

Le père et l'épreuve de la prématurité : étude du vécu lors de naissances après 30 semaines d'aménorrhées

Clémence Michel

► **To cite this version:**

Clémence Michel. Le père et l'épreuve de la prématurité : étude du vécu lors de naissances après 30 semaines d'aménorrhées. Gynécologie et obstétrique. 2015. <dumas-01233047>

HAL Id: dumas-01233047

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233047>

Submitted on 24 Nov 2015

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.

ACADEMIE DE PARIS
ECOLE DE SAGES-FEMMES – HOPITAL SAINT ANTOINE
UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE – FACULTE DE
MEDECINE
MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

Le père et l'épreuve de la prématurité

Etude du vécu lors de naissances après 30
semaines d'aménorrhées

MICHEL Clémence
née le 18 mai 1990

Directeur de mémoire : Dr BOHU Dominique,
pédopsychiatre, PH

Service de psychiatrie de l'enfant et adolescent

(Pr D.Cohen. Hôpital Pitié-Salpêtrière)

Service de néonatalogie

(Pr D.Mitanchez, Hôpital Trousseau, Paris 12^e)

Année universitaire : 2014 - 2015

Table des matières

Introduction.....	1
Première partie : Introduction à l'étude.....	3
I. Le père, d'hier à aujourd'hui	3
1.1 La place du père au sein de la famille	3
1.2 Le père à l'accouchement	5
1.3 L'avènement de la paternité	6
II. La prématurité	7
2.1 Définition de la prématurité.....	7
2.2 Facteurs de risque de la prématurité	8
2.3 Conséquences de la naissance prématurée.....	9
III. La parentalité et la prématurité	11
3.1 Le père, le principal lien mère-enfant	11
3.2 Les études effectuées sur le sujet	12
Deuxième partie : Méthodologie et Etude	14
I. Présentation de l'étude.....	14
1.1 Objectifs de l'étude.....	14
1.2 Problématique	14
1.3 Hypothèses	15
II. Méthodologie.....	15
2.1 Nature de l'étude.....	15
2.2 Population	16
2.3 Modalités de l'enquête	16
2.4 Grille d'entretien et choix de l'échelle	17
III. Présentation des résultats	18
3.1 Description de la population	18
3.2 Transcription d'entretiens effectués.....	21
3.3 Analyse thématique transversale des entretiens	30
Troisième partie : Discussion et Propositions	36
I. Discussion.....	36
1.1 Critique de l'étude	36
1.2 Discussion des résultats.....	37

II. Propositions	42
Conclusion	47
Bibliographie	49
Annexes	52
Glossaire	83

Introduction

La naissance d'un enfant est un évènement important dans la vie d'un couple et dans la construction d'une famille.

Longtemps tenu à l'écart, le père s'est vu peu à peu reconnaître un véritable rôle au moment de cette naissance, celui d'accompagnant et de soutien de la femme.

Lors de situations particulières comme celle d'un accouchement prématuré, la place du père devient même centrale et primordiale.

La prématurité représente environ 7% des naissances par an en France et 1,3% interviennent avant 32 semaines d'aménorrhées, soit environ 9 000 naissances (1).

Les sages-femmes, par la force des choses, sont donc amenées à être confrontées au cours de leur carrière à ces situations parfois difficiles.

Lors de mes différents stages en salle de naissance, en suites de couches et en service de néonatalogie, j'ai pu être confrontée à la prématurité des nouveau-nés. J'ai souvent perçu la détresse des parents, leur sentiment d'impuissance face à cette naissance inattendue et souvent synonyme de conséquences plus ou moins graves pour leur enfant.

La maman, hospitalisée en suites de couches, m'a semblée pouvoir trouver du soutien auprès du personnel soignant et auprès de son entourage. La visite quotidienne de la sage-femme ou de l'infirmière est un moment privilégié permettant l'extériorisation des inquiétudes face à l'état de santé du nouveau-né. On peut lui proposer de rencontrer la psychologue du service. Pendant l'hospitalisation néonatale du bébé, la mère peut être très présente et être accompagnée par l'équipe du service. Le père, ayant repris la plupart du temps son activité professionnelle, sera moins présent et sera plus à l'écart du quotidien de son bébé.

Si toutes les attentions se portent naturellement sur la maman et sur l'enfant, le papa est également confronté à cette situation douloureuse. *Comment vit-il cette naissance ? Quelles sont les conséquences sur le développement des premiers liens avec son enfant ? Comment chacun peut-il trouver sa place auprès de leur enfant ?*

Connaître le ressenti des pères lors de telles naissances afin de leur apporter un soutien psychologique adapté et bénéfique m'a semblé particulièrement intéressant et m'a donc incité à effectuer mon mémoire de fin d'études sur ce sujet. Il n'existe en effet que très peu d'études s'intéressant exclusivement à ce sujet.

Première partie : Introduction à l'étude

Dans cette introduction à l'étude, nous commencerons par retracer l'évolution de la place du père au sein de la famille et au moment de l'accouchement. Nous aborderons ensuite la prématurité, ses facteurs de risque et ses conséquences. Pour terminer, nous nous concentrerons sur la place occupée par le père au moment d'une naissance prématurée.

I. Le père, d'hier à aujourd'hui

1.1 La place du père au sein de la famille

La place du père au sein de la famille a connu une importante évolution au cours des siècles.

A l'Antiquité, il occupait la place centrale. A Rome, on parle de « pater familias » : il possède les pleins pouvoirs sur sa femme et ses enfants qu'il a le droit de vendre ou de tuer. La puissance du père ne connaît aucune limite. La famille est sa propriété. La paternité est le fait seul de sa volonté : il a le droit d'adopter un enfant sans l'accord de sa femme, il choisit ou non de reconnaître l'enfant comme le sien. L'éducation des filles est l'affaire des femmes tandis que pour les garçons, fermeté et sévérité sont de rigueur (2). La notion de majorité n'existe pas : les enfants restent soumis à l'autorité de leur père tant qu'il est vivant. Femme et enfants sont considérés incapables juridiquement.

A partir du II^{ème} siècle après Jésus-Christ, sous l'influence du christianisme, la paternité est définie dans l'unique cadre du mariage. Le droit de tuer son enfant est aboli, sa puissance n'est plus sans limite. Les religieux interviennent de plus en plus dans l'éducation des enfants, se désignant comme « pères selon l'esprit » : les droits de Dieu, seul vrai créateur de l'enfant, dominant les droits du père biologique (2,3).

Au Moyen-Age, l'éducation des enfants varie selon le niveau social. Le milieu rural prône les valeurs du travail dans les champs, le père sert d'exemple pour ses enfants. Dans le

milieu aristocratique, l'éducation des enfants est très souvent confiée à des nourrices et s'effectue loin des parents. Dans les villes, chez les artisans et commerçants, les pères sont à la fois soucieux d'instruire leurs enfants et de leur transmettre les valeurs du dur labeur. Dans tous les cas, le père occupe la place principale au sein de la famille.

A la suite de la Révolution Française, le père change progressivement de statut. Une notion de devoir apparaît. Son autorité peut être remise en question en cas de manquements auprès de ses enfants et la fonction d'instruction lui est peu à peu retirée avec l'apparition des écoles d'Etat. La majorité, fixée à 21 ans, supprime l'autorité permanente du père sur ses enfants.

Au XXème siècle, l'industrialisation et la mobilisation des hommes au cours des deux guerres mondiales éloignent le père de la famille et marquent le début de l'émancipation des femmes. Elles occupent alors un rôle de plus en plus important : elles sont chargées de subvenir aux besoins de la famille et d'éduquer les enfants. En 1938, la notion d'incapacité civile des femmes disparaît, introduisant l'égalité entre les époux. Cependant, afin de maintenir une hiérarchie au sein de la famille, une loi de 1942 donne le titre de chef de famille au mari et père (4).

Par la suite, l'évolution de la place du père est concomitante de l'évolution de la place de la femme et de la mère ainsi que de celle de l'enfant : en 1970, une loi abolit la puissance paternelle qui est remplacée par « l'autorité parentale ». La mère et le père ont alors un statut équivalent auprès de leurs enfants : « L'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à son égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation » (art. 371-2 Code civil). Hors mariage, la mère possède seule l'autorité parentale (5). Le père peut reconnaître l'enfant mais n'exerce l'autorité parentale qu'avec l'accord d'un juge.

Par ailleurs, la loi Neuwirth autorisant la contraception et la loi Veil dépenalisant l'Interruption Volontaire de Grossesse laissent les femmes comme seules légitimes à prendre une décision quant à leur fécondité (6). En 1990, la signature de la convention des droits des enfants renforce leur position au sein de la famille et de la société (7).

De nos jours, bien que toujours présente dans nos esprits, l'image du « pater familias » ne correspond plus aux attentes de la société. L'avancée des connaissances sur l'enfance et le développement des droits de l'enfant ont entraîné l'apparition d'un « nouveau père » s'impliquant davantage auprès d'eux, pouvant faire preuve d'affection et de tendresse (3,8).

Cette évolution n'a pas seulement entraîné une modification de la place du père au sein de la famille, elle a également modifié sa place et son rôle au moment de l'accouchement.

1.2 Le père à l'accouchement

Pendant de nombreux siècles, la présence du père au moment de l'accouchement, bien que non exclue, était très rare. En effet, il s'agissait souvent d'un moment réservé aux femmes, la future mère étant entourée de parentes, amies ou matrones. A partir du XVIème siècle, le père pouvait cependant être admis lors d'un accouchement difficile, où sa force et son expérience du vélage pouvaient être utiles (9).

Cette « mise à l'écart » a perduré jusque dans les années 1970, où les futurs pères devaient attendre en dehors du service tout le temps du travail et de l'accouchement. Ils étaient informés de la naissance par le médecin ou la sage-femme mais n'avaient pas toujours la possibilité de rejoindre leur compagne et leur nouveau-né en salle de naissance. En suites de couches, tous les bébés étaient placés en pouponnière, les pères n'y ayant pas accès. La rencontre avec leur enfant se faisait donc le plus souvent au moment du retour à domicile.

A partir des années 1970, l'émergence des techniques d'accouchement sans douleur puis de la péridurale dans les années 80 ouvrent petit à petit les portes des salles de travail aux pères. Leur présence est parfois même encouragée. Elle permettrait alors le renforcement des liens au sein du couple et ainsi diminuerait le risque de séparation et de divorce.

Aujourd'hui, la présence du père en salle de naissance est devenue une évidence. Il joue en effet un véritable rôle de soutien envers la future maman et beaucoup d'entre elles ne peuvent imaginer donner naissance à leur enfant sans leur conjoint. Cependant, cette présence ne doit pas devenir une obligation, chaque père ayant la possibilité de choisir s'il souhaite être présent ou non (10).

L'accueil de cet enfant dans les meilleures conditions au moment de la naissance est le fruit d'un travail psychologique du père tout au long de la grossesse permettant l'avènement de la paternité.

1.3 L'avènement de la paternité

Durant de nombreuses années, l'étude de l'établissement des premiers liens affectifs du nouveau-né a naturellement placé la mère en première place, ne laissant que peu d'importance pour le père. La théorie de l'attachement, développée par John Bowlby en 1959, reconnaît l'enfant comme un être social, se construisant grâce aux interactions avec sa figure principale d'attachement, le plus souvent représentée par sa mère. Il décrit l'attachement comme un besoin primaire et instinctif, destiné à permettre la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre le nouveau-né et sa mère, grâce à des comportements innés, tels que les pleurs, la succion ou l'agrippement. Le père n'occupe alors qu'un rôle subsidiaire de figure d'attachement secondaire.

Winnicott décrit également la « préoccupation maternelle primaire », permettant l'identification de la mère à son enfant afin de lui apporter une réponse adaptée à ses besoins. Le père est alors chargé de construire un environnement sécurisant permettant l'émergence d'une mère « suffisamment bonne » pour son enfant (11).

Souvent réduit au rôle de séparation entre mère et nouveau-né, on ne retrouve que très peu d'études faisant mention de ses émotions ou de ses difficultés dans l'avènement de sa paternité (12).

A partir du début des années 1990, la place du père au cours de la grossesse se modifie et devient l'objet de travaux et de recherches. Ses interrogations, ses difficultés et ses doutes commencent alors à être pris en compte.

En effet, l'avènement de la paternité présente des particularités. A la différence de la future mère, aucun changement physique ne lui permet de se préparer à l'arrivée du bébé. Il ne peut qu'imaginer et réfléchir. L'accès à la paternité passe donc par la pensée, et par l'imaginaire. Ainsi, en le laissant exister et grandir dans son esprit, le futur père permet la « naissance psychique » de son enfant et se projette alors dans son nouveau statut. Ce processus de pensée évolue au rythme des changements du corps féminin, lui faisant prendre conscience de la réalité de l'évènement à venir. Cette conscience de la future naissance s'accroît lors des échographies, lorsque l'enfant imaginé se matérialise en images (13–15).

Cependant, dans le cas d'une naissance prématurée, tout est accéléré. Ce travail psychologique est brusquement interrompu, laissant place très souvent à l'inquiétude et à l'angoisse face à cet enfant à la santé fragile et au pronostic souvent incertain.

II. La prématurité

2.1 Définition de la prématurité

Dans le monde, on estime qu'environ 15 millions de nouveau-nés naissent chaque année prématurément, et ce chiffre demeure en constante augmentation. La naissance prématurée est la première cause de mortalité chez le nouveau-né et la seconde chez les enfants de moins de 5 ans (1).

En 1970, le taux de naissances prématurées en France s'élevait à 10%. Une diminution s'est ensuite amorcée pour atteindre près de 5,6% en 1995. Depuis, ces chiffres ont connu une nouvelle hausse. Aujourd'hui, les naissances prématurées représentent 7% de l'ensemble des naissances chaque année, soit près de 60.000 nouveau-nés dont 9.000 naissent avant 32 semaines d'aménorrhées (16).

La prématurité se définit par la naissance d'un enfant vivant avant 37 semaines d'aménorrhées. On distingue plusieurs niveaux de prématurité (1) :

- La prématurité modérée lors d'une naissance entre 32 et 37 semaines d'aménorrhées
- La grande prématurité qui intervient entre 28 et 32 semaines d'aménorrhées
- La prématurité extrême avant 28 semaines d'aménorrhées.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le terme de viabilité à 22 semaines d'aménorrhées ou un poids de 500 grammes. En France, les procédures de réanimation ne sont entreprises qu'à partir de 24 à 26 semaines d'aménorrhées selon les centres hospitaliers.

