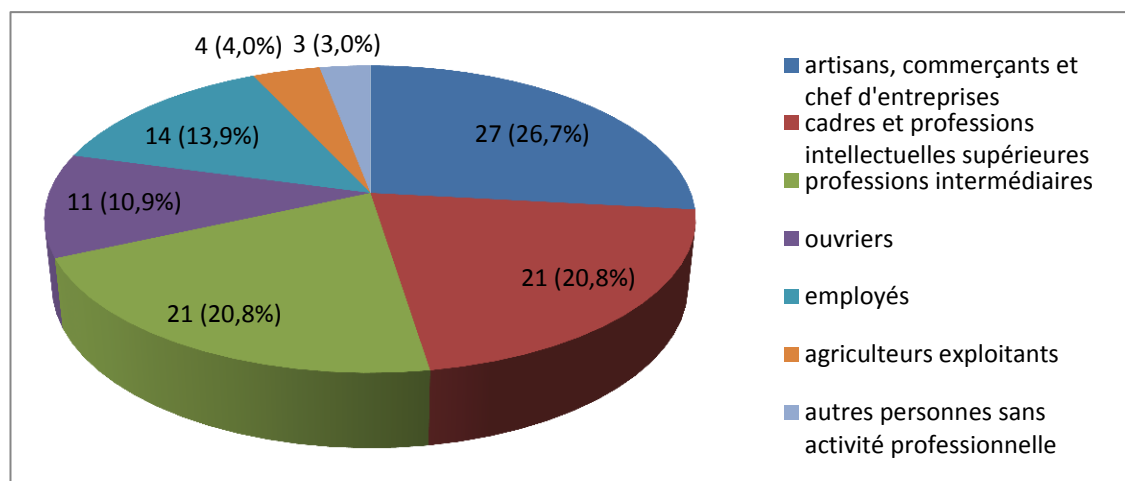
2.1. Age

La moyenne d'âge était de 34,28 ans avec un écart type de 6,71.

2.2. Profession

Nous avons réalisé un regroupement en catégories socio professionnelles.

Figure 1 : les catégories socio professionnelles représentées dans la population étudiée (n=101)



Seule la catégorie des retraités n'était pas représentée. Les artisans, commerçants et chef d'entreprise constituaient plus d'un quart de la population (26,7 %). Les catégories des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires étaient représentées de façon égale à 20,8 % (n=21) chacune.

2.3. Nombre d'enfants

Pour 61,4 % (n=62) des pères, cet enfant était leur premier.

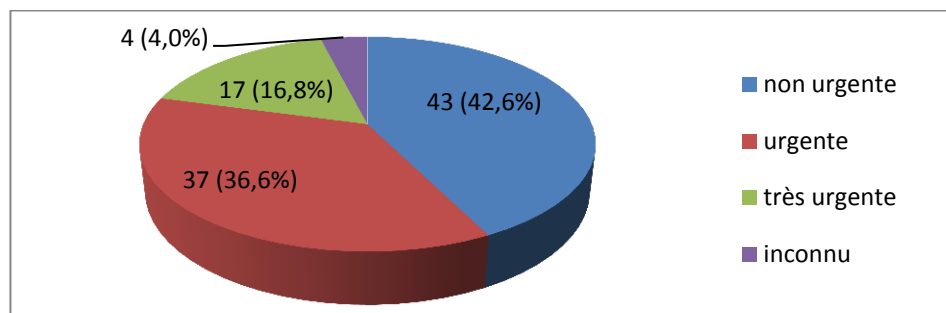
Près de la moitié des hommes (n=19 soit 48,7%) dont ce n'était pas le premier enfant (n=39) avaient déjà vécu une césarienne pour la naissance du/des autre(s).

3. Les motifs de césarienne

Les césariennes, selon la classification précédemment vue, ont été réparties en 4 classes :

- Les césariennes dites « très urgentes » avec les pré-éclampsies sévères, les HELLP syndromes, les procidences du cordon, les suspicions de chorioamniotite, les hématomes rétro placentaires, les suspicions de rupture utérine, les métrorragies sur placenta praevia.
- Les césariennes dites « urgentes » avec les altérations du RCF principalement.
- Les césariennes dites « non urgentes » avec les stagnations de la dilatation ou non progression, non engagement de la présentation, les mises en travail avant la date de programmation de la césarienne
- Les césariennes pour un motif inconnu : soit parce que les pères ne le savaient pas, soit parce que le motif donné ne permettait pas de conclure. (exemple : « danger » ou « mauvais résultats d'analyses »)

Figure 2 : répartition des motifs de césarienne (n=101)



79,2 % (n=80) étaient des césariennes sans menace du pronostic vital immédiat. La majorité des césariennes (42,6 %) étaient des chirurgies dites « non urgentes » et plus d'un tiers (36,6 %) étaient des interventions « urgentes ».

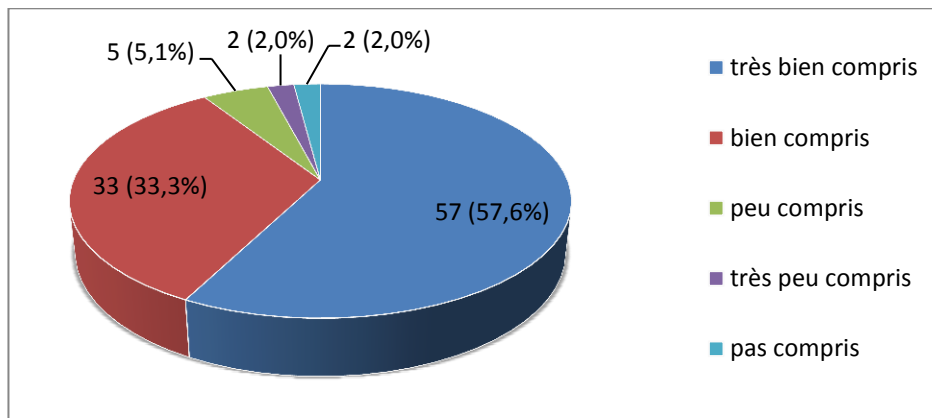
4. La prise en charge des pères

4.1. A l'annonce de la césarienne

Lors de l'annonce de la césarienne par l'équipe soignante, 85,1 % (n=86) des pères étaient présents.

98,0 % (n=99) ont déclaré avoir reçu des explications concernant les raisons de la chirurgie.

Figure 3 : la compréhension des explications concernant la césarienne (n=99)



89,1 % des pères (n=90) ont bien ou très bien compris les explications qui leur ont été donnés.

Figure 4 : La très bonne compréhension des explications et le motif de césarienne (n=99)

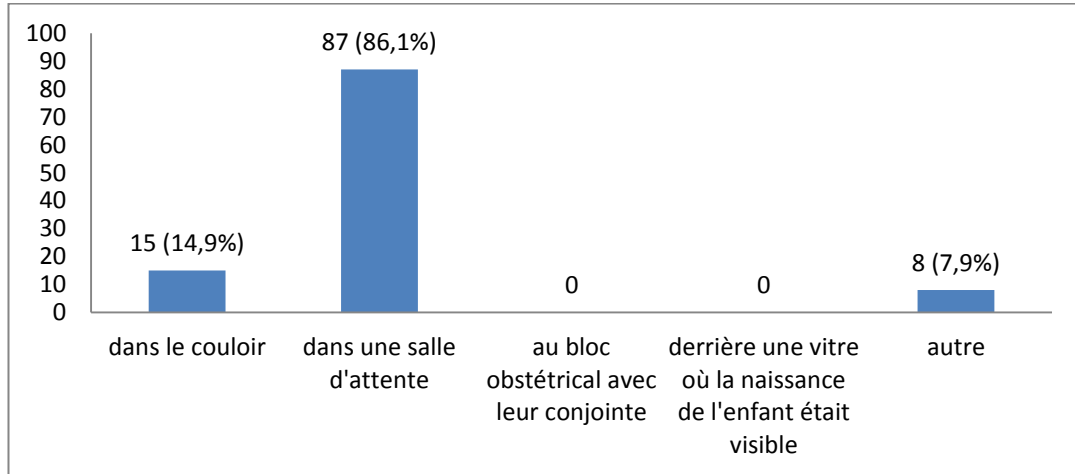
		très urgente n (%)	Urgente n (%)	non urgente n (%)	Inconnu n (%)
Très bonne compréhension des explications	oui	7 (7)	26 (26,3)	24 (24,3)	0 (0)
	non	10 (10,1)	10 (10,1)	19 (19,2)	3 (3)

Il y a une différence statistiquement significative d'après le test de Fisher ($p=0.02429$) entre la très bonne compréhension des explications et le motif de césarienne : Les explications sont très bien comprises lorsqu'il s'agit d'une césarienne urgente ou non urgente.

4.2. A la naissance

L'équipe soignante a demandé à 6,9 % (n=7) des hommes s'ils souhaitaient accompagner leur conjointe.

Figure 5 : lieu d'attente non exclusif des pères pendant la césarienne (n=101)

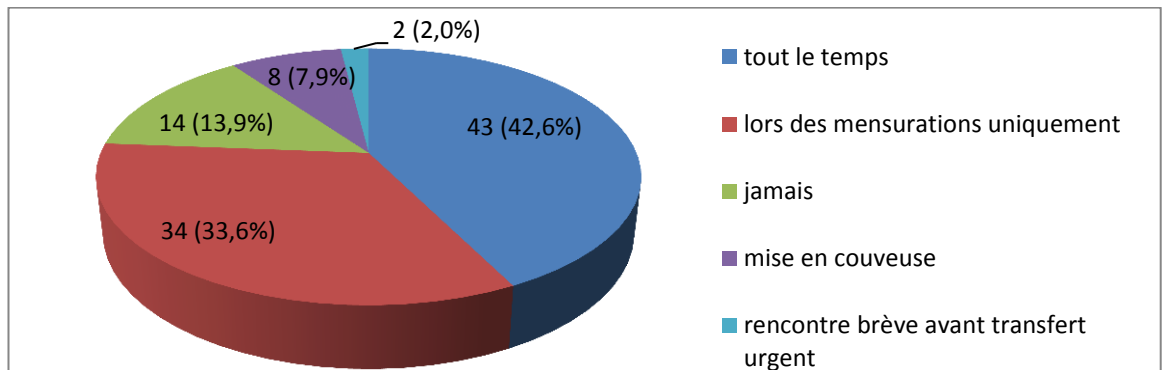


Lorsqu'ils ont répondu « autre », les papas ont précisé être dans la chambre de leur conjointe, être allé rendre visite à de la famille hospitalisée dans l'établissement ou avoir été dehors. Ils étaient avec leur premier enfant lorsqu'il s'agissait d'une césarienne sur le deuxième jumeau.

La majorité des pères (86,1 %) patientait en salle d'attente.

4.3. Lors des soins du nouveau-né

Figure 6 : présence du père lors des premiers soins de l'enfant (n=101)



Une majorité de père a répondu être tout le temps présent lors des soins du nouveau-né (42,6 %). Un tiers était présent uniquement lors des mensurations.

Figure 7 : La présence du père lors des premiers soins au nouveau-né et le transfert de celui-ci en unité spécialisée (n=101)

	présence tout le temps lors des soins n (%)	présence lors des mensurations n (%)	jamais présent n (%)	mise en couveuse n (%)	rencontre brève avant transfert urgent n (%)
pas de transfert du nouveau-né (n=67)	33 (32,7)	27 (26,7)	4 (4)	3 (3)	0 (0)
transfert du nouveau-né (n=34)	10 (9,9)	7 (6,9)	10 (9,9)	5 (4,9)	2 (2)

D'après le test de Fisher, il existe une différence statistiquement significative ($p=0.0002864$) entre la présence du père aux premiers soins de l'enfant et son transfert dans une unité de soin : Les pères sont 8 fois moins présents lors des soins lorsque le nouveau-né est transféré (OR=8 avec un intervalle de confiance (IC) [2,25-35,79]). A l'inverse, les pères présents dès le début des soins ont un enfant moins souvent transféré (OR=0,3 avec IC [0,14-0,59]).

Figure 8 : La proposition de peau à peau et la présence aux premiers soins de l'enfant (n=101)

	présence tout le temps lors des soins n (%)	présence lors des mensurations n (%)	jamais présent n (%)	mise en couveuse n (%)	rencontre brève avant transfert urgent n (%)
peau à peau non proposé	26 (25,7)	32 (31,7)	13 (12,9)	6 (5,9)	2 (2)
peau à peau proposé	17 (16,8)	2 (2)	1 (1)	2(2)	0 (0)

D'après le test de Fisher, il existe une différence statistiquement significative ($p=0.002444$) entre la proposition de peau à peau et la présence aux premiers soins de l'enfant : Lorsque les pères ne sont jamais présents, le peau à peau est moins proposé (OR= 0,118 et IC [0,014-0,374]). Il en est de même lorsque le père est uniquement présent lors des mensurations (OR=0,096 et IC [0,006-0,676]).

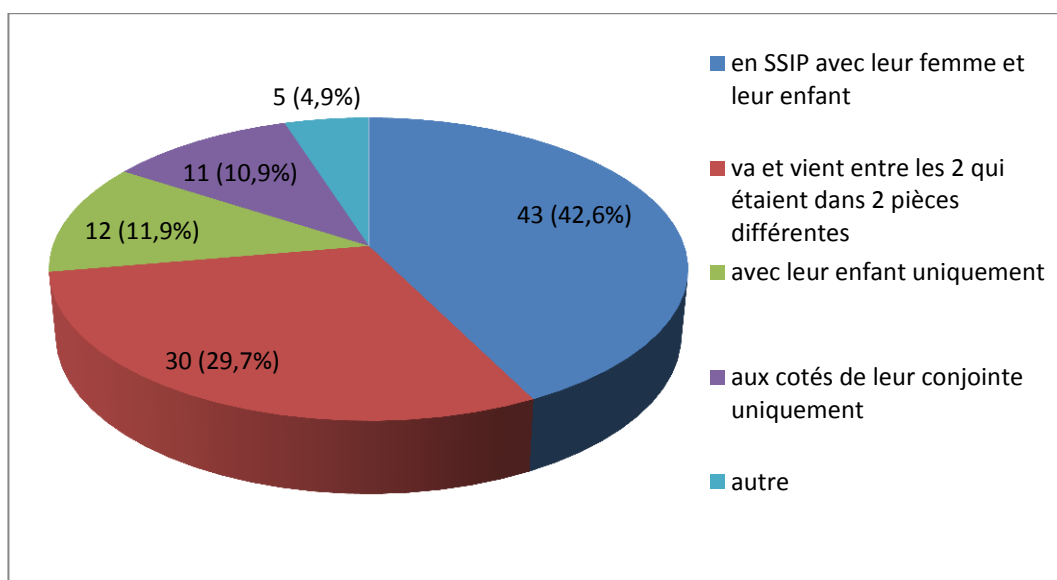
4.4. Dans le post partum immédiat

L'équipe soignante a proposé à 21,8 % des hommes (n=22) d'accueillir leur enfant en peau à peau.

2 % des femmes (n=2) et 33,7 % des nouveaux nés (n=34) ont dû être transférés dans des services de soins spécialisés : en embolisation pour les femmes et en réanimation néonatale, en soins intensifs ou en néonatalogie pour les nouveau-nés.

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des pères dans le post partum immédiat et avons donc voulu savoir s'ils étaient auprès de leur conjointe et de leur enfant.

Figure 9 : l'accompagnement des pères dans le post partum immédiat (n=101)



Lorsqu'ils ont répondu « autre », ils ont précisé être dans la salle d'attente, rentré chez eux ou bien ailleurs.

Une majorité de pères a déclaré être auprès de leur enfant et de leur compagne (42,6 %), près de 30 % ont fait le va et vient entre leur conjointe et leur nouveau-né (n=30) lorsqu'ils étaient séparés.

Figure 10 : L'accompagnement du père dans le post partum immédiat et le transfert du nouveau-né dans une unité de soins spécialisée (n=101)

	avec l'enfant	avec la conjointe	avec les deux	va et vient entre les deux	autre
pas de transfert	11 (10,9)	5 (4,9)	41 (40,6)	6 (5,9)	4 (4)
transfert	1 (1)	6 (5,9)	2 (2)	24 (23,8)	1 (1)

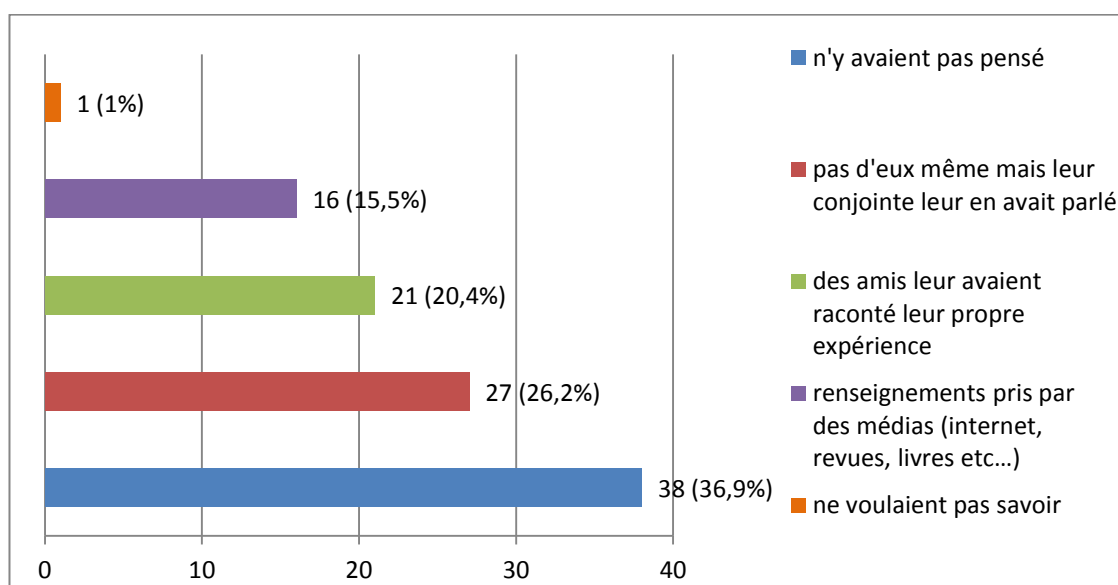
Les pères font plus le va et vient entre leur conjointe et leur enfant lorsque celui-ci est transféré (OR=44 ; IC [6-890]). Ce résultat est statistiquement significatif ($p=4,88.10^{-12}$)

5. La préparation des pères à la césarienne

5.1. La prise de renseignements personnelle

Nous avons voulu savoir si les pères s'étaient renseignés avant la naissance de leur enfant sur la césarienne.

Figure 11 : types de renseignements pris par les pères de façon non exclusive durant la grossesse (n=101)



39 pères (38,6 %) ne s'étaient pas informés sur la césarienne avant la naissance de leur enfant, le plus souvent (36,9 %) parce qu'ils n'y avaient pas pensé (n=38).

61,4 % des pères (n=62) s'étaient renseignés sur la césarienne pendant la grossesse. Parmi eux, plus d'un quart avaient reçu des informations par leur compagne.

3 (3%) ont rajoutés qu'ils savaient ce qu'il en était de par leur expérience professionnelle, et 2 (2%) ont simplement dit savoir ce que c'était, sans plus de précisions.

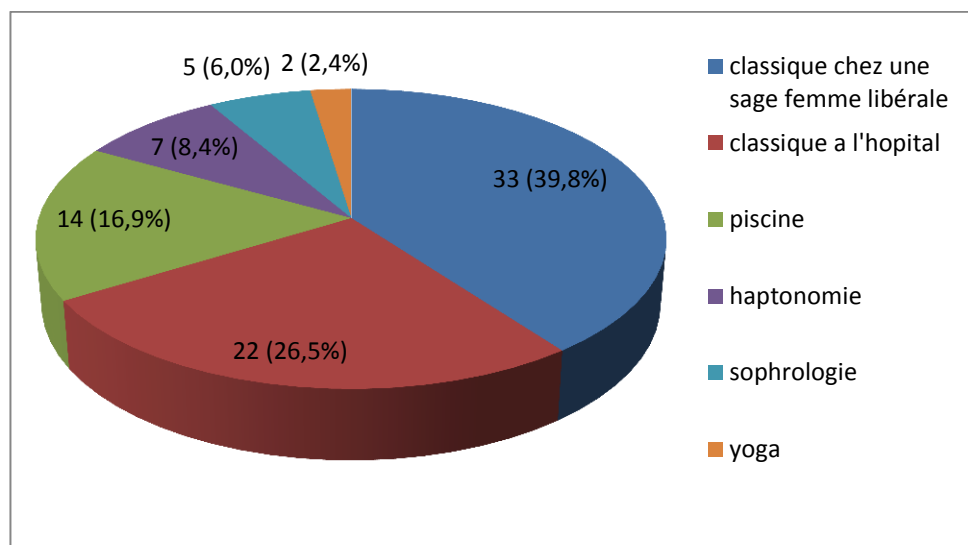
5.2. Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

5.2.1. Participation aux cours

- **Les conjointes des pères**

32 (31,7%) des femmes n'ont pas assisté aux cours de PNP pendant leur grossesse.

Figure 12 : les types de cours de PNP auxquels ont participé les femmes de façon non exclusive (n=69)

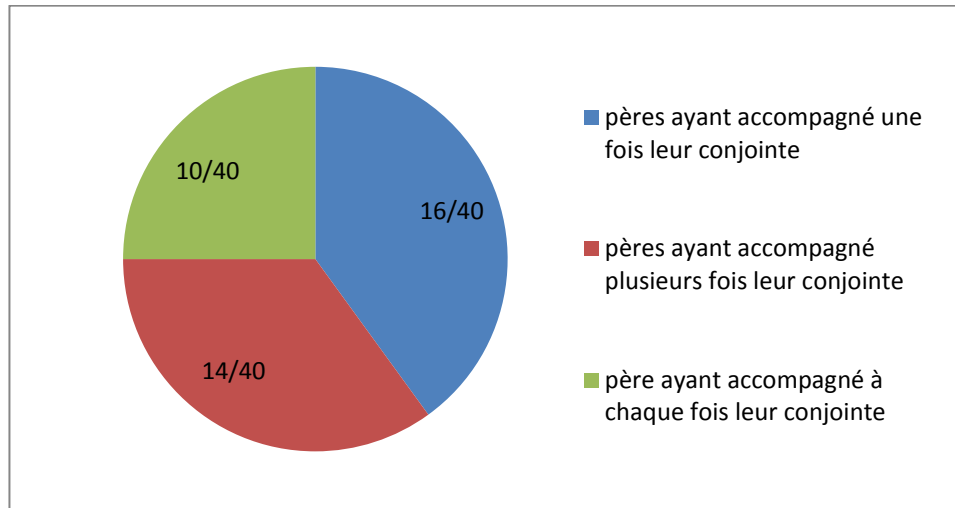


Parmi les 68,3 % qui ont participé à des cours, la majorité des femmes l'ont fait chez une sage-femme libérale. Un peu plus d'un quart ont assisté à ce même mode de préparation à l'hôpital.

- **Les pères**

29 pères (42%) n'ont jamais accompagné leur conjointes aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Figure 13 : l'accompagnement des pères aux cours de PNP (n=40)

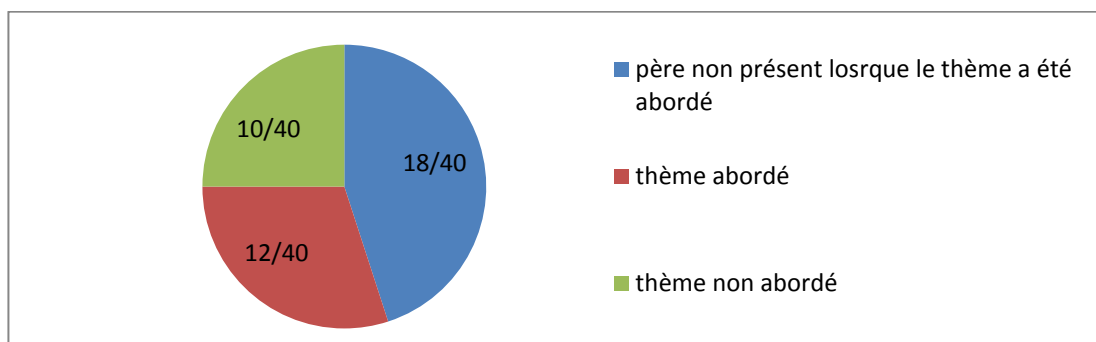


Une majorité des pères a accompagné une seule fois leur conjointe alors qu'un peu plus d'un tiers a assisté à plusieurs cours. Un quart d'entre eux a été à tous les cours.