Les maternités françaises sont classées selon le type de soins pédiatriques qui peuvent y être réalisés :

- Maternités de type I : unité obstétricale uniquement. Elles n'accueillent que les enfants nés à terme, sans pathologie particulière et ne nécessitant aucune mesure de réanimation.
- Maternités de type IIa : présence d'un service de néonatalogie. Elles prennent en charge les bébés nés après 34 semaines d'aménorrhées, et un poids de naissance supérieur à 1600 grammes.
- Maternités de type IIb : présence des services de néonatalogie et de soins intensifs. Elles s'occupent d'enfants à partir de 32 semaines d'aménorrhées et un poids de naissance supérieur à 1200 grammes.
- Maternités de type III : présence des services de néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale. Elles prennent en charge plus particulièrement les nouveau-nés à un terme de naissance inférieur à 32 semaines d'aménorrhées ou un poids de naissance inférieur à 1200 grammes, les nouveau-nés porteurs de malformations sévères.

Le service de réanimation néonatale prend notamment en charge les nouveau-nés instables et les grands prématurés nécessitant une aide respiratoire importante (intubation, Ventilation Non Invasive). Le service des soins intensifs s'occupe des bébés nécessitant une surveillance particulière et des soins importants (Ventilation Non Invasive, Cathéter central...) dont l'évolution est plutôt favorable. Il fait souvent suite à une hospitalisation en réanimation néonatale. Le service de néonatalogie prend en charge des pathologies moins importantes telles que l'ictère néonatal, l'infection materno-fœtale sans signe de gravité ou les faibles prématurités. Pour certains nouveau-nés, il fera suite au service de soins intensifs et sera souvent la dernière étape avant la sortie.

2.2 Facteurs de risque de la prématurité

En France, différents facteurs ont été identifiés comme à fort risque d'entraîner une naissance prématurée (17).

Il existe tout d'abord des facteurs materno-placentaires. Ceux-ci comprennent les antécédents d'accouchement prématuré, les pathologies maternelles chroniques (le diabète, les insuffisances cardiaques, rénales...), les malformations utérines ou cervicales, les anomalies placentaires (pré-éclampsie...) et les infections maternelles (chorioamniotite).

Des facteurs fœtaux ont également été identifiés. Il s'agit de pathologies telles que le retard de croissance intra-utérin ou les malformations. Les grossesses multiples, en forte augmentation ces dernières années du fait de l'essor des techniques de Procréation Médicalement Assistée, font également parties des facteurs à risque d'entraîner un accouchement prématuré.

Enfin, des facteurs socio-économiques maternels interviennent également dans la survenue d'une naissance prématurée. L'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans, un bas niveau socio-économique (précarité, niveau d'éducation...), un travail pénible ou une durée de transport élevée ainsi que le tabagisme maternel sont autant de facteurs susceptibles de favoriser une naissance avant terme.

2.3 Conséquences de la naissance prématurée

2.3.1 *Conséquences à court terme*

Les conséquences immédiates liées à la prématurité sont nombreuses. Elles sont évidemment en lien avec le terme de naissance, les conséquences étant d'autant plus importantes et graves que la naissance intervient tôt dans la grossesse (18,19).

Ces conséquences sont liées à l'immatunité de nombreux organes du nouveau-né.

Il existe tout d'abord une immaturité pulmonaire. En effet, le poumon atteint sa maturité seulement après 36 semaines d'aménorrhées. De ce fait, une naissance avant ce terme entraînera très souvent une détresse respiratoire qui nécessitera des manœuvres de réanimation.

On retrouve également une immaturité digestive. Ceci explique les difficultés d'alimentation chez les nouveau-nés prématurés, pouvant se compliquer de pathologies digestives telles que l'entérocolite ulcero-nécrosante.

Il existe aussi une immaturité rénale, une immaturité de régulation thermique exposant le nouveau-né prématuré à un plus grand risque d'hypothermie, une immaturité hépatique augmentant le risque d'ictère dans les jours suivant la naissance, ainsi qu'une immaturité du système immunitaire augmentant le risque d'infection chez ce nouveau-né.

Le bébé prématuré est également sujet à de nombreux troubles métaboliques tels que l'hypoglycémie ou l'hypocalcémie qui nécessitent d'être surveillés et corrigés après la naissance.

Tous ces éléments, nécessitant une prise en charge précoce au moment de la naissance, sont sources d'angoisse et de stress pour les parents. Cet événement attendu, qui devait être synonyme de joie et de bonheur, se transforme en événement brutal et inattendu en moment d'inquiétudes et de questionnements sur l'état de santé voire sur la survie de leur enfant.

2.3.2 Conséquences à long terme

La prématurité n'entraîne pas seulement des conséquences immédiates sur l'état de santé du nouveau-né. Elle peut également avoir un impact sur le développement à long terme de l'enfant.

L'étude EIPAGE 1, réalisée en France entre 1997 et 2005, a exploré le devenir des enfants nés avant 32 semaines d'aménorrhées. Pour ce faire, elle a pris en compte leur développement psychomoteur à l'âge de cinq ans et le déroulement de leur scolarité à l'âge de huit ans. Il en ressort que si le taux de mortalité des enfants nés prématurément a très fortement diminué du fait de l'amélioration des techniques de réanimation, le taux de handicaps chez ces enfants reste stable. Dans un tiers des cas, les handicaps observés nécessitent une prise en charge spécialisée à l'âge de cinq ans. A plus long terme, on retrouve un taux plus élevé d'enfants présentant des troubles du comportement ou des difficultés d'apprentissage (20).

Selon les premiers résultats de l'enquête EIPAGE 2, débutée en 2011, le taux de survie sans morbidité sévère aurait augmenté de 14% pour une naissance entre 25 et 29 semaines d'aménorrhées et de 6% pour un terme entre 30 et 31 semaines d'aménorrhées (21).

L'exposé de toutes ces potentielles séquelles, nécessairement décrites aux parents lorsque la naissance de leur enfant intervient trop tôt, vient se surajouter à l'inquiétude déjà suscitée par l'état de santé immédiat du nouveau-né.

III. La parentalité et la prématurité

3.1 Le père, le principal lien mère-enfant

La grossesse est un moment privilégié entre un couple et leur futur bébé. Elle permet la mise en place de la parentalité et la préparation de son arrivée dans les meilleures conditions possibles, aussi bien psychiques que matérielles.

Cependant, lors d'une naissance prématurée, ce voyage psychique que doit être la grossesse est brusquement interrompu.

Le papa devient alors un élément central dans le lien entre la mère et le nouveau-né.

Alors que traditionnellement, c'est la maman qui présente l'enfant au père, la situation est inversée en cas de naissance prématurée. Le père est le premier à reconnaître l'enfant comme le sien, non pas en peau à peau comme le ferait la mère, mais à distance, au travers de l'incubateur. La découverte de cet enfant, différent de celui imaginé et attendu, est un choc. Bien qu'il soit encouragé à participer aux soins du bébé, la peur de le blesser et cette apparence de fragilité sont parfois des freins à la création des premiers liens, aussi bien physiques qu'émotionnels.

Dans les premières heures suivant la naissance, la mère étant bien souvent dans l'incapacité d'aller voir son enfant en service de néonatalogie, le papa est chargé de lui apporter des nouvelles concernant l'installation du bébé dans le service, son état de santé, les actes médicaux réalisés... Il devient alors « *porteur et rapporteur auprès de la mère de l'information recueillie dans l'unité de soins néonatale* » (12). Il est donc chargé de surveiller les soins du bébé, d'effectuer des allers-retours entre le service de néonatalogie et la chambre de la mère afin de lui apporter des nouvelles et de tenter de la rassurer dans ces premiers moments difficiles. Il lui incombe la responsabilité du choix des informations à transmettre ainsi que des termes employés afin d'exposer la réalité de la situation de l'enfant sans volonté d'accroître l'angoisse déjà ressentie par la maman. (22–25)

En outre, le père est chargé de maintenir l'équilibre familial, de gérer la vie quotidienne, de s'occuper du reste de la fratrie, et bien souvent de gérer sa situation professionnelle pendant toute la durée d'hospitalisation de sa compagne.

Au regard du rôle crucial occupé par le père dans de telles circonstances, la question est de savoir comment est vécue cette période de doute et d'angoisse.

3.2 Les études effectuées sur le sujet

La naissance prématurée d'un enfant est un évènement brutal, source d'angoisse et d'anxiété pour les parents.

Mais alors que le ressenti des mères a fait l'objet de nombreuses études, il en existe peu se consacrant exclusivement à celui des pères en France.

Des études internationales comparant le vécu maternel et paternel ont rapporté que l'anxiété serait 54% plus élevée par rapport aux parents dont l'enfant est né à terme. De plus, ils seraient plus à risque de développer un état de stress post-traumatique avec des symptômes d'intrusion et d'évitement, ainsi que de développer une dépression du post-partum (26–28).

Sentiments de culpabilité et déception auraient également été ressentis par les parents d'un enfant hospitalisé en néonatalogie pour naissance prématurée (29).

Plus particulièrement, le sentiment de manque de contrôle serait l'élément le plus difficile à gérer chez les pères. La recherche d'informations précises et chiffrées sur l'état de santé de l'enfant (température, fréquence cardiaque) serait un moyen de réassurance pour eux, souvent perdus dans un univers quasi exclusivement féminin (26).

Ils seraient cependant plus enclins à s'impliquer immédiatement auprès de leur enfant tandis que les mères auraient besoin de quelques jours afin d'assimiler le choc de cet évènement inattendu (30).

La seule étude française s'intéressant au vécu des pères dont l'enfant est né vers 34 semaines d'aménorrhées confirme ce sentiment de peur et d'anxiété. Leur vécu négatif serait notamment accentué par le caractère souvent imprévu de cet évènement (31).

Quel est le ressenti des pères lorsque la naissance intervient avant 34 semaines d'aménorrhées ? Quel est l'impact de telles naissances sur la mise en place de leur paternité ? Le terme d'accouchement est-il l'élément principal ou existe-t-il d'autres facteurs susceptibles d'influer ce ressenti ?

Nous pouvons en effet supposer qu'il existe une réaction post-traumatique paternelle à la suite d'une naissance prématurée ayant des conséquences sur l'établissement des premiers liens entre un père et son enfant. Cette réaction est d'autant plus accentuée que le terme de naissance est précoce et le risque de complications médicales plus important.

Une connaissance approfondie du vécu lors de ces naissances permettrait donc une meilleure prise en charge psychologique des pères, l'apport d'un soutien approprié à leur besoins et ainsi favoriserait la rencontre et la création des liens avec leur enfant prématuré.

Deuxième partie : Méthodologie et

Etude

I. Présentation de l'étude

1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de ce mémoire est d'apporter des éléments concernant le vécu et le ressenti des pères lors de la naissance prématurée de leur enfant. De nombreuses études, françaises et internationales, ont exploré le ressenti des mamans mais très peu se sont intéressées exclusivement à celui du père. Cependant une connaissance plus spécifique de ces éléments permettrait le développement d'une prise en charge propre à ce vécu et répondant à leurs besoins. Elle permettrait également de favoriser la rencontre entre le père et son enfant, ainsi que l'établissement des premiers liens dans un environnement le plus sécurisant possible.

Le but de cette étude est également d'apprécier la qualité du soutien reçu par les pères et leur capacité à gérer cet évènement inattendu, alors qu'ils doivent continuer à organiser la vie quotidienne, à s'occuper de la fratrie, et poursuivre leur vie professionnelle.

1.2 Problématique

La naissance prématurée étant la plupart du temps, un évènement inattendu et imprévisible, **comment est-elle vécue par les pères ? Quelles sont ces conséquences sur l'établissement des premiers liens avec leur nouveau-né et le processus de construction de leur paternité ? Le terme de naissance est-il un facteur ayant une influence sur le vécu de cet évènement ?**

1.3 Hypothèses

Il est important de noter que chaque naissance, prématurée ou non, sera vécue différemment en fonction du moment de l'existence de chacun, en fonction des circonstances de survenue de cette grossesse et de cette naissance et en fonction des forces et des fragilités propres à chaque père.

Nous allons cependant essayer de mettre en évidence les éléments principaux de ce vécu, en posant les trois hypothèses suivantes :

- La naissance prématurée d'un enfant est un évènement ayant des conséquences psychologiques importantes chez les pères, les rendant plus à risque de développer des signes d'anxiété ou de dépression dans la période du post-partum.
- L'établissement des premiers liens père-enfant et la construction de leur paternité sont perturbés lors de telles naissances.
- Ces difficultés sont d'autant plus importantes que le terme de naissance est précoce.

II. Méthodologie

2.1 Nature de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, réalisée sous forme d'entretiens. La réalisation d'un entretien semi-directif semblait être la méthode la plus efficace afin de permettre aux pères interrogés d'exprimer leur ressenti, leurs angoisses et leurs questionnements au cours des différentes étapes du parcours néonatal de leur enfant. Les pères remplissaient également le questionnaire de l'Echelle d'Edimbourg (Edinburgh Postnatal Depression Scale), évaluant le risque de survenu de dépression dans la période post-natale.

2.2 Population

Nous avons choisi d'inclure les pères dont la naissance de l'enfant est intervenue entre 30 et 35 semaines d'aménorrhées, quel que soit le nombre d'enfants précédents, l'origine ou le niveau socio-économique, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population générale.

Nous avons décidé de nous limiter à un terme seuil - minimum de 30 semaines d'aménorrhées, car il s'agit d'un terme précoce, mais bénéficiant d'un pronostic à court et long terme plutôt favorable. En effet, il nous semblait que pour des termes inférieurs, il pourrait être délicat d'intervenir auprès de pères dont l'avenir et l'évolution de l'enfant sont parfois incertains.

Les grossesses gémellaires, ainsi que toutes les grossesses pour lesquelles il a été diagnostiqué une pathologie en anténatal n'ont pas été incluses dans l'étude. Nous voulions explorer le ressenti lorsqu'il s'agit d'un événement imprévisible et nous pouvons supposer que le déroulement et la prise en charge spécifiques pour ces grossesses à risque influent sur le vécu de telles naissances.

2.3 Modalités de l'enquête

L'étude s'est déroulée dans le service de Néonatalogie de l'Hôpital Trousseau (Pr D. Mitanchez) sur une durée de cinq mois, de décembre 2014 à avril 2015.

Les entretiens étaient réalisés au cours de l'hospitalisation à distance de la naissance, ou au domicile des parents à la suite du retour au domicile de l'enfant.