Nous n'avons constaté aucun lien ($p > 0,05$) entre le type de cours auxquels ont assisté les femmes et la participation des pères à ceux-ci : ils n'ont pas plus participé à un type de cours qu'à un autre.

5.2.2. Le thème de la césarienne

Figure 14 : Information sur la césarienne pendant les cours auxquels les pères ont assisté (n=40)



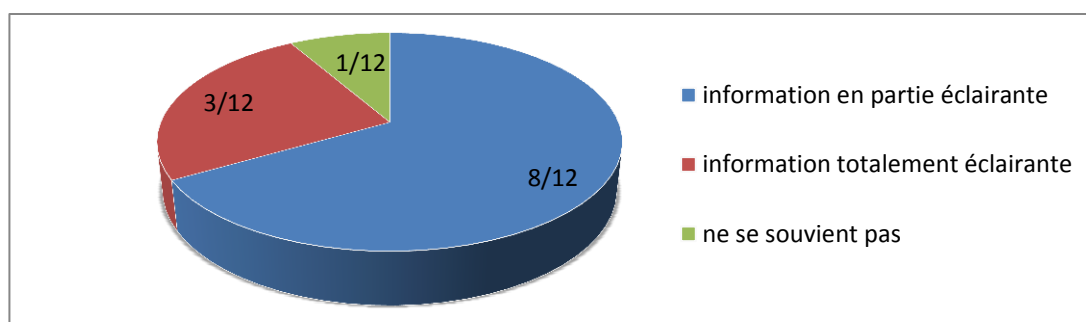
Sur 40 pères ayant accompagné leur conjointe au moins une fois, moins d'un tiers (12/40) a assisté à un cours où la césarienne a été abordée.

Près de la moitié n'était pas présent lorsque le thème a été abordé.

5.2.3. La qualité de l'information

12 pères ont donc assisté à un cours où le thème de la césarienne a été abordé.

Figure 15 : la qualité de l'information reçue (n=12)



Deux tiers (8/12) des pères ont déclaré l'information en partie éclairante et un quart (3/12) a été totalement satisfait des renseignements reçus.

5.2.4. Le contact peau à peau

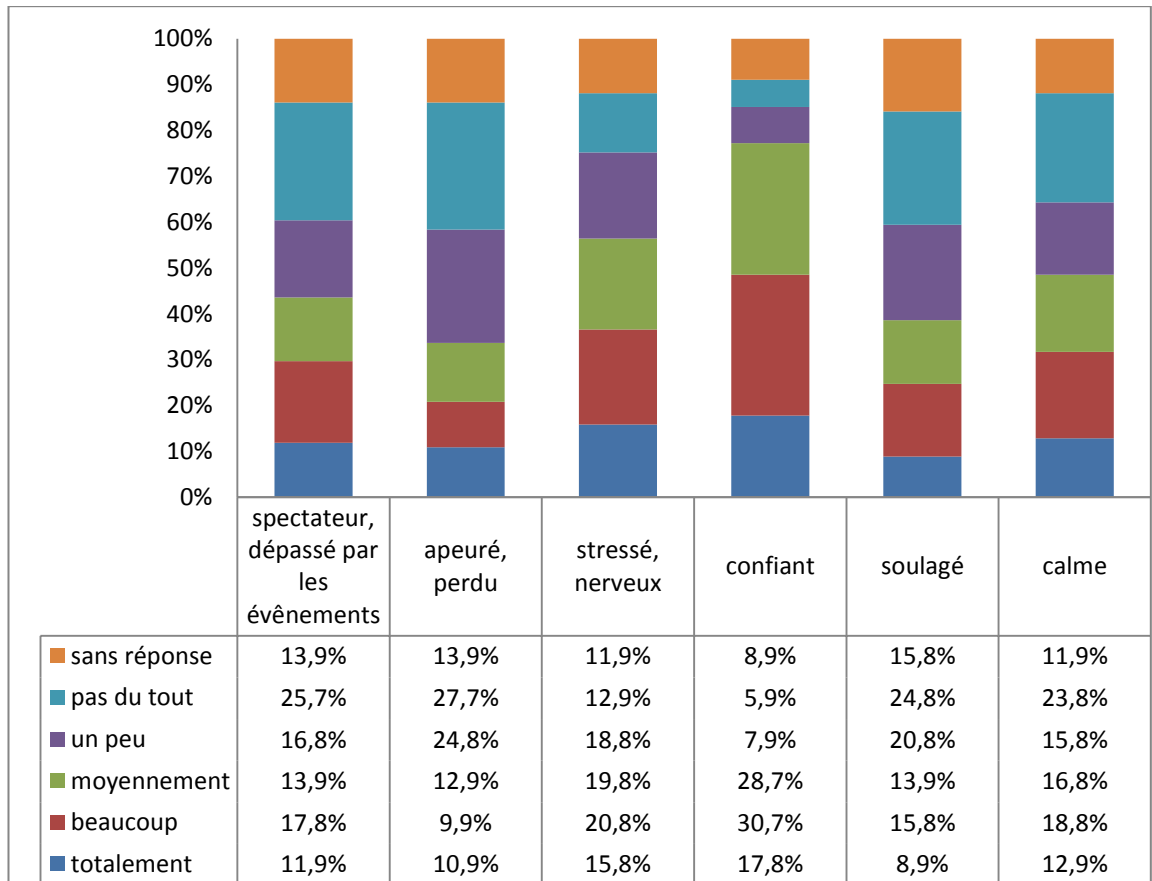
La possibilité d'un accueil en peau à peau à la naissance a été abordé pendant les cours pour 25 pères sur les 40 (62,5%) qui ont participé à au moins un cours de PNP.

6. Ce que les pères auraient souhaité

6.1. A l'annonce de la césarienne

13 pères absents sur 15 auraient souhaité être présents alors que les autres se sont dits indifférents.

Figure 16 : le vécu des pères lors de l'annonce de la césarienne (n=101)



Un quart des pères ne se sont pas sentis du tout "spectateur", "calme" ou "soulagé". Un quart était "un peu perdu, apeuré" mais 27,7% ne l'était pas du tout. Près d'un tiers étaient "beaucoup confiant". Ils se sont sentis un peu, moyennement ou beaucoup "stressés" à part sensiblement égale (environ 20%).

Le vécu de la césarienne n'a pas été influencé par l'indication de la césarienne, la participation des pères aux cours de PNP ni par la compréhension des explications qu'ils ont pu recevoir, les p étant tous supérieurs à 0,05 selon le test de Fisher.

Figure 17 : un vécu de l'annonce « confiant » et le fait que ce soit un premier enfant (n=92)

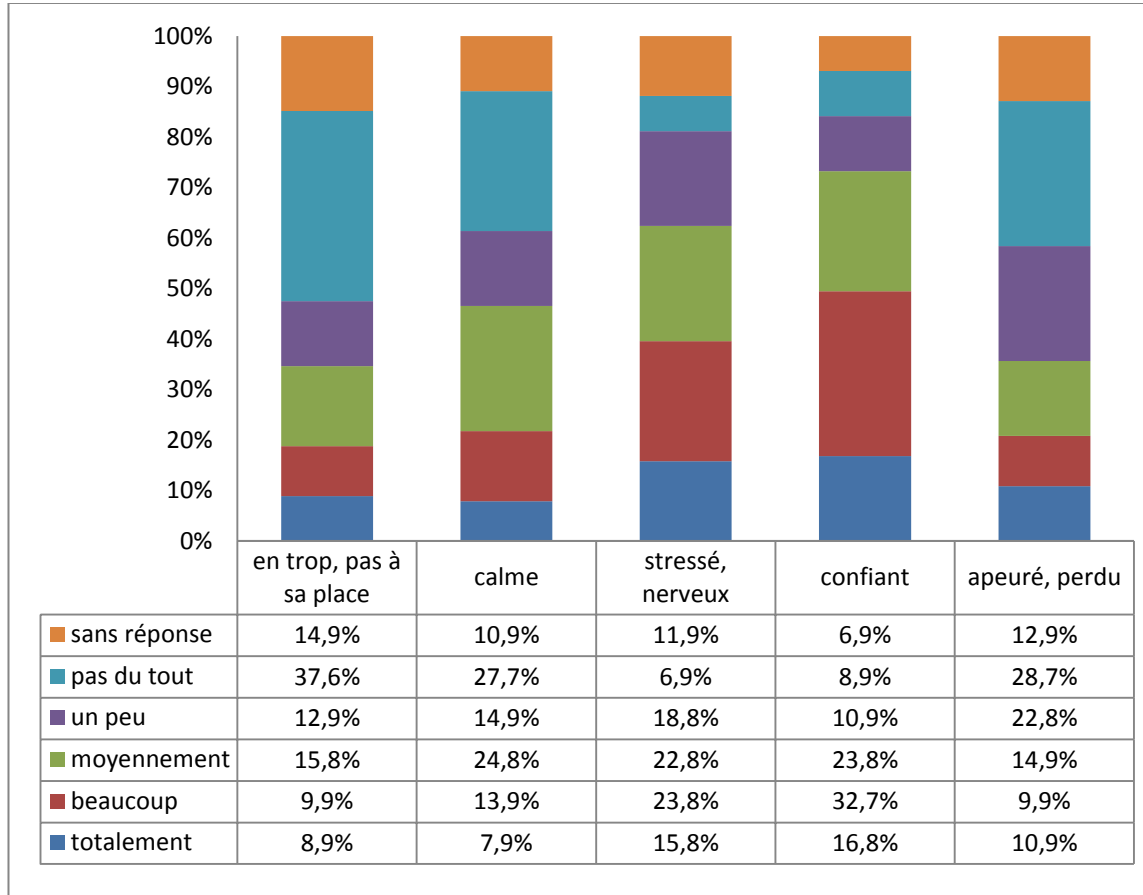
	Totalement confiant n (%)	Beaucoup confiant n (%)	Moyennement confiant n (%)	Peu confiant n (%)	pas du tout confiant n (%)
pas premier enfant	6 (6,5)	15 (16,3)	2 (2,2)	5 (5,4)	6 (6,5)
premier enfant	12 (13)	16 (17,4)	27 (29,4)	3 (3,3)	0

Les pères sont plus "moyennement confiant" lorsqu'il s'agit du premier enfant (OR=6,75 ; IC [1,34-50,89]). D'après le test de Fisher, la différence est statistiquement significative ($p=6,974.10^{-6}$).

6.2. A la naissance

- Vécu de l'intervention


Figure 18 : vécu des pères lors de la césarienne (n=101)




Une majorité (37,6 %) des pères ne s'est pas sentie du tout "en trop" lors de la césarienne. Un quart des hommes était "moyennement calme" mais une majorité (27,7 %) ne l'était pas du tout. Près de la moitié des pères étaient beaucoup ou moyennement "stressés". Un tiers des pères (32,7 %) se sont senti "beaucoup confiant" lors de l'intervention. Plus d'un quart (28,7%) n'étaient "pas du tout apeurés, perdus".