L'entretien était proposé directement ou par l'intermédiaire de la maman par le Docteur BOHU (pédopsychiatre dans le service) qui pouvait ainsi sélectionner les pères correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Elle me transmettait ensuite les coordonnées afin que je puisse les joindre. Je leur réexpliquais par téléphone l'objectif et les modalités de mon étude, puis nous convenions d'un rendez-vous.

La durée des entretiens était très variable selon chaque père. En moyenne, ils ont duré 25 minutes. Le plus court a duré sept minutes et le plus long a duré 45 minutes.

Neuf entretiens ont été proposés. Six ont été réalisés. Un père n'a pas donné suite malgré les nombreuses relances et deux entretiens n'ont pu être effectués malgré l'accord préalable des pères pour des raisons d'organisation familiale leur étant propre.

Une certaine neutralité a été préservée du fait de notre posture extérieure (non stagiaire dans le service) qui n'engageait pas les pères interrogés sur leur place dans le service. Les parents étaient prévenus d'entretien pour une recherche clinique concernant le vécu des pères de nouveau-nés prématurés sans être plus précis dans la connaissance préalable des critères d'inclusion.

2.4 Grille d'entretien et choix de l'échelle

Les entretiens ont été réalisés sous forme semi-directive afin de laisser la possibilité aux pères interrogés de s'exprimer librement sur leur ressenti tout en posant un certain cadre à l'entretien permettant d'aborder les différents thèmes qui nous semblaient intéressants. Les questions posées étaient des questions ouvertes, les plus neutres possible, afin de ne pas orienter la réponse.

Nous avons en amont élaboré une trame d'entretien, qui contenait d'un côté les sujets que nous souhaitions abordés et de l'autre la manière dont nous allions les aborder (Annexe I).

Tous les entretiens ont commencé par la même question : *« j'aimerais que vous me racontiez comment ça s'est passé et ce que vous avez ressenti lorsqu'on vous a annoncé que la naissance allait avoir lieu »*. Les pères pouvaient de ce fait démarrer l'entretien comme ils le souhaitaient. Puis en fonction des réponses données, nous orientions l'entretien pour aborder différents thèmes : la naissance, l'hospitalisation dans le service de Néonatalogie, la relation père-enfant, la relation du couple et la relation du père avec sa conjointe devenue mère, la qualité du soutien reçu et le retour à domicile. L'ordre des sujets abordés était différent selon les entretiens, en fonction des réponses apportées.

Tous les entretiens ont été enregistrés, sans que cela ne pose de problème pour les pères interrogés.

De plus, avant chaque entretien, nous proposons au père de remplir le questionnaire de l'Echelle d'Edimbourg (Annexe II). C'est un questionnaire d'auto-évaluation composé de dix questions à la recherche de symptômes dépressifs (exemples de questions abordant

l'humeur : « je me suis senti triste ou peu heureux » ou le sentiment de culpabilité : « je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal ») ou de signes d'anxiété (« je me suis senti effrayé ou paniqué sans vraiment de raisons »). Pour chacune d'entre elles, quatre réponses sont proposées, cotées de zéro à trois.

L'étude de Matthey et al. (2001) a démontré la fiabilité de l'utilisation de cette échelle en population masculine. Un score supérieur à 10 a été retenu comme à risque de développer une dépression du post-partum (sensibilité : 71,4 ; spécificité : 93,8) (32,33).

III. Présentation des résultats

3.1 Description de la population

Nous allons présenter les caractéristiques générales de chaque père interrogé, ainsi que les conditions de grossesse et d'accouchement de leur conjointe puis les éléments de la prise en charge pédiatrique.

3.1.1 Généralités

L'âge moyen était de 34,67 ans :

- Un père âgé de 29 ans
- Un père âgé de 32 ans
- Deux pères âgés de 35 ans
- Un père âgé de 37 ans
- Un père âgé de 40 ans

Cinq pères travaillaient au moment de la naissance de leur enfant. Un père était en recherche d'emploi, travail qu'il a commencé au cours de l'hospitalisation en service de néonatalogie de sa fille.

Il s'agissait du premier enfant du couple pour trois pères. Deux couples avaient déjà un enfant et un autre couple, deux enfants. Pour l'un d'eux, il s'agissait d'un enfant issu d'une première union. Dans tous les cas, c'était le premier enfant né prématurément.

Aucun père ne présentait d'antécédent psychologique ou psychiatrique important ne permettant pas son inclusion dans l'étude.

Les enfants concernés sont nés à un terme compris entre de 32 semaines d'aménorrhées et 2 jours et 34 semaines d'aménorrhées et 1 jour.

Les entretiens ont été réalisés entre J15 à J47 après la naissance.

3.1.2 Grossesse et Accouchement

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.
Hospitalisation maternelle au cours de la grossesse	Non	Transfert de la maternité d'origine	1 semaine
Terme de naissance	32+2 SA	33+2 SA	33 SA
Motif de la naissance	HELLP syndrome	Rupture prématurée des membranes à 33+1	Pré-éclampsie
Mode d'accouchement	Césarienne	Césarienne itérative	Césarienne
Anesthésie	Anesthésie générale	Loco-régionale	
Présence du père lors de la naissance	Non	Oui	Oui

	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Hospitalisation au cours de la grossesse	Oui, 3 semaines Cerclage	Oui, 1 semaine	Oui, 1 mois et demi Transfert in utéro
Terme de naissance	32+3 SA	33+2 SA	34+1 SA
Motif de la naissance	Suspicion de chorio-amnionite suite à une rupture prématurée des membranes	Rupture prématurée des membranes	Pré-Eclampsie à 28+5 SA
Mode d'accouchement	Césarienne	Voie basse	Césarienne
Anesthésie	Loco-régionale	Loco-régionale	Loco-régionale
Présence du père lors de la naissance	Oui	Oui	Oui

3.1.3 La naissance

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.
Sexe	Garçon	Fille	Fille
Poids de naissance	1505g	1850g	1720g
Mesures de réanimation néonatale	Maladie des membranes hyalines. Réanimation à H10. Séjour de 11j. en réa	Détresse respiratoire néonatale ; Non intubée. Pas de séjour en réa.	Réanimation. Maladie des membranes hyalines sévère. Séjour de 17 jours en réa.
Complications lors de l'hospitalisation	Bonne évolution	VNI jusqu'à J 25. Bradycardie / hyper réflexivité vagale.	Dysplasie broncho-pulmonaire.
Sortie d'hospitalisation	J34 ; 2445g Hospitalisation à Domicile	J74 HAD	J83 HAD sous oxygène
Entretien : Age du bb/ score EPDS	J30 / EPDS 7	J38 / EPDS 14	J47 / EPDS 7

	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Sexe	Fille	Fille	Fille
Poids de naissance	1600g	1780g.	1400g
Mesures de réanimation néonatale	Détresse respiratoire. Pas de mesure de réanimation.	Détresse respiratoire transitoire.	RCIU sévère Respiration spontanée
Complications lors de l'hospitalisation	Pas intubée. J6 de CIPAP. Bradycardies.	Ventilation Spontanée sous air ambiant. Evolution simple	Evolution simple
Sortie d'hospitalisation	J16 Transfert puis sortie à J34	J33 Domicile	J23 HAD
Entretien : Age du bb/ score EPDS	J 35 - lendemain du retour au domicile/ EPDS 7	J 25 / EPDS 0	J 15 / EPDS 8

3.2 Transcription d'entretiens effectués

Nous avons décidé de vous présenter deux entretiens parmi les six effectués. Nous avons donc retenu les entretiens de Monsieur B. et de Monsieur R. qui nous semblaient être les plus complets et les plus représentatifs. Les autres entretiens ont été placés en annexe (Annexe IV).

3.2.1 *Monsieur B.*

Présentation de l'entretien

L'entretien de Monsieur B. s'est déroulé 35 jours après la naissance de Myla et a duré 43 minutes.

Monsieur B. est âgé de 40 ans. Il est en couple avec Aurélie, la maman de Myla, depuis plusieurs années. Il est déjà papa d'une petite fille de 11 ans, issue d'une précédente union. Monsieur B. possède une entreprise de sculpture sur pierre et emploie plusieurs salariés.

Il ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique.

Myla est née à 32 semaines d'aménorrhées et 3 jours, par césarienne en urgence. Aurélie a été hospitalisée en service de grossesses pathologiques trois semaines avant la naissance pour rupture prématurée des membranes puis déclenchée pour suspicion de chorio-amnionite. La césarienne a été réalisée pour échec de déclenchement. A la naissance, Myla n'a pas nécessité de réanimation immédiate. Par la suite, elle a présenté une détresse respiratoire et mise sous oxygène. Au cours de l'hospitalisation, une infection materno-fœtale a été diagnostiquée.

Myla a été transféré dans une maternité de niveau II 16 jours après sa naissance, puis elle est rentrée au domicile à 34 jours de vie.

Analyse de l'entretien

L'entretien a été réalisé au domicile des parents, le lendemain du retour à domicile de Myla.

Monsieur B. semble très à l'aise au cours de l'entretien et répond à mes questions sans difficulté pour tous les sujets abordés.

L'accouchement et l'hospitalisation

Les sentiments dominants chez Monsieur B. lors de l'annonce de la naissance sont la « *panique* » et « *l'inquiétude* ». Il explique à la fois se sentir confiant dans la prise en charge de leur fille à sa naissance, et à la fois être inquiet quant à la maman. Monsieur B. me raconte qu'il s'agit d'une grossesse obtenue par Aide Médicale à la Procréation. Cela entraîne de nombreux questionnements chez lui, concernant l'accouchement et toutes les complications qui pourraient intervenir : « *J'étais surtout inquiet par rapport à la maman. Qu'est-ce qui va se passer...* ». Concernant Myla, il explique dans un premier temps être rassuré par l'équipe présente, et par le fait qu'une naissance à ce terme soit aujourd'hui un événement très bien pris en charge : « *Je me disais que le bébé allait bien et que je savais que globalement, pour un bébé comme Myla, à sept mois comme ça, on savait bien faire* ». La visite du pédiatre juste avant la naissance agit comme un déclic chez Monsieur B., lui faisant réaliser tout ce qu'une naissance prématurée pourrait impliquer : « *Et là en fait, ça a basculé pour moi* », « *Et tout d'un coup j'étais plutôt inquiet par rapport à la naissance de cet enfant* », « *on prend conscience qu'on s'embarque peut être dans un truc qui peut ne pas être facile* ». Monsieur B., qui se sentait alors en toute confiance avec l'équipe, reconnaît que ces explications à ce moment-là entraînent l'effet contraire :

« là on décide que l'enfant va naître et on expose la situation à ce moment-là. Donc ça ne met pas vraiment en confiance ». La question de savoir quand aborder ce sujet dans une telle situation est posée : il explique que ces éléments auraient pu être abordés au cours de l'hospitalisation mais se demande également si cela n'aurait pas entraîné stress et angoisse supplémentaires : « je me dis qu'on aurait peut-être pu nous annoncer ça avant. Et en même temps, je me dis que si on nous l'avait annoncé avant, est-ce que ça nous aurait pas un petit peu angoissé aussi tout au long du processus ? ».

Lors de la naissance, les premières impressions de Monsieur B. concernant l'apparence de Myla sont plutôt positives : « Ma première impression c'est « qu'est-ce qu'elle est petite ! ». Mais j'étais rassuré par le fait qu'elle crie, qu'elle est quand même une certaine énergie ». Malgré ses inquiétudes, cette naissance est source d'un grand bonheur : « je me suis dit « c'est génial ». Cependant, il exprime un fort sentiment de passivité et l'impression de ne pas maîtriser la situation : « on est parachuté dans des choses qu'on ne maîtrise absolument pas », « Tout va très vite », « on ne maîtrise absolument rien ». Plus qu'être présent, Monsieur B. aurait souhaité voir la naissance du bébé et regrette de ne pas en avoir fait la demande : « Limite j'étais prêt à voir l'opération, la sortie du bébé. Ça m'aurait vraiment plu, même si c'est une opération... ». On pourrait se poser la question du pourquoi de cette envie inhabituelle : est-ce pour avoir le sentiment de participer à la naissance ou pour lui permettre de réaliser que la naissance était en cours ?

Le sentiment de non maîtrise est un élément qui revient souvent dans le discours de Monsieur B., aussi bien au moment de la naissance qu'au cours de l'hospitalisation en néonatalogie : « Encore une fois, j'étais parachuté dans un univers ou je ne connaissais ni les tenants ni les aboutissants ».

Au cours de l'hospitalisation, Monsieur B. exprime un grand questionnement quant à sa place auprès de Myla. Il explique effectivement qu'il lui semble anormal de pouvoir voir et toucher sa fille alors qu'elle devrait toujours être dans le ventre de sa mère : « je ne le faisais pas [les soins], parce que pour moi, cet enfant, elle devait être encore dans le ventre de sa maman ». Il s'est rapidement mis en retrait, afin de privilégier la rencontre entre Myla et sa maman. Pour lui, il s'agit de la relation la plus importante à ce stade de la vie de Myla, alors que lui n'occupe qu'un rôle plus secondaire : « Mais au départ, pour moi, c'était le rapport à sa mère qui était important, et je trouvais ça pas normal que je puisse prendre mon enfant maintenant, si petite ». Toucher et interagir avec Myla a été difficile pour lui au cours des 15 jours suivants la naissance : « Je me sentais pas de la

prendre dans mes bras, la manipuler, de la toucher même ». Il explique cela par son désir de la protéger et la préserver : *« C'est même par rapport au fait de la protéger des microbes ou machins qui viennent d'ailleurs... c'est plus dans quelque chose ou je préfère la préserver. La protéger. Qu'elle soit concentrée sur un seul être, ça évite les pollutions qui viendraient d'ailleurs »*. Le retrait de la sonde d'intubation semble avoir été une étape importante dans le cheminement de Monsieur B. : *« [...] tant qu'elle était dans les tuyaux et tout, je la regardais dans sa boîte... », « Une fois qu'on lui a enlevé le tube, pour moi c'est comme si elle naissait. On voyait son visage, comme une seconde naissance »*. Un mois après la naissance, il estime que sa place de père est encore à prendre : *« je sais que ma place de père, elle est à prendre »*.

Monsieur B. estime avoir été suffisamment informé de l'évolution de l'état de santé de Myla au cours de l'hospitalisation. Il ajoute cependant avoir ressenti le besoin d'effectuer des recherches sur internet, afin de *« synthétiser un ensemble d'informations »* et *« recouper et mieux comprendre »* les informations fournies, chose qu'il a très rapidement abandonnée du fait du peu de fiabilité des éléments que l'on y trouve : *« j'ai cherché sur internet. Et ce que j'y ai lu ne m'a absolument pas rassuré, donc j'ai compris... on y parle que de problèmes »*.