Figure 19 : vécu de la césarienne et transfert du nouveau-né (n=101)

		transfert	pas de transfert	p
spectateur, en trop (n=86)	totalelement	5	4	1
	beaucoup	3	7	1
	moyennement	4	12	0,7547
	un peu	4	9	1
	pas du tout	11	27	0,8405
calme (n=89)	totalelement	2	7	0,7138
	beaucoup	4	10	1
	moyennement	8	17	0,8529
	un peu	4	11	0,7678
	pas du tout	10	16	0,5075
nerveux (n=89)	totalelement	7	8	0,2341
	beaucoup	7	17	0,8704
	moyennement	9	14	0,6034
	un peu	5	14	0,7029
	pas du tout	1	7	0,2656
confiant (n=94)	totalelement	6	12	0,8906
	beaucoup	9	24	0,6324
	moyennement	8	16	0,9355
	un peu	4	7	0,7397
	pas du tout	3	5	0,707
perdu (n=87)	totalelement	4	6	0,7254
	beaucoup	5	5	0,2906
	moyennement	4	11	0,7634
	un peu	7	16	0,9315
	pas du tout	9	20	0,9359

 test de fisher

 test du khi deux

Le transfert du nouveau-né n'a pas d'influence sur le vécu de la césarienne. En effet, les p sont tous supérieurs à 0,05, il n'y a donc aucun lien statistiquement significatif entre ces 2 variables.

Figure 20 : le vécu « perdu » lors de la césarienne et la compréhension des explications (n=87)

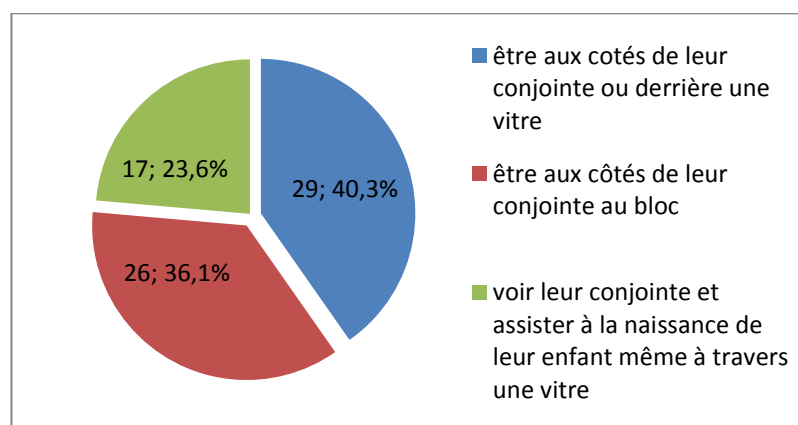
		totalem perdu n (%)	beaucoup perdu n (%)	moyennem perdu n (%)	peu perdu n (%)	pas du tout perdu n (%)
très bonne compréhension des explications	oui	5 (5,7)	4 (4,6)	7 (8)	9 (10,3)	23 (26,4)
	non	6 (7)	6 (7)	8 (9,2)	14 (16,1)	5 (5,7)

La très bonne compréhension des explications a une influence sur le sentiment d'être perdu des pères : ceux qui les ont très bien comprises ne se sont majoritairement pas sentis perdus. D'après le test de Fisher, cette différence est statistiquement significative (p=0.03149)

- **Souhait lors de l'intervention**

29 pères (28,7%) n'auraient souhaité être ni au bloc, ni derrière une vitre lors de la césarienne.

Figure 21 : souhait des pères lorsqu'ils auraient aimé voir la naissance de leur enfant (n=72)



Parmi les 71,3 % (n=72) qui auraient aimé assister à l'intervention, la majorité des hommes aurait souhaité être soit derrière une vitre, soit aux côtés de leur conjointe. Plus d'un tiers aurait aimé être auprès de leur compagne.

6.3. La pratique du peau à peau

Parmi les 22 (21,8%) à qui le peau à peau a été proposé, 17 ont accepté (77,3%) et ceux-ci ont tous déclaré s'être sentis "très bien, heureux". 5 (22,7%) n'ont pas souhaité le faire. Aucun papa n'a eu une mauvaise expérience en réalisant ce mode d'accueil. De plus, 1 père l'a demandé avant l'éventuelle proposition de l'équipe.

On soulignera le fait que pour 6 pères sur les 17 (35,3%), à qui ce mode d'accueil du nouveau-né a été proposé et qui ont vécu cette expérience, l'enfant a nécessité un transfert néonatal.

Le peau à peau n'a pas été proposé à 78 pères. 71,8 % (n=56) d'entre eux auraient aimé le faire.

Figure 22 : Le désir de peau à peau, pour les pères à qui il n'a pas été proposé, et un vécu « nerveux » de la césarienne (n=69)

	Totalement nerveux n (%)	Beaucoup nerveux n (%)	Moyennement nerveux n (%)	un peu nerveux n (%)	pas du tout nerveux n (%)
n'aurait pas aimé faire du peau à peau	0 (0)	8 (11,6)	2 (2,9)	6 (8,7)	3 (4,3)
aurait aimé faire du peau à peau	14 (20,3)	10 (14,5)	12 (17,4)	10 (14,5)	4 (5,8)

Il y a un lien entre la nervosité des pères et leur souhait de faire du peau à peau : les pères les plus nerveux auraient aimé le faire. D'après le test de Fisher, la différence est statistiquement significative (p= 0.01456).

Figure 23 : Le désir de peau à peau, pour les pères à qui il n'a pas été proposé, et un vécu de la césarienne « perdu » (n=66)

	Totalement perdu n (%)	Beaucoup perdu n (%)	moyennement perdu n (%)	un peu perdu n (%)	pas du tout perdu n (%)
n'aurait pas aimé faire du peau à peau	0 (0)	3 (4,5)	7 (10,6)	3 (4,5)	5 (7,6)
aurait aimé faire du peau à peau	8 (12,1)	4 (6,1)	5 (7,6)	13 (19,7)	18 (27,3)

Selon le test de Fisher, les pères totalement perdu lors de la césarienne auraient aimé faire du peau à peau. La différence est statistiquement significative (p=0,03144)

7. Souhais réels des pères

7.1. Les pères satisfaits

10,9 % (n=11) ont déclaré qu'ils ne souhaitaient « rien de plus ».

Parmi eux, certains ont rajouté :

- « *la césarienne est une opération, la place du père n'est pas au bloc. La possibilité de voir derrière une vitre peut être un bon compromis avec ce côté rassurant de voir ce qui se passe. Mais ça ne m'a pas manqué* »
- « *tout s'est bien passé* »
- « *un seul souhait : que l'enfant et la mère aillent bien ce qui semble être le cas* »

7.2. Les pères frustrés

23,8 % des pères (n=24) ont précisé qu'ils auraient souhaité un accouchement par voie basse et 27,7 % (n=28) ont reprécisé le fait qu'ils auraient voulu assister à la césarienne.

Parmi eux, certains ont complété :

- « *j'ai l'impression qu'on m'a coupé la joie de la naissance de notre enfant* »
- « *j'aurais voulu pouvoir voir mon enfant sortir du ventre de sa mère et l'entendre crier pour la première fois* »

- « *la place du père reste encore à améliorer et j'aurais préféré être là jusqu'au bout, les voir sortir et couper les cordons* »
- L'un aurait aimé « *être un peu plus pris en compte* »
- Un autre aurait voulu « *pouvoir accompagner ma conjointe jusqu'à l'entrée du bloc et attendre dans la salle d'examen pour être présent au tout début de l'examen du bébé* », « *malgré l'attente dans le salon, la venue des aides-soignantes pour me tenir informée de ce qui se passait au bloc a été très appréciable* »

7.3. Concernant l'information avant et la communication pendant la césarienne

Plusieurs d'entre eux ont ajouté des remarques concernant les explications, la communication avant, pendant ou après l'intervention :

- « *A l'annonce de la césarienne j'étais perdu, j'ai rien compris* »
- « *Dans l'ensemble tout s'est bien passé mais l'urgence de la césarienne est très déstabilisante. On ne comprend pas bien tout ce qui se passe malgré les explications ; peut-être un peu plus de "soutien" serait nécessaire entre le départ au bloc de la maman et l'arrivée du bébé (insister sur les explications...)* »
- Un autre aurait aimé « *plus de communication de la part du staff médical et moins d'attente pour une opération inéluctable* »
- « *j'aurais surtout voulu être mieux informé sur tout ce qui se passe* »
- « *j'ai été soulagé après avoir vu mon enfant, avant c'était l'enfer* »
- L'un aurait aimé « *que l'on donne des nouvelles à ma femme quand elle était en salle de réveil* »
- Un autre aurait voulu « *plus de nouvelles de ma femme et qu'elle puisse voir son bébé* »

7.4. Autre

De plus, d'autres remarques ont été formulées :

- L'un a écrit : *« j'ai vécu un moment intense en réa avec bébé », « La maman n'a pas pu prendre son bébé après la césarienne : c'est sans doute le plus dur à vivre ! »*
- Un autre aurait souhaité *« peut-être un suivi psychologique »*
- *« finalement je me range à l'opinion de ma femme qui aurait souhaité une césarienne d'emblée sachant qu'elle allait avoir lieu au final. »*
- Un autre encore aurait voulu *« prendre une décision plus rapide de césarienne »*

7.5. Les entretiens

Lors des entretiens, les pères ont insisté sur plusieurs points.

L'un d'eux a commencé par le fait qu'il n'a pas pu voir sa femme en salle de réveil et qu'il aurait voulu *« être prévenu plus tôt de la naissance alors [qu'il] stressait dans la salle d'attente »*. Il en a été informé 50 minutes après qu'elle ait eu lieu. *« Ce délai est très dur à comprendre »*

Le deuxième était très en colère de ne pas avoir pu assister à la naissance de son enfant. De plus, il a insisté sur le fait que sa femme ne parlait pas le français. Ainsi, il m'a dit avoir été beaucoup sollicité, toujours présent et attendu pour les examens tant pendant le travail qu'en suites de couche mais pas pendant la césarienne : *« donc à ce moment-là ce n'est pas important si elle comprend pas, si elle sait pas ce qui se passe, c'est ça ?! »*
« C'est pas bien, j'aurais voulu être pas loin pour pouvoir lui traduire ! »

Le troisième était absent lors de l'annonce de la césarienne par les professionnels. C'est sa conjointe qui l'en a donc informé, *« j'aurais préféré que ce soit l'équipe »*. Finalement, il ne savait pas pourquoi l'intervention avait eu lieu mais il aurait aimé être au bloc à côté de sa conjointe pour la rassurer et se rassurer lui-même. Il a rajouté l'importance de donner au papa la possibilité en suites de couches de rester auprès de la maman jour et nuit pour pouvoir l'aider. *« Il est souhaitable que le père dispose d'un lit pour être en forme pour les tâches qu'il doit réaliser »*.

DISCUSSION

1. Les forces et les faiblesses de l'étude

1.1. Les forces

Tout d'abord, les pères se sont avérés très ouverts à la réponse de ce questionnaire. Nombre d'entre eux se sont trouvés enchantés de l'intérêt qui leur était porté et ont formulé un mot de remerciement à la fin du questionnaire ou bien oralement lors de la distribution. Nous avons ainsi eu un taux de réponse important à 91 %.

De plus, les réponses aux questionnaires ont permis de répondre aux différents objectifs de l'étude.

1.2. Les limites de l'étude

Un questionnaire a été établi et 3 entretiens ont été réalisés parallèlement, s'avérant complémentaires. Cependant, nous avons constaté les limites de chacune des 2 méthodes. Le questionnaire permet d'aborder différents thèmes sans rentrer dans les détails, les réponses sont donc moins précises alors que les entretiens permettent d'aller au cœur du sujet, de développer des thèmes spécifiques de la prise en charge.

Deux mères ont été surprises de remplir le questionnaire à la place de leur conjoint. Nous ne pouvons donc pas exclure que d'autres l'aient fait.

De toute évidence, un item intitulé « autre » que certains ont rajouté, était manquant à la quatrième question concernant les renseignements préalables des pères sur le thème de la césarienne.

De plus, il a été demandé aux pères si la proposition d'accompagner leur conjointe au bloc avait été faite. La terminologie employée à cette question n'était pas assez précise, il aurait fallu parler de « bloc opératoire » ou de « bloc de césarienne ». Effectivement, certains pères ont dû croire que l'on envisageait le bloc obstétrical comprenant la salle de naissance dans son ensemble.

D'autre part, les questions se rapportant au peau à peau ont pu être mal comprises pour certains pères. En effet, il n'était pas précisé que l'on n'envisageait dans notre étude ce mode d'accueil que dans la période du post partum immédiat soit dans les 2 heures suivant l'accouchement.

Les tableaux des questions 9 et 16 concernant le ressenti paternel lors de l'annonce et de l'intervention n'ont pas été entièrement remplis par certains pères (n=17). Il est donc légitime de se demander si c'est par difficultés à parler de leur ressenti, par incompréhension du mode de réponse à la question ou parce que le questionnaire a été rempli par leur conjointe.

Enfin, une question supplémentaire sur le terme d'accouchement aurait pu être posée : en effet la prématurité est un facteur non négligeable qui peut influencer le vécu de l'annonce ou de la césarienne.

2. Les caractéristiques du père

Aucune donnée de comparaison n'a été trouvée concernant l'âge et la profession des pères. En effet, ce type de renseignement est largement documenté pour les mères notamment dans les enquêtes périnatales mais ces statistiques ne sont pas réalisées pour les hommes.

3. Les motifs de césarienne

Aucun élément de comparaison n'a été trouvé dans la littérature concernant la répartition des césariennes selon leur degré d'urgence en France.

4. La prise en charge et les attentes des pères

4.1. Les explications et la communication

4.1.1. Lors de l'annonce

Parmi les 98 % qui ont eu des explications, 89,1 % les ont bien ou très bien comprises. Cependant, plusieurs d'entre eux ont ensuite précisé que l'information n'était pas toujours claire. Il est possible que pour certains, l'annonce de la césarienne soit un choc auquel ils ne s'attendent pas. En effet, même si la majorité d'entre eux ne se sont pas sentis du tout spectateur ou perdu, on constate qu'ils ne se sont pas sentis pour autant détendus. Dans l'ensemble, ils étaient relativement stressés et des explications leur sont délivrées dans ce contexte de stress. Il est alors légitime de penser qu'ils n'entendent

probablement pas tout ce que l'équipe peut leur dire, leur expliquer à ce moment-là. L'information se doit donc d'être claire et concise. De plus, après le choc que peut constituer l'annonce, les professionnels doivent s'efforcer d'accompagner le couple vers cette nouvelle voie d'accouchement et de répondre à leurs nombreuses questions : « *A l'annonce de la césarienne j'étais perdu, j'ai rien compris* ». La répétition et la reformulation par différents professionnels des motifs de césarienne ne paraît pas superflue et permettrait peut-être leur meilleure compréhension. Cette insistance ne peut bien sûr se faire que lorsque le temps le permet, donc en l'absence de menace vitale immédiate. Il n'est donc pas étonnant de constater une meilleure compréhension des explications lorsque l'intervention était « urgente » ou « non urgente » : dans les cas de chirurgie en extrême urgence, le risque vital ne permet pas de détailler les explications.

4.1.2. Pendant la césarienne

Plusieurs pères ont précisé qu'ils auraient souhaité plus de communication et de soutien de la part de l'équipe soignante pendant l'intervention : « *un peu plus de "soutien" serait nécessaire entre le départ au bloc de la maman et l'arrivée du bébé (insister sur les explications...)* ». L'un d'eux aurait donc « *voulu être mieux informé sur tout ce qui se passe* ». A défaut d'explications détaillées notamment dans les cas de menace vitale, un temps devrait être réservé après l'intervention, lorsque les professionnels sont disponibles, pour en donner au couple.

De plus, les pères ont fait plusieurs remarques concernant leur compagne : ils auraient donc aimé « *que l'on donne des nouvelles à ma femme quand elle était en salle de réveil* » ou avoir « *plus de nouvelles de ma femme et qu'elle puisse voir son bébé* ». Ces remarques ont été faites aussi bien lorsqu'il y avait un transfert de l'enfant ou de la mère que lorsqu'il n'y en avait pas. On constate donc un manque d'information des femmes dans le post partum immédiat.

4.2. Prise en charge lors de l'annonce de la césarienne

4.2.1. Vécu de l'annonce

Concernant le vécu de l'annonce, aucun lien n'a été statistiquement démontré avec la prise de renseignements initiale, la participation aux cours de PNP ou l'urgence de la césarienne. La relation entre un vécu « confiant » et un premier enfant est le seul lien significatif. Mais le vécu de l'annonce est subjectif : un père de nature stressée sera plus volontiers nerveux même s'il a déjà fait l'expérience d'une telle naissance pour un autre enfant qu'un père de nature plus décontractée. D'ailleurs, la majorité n'était pas du tout calme et le facteur « stress » était le moins différencié avec des taux sensiblement égaux d'hommes un peu, moyennement et beaucoup stressés. Ce résultat est cohérent puisque la naissance en elle-même est un évènement stressant et l'annonce de la chirurgie peut amplifier ce sentiment.

Le vécu est individu dépendant même s'il ressort une majorité de pères qui ne se sont pas sentis du tout spectateur, perdu ou soulagé. Beaucoup d'entre eux ont déclaré qu'ils étaient confiants. On aurait pu s'attendre à des taux plus importants de pères perdus ou dépassés par les évènements du fait de la rapidité de prise en charge et de l'affluence de professionnels.

4.3. Prise en charge pendant la césarienne

4.3.1. Demande d'accompagnement au bloc

Lorsque les pères ont répondu que le personnel leur avait demandé s'ils souhaitaient accompagner leur conjointe au bloc, il est possible qu'il s'agissait de patientes hospitalisées en service de grossesses à haut risque et pour qui une intervention en urgence était nécessaire. La proposition était donc peut-être d'accompagner leur compagne en salle de naissance et non au bloc opératoire. Il paraît en effet suspect de proposer au père d'accompagner leur conjointe au bloc alors qu'aucun accompagnant n'est pas autorisé en salle de chirurgie.

4.3.2. Vécu de l'intervention

L'intervention est vécue différemment par chaque individu.

Cependant, un lien a été établi entre le vécu pendant la césarienne et la compréhension des explications : les pères qui ne les ont pas bien comprises se sentent plus perdus. Ce résultat est cohérent, puisque s'ils n'ont pas compris les indications de la césarienne, la peur de l'inconnu se surajoute à la crainte de l'intervention chirurgicale.

De plus, on aurait pu s'attendre à ce que le transfert du nouveau-né ait une influence sur le vécu de la césarienne, ce qui n'est pas le cas.

Enfin, on constate que la majorité des pères étaient stressés, ceci peut s'expliquer par l'approche de la naissance et l'angoisse de ne pas savoir ce qui se passe, de ne rien voir.

4.3.3. Présence à la césarienne

Un décalage est constaté entre la prise en charge des pères pendant la césarienne et leur souhait à ce moment-là. En effet, aucun père n'était présent au bloc opératoire ou derrière une vitre à travers laquelle il pouvait voir la naissance de son enfant. Parmi eux, 71 % auraient souhaité assister à la césarienne d'une façon ou d'une autre.

La littérature est relativement pauvre sur le sujet de la présence du père au bloc opératoire. En effet, « *seuls les partisans de cette présence semblent avoir publié* » et « *la méthodologie scientifique manque pour recueillir des informations, qui sont subjectives* » [44].

La présence du père est en fait « *plus une affaire de cœur qu'une affaire de publication scientifique* ». Cependant, certains auteurs auraient démontré une meilleure adaptation à la vie extra-utérine, ainsi qu'une meilleure rétractation utérine d'où une diminution du taux d'hémorragie maternelle. De plus, un meilleur contact père enfant a été constaté.

L'autorisation de présence des pères au bloc opératoire, envisageable en l'absence d'urgence vitale immédiate, permettrait de redonner toute sa dimension familiale, émotionnelle et symbolique à la naissance. Elle répondrait alors à la demande des pères qui pourraient se sentir exclus ou avoir l'impression qu'on leur « *a coupé la joie de la naissance* » comme l'un d'eux l'a précisé.

Il est essentiel ici de rappeler que dans notre étude, 79,2 % des césariennes étaient sans menace du pronostic vital maternel ou fœtal immédiat.

D'autres avantages ont été trouvés avec notamment la diminution de l'anxiété parentale ainsi que l'amélioration du vécu de la chirurgie grâce au partage de cet événement au sein des 2 membres du couple.

De plus comme l'un de nos entretiens l'a révélé, dans le cas particulier d'une femme étrangère ne parlant et ne comprenant pas la langue française, la présence du père pourrait s'avérer rassurante pour la femme et son conjoint d'autant plus inquiet qu'il sait sa femme seule.

Toutefois, ce changement occasionnerait des modifications sur les habitudes de travail, le bloc chirurgical étant un lieu technique où la place du père n'est pas prévue. De plus, dans une société de plus en plus procédurière, le risque médico-légal est avancé. Certains professionnels espèrent pourtant que cette présence permette de réduire ce type de recours en cas de problème, le couple étant témoin de tous les moyens mis en œuvre pour le résoudre [44].

De plus, le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) dans sa charte pour un label naissance respectée préconise la présence du père au bloc obstétrical [45]. De même, l'association césarienne, membre du CIANE, recommande de donner la possibilité au père d'accéder au bloc opératoire afin de préserver la triade [46]. Certains maternités comme par exemple Nice, Nîmes, Poissy, Toulouse ou Paris (exemple : l'hôpital saint Vincent de Paul) autorisent d'ailleurs sa présence.

4.4. Prise en charge lors des soins au nouveau-né

4.4.1. Présence aux soins du nouveau-né

35 % des nouveau-nés ont été transférés dans des unités de soins spécialisés et il a été démontré un lien entre l'absence des pères lors des soins de leur enfant et le transfert de celui-ci. Ce résultat paraît cohérent car assister à des gestes techniques, de réanimation peut être un événement choquant auquel il n'est pas nécessaire que le père assiste.

Cependant, si ce critère est retenu, 65 % des pères auraient pu assister à l'intégralité des soins. Or, seulement 43 % étaient présents tout le temps. On peut se demander si les 22 % des nouveau-nés restant ont eu des difficultés à l'adaptation extra utérine, ou si le père a simplement été mis à l'écart ou oublié au début des soins.

L'association césarienne recommande de permettre aux parents d'assister aux premiers soins de l'enfant [46].

4.5. Prise en charge dans le post partum

Il n'était pas possible d'être tous réunis dans la période du post partum immédiat pour 36 % des nouvelles familles en raison des transferts materno-fœtaux.

Ainsi, 64 % des familles auraient pu être réunies mais seulement 42 % l'ont été. Nous savons qu'il est possible dans cet établissement de réunir mère père et enfant dans une même salle. Cependant, afin de garantir l'intimité des femmes, cette réunion est impossible lorsque plusieurs patientes ont bénéficié d'une intervention. Il est cependant difficile de savoir si, dans notre étude, les familles n'ont pas pu être réunies pour cette raison ou non.

Concernant cette réunion des membres de la nouvelle famille, l'association césarienne préconise de la favoriser en salle de réveil et si c'est impossible de permettre au père et à l'enfant d'être ensemble dans un lieu intime [46].

De plus, il est logique que les pères aient majoritairement fait le va et vient lorsque leur enfant était transféré : le nouveau-né nécessitant des soins spécialisés ne peut pas rester auprès de ses parents. Le père joue alors le rôle de messenger entre sa conjointe et son enfant.

4.5.1. Le peau à peau

Tout d'abord, le contact peau à peau a été proposé à 22 % des pères. Toutefois le nouveau-né a été transféré dans une unité de soins spécialisée pour 6 pères sur 17 à qui cet accueil a été proposé. Or, il est peu probable que les pères aient pu le réaliser alors que l'enfant nécessitait des soins lors de sa naissance. On peut donc en conclure que le

contact en peau à peau a été fait ultérieurement et non dans les 2h qui ont suivies la naissance. Ainsi, seulement 11 sur 17 parmi les 22 % aurait pu être accueillis en peau à peau par leur père durant la période du post partum immédiat. On constate que lorsque les pères sont présents aux premiers soins du bébé, le peau à peau leurs est plus facilement proposé : la proposition de peau à peau est donc probablement faite suite aux soins et donc avant une éventuelle mise en couveuse. Les pères présents à ce moment-là en bénéficient donc plus souvent.

En France, ce type d'accueil de l'enfant par la mère dans le post partum immédiat lors d'un accouchement voie basse est une recommandation de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et de l'initiative « amis des bébés ». C'est une pratique répandue contrairement au peau à peau père enfant.