Le retour à domicile avec Myla n'a pas été source d'inquiétude supplémentaire. Il s'agit d'un soulagement, synonyme que l'état de santé de leur fille s'est amélioré, malgré cette naissance avant l'heure : *« Quelque part, ça veut dire que ça y est, c'est bon, ça va mieux, il n'y a plus de raison de s'inquiéter a priori »*. Il se sent suffisamment entouré, notamment par le service de Protection Maternel et Infantile pour vivre sereinement ce retour : *« on sait qu'il y a la PMI avec une sage-femme qui pourrait venir deux fois par semaines voir Myla et nous conseiller. Mais on n'est pas inquiets »*.

L'organisation de la vie quotidienne ne semble pas avoir été source de difficulté pour le couple. Monsieur B. a pu mettre de côté sa vie professionnelle au cours de l'hospitalisation, mais se demande combien de temps cela va perdurer. En effet, il doit faire preuve de beaucoup de disponibilité et de mobilité au sein de son travail. Monsieur B. est partagé : il évoque sa responsabilité envers ses employés, cependant le retour à domicile de Myla lui paraît trop récent pour envisager une reprise de ses déplacements à court terme : *« La question qui se pose, c'est combien de temps cette situation un peu délicate ou Aurélie a besoin que je l'épauler, parce que j'ai quand même le boulot, je salarie des gens, donc il faut que je m'occupe de mes affaires »*

Le couple et l'entourage

Tout au long de l'entretien, Monsieur B. exprime son envie de protéger sa compagne : dans un premier temps, il met tout en place pour favoriser sa rencontre avec Myla, quitte à se mettre lui-même en retrait : « *elle [Myla] soit concentrée sur un seul être* », « *je préférais qu'elle soit juste avec sa maman* ». D'autre part, il reconnaît avoir parfois caché ses propres inquiétudes afin de ne pas accentuer les siennes : « *Mes inquiétudes je les ai gardées pour moi parce que, la maman étant déjà assez inquiète, je ne voulais pas en rajouter* ». Cette épreuve les a rapprochés davantage, même si leur relation de couple est passée au second plan. Il ne s'agit pas d'une priorité actuellement : « *On s'est concentré sur ce qui se passait par rapport à Myla* », « *Mais ça nous a rapprochés. Ce qu'on a vécu ensemble, c'est un lien* ».

Le soutien de l'entourage, bien que présent, n'était pas forcément recherché par Monsieur B. : « *Je n'ai pas cherché de compassion particulière. J'ai surtout parlé des choses positives donc oui les amis, mais comme d'habitude* ».

Une rencontre avec une psychologue ou une pédopsychiatre lui a été proposée au cours de l'hospitalisation. Il ne l'a cependant pas souhaité. Une rencontre a été effectuée avec sa première fille mais Monsieur B. a eu le sentiment de « *stigmatiser* » la situation par cette entretien.

L'avenir

Monsieur B. voit l'avenir avec sa fille de manière positive. Cependant, il se pose aussi de nombreuses questions. D'une part du fait de son âge, il s'interroge sur l'éducation de Myla, sur la relation qu'il réussira à nouer avec elle : « *je ne sais pas comment je vais être par rapport à cet enfant* ». D'autre part, il s'inquiète de ce que pourrait ressentir sa première fille, et comment lui permettre de trouver sa place au sein de cette nouvelle famille. Tous ces questionnements semblent accentués par la naissance prématurée de Myla et s'ajoute à ses interrogations sur l'évolution de son état de santé : « *je me demandais si est-ce que le fait qu'elle est prématurée, est-ce que c'est comme un bébé pas prématuré [...]* ».

L'échelle d'Edimbourg

Monsieur B obtient un score de sept à l'auto-questionnaire de l'échelle d'Edimbourg. La question obtenant le score le plus élevé concerne le sentiment d'être dépassé par les évènements, sans pouvoir y faire face aussi bien que d'habitude. Cette réponse pourrait

être mise en lien avec le sentiment de non maîtrise que Monsieur B. a exprimé à plusieurs reprises. Sa non connaissance du milieu médical semble effectivement avoir été un élément important dans le vécu de Monsieur B., augmentant son inquiétude.

Conclusion

Le vécu de Monsieur B. concernant la naissance de Myla semble positif. On retrouve cependant un sentiment d'anormalité entraînant des difficultés dans la création du lien entre père et fille : il se demande comment interagir, toucher, prendre dans ses bras un enfant qui ne devrait pas être né. Monsieur B. a souhaité dans un premier temps se mettre en retrait pour permettre la rencontre entre sa compagne et leur fille, mais il se pose maintenant la question de comment retrouver une place auprès de celle-ci. Son besoin de protéger Aurélie, sa compagne, l'a obligé à cacher ses propres inquiétudes afin de ne pas augmenter les siennes.

L'avenir est également source d'un grand questionnement : quelle sera l'évolution de Myla, quelle éducation lui donner, comment permettre à chacun de trouver sa place au sein de cette nouvelle famille, notamment concernant sa première fille... Toutes ces questions, qui seraient probablement présentes lors d'une naissance à terme, semblent accentuées par la naissance prématurée de Myla.

3.2.2 *Monsieur R.*

Présentation de l'entretien

L'entretien de Monsieur R. s'est déroulé 15 jours après la naissance de leur fille, Olivia, et a duré 35 minutes

Monsieur R. est âgé de 32 ans. Il est en couple avec la maman d'Olivia depuis plusieurs années. Il s'agit du premier enfant du couple. Monsieur R. est professeur des Ecoles et travaillait au moment de la naissance et lors de l'hospitalisation en Néonatalogie de leur fille.

Il ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique.

Olivia est née à 34 semaines d'aménorrhées et 1 jour, par césarienne. Initialement suivie dans un hôpital de niveau II, sa compagne a bénéficié d'un Transfert In Utéro à l'hôpital Trousseau et a été hospitalisée en service de grossesses pathologiques pour pré-

éclampsie, au terme de 28 semaines d'aménorrhées et 1 jour, diagnostiquée au décours d'une visite de suivi prénatal classique. Au cours de l'hospitalisation, un Retard de Croissance Intra-Utérin sévère a été retrouvé. Une césarienne a donc été décidée. Après la naissance, Olivia a présenté une bonne adaptation à la vie extra-utérine et n'a pas nécessité de mesure de réanimation. Par la suite, son parcours néonatal fut simple et un retour à domicile décidé à 23 jours de vie.

Analyse de l'entretien

L'entretien a été réalisé au sein du service de Néonatalogie de l'hôpital Trousseau, 20 jours après la naissance d'Olivia (Annexe V).

L'accouchement et l'hospitalisation

Les premiers sentiments de Monsieur R. lors de l'annonce de la naissance sont l'inquiétude et la panique : « *c'était un peu panique à bord* », « *ça a été vraiment l'angoisse* ». Le caractère imprévu de cette annonce influence fortement son ressenti : « *on a été inquiet, on ne s'y attendait pas, on a été pris de cours* », « *on avait fait une échographie dix jours avant, on pensait que ça allait* ». Monsieur R. décrit une forte angoisse face à l'inconnu, concernant la pathologie, ces conséquences sur la maman et le bébé et la prise en charge à venir : « *on ne connaissait pas la maladie* », « *on nous disait qu'on allait peut être opéré* ». L'incertitude de l'avenir de la grossesse, et donc de la naissance de leur enfant à un terme très précoce a été un sentiment difficile à gérer : « *on nous a dit que l'opération n'était pas pour tout de suite, mais que ça pouvait arriver à tout moment, donc ça a encore été des jours difficiles* ». Cette angoisse face à l'incertitude a perduré lors des trois premières semaines d'hospitalisation. Par la suite, Monsieur R. semble rassuré par l'avancée de la grossesse, synonyme d'une prématurité plus modérée que lors du diagnostic de la pathologie : « *[...] puis petit à petit, on voyait qu'on gagnait du temps, une semaine, deux semaines, puis trois semaines et finalement on a tenu jusqu'à un mois et demi* », « *Et puis quand on est arrivé à sept mois, on se disait que d'où on venait c'était déjà ... on nous disait que les risques étaient très faibles* ». Cependant, il reconnaît avoir caché la véritable ampleur de son inquiétude afin de protéger sa compagne : « *je me suis appliqué à faire semblant que tout allait bien, parce que par rapport à ma copine, il fallait que je tienne le coup* », « *je me suis forcé à vraiment être positif et rationnel* », « *Même si des fois quand je rentrais à la maison, [...] il y a des moments j'aurais voulu que ça sorte, tellement c'était dur à vivre* ».

La naissance a finalement été perçue comme un soulagement, car elle mettait fin à cette période d'angoisse. Monsieur R. se sentait confiant sur l'état de santé d'Olivia à la naissance, du fait de l'avancée de la grossesse : *« on savait qu'on avait bien gagné du temps, que tous les paramètres étaient maîtrisés donc ça nous a quand même rassuré, on était plutôt confiant à ce moment-là »*.

Lors de la première rencontre avec sa fille, Monsieur R. est « émerveillé ». Le premier cri d'Olivia est un soulagement auquel il ne s'attendait pas. En effet, après les explications des pédiatres concernant la prise en charge d'Olivia à la naissance au début de l'hospitalisation, Monsieur R. était resté sur une vision d'un enfant nécessitant de nombreux gestes médicaux. Malgré l'avancée du terme, cette vision ne s'était pas modifiée : *« j'avais gardé cette idée dans la tête, qu'elle allait être tout de suite avec un masque à oxygène, qu'elle ne ferait rien »*. La découverte d'un enfant qui allait bien au vu des circonstances est source d'un immense bonheur : *« je n'avais pas du tout tablé là-dessus », « Elle bougeait, elle criait, elle respirait bien »*.

Par la suite, la séparation entre sa compagne et sa fille a entraîné chez Monsieur R. un grand questionnement quant à l'attitude à adopter. En effet, il souhaiterait être auprès de sa fille pour ses premiers instants, mais il éprouve également un sentiment de culpabilité à laisser sa compagne seule : *« Je me sentais un peu coupable de laisser la petite et en même temps, je me sentais aussi coupable de laisser ma copine en bas »*. Il souhaiterait pouvoir présenter Olivia à sa compagne et passer ces premiers moments à trois : *« j'avais envie qu'on y aille tous les deux pour la voir »*.

Le vécu de l'hospitalisation d'Olivia est plutôt positif. Il se sent rassuré et accompagné par l'équipe du service. Les soins sont cependant source de stress. En effet, Monsieur R. raconte ne jamais avoir eu l'occasion de s'occuper d'enfant en bas âge. La prématurité d'Olivia accentue cette angoisse. Lors des premiers soins, il décrit le sentiment de devoir se lancer : *« je me suis dit plus je vais attendre, plus ça va être difficile »*. Il explique également cette nécessité par l'impression de devoir prendre sa place auprès de sa fille : *« [...] quand on m'a proposé de faire les soins, je me suis dit « j'y vais », si je ne m'engouffre pas dans la brèche, je n'aurai plus la place après »*.

La création de liens avec Olivia s'effectue petit à petit. Monsieur R. décrit une certaine « frustration » à devoir continuer son travail, avec l'impression de ne pas passer assez de temps avec elle : *« c'est vrai qu'il y a un peu une frustration de devoir aller travailler, et de voir que finalement je n'ai pas autant la chance que la mère de créer du lien »*. Dans un

premier temps, une « *compétition* » s'installe au sein du couple, chacun essayant de trouver sa place auprès de leur fille.

Monsieur R. estime avoir été suffisamment informé de l'état de santé d'Olivia au moment de l'accouchement et au cours de l'hospitalisation. Cependant, il n'était pas toujours présent lors de la visite des pédiatres, et reçoit donc les informations par l'intermédiaire de sa compagne. Il a également ressenti le besoin de compléter les informations, par des recherches sur internet ou par le partage d'expérience avec des personnes ayant déjà vécu cette situation, du fait de la quantité importante d'informations donnée en peu de temps.

L'organisation de la vie en dehors du service de néonatalogie est source de fatigue : il doit continuer de travailler, venir régulièrement en néonatalogie et préparer l'arrivée d'Olivia au domicile : « *Il faut jongler entre le travail, la maison où il y avait pas mal de choses à faire, et ici. Après ce n'est pas facile, c'est moins de sommeil, il faut s'organiser et penser au concret, parer au plus pressé* ».

Le couple et l'entourage

Monsieur R. et sa compagne sont en couple depuis plusieurs années. Il ressent le besoin de la protéger, en masquant souvent ces propres angoisses et inquiétudes : « *je me suis appliqué à faire semblant que tout allait bien, parce que par rapport à ma copine, il fallait que je tienne le coup* ». Au cours de l'hospitalisation, il décrit l'instauration d'une « *compétition* » entre eux, chacun recherchant l'attention d'Olivia. Au sein de leur couple, quelques conflits sont apparus concernant ses soins : « *on oscille entre tout va bien, c'est extraordinaire, et des petits conflits* », qu'il explique par une accumulation importante de fatigue.

Le soutien de l'entourage est un élément important pour Monsieur R. Bien qu'ils souhaitent rester « dans leur bulle » pour le moment, la présence de leur famille est de leurs amis est également appréciée. Il exprime cependant le besoins de ne pas « *se laisser déborder* » par ce soutien : « *On voulait aussi jouer notre rôle et ne pas dépendre spécialement des gens* ».

Au cours de l'hospitalisation, une rencontre avec un psychologue ne lui a pas été proposée selon lui. Bien qu'il dit ne pas en avoir ressenti le besoin, il ajoute tout de même qu'il est important de pouvoir parler afin d'évacuer stress et inquiétudes. Son entourage semble voir joué ce rôle : « *Après du côté de ma famille, je pouvais en parler* ».

L'avenir

La vision de l'avenir avec Olivia est très positive. L'idée du retour à domicile mélange joie et appréhension : joie de pouvoir se retrouver enfin en famille pour débiter leur nouvelle vie à trois et appréhension de quitter le milieu hospitalier où chaque inquiétude trouve une réponse rapide auprès du personnel. Pour le plus long terme, il explique qu'ils feront tout ce qu'il faut afin d'accompagner Olivia dans son développement.

L'échelle d'Edimbourg

Monsieur R. obtient un score de 8 à l'auto-questionnaire d'évaluation de risque de dépression post-natale. Le sentiment de culpabilité et l'impression d'être dépassé par les événements sont les deux éléments principaux qui en ressortent. Ceci est en corrélation avec ce qui a été retrouvé au cours de l'entretien, notamment dans les difficultés d'organisation entre les visites en néonatalogie, le travail, et le domicile.

Conclusion

Le vécu de Monsieur R. concernant la naissance d'Olivia semble positif. On note cependant un fort sentiment de culpabilité chez Monsieur R. à la suite de la naissance : sentiment de devoir faire un choix entre sa compagne et sa fille sans savoir quelle décision prendre. Par la suite, nous pouvons retrouver une difficulté au sein du couple pour que chacun puisse trouver sa place auprès d'Olivia et permette au conjoint de trouver la sienne.

Le retour à domicile est marqué par une certaine appréhension de quitter le milieu médical et de se retrouver seul face à ses questionnements. Monsieur R. n'éprouve aucune appréhension quant à l'avenir au long terme avec Olivia, faisant tout ce qu'il faudra pour son suivi.

3.3 Analyse thématique transversale des entretiens

Afin de permettre la comparaison et l'analyse transversale des entretiens, nous avons repris chaque élément sous forme de tableaux placés en annexe (Annexe III).

3.3.1 Annonce de l'accouchement et de la naissance

Cinq pères sur les six interrogés décrivent un état de panique lors de l'annonce de l'accouchement. Cette panique est à la fois liée au caractère imprévu de la naissance prématurée, à sa brutalité et à l'incompréhension qu'elle provoque. Un père décrit un état de choc ou de sidération avec une incapacité à réagir face aux événements. Le sentiment de passivité face au milieu médical est retrouvé chez trois pères : sentiment de ne pas maîtriser la situation « *on est parachuté dans des choses qu'on ne maîtrise absolument pas* », ou de ne pas être sur un pied d'égalité avec les professionnels de santé « *on n'a pas les compétences, on n'est pas d'égal à égal forcément avec les médecins, c'est normal on n'a pas les connaissances* ».

L'hospitalisation maternelle en anténatal ou la période d'attente juste avant la naissance, plus ou moins longue selon les situations, est source de stress et d'inquiétude du fait de l'incertitude sur le devenir de la grossesse. Un père décrit cette attente comme cheminement dans l'acceptation d'une naissance devenue alors inévitable « *[l'attente] nous a amené progressivement et ça a pas été tout de suite une peur* ».

Malgré les inquiétudes, la naissance est vécue comme un événement positif pour la majorité des pères. Un père la décrit comme un soulagement, mettant un terme à une hospitalisation longue et stressante. Les premiers instants avec leur enfant ont été positifs pour tous les pères, satisfaits de l'apparence physique de leur enfant. Ils sont tout de même décrits comme étranges, avec des difficultés à réaliser pour deux pères « *C'était étranger. Au début, on ne voit pas encore que c'est son bébé. On ne se l'imagine pas* ».

Deux pères ont vécu la séparation entre maman et bébé comme un choix à faire. Ce choix a entraîné une forte culpabilité pour l'un d'entre eux « *Je me sentais un peu coupable de laisser la petite et en même temps, je me sentais aussi coupable de laisser ma copine en bas* ». Le sentiment de devoir faire le lien entre les deux est également retrouvé chez certains « *J'essayais d'être le lien entre les deux* ».

La communication avec le personnel médical est un élément important dans la compréhension des événements. La majorité des pères estime avoir reçu les informations médicales nécessaires concernant la prise en charge et l'état de santé de leur enfant à la naissance. Un père rapporte cependant un manque d'information, source d'inquiétude supplémentaire. Malgré leur entière confiance dans l'équipe médicale, deux pères expriment le sentiment de ne pas se sentir sur un pied d'égalité face à cette dernière et de se retrouver dans une forte position de passivité « *on se sent dans le flot, pris dans le flot* ».

des médecins et on n'a pas le temps de réagir ». Pour deux pères interrogés, les instants précédents la naissance n'étaient pas opportuns pour recevoir les informations concernant les conséquences et l'évolution de la prématurité. L'un explique en effet que ces informations ont agi comme déclic, lui faisant réaliser tout ce que cette naissance pourrait impliquer, et diminuant sa confiance vis-à-vis des événements « *j'ai trouvé ça un peu dur, quand elle nous explique les retards que peut avoir l'enfant à pleins de niveaux, les risques respiratoires, enfin tous les risques qu'elle nous a exposé [...] ça ne met pas vraiment en confiance* ».

3.3.2 *Vécu de l'hospitalisation du nouveau-né*

L'hospitalisation de leur enfant en service de néonatalogie est vécue différemment selon les pères. Cependant, l'organisation de la vie quotidienne est un point retrouvé chez une majorité : difficulté pour la garde des premiers enfants pour certains, difficulté d'organisation concernant la poursuite du travail pour d'autres. Ils expriment le souhait de passer plus de temps auprès de leur enfant sans en avoir forcément la possibilité « *il y a un peu une frustration de devoir aller travailler [...] je ne peux pas passer autant de temps avec la petite* ».

La majorité des pères sont satisfaits de l'information régulièrement apportée par le personnel médical concernant l'état de santé et l'évolution de leur enfant. Deux pères rapportent que l'explication des différentes étapes de l'hospitalisation leur ont permis d'avoir le cheminement et donc l'évolution menant au retour à domicile « *On avait bien compris qu'il y avait trois étapes. La couveuse, puis le lit chauffant, et puis le lit a barreaux. On nous a expliqué la démarche progressivement* ». Cependant, nous pouvons noter que la plupart des pères travaillant en journée, ils n'étaient pas présents lors de la visite des médecins. Les informations leur étaient donc transmises ultérieurement par leur compagne.

3.3.3 *Création des premiers liens pères-enfants et construction de la paternité*

La première rencontre avec leur enfant a été vécue de manière positive pour l'ensemble des pères interrogés. L'aspect physique de leur enfant n'a pas été source d'inquiétude

supplémentaire. Un père décrit cependant ce moment comme « *étrange* », avec une difficulté à réaliser. Un autre père décrit une ambivalence quant à cette rencontre : joie de la naissance et peur face à la prise en charge médicale immédiate. Enfin, un autre père décrit son « *émerveillement* » face à un enfant pour lequel il « *s'attendait au pire* ».

Par la suite, cinq pères décrivent dans un premier temps une difficulté à effectuer les soins de leur nouveau-né. Pour quatre d'entre eux, ces difficultés sont liées à la prématurité, alors que pour un père, bien que présentes, la prématurité ne semble pas les avoir accentuées. Un père exprime le sentiment de devoir « *se lancer* », afin de lui permettre de prendre sa place auprès de son enfant.

Les liens avec leur enfant sont toujours en construction au moment de l'entretien pour l'ensemble des pères interrogés. Un père ressent le besoin de « *s'investir progressivement* » auprès de son nouveau-né, tandis qu'un père exprime un fort questionnement quant à sa place auprès de sa fille « *je sais que ma place de père, elle est à prendre* ». Deux pères mentionnent le peu de temps passé auprès leur enfant, lié aux problèmes d'organisation (garde des premiers enfants ou travail) comme cause de difficultés de création de ses liens. De ce fait, le sentiment de devenir père apparaît progressivement pour la majorité de père « *c'est quelque chose qui est encore en travail* » ; « *le lien il se créer petit à petit* ».

3.3.4 *Le couple et la relation avec la conjointe devenue mère*

Quatre pères racontent le fait de ne pas avoir exprimé leurs inquiétudes auprès de leur compagne, dans un désir de la protéger. Ils estiment devoir tenir et la soutenir « *je me suis appliqué à faire semblant que tout allait bien* » ; « *il fallait la soutenir [...] il fallait que je sois fort* ».

Deux pères estiment que leur relation de couple a été renforcée par cette épreuve. Pour un père, le couple n'était pas une priorité, chacun préférant se consacrer à leur enfant, tandis qu'un père rapporte l'apparition de conflits au sein du couple, ainsi que l'installation d'un sentiment de « *compétition* » dans la création de liens avec leur enfant.

3.3.5 Soutien perçu par l'environnement

Le soutien de l'entourage familial ou amical est un élément important pour tous les pères interrogés. Cependant, deux expriment le besoin de « *ne pas se laisser envahir* » par l'entourage, et de se retrouver seuls avec leur enfant. Un père explique ne pas vouloir recevoir de « *compassion* » de la part de son entourage.

Deux pères rapportent le partage d'expérience avec un membre de l'entourage ayant déjà eu un enfant né prématurément comme bénéfique : ils se sentent compris et y trouvent des réponses à leurs nombreuses questions « *On a vraiment parlé, pas légèrement, on a vraiment discuté de tout. C'est vrai que ça fait du bien. Au niveau de la famille, je n'ai pas trop vu, parce qu'ils n'ont pas l'expérience, mais comme mon cousin il avait plus d'expérience, on a discuté ensemble...* ».

3.3.6 Soutien de l'équipe soignante de maternité et de néonatalogie

Le soutien de l'équipe soignante est important pour tous les pères. Tous expriment leur confiance dans la prise en charge et les soins apportés à leur enfant malgré des relations parfois difficiles « *J'ai eu toute confiance en eux* » ; « *Il y a eu une petite friction, mais on s'est juste pas compris* ». Cependant, la multitude d'interlocuteurs a parfois été source de stress supplémentaire. Un père exprime sa difficulté à identifier les différents personnels rencontrés.

Les explications, l'encadrement et l'implication lors des soins ont permis aux pères de s'investir auprès de leur enfant et de prendre confiance en leurs capacités à s'occuper de celui-ci : « *je savais que si je n'y arrivais pas il y aurait quelqu'un pour m'aider* ».

Un entretien avec une psychologue ou une pédopsychiatre a été proposé à quatre pères. Aucun ne l'a souhaité car ils n'en ont pas ressenti le besoin. Un entretien n'a pu être proposé du fait d'une barrière linguistique importante.

3.3.7 Retour à domicile et avenir

L'ensemble des pères exprime leur impatience à rentrer au domicile avec leur enfant afin de commencer leur nouvelle vie, signe de l'amélioration de son état de santé « *ça veut*

dire que ça y est, c'est bon, ça va mieux, il n'y a plus de raison de s'inquiéter a priori ». Deux pères expriment cependant une inquiétude à quitter le milieu hospitalier où tous leurs doutes ou questionnements trouvent une réponse rapide « *il y a une appréhension et en même temps on a hâte d'être à la maison* » ; « *on est stressé, parce qu'on se dit que quand on a une petite inquiétude, il y a tout de suite un médecin ou une infirmière pour nous rassurer, alors qu'une fois à la maison, comment ça va se passer quand il va y avoir une petite inquiétude...* ».

Trois pères ont une vision très positive de l'avenir avec leur enfant. Un père exprime cependant une difficulté à se projeter dans le futur, tandis qu'un autre père exprime un grand questionnement sur les bouleversements que cette naissance va provoquer, questionnement amplifié par la prématuré de son enfant « *je me demandais si est-ce que le fait qu'elle est prématurée, est-ce que c'est comme un bébé pas prématuré...* » ; « *J'ai la grande sœur [...] qui se pose des questions sur sa place auprès de moi* ».

3.3.8 Echelle Edimbourg

La majorité des pères ont obtenu un score compris entre sept et huit. Le sentiment de culpabilité et la sensation d'être dépassé par les événements sont les éléments revenant le plus souvent. Le score de 14, obtenu par un père, retrouve en plus des problèmes de sommeil liés au sentiment de tristesse, ainsi que des moments de panique. Le score de 0 est à discuter au regard d'un père qui s'est présenté cliniquement dans la sur adaptation voire la provocation.

Troisième partie : Discussion et Propositions

I. Discussion

1.1 Critique de l'étude

Cette étude présente des limites.

Dans un premier temps, la taille réduite de l'échantillon ne permet pas l'extrapolation des résultats à l'ensemble des pères d'enfants prématurés. Il pourrait être intéressant de les vérifier à plus grande échelle afin de pouvoir les préciser et les affiner.

Nous avons volontairement fixé le terme-seuil de 30 semaines d'aménorrhées, car il nous paraissait délicat d'interroger des pères dont la naissance de l'enfant était intervenue plus tôt. Cependant, une naissance avant ce terme, considérée comme grande à très grande prématurité, présente une mortalité et une morbidité augmentées. Elle est donc susceptible d'entraîner des facteurs de stress plus importants, pouvant générer des difficultés dans l'instauration des premiers liens avec le nouveau-né et des troubles psychologiques plus profonds. Cependant, pour deux des nouveau-nés de notre échantillon, si le pronostic vital n'a jamais été d'actualité, leur parcours a été long en raison de complications intercurrentes à l'évolution de leur prématurité, prolongeant leur séjour jusqu'à J74 et J83 de vie, pouvant susciter des facteurs de stress à bas bruit, moins évidents et reconnus.

Par ailleurs, les résultats obtenus par l'auto-questionnaire de l'échelle de d'Edimbourg EPDS pour le dépistage du risque de dépression post-natale ne peuvent être utilisés comme moyen unique de diagnostic. En effet, ils sont à confronter aux éléments retrouvés au cours de l'entretien, qui ne sont pas toujours en concordance. Dans de tels cas, l'impression clinique nous a semblé alors plus importante que les résultats obtenus par le questionnaire. Cependant la sécheresse des questions posées peut permettre à certains sujets d'aborder des difficultés dont ils n'auraient pas spontanément parlées en

entretien par pudeur, par difficultés à exprimer ses émotions ou par ignorance de l'existence de celles-ci.

Au cours de ces entretiens, nous avons choisi d'aborder de nombreux sujets, afin d'obtenir une vision la plus globale possible du vécu de ces pères. Afin de permettre une analyse commune et semblable à l'ensemble des entretiens, il a donc été plus compliqué d'approfondir certains éléments propres au vécu de chacun. Le ressenti étant un élément très personnel, il est difficile de pouvoir comparer de telles données. De plus, les capacités de chacun à pouvoir exprimer son ressenti à entraîner une grande variabilité de durée d'entretien. Alors que pour certains, la discussion était fluide, pour d'autres, de nombreuses relances ont été nécessaires. Bien que nous nous sommes efforcés à n'utiliser que des questions ouvertes, nous avons été obligés par moment de reformuler nos questions plus précisément, au risque d'induire leur réponse. L'entretien semi-directif est un exercice délicat qui nécessite attention et rigueur.

Le sujet du ressenti aborde des éléments plutôt intimes de la vie personnelle. Il peut être délicat d'exprimer de telles émotions face à une personne inconnue. De ce fait, nous pouvons nous demander si les pères interrogés ont toujours réussi à exprimer toute l'ampleur de leur ressenti, de leur questionnement et de leurs inquiétudes face à cette naissance inattendue. Plusieurs entretiens avec chaque père auraient pu être intéressants. En plus d'apporter une appréciation de l'évolution de tous ces éléments, ils auraient pu permettre l'instauration d'une certaine confiance, favorable à l'expression de ces émotions.