Or, le peau à peau est qualifié de « *sécuritaire* » et devrait être proposé au père lorsqu'il n'est pas possible ou doit être interrompu avec la mère. Bien que le bénéfice sur l'allaitement maternel ne soit pas démontré, des avantages potentiels concernant les paramètres physiologiques et comportementaux du bébé sont avancés [47]. Des études ont alors montré que ceux qui bénéficient de cet accueil avec le père crient moins, et sont plus calme. Le peau à peau a alors une influence sur l'état de vigilance de l'enfant qui s'apaise et somnole dans les 60 minutes contre 110 lorsqu'il est en couveuse. De plus, ce contact avec le père pourrait faciliter le réflexe de succion et l'homme devrait donc être le principal donateur des soins à l'enfant lors de sa séparation d'avec sa mère [48].

Il conviendrait alors de favoriser le peau à peau avec la mère ou le père après une naissance par voie haute [46].

Dans notre étude un lien a été établi entre un sentiment d'être perdu et celui d'être nerveux pendant l'accouchement et le désir de peau à peau : les pères totalement perdus ou nerveux sont plus demandeur de ce contact. Il est donc légitime de se demander si cette forme d'accueil de l'enfant serait pour eux une forme de se rassurer, de s'apaiser suite à l'intervention. Le peau à peau leur permettrait alors peut être de faire connaissance avec cet enfant qu'ils n'ont pas vu naître...

Cependant, il est important de rappeler que les enfants nés par césarienne doivent bénéficier d'une surveillance particulière du fait notamment de l'augmentation du risque de détresse respiratoire et de troubles de résorption. Les nouveau-nés bénéficiant de ce type de naissance doivent donc être étroitement et régulièrement surveillés en incubateur durant les deux premières heures.

5. La préparation des pères à la césarienne

5.1. Les renseignements personnels

Plus d'un tiers (38,6 %) des pères ne s'étaient pas renseignés sur la césarienne avant la naissance de leur enfant. La majorité d'entre eux connaît ce mode de naissance mais ne pense pas que cela puisse leurs arriver. Ce résultat ne paraît pas étonnant : les parents n'envisagent effectivement pas la naissance par césarienne notamment lorsque le couple n'a participé à aucun cours de PNP.

Seulement 26,2 % ont reçu des informations de la part de leur conjointe. Sachant que 68,3 % d'entre elles ont participé à des cours de PNP, il est étonnant qu'elles soient aussi peu à en avoir parlé à leur conjoint. Cependant, cela confirme notre hypothèse précédente selon laquelle, les couples n'envisagent pas que leur enfant puisse naître par césarienne.

Il serait peut-être alors du rôle des professionnels d'aborder ce mode d'accouchement en plus des cours de PNP, lors des consultations, afin que les femmes et leur conjoint soient conscients que la décision d'une naissance par voie haute est possible jusqu'à la fin du travail. Une préparation psychologique qui permettrait peut-être de palier à un effet de surprise lors de l'annonce de l'intervention.

5.2. Les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité

5.2.1. Participation des femmes aux cours de PNP

Aucunes données générales n'ont été trouvées concernant la participation des femmes aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, les enquêtes périnatales donnent les taux de participation des primipares et des multipares séparément, or le questionnaire ne permet pas de statuer sur la parité des femmes. Il

était certes demandé aux pères s'il s'agissait de leur premier enfant mais avec un taux de divorces et de familles recomposées en augmentation, le premier enfant du père n'est pas forcément le premier de la mère.

5.2.2. Types de cours auxquels assistent les conjointes

La majorité des femmes suivent des cours chez une sage-femme libérale. Cela pourrait s'expliquer par le manque de place à ceux donnés à l'hôpital mais aussi par une volonté des femmes d'assister à des cours à effectif réduit.

5.2.3. Participation des pères

Lorsque leur conjointe participe aux cours de préparation à la naissance, presque la moitié des hommes n'accompagnent jamais leur femme et parmi ceux qui la suivent, presque la moitié ne s'y rend qu'une fois. Il serait peut être intéressant de se demander pourquoi : est-ce par difficultés dues aux horaires, par mal être, est-ce parce qu'il était le seul homme du groupe ou par inadéquation entre leurs questions et les informations délivrées ?

Certaines maternités ont alors mis en place des cours dédiés aux hommes qui leur permettent de débattre sur leur place pendant la grossesse, l'accouchement, le post partum. Face à une absence de sentiment paternel et à une absence de transmission d'expériences, la question du « devenir père » est abordée. D'autres thèmes, comme la sexualité ou les responsabilités et la famille sont avancés [49].

L'intérêt de l'institution de groupe de parole d'hommes est donc à évaluer.

5.2.4. L'information sur la césarienne

Un quart des pères a déclaré que le thème de la césarienne n'avait pas été abordé aux cours de PNP. Mais ceux-ci ont dû pour la plupart demandé ce renseignement à leur conjointe. Cependant, nous n'avons aucune certitude sur cette demande. De plus, il est possible que le thème de la césarienne ait été abordé lors d'un cours où certaines femmes ont pu être absentes.

Cependant, l'information sur la césarienne figure dans les objectifs des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) de la Haute Autorité de Santé (HAS) [50].

5.2.5. Qualité de l'information

Pour ce qui est de la qualité de l'information, cette donnée est très subjective mais la majorité des pères interrogés (8 sur 12) ne semblent trouver l'information qu'en partie satisfaisante. Il serait peut être judicieux de savoir en quoi les informations ne sont pas totalement satisfaisantes et quelles sont les données qu'ils auraient aimé avoir. Il est toutefois possible que la réponse ait été donnée par manque de souvenirs des informations délivrées.

5.2.6. L'information sur le peau à peau

De plus, 25 pères sur les 40 qui ont participé à des cours de PNP, déclarent avoir reçu des informations sur le contact peau à peau. Cependant, la question sous entendait qu'il s'agissait de l'information que les pères avait reçu lors des cours auxquels eux même avaient participé. Mais cela n'était pas textuellement précisé, aussi certains ont pu croire qu'il s'agissait de l'information fournie lors de tous les cours auxquels ont participé leur conjointe. Dans ce cas, comme pour le thème de la césarienne, certaines femmes ont pu être absentes lorsque le peau à peau a été abordé. De plus, le questionnaire ne précisait pas s'il s'agissait de ce contact de façon général ou d'un accueil par le père, dans le cas d'une césarienne. Ce risque de biais nous rend donc difficile l'interprétation du résultat obtenu. L'information sur le contact « peau à peau » figure tout de même dans les objectifs des RPC de la HAS [50]. La spécificité de ce mode d'accueil par le père lors d'une césarienne n'est cependant pas requise.

6. Projet d'action

Au terme de ce travail, il nous semble important de proposer des actions visant à optimiser la prise en charge du père avant, pendant, et après une césarienne en urgence.

Une proposition de conduites de bonnes pratiques pour la prise en charge des pères lors d'une césarienne au CHU Estaing est alors possible.

Tout d'abord il est impératif de souligner l'importance d'informer tous les couples sur la césarienne lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ou à défaut lors des dernières consultations de grossesse. Ainsi, tous les couples devraient être informés et conscients qu'une naissance par voie haute est envisageable et ce jusqu'à la fin du travail. L'information sur la possibilité ou non de présence du père au bloc opératoire serait alors abordée.

En salle de naissance, la sage-femme devrait s'assurer que cette information a été donnée.

On doit favoriser la présence du père au bloc obstétrical pour une césarienne en urgence (selon le degré d'urgence).

Les prises en charge de la patiente, du nouveau-né et du père sont alors expliquées. Le souhait du père, quant à sa présence au bloc opératoire (si elle est possible), est alors recueilli. Cette prise de renseignements permettra de gagner du temps si une césarienne en urgence doit être envisagée et les professionnels pourront alors répondre aux questions du couple. Cela pourra permettre de palier à l'effet de surprise qu'une intervention peut avoir lorsque le sujet n'a pas été abordé au préalable.

Lors du transfert au bloc opératoire, un membre de l'équipe devrait s'occuper spécifiquement du père : lui donner le nécessaire pour qu'il s'habille et qu'il se lave les mains afin qu'il puisse accéder au bloc obstétrical.

Il est ensuite accompagné au bloc et on lui donne une place à la tête de sa conjointe derrière le champ.

A la naissance, l'enfant est présenté (selon son adaptation à la vie extra utérine) à ses parents, de la même façon qu'on le présente actuellement à la maman. Le père a alors la possibilité de suivre son enfant pour assister à ses premiers soins puis de rejoindre sa

compagne en salle de SSPI. Il reste avec sa conjointe si l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas d'assister aux premiers soins (mauvaise adaptation à la vie extra utérine, prématurité, transfert de l'enfant dans un service de soins spécialisés...).

Dans le post partum immédiat, le père reçoit des informations sur le contact peau à peau et la proposition de ce mode d'accueil lui sera faite d'une part si l'état du nouveau-né le permet (bonne adaptation à la vie extra utérine) et d'autre part si l'équipe a la possibilité de le surveiller (donc selon la charge de travail).

Il est important de favoriser la réunion des 3 membres de la famille au même endroit, dans une même salle.

S'il est impossible de détailler et d'insister sur les explications compte tenu de l'urgence, cela est précisé aux futurs parents. L'urgence terminée, des éclaircissements sur ce qui s'est passé doivent être fournis au couple. L'équipe doit s'assurer de la compréhension des informations données afin de conserver un climat et une relation de confiance.

Une plaquette d'information a donc été créée afin de favoriser la mise en place de ces conduites de bonnes pratiques (Annexe IV). Elle pourrait être distribuée à tous les professionnels exerçant en consultations, salle de naissance et suites de couches d'une part et être affichée en salle de naissance d'autre part.

CONCLUSION

Un décalage est constaté entre les attentes des pères et la réalité du terrain, leur prise en charge.

Alors qu'une grande majorité de pères étaient présents lors de l'annonce de la césarienne, et que les explications étaient souvent bien voire très bien comprises, les hommes ont été demandeur d'éclaircissements, de précisions supplémentaires.

Aucun père n'a pu accéder au bloc opératoire lors de la naissance de son enfant, bien qu'elle soit notamment recommandée par le CIANE, et près des trois quarts auraient souhaité assister à la naissance de leur enfant.

Moins de la moitié ont pu être aux côtés de leur compagne et de leur enfant dans une même salle dans le post partum immédiat. L'accueil du nouveau-né en peau à peau a été proposé à une minorité de pères alors qu'une majorité d'entre eux a déclaré qu'ils auraient souhaité pouvoir le faire.

Les pères avaient donc des attentes, des souhaits bien différents de la prise en charge dont ils ont pu bénéficier.

Nous avons également constaté un manque d'informations préalable des pères. Effectivement, très peu d'hommes assistent avec leur conjointe aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ils ont également été nombreux à déclarer qu'ils n'avaient pas fait la démarche personnelle de rechercher des renseignements sur ce mode d'accouchement.

C'est donc une place délicate, instable que les hommes occupent aux côtés de leur compagne.

Les futurs pères peuvent accompagner leur conjointe aux cours de préparation à la naissance mais osent-ils y aller ? Sont-ils appropriés à leurs besoins, leurs attentes ? Des séances d'informations dédiées aux futurs pères leur seraient-elles plus accessibles et plus bénéfiques ?

L'accès leur est également autorisé en salle de naissance mais comment vivent-ils cette expérience ? Le bloc de césarienne leur est souvent fermé et pourtant certains centres leurs ont ouvert les portes, ainsi la présence des pères est possible : pourquoi ne se généralise-t-elle pas ?