Enfin, l'absence de population témoin est une limite à l'interprétation des résultats obtenus. Il conviendrait de la comparer à une étude similaire concernant des pères confrontés à des prématurités plus grandes et/ou à des naissances à terme dans un contexte d'hospitalisation à la naissance pour d'autres causes. Une groupe témoin pourrait être des pères ayant vécu une naissance sans hospitalisation à la naissance.

1.2 Discussion des résultats

Rappelons notre première hypothèse : **la naissance prématurée d'un enfant est un évènement ayant des conséquences psychologiques importantes chez les pères, les rendant plus à risque de développer des signes d'anxiété ou de dépression dans la période post-partum.**

Au cours de ces entretiens, nous avons pu constater que la majorité des pères, malgré un vécu global plutôt positif, avaient tous ressentis des moments de fortes inquiétudes et de doute, liés au caractère imprévisible et brutal d'une telle naissance. Un sentiment de panique domine alors pour une majorité de pères. L'hospitalisation en néonatalogie est également source de stress, d'anxiété et parfois même d'une certaine frustration à ne pouvoir passer assez de temps auprès de leur enfant. Cependant, la majorité des pères interrogés reconnaissent masquer tous ces sentiments. « *Etre fort* » et « *ne pas craquer* ». Il est alors aisé de comprendre le risque « d'enkystement » de ces émotions, qui, non reconnu, pourrait être à l'origine de l'apparition de troubles psychopathologiques.

Le personnel soignant joue alors un rôle important dans le vécu de cette période d'hospitalisation. En effet, cinq pères rapportent le soutien de l'équipe comme primordial. L'implication et l'accompagnement dans les soins à effectuer à leur enfant semblent leur permettre de retrouver confiance en leurs capacités et ainsi diminuer le sentiment de non contrôle de la situation que l'on a pu retrouver chez plusieurs pères. La présence de l'entourage familial ou amical est également important : cinq pères le citent comme soutien principal, que ce soit émotionnel ou organisationnel. Deux pères rapportent cependant la nécessité « *de ne pas se laisser envahir* » et de vivre cet événement « *dans leur bulle* ».

Enfin, bien qu'il soit envisagé de manière positive dans la majorité des cas, le retour à domicile est également source d'angoisse. Deux des pères interrogés nous évoquent leurs inquiétudes de quitter un milieu médicalisé, où toutes leurs interrogations trouvent rapidement une réponse, pour se retrouver « *seuls* » au domicile.

Tous ces éléments sont en accord avec l'étude de Goutandier et al. (2013), seule étude française effectuée sur le sujet. Elle s'est intéressée aux pères dont l'enfant était né vers 34 semaines d'aménorrhées et rapportait l'hospitalisation en néonatalogie comme période de stress, d'anxiété et de peur, ainsi que l'instauration d'une certaine ambivalence à l'approche du retour à domicile. La recherche du soutien de l'entourage et de l'équipe médicale était alors retrouvée comme stratégie d'adaptation mise en place par les pères : appui psychologique et réassurance afin d'extérioriser le vécu d'un événement potentiellement traumatique (31).

L'utilisation de l'échelle d'Edimbourg a rapporté un seul score supérieur au score seuil de 10 indiquant une potentielle dépression du post-partum, la majorité des scores étant compris entre sept et huit. Il est intéressant de noter que deux questions reviennent avec un score élevé pour une majorité de pères : l'une concernant le sentiment de culpabilité et

l'autre le sentiment d'incapacité à faire face aux évènements et situations. Cet auto-questionnaire a également démontré la présence de signes d'anxiété chez cinq pères : troubles du sommeil, tristesse, sentiment de panique ...

Au cours des entretiens réalisés, aucun père ne présentait de symptôme dépressif. Cependant, cela n'est pas à exclure : une étude à plus grande échelle serait nécessaire afin d'évaluer précisément l'influence de la prématurité dans l'apparition d'une dépression chez ces pères. Selon les données de la littérature, la présence d'une telle dépression chez des pères d'un enfant né à terme pourrait avoir un impact négatif sur l'établissement des premiers liens et sur le développement psycho-affectif de l'enfant, indépendamment d'une dépression chez la maman (34). Nous pouvons donc supposer que dans le cas d'une naissance prématurée, où, comme nous allons le voir dans notre seconde hypothèse, l'établissement des liens est déjà perturbé, cet impact néfaste ne pourrait être qu'accentué.

Il est cependant nécessaire de rappeler que la dépression du post-partum apparaît le plus souvent quatre à huit semaines après l'accouchement. Selon l'étude de Paulson et al. (2010) (34), une augmentation significative des signes dépressifs chez les pères d'enfants nés à terme serait même retrouvée trois à six mois après la naissance. Dans ces circonstances, et au vu de la précocité de la réalisation de certains entretiens au cours de notre étude (entre 15 et 47 jours après la naissance), l'apparition d'une dépression post-natale chez ses pères n'est pas à exclure, son installation s'effectuant le plus souvent progressivement et à bas bruit.

Cette hypothèse est validée dans sa première partie : nous avons effectivement mis en évidence l'apparition de signes d'anxiété. Cependant, du fait de la précocité des entretiens réalisés (entre J15 et J47), nous n'avons pas pu mettre en évidence une augmentation du risque de dépression dans la période du post-partum.

Dans notre deuxième hypothèse, nous supposons que **l'établissement des premiers liens père-enfant et la construction de la paternité étaient perturbés lors de telles naissances**. Une majorité de pères décrivent dans un premier temps une difficulté à effectuer les soins de leur enfant. Plusieurs pères expriment la nécessité de prendre leur temps et de s'investir progressivement dans leur rôle de père. Certains ont également décrit une difficulté à interagir avec leur enfant. De plus, d'autres rapportent leur difficulté à trouver leur place au sein d'une relation mère-enfant leur apparaissant alors prioritaire.

Prenons l'exemple de Monsieur B. qui reconnaît s'être mis en retrait afin de permettre la rencontre entre sa compagne et leur fille. Il raconte ne pas avoir réussi à interagir avec elle au cours des quinze premiers jours de sa vie, et un mois après la naissance, être toujours dans une phase d'observation et d'apprentissage. De même pour Monsieur M. pour lequel le sentiment d'être père est toujours en construction plus d'un mois après la naissance de son fils. De plus, les pères pour lesquels il ne s'agissait pas du premier enfant évoquent la nécessité de plus de temps, afin de parvenir à construire le même lien qu'avec leurs précédents enfants.

Dans l'établissement des premiers liens se pose donc la question du temps passé auprès de leur enfant. La majorité des pères travaillant ou ayant déjà d'autres enfants à charge, il leur est souvent difficile de passer autant de temps qu'ils le souhaiteraient auprès de leur enfant. Monsieur R. l'exprime clairement « *le lien il se crée petit à petit. Par contre c'est vrai qu'il y a un peu une frustration de devoir aller travailler, et de voir que finalement je n'ai pas autant la chance que la mère de créer du lien parce que je ne peux pas passer autant de temps avec la petite* ». Face à un père peu présent auprès de son enfant, il est tout de même important de se questionner sur les raisons de cette absence : est-ce lié effectivement à des difficultés d'organisation ? Certaines données de la littérature internationale ont effectivement retrouvé l'investissement excessif dans leur travail comme échappatoire face à un univers médical ultraspécialisé ou le sentiment de passivité et de non contrôle des événements dominant fortement (35).

Il est également important de prendre en compte les variations individuelles lors de telles situations. Il n'est en effet pas question de forcer le père à s'investir, mais plutôt de l'encourager, l'entourer et le rassurer lorsque cela est nécessaire. Le soutien du personnel médical apparaît alors comme un élément essentiel : accompagner ses pères dans le processus de construction de leur paternité. La majorité des pères interrogés ont effectivement cité le soutien du personnel soignant comme primordial dans leur recherche de réassurance « *je savais que si je n'y arrivais pas il y aurait quelqu'un pour m'aider* ». Nous pouvons donc nous questionner sur l'influence du soignant, personne tiers, dans l'établissement de la relation père-enfant et plus généralement dans la relation parents-enfant.

L'article de Tombeur et al (2007) (36) reprend la notion de tiers-pesant d'Edith Goldbeter et s'interroge sur la possibilité de l'appliquer à la place du soignant lors d'une naissance prématurée. Edith Goldbeter définit le tiers pesant comme « *Celui dont la présence (physique ou évoquée) est quasi indispensable à la bonne équilibre des*

relations au sein d'un système. Ce tiers est le garant essentiel de la protection de l'équilibre émotionnel du système, régulateur des distances affectives entre ses membres ». En validant l'application de cette notion à la place du personnel soignant auprès des parents d'un enfant prématuré dans les jours suivant la naissance, nous pouvons alors percevoir toute l'importance de leur soutien dans la mise en place de leur rôle de parent et dans la construction des liens entre parents et enfant.

Pour finir, une étude suédoise a démontré que l'information fournie aux parents, et la manière dont elle était transmise, pouvaient avoir un impact sur l'établissement des liens entre un père et son enfant. Cette étude rapporte qu'une information régulière, claire et adaptée aux besoins de chacun, ainsi qu'une explication concernant l'organisation et les soins effectués en néonatalogie avant la naissance, leur permettrait de vivre au mieux cette période difficile, d'améliorer leur sentiment de contrôle et de sécurité et ainsi de faciliter la création de liens et l'implication dans les soins (37).

Notre seconde hypothèse est donc validée par notre étude : la naissance prématurée, par ses conséquences, est susceptible de perturber la création des liens entre un père et son enfant, ainsi que la construction de sa paternité.

Enfin, notre troisième hypothèse supposait **le terme de naissance comme facteur influençant le vécu de la naissance prématurée : plus le terme serait précoce, plus les réactions psychopathologiques seraient importantes**. Prenons deux exemples : Monsieur O. dont la fille est née au terme de 33 semaines d'aménorrhées. Au cours de notre entretien, il explique ne jamais avoir eu le sentiment d'avoir un enfant prématuré. Monsieur R. dont l'enfant est né à 34 semaines d'aménorrhées et 1 jour, témoigne d'une plus grande difficulté dans la gestion émotionnelle de cette naissance. Par ailleurs, quel que soit le terme de naissance, le choc et la brutalité de la naissance, le sentiment de culpabilité et de non maîtrise de la situation sont exprimés par une majorité de ces pères. Le terme de naissance ne peut donc avoir une influence à lui seul.

Le parcours néonatal de l'enfant semble être davantage un élément influençant leur vécu. Prenons l'exemple de Monsieur S., qui a obtenu le score de 14 à l'échelle d'Edimbourg, score le plus élevé. Nous pouvons également constater que l'évolution de sa fille est l'une de celles présentant le plus de complications : nécessité d'une ventilation non invasive pendant 25 jours, bradycardies persistantes et sortie 74 jours après une naissance à 33 semaines et 2 jours d'aménorrhées. D'un autre côté, Monsieur O., dont la fille est

également née à 33 semaines d'aménorrhées mais présentant par la suite un parcours simple (ventilation spontanée sous air ambiant, sortie au domicile 33 jours après la naissance), obtient le score le plus faible à l'échelle d'Edimbourg.

Cependant, nous savons que le terme de naissance et le risque d'apparition de complications au cours de l'hospitalisation en néonatalogie sont étroitement liés. Bien qu'il n'ait une influence directe, le terme de naissance est donc bien évidemment à prendre en compte.

Une étude s'intéressant aux pères d'enfants nés à un terme plus précoce (avant 30 semaines d'aménorrhées) permettrait d'affiner ces résultats : comparaison avec les données de la littérature déjà existante pour des termes plus tardifs et comparaison en fonction du parcours néonatal pour un même terme de naissance (influence de la survenue de complications de la prématurité).

Cette hypothèse n'est pas validée par notre étude : le terme de naissance ne joue pas un rôle dans le vécu de la naissance prématurée de manière isolée. Les forces et fragilités antérieures des pères, le parcours néonatal et le soutien reçu sont autant d'éléments susceptibles de moduler ce ressenti.

II. Propositions

Comment permettre aux pères de nouveau-nés prématurés de vivre au mieux cette naissance ? La notion de vécu est un sentiment tellement personnel qu'il serait difficile de généraliser une prise en charge plutôt qu'une autre. Nous allons cependant tenter d'exposer des éléments pouvant convenir à une majorité de situations.

Continuer de sensibiliser le personnel soignant au soutien à la parentalité et plus particulièrement à la place du père

Tout d'abord, il est intéressant de noter qu'aucun père n'a souhaité rencontrer une psychologue au cours de l'hospitalisation, alors que tous ont accepté l'entretien pour cette étude dont les objectifs leur étaient clairement exposés au préalable. Lors de ces entretiens, la majorité des pères ont réussi à s'exprimer abondamment, sans sentiment de gêne ni retenu sur leur vécu et leur ressenti. A la fin de certains entretiens, nous pouvions

parfois percevoir une sorte de soulagement à avoir pu exprimer certaines émotions enfouies depuis quelques temps, même chez des pères affirmant ne pas avoir ressenti le besoin de rencontrer une psychologue. De plus, un père rapporte la nécessité « *de parler, de pouvoir lâcher les choses. Pour aider à évacuer, entendre des choses toutes simples mais qui rassurent* ». Dans ces circonstances, nous pourrions nous poser la question des raisons du refus d'une rencontre avec une psychologue. Face à des pères qui s'évertuent à « *rester fort* » et « *tenir le coup* », le perçoivent-ils comme un aveu de faiblesse ? Il est également important d'évoquer l'influence de la société actuelle où dès leur plus jeune âge, les petits garçons apprennent à ne pas pleurer, à ne pas exprimer leurs émotions : comment leur permettre alors d'extérioriser leur ressenti dans de telles situations ?

La sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant en contact avec ces pères est donc primordiale. Il est en effet important de comprendre que les mères ne sont pas les seules à devoir faire face à la naissance prématurée. Malgré le peu de données dans la littérature, les pères doivent également être pris en compte, entourés et soutenus. L'implication dans les soins auprès de leur enfant doit être privilégiée, tout en respectant leur souhait et leur rythme.

Le personnel soignant de « proximité », sages-femmes et infirmier(e)s de suites de couches et de néonatalogie en particulier, joue un rôle important et primordial. Il est donc fondamental de prendre conscience de l'importance de ce rôle : dans ces moments de grands bouleversements, un regard ou un mot pourra alors influencer, en positif ou négatif, le déroulement du parcours ultérieur, ainsi que l'établissement des premières relations entre parents et enfants.

Le plan périnatalité 2005-2007 mettait déjà l'accent sur le compromis entre l'attente des professionnels et l'attente des usagers en matière de santé périnatale : sécurité et humanité, notamment par l'amélioration de l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Dans sa circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, Françoise Molénat, pédopsychiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, revenait sur la nécessité d' « *aider les intervenants de première ligne à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes et veiller ainsi à ce que ces patientes ne soient pas adressées trop rapidement à un psychiatre ou un psychologue, notamment lorsqu'elles ne sont pas prêtes à effectuer cette démarche* » (38,39). Ceci est évidemment valable aussi bien pour les patientes que pour leur conjoint.

D'autre part, le soutien de l'équipe par la valorisation et l'encouragement dans les soins permet au père de construire les relations avec son bébé et de prendre sa place (présence possible 24/24, peau à peau, changes...)

Depuis quelques années, de nombreuses équipes de néonatalogie pratiquent des soins de soutien au développement des nouveau-nés. Cette philosophie de soins est basée sur l'observation de l'enfant. Ces soins sont un ensemble de stratégies environnementales et comportementales, mises en place pour favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré, en recherchant des réponses individualisées aux besoins physiques et psycho-affectifs de l'enfant et en intégrant les parents comme partenaires actifs. Cette étude nous démontre bien combien les pères sont sensibles et ont besoin de trouver chez l'ensemble des soignants, une posture bienveillante d'accueil et d'écoute associé à un accompagnement soutenant dans la rencontre avec leur bébé,

L'information aux parents

Comme nous l'avons vu précédemment, l'information donnée est un élément primordial dans cette période de la naissance et de l'hospitalisation ; elle participe à améliorer le sentiment de sécurité et de maîtrise de la situation.

Au cours des entretiens, certains pères reconnaissent dans un premier temps ne pas avoir perçu tout ce qu'une naissance prématurée pouvait engendrer en termes de conséquences immédiates et à plus long terme sur la santé de leur enfant. Une quantité importante d'informations leur est transmise en très peu de temps, et au cours d'une période où leurs inquiétudes et leurs angoisses sont telles qu'ils ne sont pas toujours réceptifs à tout ce qui pourrait leur être dit. Plusieurs pères reconnaissent ne pas avoir tout assimilé à ce moment-là et n'avoir commencé à poser des questions que plusieurs jours après la naissance, une fois le choc initial dépassé. Deux pères ont ressenti le besoin de chercher d'autres sources d'informations, afin de synthétiser tous les éléments qui leur avait été transmis. Par ailleurs, nous avons pu constater que, très souvent, au cours de l'hospitalisation, les pères ne pouvaient être présents lors de la visite des médecins : les informations concernant l'évolution de l'état de santé de leur enfant leur étaient donc transmises par leur compagne.

Face à cela, il pourrait donc être intéressant de développer un support informationnel fiable, où chacun pourrait retrouver toutes les informations concernant la prématurité : définition, complications, évolution...

Un document spécifique au fonctionnement du service de néonatalogie (livret d'accueil) dans lequel est hospitalisé l'enfant est déjà remis aux parents dans certains hôpitaux. Il pourrait être intéressant de généraliser cet outil à l'ensemble des centres de néonatalogie.

A l'ère du numérique, un site internet semblerait également efficace et plus accessible à l'ensemble de la population. Cela présente cependant des inconvénients : comment des parents pourraient-ils, parmi toutes les informations apportées, faire le tri et comprendre quels éléments seraient applicables à leur enfant ?

Des rencontres régulières, répétées et programmées afin de s'assurer de la présence des deux parents permettraient l'apport d'une information claire et adaptée aux besoins de ceux-ci.

Visite du service de néonatalogie en anténatal

La visite du service de néonatalogie avant la naissance est déjà proposée aux parents dans certains hôpitaux. Elle leur permet d'avoir une vision des lieux, de l'organisation et du fonctionnement du service où pourrait être hospitalisé leur enfant.

Cependant, l'organisation de cette visite est compliquée. Elle ne peut être proposée que dans les cas où la maman est hospitalisée au sein de la maternité associée, excluant les accouchements rapides. Lorsque la patiente ne peut se déplacer, il est tout de même important de la proposer à son conjoint.

Lorsqu'elle n'a pu être réalisée avant la naissance, la première visite de la maman doit s'effectuer en compagnie d'une personne familière du service et non en seule présence du papa. Cet accueil privilégié et individualisé permet une diminution de l'anxiété, et une réassurance quant à l'environnement matériel et organisationnel autour de leur enfant.

Création de groupes de parole

Deux pères ont rapporté le partage d'expérience avec un proche ayant déjà vécu une naissance prématurée comme bénéfique pour leur propre ressenti. En effet, ils se sentent alors compris et soutenu, ce qui n'est pas forcément le cas avec un entourage n'ayant jamais vécu cette situation. Cependant, tous les pères n'ont pas cette possibilité.

Dans ce cas, il pourrait être intéressant d'organiser des groupes d'échange entre pères, où chacun pourrait exprimer son vécu, ses émotions, ses doutes, ses difficultés et ses peurs sans crainte d'être jugés ou incompris.

La pudeur dans l'expression de leur ressenti que l'on retrouve chez de nombreux pères est cependant un élément à prendre en compte. Un lieu repéré, dédié aux parents (salon, salle de repos...) peut être un lieu d'échange qui permettrait de partager avec d'autres parents les expériences vécues de manière informelle, sans l'appréhension et le sentiment d'obligation que pourrait engendrer un groupe de parole encadré par un professionnel.

Conclusion

Les caractéristiques cliniques et les évolutions de la « parentalité prématurée » ont été décrites dans de nombreuses publications : les effets immédiats sur le psychisme maternel des naissances avant terme, les impacts émotionnels et psychiques sur la création des liens précoces mère-bébé, les conséquences à long terme des relations parents-enfants de ces naissances. Dans les services de néonatalogie, depuis maintenant une petite dizaine d'années, le soutien à la parentalité (mère et père) fait partie intégrante du travail des soignants, conceptualisé dans le cadre des Soins de Soutien au Développement. Cependant, il n'existe actuellement que peu d'études s'intéressant exclusivement au vécu paternel lors de telles naissances.

Autrefois exclus des salles de naissance, les pères occupent une place de plus en plus importante au cours du déroulement d'une grossesse et lors de l'accouchement. Leur rôle est reconnu comme essentiel. Il est donc fondamental de prendre en compte leurs émotions, leurs inquiétudes et leurs doutes, notamment et particulièrement lors d'une naissance prématurée.

L'objectif de ce travail a été de mettre en lumière l'importance et la complexité du vécu paternel lors d'une naissance prématurée et de proposer à partir des entretiens faits quelques pistes de réflexions et de propositions.

Si nous avons pu confirmer qu'une naissance prématurée avait, pour les pères confrontés à cette évènement, un impact émotionnel important (angoisses, anxiété, sentiment d'impuissance face aux évènements, choc,..), nous n'avons pas pu affirmer que ces pères étaient à risque de développer un syndrome dépressif dans la période du post-partum. Le vécu de ces pères est susceptible de perturber la création des liens précoces avec leur nouveau-né. Cependant il n'y a pas de corrélation entre la précocité du terme de naissance et les effets émotionnels vécus ; l'ampleur de ces effets est multifactorielle, en lien avec la vulnérabilité et les fragilités individuelles antérieures et présentes, les appuis et les soutiens rencontrés alors, les complications du parcours du nouveau-né prématuré.

Si notre étude a ses limites par le petit nombre d'entretiens pratiqués, elle permet cependant de renforcer la nécessaire sensibilisation de tous les soignants au rôle

fondamental qu'ils ont dans l'accompagnement et le soutien des pères de ces nouveau-nés prématurés.

Bibliographie

1. OMS. Les naissances prématurées [Internet] [Consulté le 23 novembre 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
2. Knibiehler Y. Les pères aussi ont une histoire. Paris: Hachette; 1987.
3. Roche D, Delumeau J. Histoire des pères et de la paternité. Paris: Larousse; 2000.
4. Azémar C. L'émancipation familiale face aux institutions: des pères séparés dans l'impasse. Mémoire : Master de Recherche Travail Social: Conservatoire des Arts et Métier de Paris; 2009. [Internet] [Consulté le 3 mai 2015]. Disponible sur: http://www.memoireonline.com/05/12/5887/m_Lemancipation-familiale-face-aux-institutions-des-peres-separes-dans-limpasse5.html
5. République Française. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale [Internet] [Consulté le 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068366&dateTexte=20110401>
6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Contraception et IVG : les lois [Internet] [consulté le 4 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-et-ivg-les-lois.html>
7. République Française. Décret n° 90-917 du 8 octobre 1990 portant publication de la convention relative aux droits de l'enfant, signée à New York le 26 janvier 1990.
8. Croix L. Le Père dans tous ses états. Édition. Bruxelles: De Boeck; 2011.
9. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). Actualité et Dossier en Santé Publique. 2007; 61/62
10. Trupin D. La paternité ne commence pas à la maternité. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique. 2007; 165(7): 472-477
11. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 2007; 19(2): 151-188
12. Marciano P. Le père, l'homme et le masculin en périnatalité. Toulouse, France: ERES; 2010.
13. Camus JL. Le vrai rôle du père. Paris: Editions Odile Jacob; 2000
14. Greiner G. Fonctions maternelle et paternelle. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2000.
15. HURSTEL F. Naissance du père : psychanalyse et paternité. Journal des Psychologues. 2005; 225

16. INSERM. Prématurité : un monde à explorer [Internet] [consulté le 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/prematurite>
17. Grebille A-G, Benifla J-L. Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risques, les causes et la prévention. *Revue du Patricien Monographie*. 2002; 2: 183-185
18. OMS. À quels problèmes de santé les bébés prématurés sont-ils confrontés? [Internet] [Consulté le 13 juin 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/features/qa/preterm_health_challenges/fr/
19. ANCEL P-Y. Conséquences de la prématurité. *Revue du Patricien Monographie*. 2012; 3
20. EPIPAGE 1 (1997) [Internet] [Consulté 13 juin 2014]. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portailprofessionnel/plansrapports/etudes/epipage/epipage-595-1738.html>
21. INSERM. La survie des enfants grands prématurés en France s'améliore : premiers résultats de l'étude EPIPAGE 2. [Internet] [Consulté le 4 mai 2015]. Disponible sur: <http://presse-inserm.fr/la-survie-des-enfants-grands-prematures-en-france-samelio-re-premiers-resultats-de-letude-epipage-2/17643/>
22. Angotti B. Les moments clés dans le tissage des liens entre bébé et parents. *Vocation Sage-Femme*. 2003; 15: 23-25
23. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson; 2003.
24. Lefort M-C, Discour A. La place d'un père durant les trois premiers jours après la naissance de l'enfant prématuré. *Dossier Spirale*. 2003; 39: 56
25. Cavillon Delameziere G, Kremp O, Boulanger J-C. Structuration psychique de la mère par la parole du père dans la prématurité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1994; 7
26. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. 2008; 121(2): 215-222
27. LaMontagne LL, Pawlak R. Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1990; 19(4): 416-421
28. Gamba Szijarto S, Forcada Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Müller Nix C. État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolesc*. 2009; 57(5): 385-391
29. Doering LV, Dracup K, Moser D. Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high-risk infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology: Official Journal of California Perinatal Association's*. 1999; 19(2): 132-137
30. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(6): 810-816

31. Goutaudier N, Mansour M, Chabrol H. Prématurément père : étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2013; 26(3): 151-6
32. Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 64(2-3): 175-84
33. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998; 13(2): 83-9
34. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA*. 2010; 303(19): 1961-9
35. Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2015.
36. Tombeur M, Lempereur E, Durieux M-P. Le soignant, tiers dans la construction du lien parent – bébé prématuré hospitalisé. *Cahier de Psychologie Clinique*. 2007; 28(1): 221-38
37. Ignell Modé R, Mard E, Nyqvist KH, Blomqvist YT. Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014; 5(3): 131-6
38. Ministre des solidarités, de la santé et de la famille. Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité [Internet] [Consulté le 28 avril 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>
39. Missonnier S. Entretien avec Françoise Molenat. *Le Carnet PSY*. 2006; 107: 31-7

Annexes

Annexe I : Trame d'entretien

<p>La naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explications reçues / comprises - Vécu de la naissance - Premiers contacts avec l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment a-t-il vécu le moment de la naissance ? - Informations données en anténatal ? - Les explications données étaient-elles claires et suffisantes ? Sur l'accouchement, l'état de santé de la mère, la prise en charge de l'enfant, son état de santé après la naissance ? - A-t-il pu voir son enfant après la naissance ? Qu'a-t-il ressenti à ce moment-là ?
<p>L'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil par l'équipe - Rencontre avec le médecin - Suivi médical de l'enfant - Gestion de la vie à la maison - Gestion du travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment a-t-il vécu l'arrivée en néonatalogie ? - La séparation entre mère et enfant ? - Rencontre régulière avec le médecin ? - Informations sur l'état de santé claires et régulières, comprises ? - Explications des conséquences de la prématurité à court, moyen et long terme ? - Difficultés d'organisation de la vie à la maison ? - Travail : compréhension de l'employeur, congés, ... ?
<p>Le soutien reçu/perçu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Famille - Equipe soignante - Psychologue – Psychiatre - Pédopsychiatre 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien de la famille : téléphone, présence, ... - Equipe soignante : compréhension, aide, ... - Rencontre avec une psychologue : proposée, acceptée, - Envie ou besoin d'une autre forme d'entretien ? Groupe, suivi, ...
<p>Relation père – enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins, toucher - Création de liens 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment vit-il la relation avec son enfant ? - Effectue-t-il les soins, donne-t-il le biberon, ... que ressent-il lorsqu'il les effectue : peur, appréhension ...
<p>Relation à la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressenti - Angoisses / santé de la mère - Transmissions des nouvelles de l'enfant - Sa Place / place de la mère 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiments éprouvés ? partagés ? cachés ? - Nouvelles concernant l'état de santé de l'enfant: transmises ? cachées ? édulcorées ? - Moyens pratiques mis en œuvre pour lui donner sa place ? - Le couple ?