Enfin, le peau à peau père-enfant semble être une pratique post césarienne peu répandue du fait de la surveillance obligatoire du nouveau-né en incubateur. Peut-être est-ce aussi par manque d'étude sur le rapport bénéfice risque de cette pratique ? Le peau à peau serait-il une méthode d'accueil de l'enfant qui permettrait au père mais aussi à l'enfant de se rassurer, de s'apaiser ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Turpin D. La paternité ne commence pas à la maternité. *Annales medico psychologiques* 2007 ; 165 : 472- 7.
- [2] Hasendahl S. Etre père, c'est avant tout être un bon compagnon. *Le quotidien du médecin* 2010 ; 8772– cahier 2 : 2.
- [3] Sellenet C. [concept_parentalite.pdf](#) (Objet application/pdf) [consulté le 16/11/2011]. Disponible à partir de : URL : http://documentation.reseau-enfance.com/IMG/pdf/concept_parentalite.pdf.
- [4] CNRTL. PATERNITÉ : Définition de PATERNITÉ [consulté le 16/11/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/paternit%C3%A9>.
- [5] Mulliez J. La désignation du père. In : Delumeau J, Roche D, eds. *Histoire des pères et de la paternité*. 2nd ed. Paris : Larousse ; 2000. p. 43- 72.
- [6] Bonnet J-C. De la famille à la patrie. In : Delumeau J, Roche D, eds. *Histoire des pères et de la paternité*. 2nd ed. Paris : Larousse ; 2000. p. 245- 67.
- [7] Cabantous A. La fin des patriarches. In : Delumeau J, Roche D, eds. *Histoire des pères et de la paternité*. 2nd ed. Paris : Larousse ; 2000. p. 333- 58.
- [8] Hurstel F, Delaisi de Parseval G. Le pardessus du soupçon. In : Delumeau J, Roche D, eds. *Histoire des pères et de la paternité*. 2nd ed. Paris : Larousse ; 2000. p. 381- 98.
- [9] Hurstel F. Penser la paternité contemporaine dans le monde occidental : quelles places et quelles fonctions du père pour le devenir humain, sujet et citoyen des enfants ?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2005 ; 53 : p. 224-30.
- [10] Benoit A. [histoire de la paternité.pdf](#) (Objet application/pdf) [consulté le 28/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://association-saint-raphael.com/uploads/images/Ludotheque-Baobab/conf-debat/2006/histoire%20de%20la%20paternit%E9.pdf>.
- [11] République française. Détail d'un article de code [consulté le 27/11/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=179D67BB49A1450C1971B015894C25CD.tpdjo13v_1?idArticle=LEGIARTI000006646052&cidTexte=LEGITEXT000006072050&categorieLien=id&dateTexte=20040625

- [12] Grésy B, IGAS. 2011084_synthese.pdf (Objet application/pdf) [consulté le 28/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2011084_synthese.pdf.
- [13] Korff-Sausse S. « Il n'y a plus de pères... » Vraiment ?. Le journal des professionnels de l'enfance 2010 ; 64 : 37- 9.
- [14] Le Run JL. LeRun.pdf (Objet application/pdf) [consulté le 28/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.efa94.org/public/file/LeRun.pdf>.
- [15] Gratton E. Étude sur l'évolution de la paternité et sur la construction identitaire de pères « modernes » et « égalitaires » - Association [Les Papas = Les Mamans] [consulté le 28/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://lplm.fr/spip/spip.php?article337>.
- [16] Ibañez M. Et le père aussi.... In : Marciano P, eds. Le Père, l'homme et le masculin en périnatalité. Toulouse : érès les dossiers de spirale, 2003, p. 17- 23.
- [17] Dejours R. Périnatalité, quelle est la place des futurs pères de nos jours ?. Vocation sage femme 2008 ; 64 : 7-10.
- [18] Bartoli L. La présence du futur père. In : Bartoli L, eds. Venir au monde Les rites de l'enfantement sur les cinq continents. 2nd ed. Paris : Payot et rivages ; 2007. p. 133- 7.
- [19] Florand S. Se sentir devenir père. Le journal des professionnels de l'enfance 2010 ; 64 : 35- 6.
- [20] Audier L, Blancho A, Callamand P, Malavialle L, Perez F. La place des pères en maternité : à propos d'une enquête : quelques réflexions. In : Marciano P, eds. Le Père, l'homme et le masculin en périnatalité. Toulouse : érès les dossiers de spirale, 2003, p. 25- 32.
- [21] Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression. JAMA 2010 ; 303 (19) : 1961- 9.
- [22] Dollander M. La dépression périnatale paternelle. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2004 ; 52 : 274- 8.
- [23] Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville E, Delamare L. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 29^e ed. Paris : Maloine ; 2006. p. 153.

- [24] Association CESARINE. Césarine - Evolution des taux de césarienne (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php.
- [25] Ministère de la santé, INSERM. Enquête nationale périnatale 1995 (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html>.
- [26] Ministère de la santé, INSERM. Enquête nationale périnatale 1998 (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-412.html>.
- [27] Ministère de la santé, INSERM. Enquête nationale périnatale 2003 (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-411.html>.
- [28] OMS. OMS | Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9280631985/fr/index.html.
- [29] CNGOF. ☞ /CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE (consulté le 28/08/2011). Disponible à partir de : URL : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM.
- [30] Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M et al. urgency of caesarean section : a new classification. *JRSM* 2000 ; 93 : 346- 50.
- [31] Matis R. Surveillance du travail et accouchement. In : Matis R, eds. *Mémento de la sage-femme*. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 171- 98.
- [32] Matis R. Maladies infectieuses. In : Matis R, eds. *Mémento de la sage-femme*. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 88- 108.
- [33] Matis R. Dermatologie. In : Matis R, eds. *Mémento de la sage-femme*. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 145- 50.
- [34] Racinet C, Meddoun M. Autres présentations. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. *La césarienne*. 1^{ere} ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 87- 8.

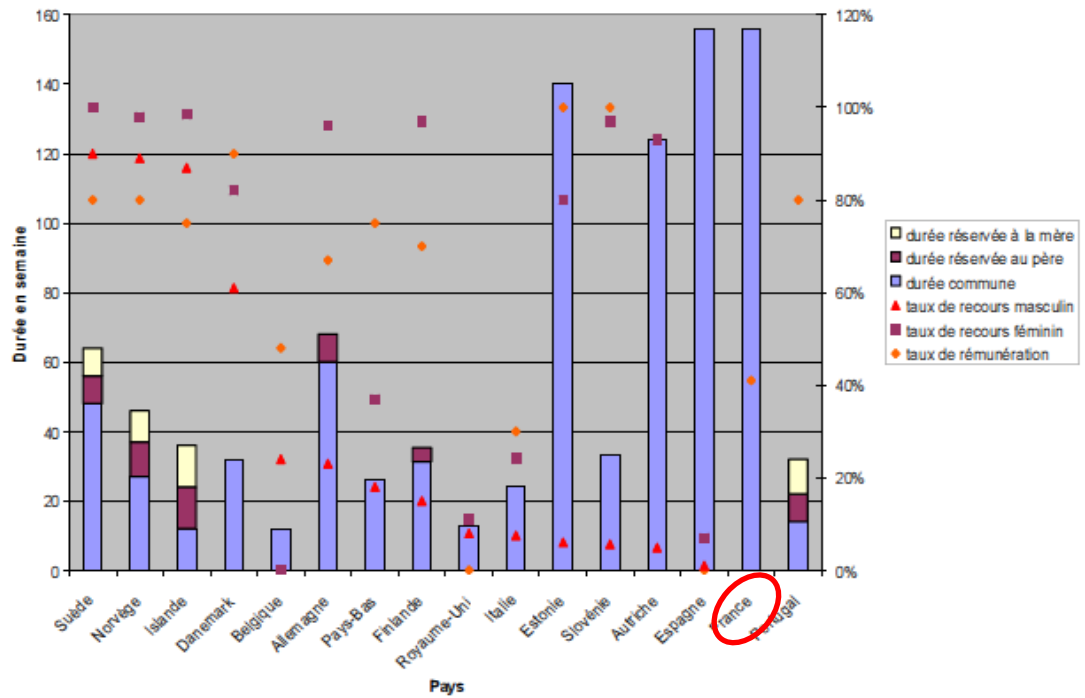
- [35] Hoffmann P, Racinet C. Indications pour pathologie maternelle. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 153- 6.
- [36] Equy V, Pons J-C. Les indications de césarienne pour malformations foetales. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 133- 40.
- [37] Racinet C, Desmon F. Indication pour disproportion foeto-pelvienne. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 71- 6
- [38] Hoffmann P, Racinet C. Césarienne et souffrance fœtale per partum. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 125- 31.
- [39] Carbonne B, Nguyen A. Surveillance fœtale par mesure du pH et des lactates au scalp au cours du travail. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008 ; 37 : p. 65- 71.
- [40] Langer B, Vayssière C, Fritz G, David E. Oxymétrie, ECG fœtal et enregistrement informatisé (comparaison avec le pH). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008 ; 37 : p. 72- 80.
- [41] Hoffmann P, Racinet C. Indications liées aux annexes fœtales. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 157- 60.
- [42] Matis R. Hépatogastroentérologie. In : Matis R, eds. Mémento de la sage-femme. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 141- 44.
- [43] Brion J-P. Infections maternelles et césariennes. In : Racinet C, Favier M, Meddoun M, eds. La césarienne. 1ere ed. Montpellier : Sauramps medical ; 2002. p. 141- 51.
- [44] Briex M. Présence du père pendant une césarienne. *Spirale* 1/2003 (n° 25), p. 183-186. Disponible à partir de : URL : www.cairn.info/revue-spirale-2003-1-page-183.htm.
- [45] CIANE. Initiative pour un label “naissance respectée” [consulté le 28/03/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.scribd.com/doc/2520698/Initiative-pour-un-Label-Naissance-respectee-charte-fondatrice-du-Ciane>

- [46] Association CESARINE. HumaniserCesarienne.pdf (Objet application/pdf). [consulté le 25/03/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/31/03/85/HumaniserCesarienne.pdf>.
- [47] Chaillet N. 25-11-10_11h20_nilschaillet_peau-a-peau-apres-cesarienne.pdf (Objet application/pdf) [consulté le 18/04/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_11h20_nilschaillet_peau-a-peau-apres-cesarienne.pdf.
- [48] 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* 2007 ; 34 : 105- 14.
- [49] Benoît A. Paroles d'hommes. In : Marciano P, eds. *Le Père, l'homme et le masculin en périnatalité*. Toulouse : érès les dossiers de spirale, 2003, p. 57- 63.
- [50] HAS. preparation_naissance_recos.pdf (Objet application/pdf) [consulté le 02/02/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

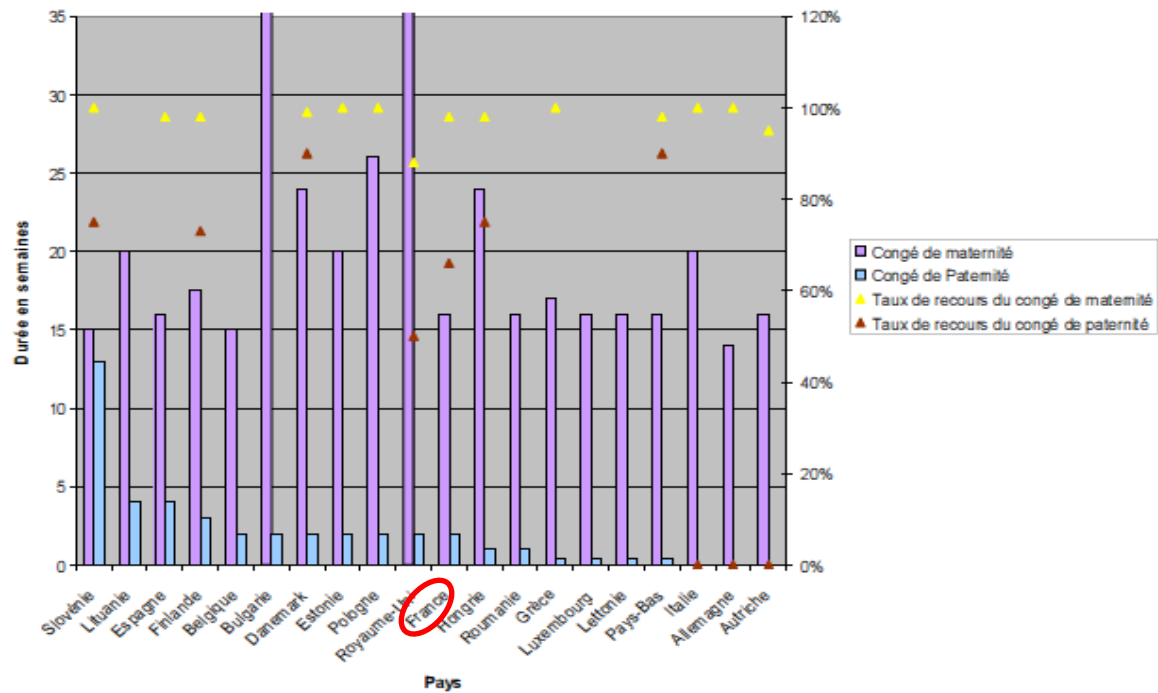
ANNEXES

Annexe I

Les congés parentaux en Europe



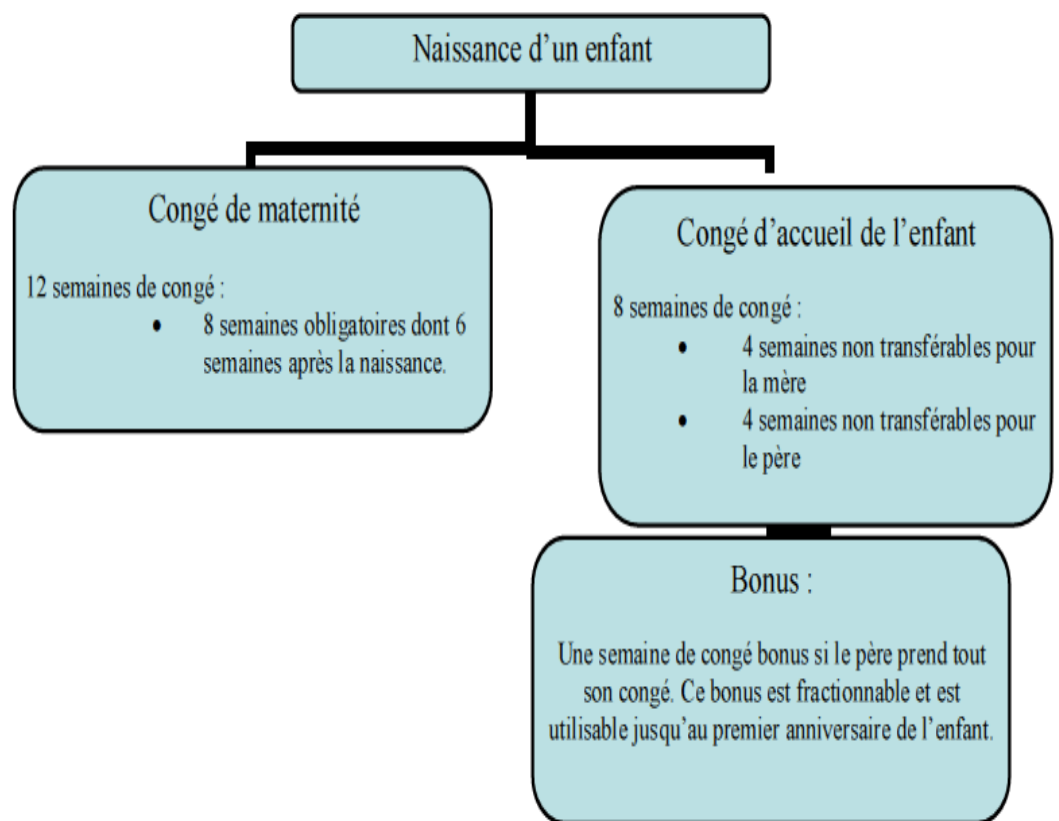
Les congés paternité et maternité en Europe



Sources : données IGAS

Annexe II

L'égalité parentale dès la naissance



Annexe III

Alice DUBREUIL

Etudiante sage-femme

5^e année

Monsieur,

En vue de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude portant sur « *la place du père lors d'une césarienne en urgence* », je sollicite votre collaboration.

Ainsi, je mets en place ce questionnaire qui me permettra de répondre à plusieurs objectifs :

- Déterminer la prise en charge dont vous avez pu bénéficier lors de la césarienne de votre conjointe,
- Evaluer quelles étaient vos attentes face à cette situation,
- Savoir si vous étiez préparé à une telle naissance.

Je vous demande donc de bien vouloir m'accorder une dizaine de minutes pour répondre à ce questionnaire qui restera **totale**ment anonyme.

Je vous remercie de bien vouloir répondre à **toutes les questions qui vous concernent**, des indications entre les questions sont là pour vous guider.

En vous remerciant par avance,

Alice Dubreuil

Pour chaque question merci d'entourer la bonne réponse ou d'écrire sur les lignes prévues à cet effet.

1 *quel âge avez-vous ?*

2 *quelle est votre profession ?*

3.1 *Est-ce votre premier enfant ?*

- a. oui
- b. non

3.2 *Si non, vos autres enfants sont-ils nés par césarienne ?*

- a. oui
- b. non

4 *Vous étiez vous renseigné sur le déroulement d'une césarienne ?*

- a. non, jamais, je n'y avais pas pensé
- b. non, jamais, je ne voulais pas savoir
- c. non, pas de moi-même mais ma conjointe m'en avait parlé
- d. oui, par internet, des livres, des revues etc...
- e. oui, des amis m'avaient raconté leur expérience

5 *Votre conjointe a-t-elle participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?*

- a. oui
- b. non

Si vous venez de répondre oui, répondez à la question 6 et aux suivantes sinon passez directement à la question 8.1

6 *Quel était le type de préparation auquel votre conjointe s'était inscrite ?*

- a. classique à l'hôpital
- b. classique avec une sage femme libérale
- c. préparation en piscine
- d. sophrologie
- e. yoga
- f. haptonomie
- g. autre (précisez) :
- h. je ne sais pas

7.1 *Vous l'avez accompagnée :*

- a. jamais
- b. une fois
- c. plusieurs fois
- d. à chaque fois

7.2 *Vous étiez présent lors d'une séance où le thème de la césarienne a été abordé :*

- a. oui
- b. non, je n'étais pas à cette séance là
- c. non, la césarienne n'a jamais été abordée lors des séances

7.3 *Si oui, les informations que vous avez reçu à ce propos étaient éclairantes sur le déroulement de l'opération :*

- a. oui, totalement
- b. oui, en partie
- c. non, pas du tout
- d. je ne m'en souviens pas
- e. autre (précisez) :

8.1 *Étiez-vous présent lors de l'annonce de la césarienne auprès de votre conjointe ?*

- a. oui
- b. non

8.2 *Si vous avez répondu "non", auriez-vous aimé être là ?*

- a. oui
- b. non

9 *Lors de cette annonce, vous vous êtes senti : (cochez les bonnes cases)*

		totalemment	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout
a.	spectateur, dépassé par les événements					
b.	apeuré, perdu					
c.	stressé, nerveux					
d.	confiant					
e.	soulagé					
f.	calme					

g. autre (précisez) :

10.1 *Vous a-t-on donné des explications concernant les raisons de la césarienne ?*

- a. oui
- b. non

10.2 *Si oui, avez-vous compris les explications qui vous ont été données ?*

- a. très bien
- b. bien
- c. peu
- d. très peu
- e. pas du tout

11 *D'après ce que l'on vous a dit, quelle(s) étai(en)t la/les raison(s) de la césarienne ?*

12 *Vous a-t-on demandé si vous souhaitiez accompagner votre conjointe au bloc ?*

- a. oui
- b. non

13 *Lors de la césarienne de votre conjointe, vous vous trouviez :*

- a. dans un couloir
- b. dans une salle d'attente
- c. au bloc opératoire aux côtés de votre conjointe
- d. derrière une vitre où vous pouviez la voir
- e. autre (précisez) :

14 *Si vous étiez au bloc opératoire ou derrière une vitre : (plusieurs réponses possible)*

- a. J'y suis allé parce que ma conjointe le désirait plus que tout mais je n'y tenais pas particulièrement
- b. j'y suis allé parce que personnellement je tenais à être là
- c. je pense que c'était ma place
- d. j'aurais préféré ne pas voir tout cela

15 *Si vous n'étiez ni derrière une vitre ni au bloc, vous auriez aimé :*

- a. voir ma conjointe et assister à la naissance de notre enfant même à travers une vitre
- b. être aux côtés de ma conjointe au bloc
- c. l'un des deux
- d. ni l'un ni l'autre

16 *Pendant la césarienne, vous vous êtes senti : (cochez les bonnes cases)*

		totalemment	beaucoup	moyennement	un peu	pas du tout
a.	"en trop", pas à votre place					
b.	calme					
c.	stressé, nerveux					
d.	confiant					
e.	apeuré, perdu					

f. autre (précisez) :

17 *Votre conjointe a-t-elle dû être transférée dans un service de soin spécialisé (en réanimation adulte par exemple)*

- a. oui
- b. non

18 *Après la naissance de votre enfant et lors de ses premiers soins, vous avez été présent à ses côtés :*

- a. tout le temps (lors de l'aspiration, des soins de cordon, des mensurations...)
- b. uniquement lorsqu'on l'a mesuré et pesé
- c. jamais
- d. autre (précisez) :

19 *L'état de votre enfant a-t-il nécessité un transfert dans une unité spécialisée (réanimation néonatale, soins intensifs ou néonatalogie)*

- a. oui
- b. non

20.1 *Si vous avez assisté aux cours de préparation à la naissance, la possibilité de faire du peau à peau avait-elle été abordée ?*

- a. oui
- b. non

20.2 *Vous a-t-on proposé de réaliser cette expérience avec votre enfant ?*

- a. oui
- b. non

20.3 *Si non, auriez-vous aimé qu'on vous propose de le faire?*

- a. oui
- b. non

21 *Si oui, l'avez-vous fait et avez-vous apprécié ce moment ?*

- a. non, je n'ai pas souhaité le faire
- b. oui, et je me suis senti très bien, heureux
- c. oui, et j'ai un sentiment partagé : ni franchement à l'aise, ni franchement mal
- d. oui, et je me suis senti rapidement mal à l'aise

22 *Dans les 2h qui ont suivi la césarienne vous étiez :*

- a. dans une pièce avec notre enfant
- b. aux cotés de ma conjointe
- c. dans une pièce avec ma femme et notre enfant
- d. j'ai fait le va et vient entre eux 2 qui étaient dans 2 pièces différentes
- e. autre (précisez) :

23 *Enfin, qu'auriez-vous souhaité réellement ?*

Merci d'avoir pris quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

Annexe IV

<p style="text-align: center;">Conduites de bonnes pratiques pour la prise en charge des pères lors d'une césarienne au CHU Estaing</p>
--

**IMPORTANTANCE D'INFORMER TOUS LES COUPLES SUR LA CESARIENNE
PENDANT LA GROSSESSE (PNP, CONSULTATIONS DE FIN DE
GROSSESSE)**

En salle de naissance

- **Favoriser la présence** du père au bloc obstétrical pour une césarienne en urgence (selon le degré d'urgence).
- **S'assurer** que les informations sur la césarienne ont été données et **recueillir le souhait** du père quant à sa présence au bloc opératoire.
- **Explication des prises en charge** de la patiente, du nouveau-né et du père.

Lors du transfert au bloc opératoire

- Un membre de l'équipe (AS/AP, étudiant) **s'occupe spécifiquement du père** : aide à l'habillage, lavage des mains, accompagnement et installation au bloc opératoire derrière le champ (à la tête de sa compagne)

A la naissance

- **Présentation** de l'enfant (selon son adaptation à la vie extra utérine) à ses parents
- **Possibilité pour le père d'assister aux premiers soins** de l'enfant.

Ou

- Le père **reste avec sa compagne** si l'état de santé de l'enfant ne lui permet pas d'y assister (mauvaise adaptation à la vie extra utérine, prématurité, transfert)

Dans le post partum immédiat

- **Information du père sur le contact peau à peau et proposition** de ce mode d'accueil si l'état du nouveau-né le permet et si l'équipe a la possibilité de le surveiller (selon la charge de travail).
- **Favoriser la réunion des 3 membres** de la famille dans une même salle.

L'information

- Des **explications doivent TOUJOURS être fournies**.
- Si impossibilité de les détailler et d'insister immédiatement dessus compte tenu de l'urgence : le préciser aux futurs parents et revenir sur les explications lorsque tout est terminé.
- **S'assurer de la compréhension** des informations données pour **CONSERVER UN CLIMAT ET UNE RELATION DE CONFIANCE**.