<p>Retour à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none">- Appréhension, peurs ...- Suivi de l'enfant- Projection dans l'avenir- Aides existantes expliquées/ souhaitées	<ul style="list-style-type: none">- Comment envisager le retour à domicile ?- Appréhension : état de santé, soins ... ?- Suivi de l'enfant expliqué ? Informations concernant les aides pouvant leur être apportées à domicile? Aide souhaitée ? (Aides familiales, professionnels, autres)- Comment voit-il l'avenir avec cet enfant ?
---	--

Annexe II : Echelle d'Edimbourg

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis senti confiant et joyeux en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis senti inquiet ou soucieux sans motifs.

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis senti effrayé ou paniqué sans vraiment de raisons.

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassé par les événements.

Oui, la plupart du temps, je me suis senti incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas senti aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis senti aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis senti si malheureux que j'ai eu des problèmes de sommeil.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis senti triste ou peu heureux.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis senti si malheureux que j'en ai pleuré.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

Annexe III : Tableaux d'aide à l'analyse des entretiens

Annnonce de l'accouchement et naissance

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Annnonce de la naissance	Brutalité de la survenue de l'annonce	Ambivalence : Joie et panique/peur Etat de « choc »	Difficulté de compréhension de survenue de la naissance	Panique et inquiétude	Pas de réaction en réponse à l'émotion forte de la mère	Inquiétude et panique liées au caractère imprévu
Attente de la naissance	Amène progressivement à l'acceptation de la naissance Sentiment de passivité	Sentiment de passivité face aux évènements		Confiance en l'équipe mais inquiétudes sur comment ça va se passer	Vécu dans l'action l'empêchant « d'y réfléchir »	Attente longue source d'angoisse diminuant avec avancée du terme
Vécu de la naissance	Non présent à la naissance			Sentiment de non maîtrise et de passivité	Très positif	Soulagé Positif par rapport à ce qu'il avait imaginé
Première rencontre avec leur enfant	Moment étrange Difficulté à réaliser	Ambivalence : bonheur / inquiétude face à la prise en charge		« <i>j'étais rassuré par le fait qu'elle crie, qu'elle est quand même une certaine énergie</i> »	Pas de différence par rapport à son 1 ^{er} enfant	« <i>émerveillé</i> » S'était préparé au pire
Séparation maman-bébé	Sentiment de devoir faire un choix Besoin de faire le lien entre eux	Vécu comme un devoir de créer le lien entre eux			Communication par téléphone pendant peu à peu avec papa	Ne sait pas quelle attitude adoptée, sentiment de culpabilité
Informations reçues avant et juste après la naissance	Manque d'information : stress et inquiétude « <i>On a commencé à se poser des questions</i> »	Informations reçues source de réassurance		Informations juste avant la naissance entraînent inquiétudes quant aux conséquences de la prématurité : Quand les aborder ?	Informations claires Sentiment d'être préparé à la naissance Pas d'information directe mais transmises par compagne	Informations claires et complètes

Hospitalisation en Néonatalogie

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.
Explications sur le déroulement	« On nous a expliqué la démarche progressivement » « On avait le cheminement »	Informations régulières mais recherche de réassurance ++ auprès du personnel	Du fait de la barrière de langue, informations fournies par la maman sans que je puisse savoir ce qu'il a compris ou non
Informations régulières sur état de santé	Informations régulières et complètes		
Les soins / création de liens	Investissement progressive « [mon rôle de père], c'est quelque chose qui est encore en travail »	Difficulté à effectuer les soins non liée à la prématurité et à créer des liens car peu de temps ensemble	Difficultés à effectuer les soins. Création de lien longue du fait de l'hospitalisation
Organisation de la vie quotidienne	Pas de difficultés, Visites plus compliquées depuis qu'il a repris le travail	Difficultés : 2 enfants à charge/Travail très prenant Visites difficiles à organiser (2-3/sem)	Travail 6 jours sur 7 1 ^{er} enfant avec peu de possibilités de garde
Vécu de l'hospitalisation	Moments de doutes dans les premiers jours	Difficile du fait de l'organisation	« il n'y a pas de rire à la maison, on ne rigole pas, on ne parle pas »

	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Explications sur le déroulement	Informations régulières mais nécessité de recherche pour synthétiser l'ensemble des informations	Souvent absent lors de la visite des pédiatres Informations transmises par la compagne	Informations différentes selon le professionnel sur le déroulement et les conditions de sortie
Informations régulières sur état de santé			Informations régulières mais absent pendant visite des pédiatres (transmises par compagne) Ressent le besoin de compléter les informations (recherches internet)
Les soins / création de liens	Grand questionnement quant à sa place auprès de sa fille 1ers soins après 15j de vie Difficile de créer un lien	Aucune difficulté Leger « décalage » du fait de l'hospitalisation par rapport à son 1 ^{er} enfant	Stress pour les soins Sentiment de devoir se jeter à l'eau afin de prendre sa place auprès de sa fille
Organisation de la vie quotidienne	Travail mis de côté mais question de combien de temps cela va pouvoir continuer	Difficulté à gérer travail/1 ^{er} enfant/visites en néonatalogie	Complicquée : poursuite du travail, préparation du domicile pour l'arrivée de leur fille, visite en néonatalogie
Vécu de l'hospitalisation	Persistance du sentiment de non maîtrise dans un milieu qu'il ne connaît pas	Hormis le fait de l'hospitalisation, pas le sentiment d'avoir un enfant prématuré	Ressent une certaine frustration à ne pas pouvoir passer assez de temps auprès de sa fille

Soutien de l'entourage, des professionnels

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Soutien de l'équipe	Soutien de l'équipe important	Très important Recherche une réassurance constante		Important Ressent une vraie humanité chez le personnel	Important Implication du père dans les soins grâce à l'équipe	Soutien de l'équipe, notamment dans les soins à effectuer
Rencontre avec psychologue ou pédopsychiatre	Proposée mais non souhaité N'en a pas ressenti le besoin	Proposée mais non souhaitée	Non proposée mais non souhaitée BARRIERE LINGUISTIQUE +++	Proposée mais non souhaitée Sentiment de « <i>stigmatiser</i> » la situation	Proposée mais non souhaitée	Non proposée explicitement Souhaitée ?
Soutien de l'entourage	Important Sert de relai au soutien qu'il apporte à sa compagne	Important mais sentiment de n'être pas totalement compris	Important notamment d'un point de vue organisationnel	Pas forcément rechercher Ne recherche pas de « <i>compassion</i> »	Présent, notamment organisationnel concernant la garde de leur 1 ^{er} enfant	Important mais sentiment de ne pas « <i>se laisser envahir</i> » Souhaite rester « <i>dans leur bulle</i> »
Autres formes de soutien		Partage d'expérience avec une personne ayant déjà eu un enfant prématuré				Partage d'expérience avec d'autres personnes ayant eu un enfant prématuré

Le couple et la famille

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Expression des inquiétudes	Non Désir de la protéger			Protège sa compagne : Favorise la rencontre entre elles, n'exprime pas ses inquiétudes	Pas d'inquiétudes ? Réaction très forte de la maman : ne souhaite pas l'inquiéter ?	Non «fais semblant» face à sa compagne pour ne pas l'inquiéter
Relation de couple	Renforcée Mariés depuis 1 an 1ere épreuve du couple	Mariés depuis 16 ans Couple renforcé, comme après chaque naissance, non lié à la prématurité		Mise de coté Ce n'est «pas une priorité» même si leur relation de couple est renforcée		Difficulté pour chacun de laisser une place pour l'autre auprès de leur fille Conflits apparaissant sur la manière de s'occuper d'elle
Impact sur la famille		Rapprochement avec ses enfants dont il a du s'occuper durant l'hospitalisation de la maman Sentiment de redécouvrir ses enfants	« il n'y a pas de rire à la maison, on ne rigole pas, on ne parle pas »	Questionnement sur la place de sa 1ère fille au sein de cette nouvelle famille		

L'avenir

	Mr M.	Mr S.	Mr Y.	Mr B.	Mr O.	Mr R.
Retour au domicile	Aucune appréhension	Ambivalence : Hâte de se retrouver en famille mais appréhension de quitter le milieu médical	Dit «attendre» de voir Ne semble pas avoir d'appréhension particulière	Soulagement, signe que l'état de santé de sa fille est bon Se sent suffisamment entouré : PMI, sage-femme, pédiatre	Aucune appréhension Hâte qu'elle puisse rentrer	Mélange joie de se retrouver en famille et appréhension de quitter l'hôpital
Vision de l'avenir	Positive	Semble confiant mais se projette peu dans l'avenir : « On essaie de voir au jour le jour »		Grand questionnement sur son âge, sur comment élever sa fille, sur comment donner sa place à sa 1ere fille	Positive	Positive Fera «tout ce qu'il faudra» pour le suivi de leur fille

Annexe IV : Analyses des entretiens

Monsieur M.

Présentation de l'entretien

L'entretien avec Mr M. s'est déroulé 30 jours après à la naissance de leur fils, Michael, et a duré 28 minutes.

Monsieur et Madame M. sont mariés depuis un an, il s'agit de leur premier enfant pour tous les deux. Monsieur M. est âgé de 29 ans. Il travaille dans la gestion de patrimoine. En recherche d'emploi au moment de la naissance, il a retrouvé un travail qu'il a commencé trois jours avant l'entretien. Monsieur M. ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique particulier.

Michael est né à 32 semaines et 2 jours d'aménorrhées, par césarienne en urgence sous anesthésie générale, des suites du diagnostic d'un HELPP syndrome chez la maman, posé lors de l'échographie du 3^{ème} trimestre. Au cours de son hospitalisation, Michael a développé une Maladie des Membranes Hyaline. Il s'agit d'une complication respiratoire que l'on retrouve souvent chez les enfants nés prématurément, nécessitant la mise en place d'une Ventilation Non Invasive.

Michael est sorti 34 jours après sa naissance, correspondant à un terme corrigé de 36 semaines d'aménorrhées, en Hospitalisation à Domicile.

Analyse de l'entretien

Lorsque j'ai contacté Monsieur M. pour lui proposer l'entretien, il accepte immédiatement, et nous convenons d'un rendez-vous trois jours après.

Lors de l'entretien, Monsieur M. semble très à l'aise. Il parle ouvertement et ne montre aucune difficulté pour répondre à mes questions.

L'accouchement et l'hospitalisation

Le premier mot que Monsieur M. utilise lorsque l'on aborde le sujet de la naissance est « brutale ». Il commence très rapidement par raconter les événements, donnant beaucoup d'informations médicales. A plusieurs reprises, il utilise les pronoms « on » et « nous » pour parler d'examens effectués à son épouse, tels que les prises de sang, ou pour exprimer ce qu'a ressenti son épouse lors de l'annonce de la naissance imminente. Il est difficile d'avoir le propre vécu de Monsieur M. au début de l'entretien : « *On s'est dit*

qu'on allait faire des examens de routines », « On a commencé à se poser des questions ».

L'attente du diagnostic semble avoir été un moment de cheminement pour Monsieur M. : *« [l'attente] nous a amené progressivement et ça a pas été tout de suite une peur ».* Toutefois, le manque d'informations et la multitude d'interlocuteurs a été l'une des sources de stress pour le couple. Monsieur M. décrit également à plusieurs reprises un sentiment de passivité, de n'avoir aucune emprise sur les événements, amplifiant davantage leur inquiétude : *« on n'a pas les compétences, on n'est pas d'égal à égal forcément avec les médecins, c'est normal on n'a pas les connaissances. On est pris dans le fil des médecins... », « On se sent dans le flot, pris dans le flot des médecins et on n'a pas le temps de réagir », « En même temps on veut pleurer, en même temps il faut répondre aux questions, on n'a pas le temps de pleurer ».*

La première rencontre avec Michael a été un moment « étrange ». Il exprime une difficulté à réaliser qu'il s'agit bien de son enfant : *« Au début, on ne voit pas encore que c'est son bébé ».* Ses premières impressions sont cependant très positives.

Après la naissance, du fait de la césarienne et de la nécessité d'emmener rapidement Michael en service de Réanimation, Monsieur M. a l'impression de devoir faire un choix entre son épouse et son bébé : *« je m'étais dit que je privilégierais ma femme. Je pense qu'elle avait plus besoin de moi que le bébé à ce moment-là ».* Cette séparation prolongée est difficile, il ressent le besoin et le devoir de faire le lien entre les deux : *« J'essayais d'être le lien entre les deux ».* Il estime avoir réussi à lui communiquer sans difficulté toutes les informations concernant l'état de santé de Michael. Il reconnaît cependant avoir omis des éléments dont lui-même n'avait pas compris toute la portée : *« je n'avais pas compris qu'il avait eu cette maladie, je croyais que c'était tous les enfants ».*

Monsieur M. décrit également de gros moments de doutes dans les premiers jours suivant la naissance, qu'il n'a pas réussi à exprimer devant son épouse de peur de l'inquiéter davantage : *« J'ai eu des moments de doutes le premier soir par exemple quand je suis rentré chez moi tout seul ».*

Par la suite, le vécu de Monsieur M. au cours de l'hospitalisation de Michael en service de Néonatalogie est plutôt positif. Il dit ne pas avoir de « rejet de lui » mais a cependant éprouvé le besoin de s'investir progressivement auprès de son bébé, de faire les choses par étape : *« je veux faire les choses progressivement, et m'investir progressivement avec ».*

lui », besoin toujours présent au moment de l'entretien : « *[mon rôle de père], c'est quelque chose qui est encore en travail* ». Il attache une grande importance aux relations avec le personnel hospitalier et médical, auquel il accorde son entière confiance. Tout au long de l'hospitalisation, Monsieur M. estime avoir été correctement informé de l'évolution de l'état de santé de Michael, et n'a pas ressenti le besoin de chercher d'autres sources d'informations : « *On nous a expliqué la démarche progressivement* », « *On avait le cheminement* ». Il attache une grande importance aux termes utilisés par les médecins, et surtout à ce qu'ils pourraient provoquer chez son épouse : « *elle lui a dit le HELLP syndrome c'est quand votre corps n'a pas accepté le bébé. [...] ce n'était pas la meilleure manière de le dire. [...] On peut tout se dire mais il faut savoir le dire* ».

Au cours de l'hospitalisation, l'organisation de la vie quotidienne ne semble pas avoir posée de difficulté particulière pour Monsieur M. qui était présent tous les jours dans le service. Depuis qu'il a commencé son nouveau travail, il reconnaît que cela devient plus difficile.

Le couple et l'entourage

Monsieur M. raconte qu'il s'agit de la première situation de crise au sein de leur couple. Tout au long de l'entretien, je ressens son besoin de protéger son épouse, même si cela signifiait mettre de côté ses propres émotions : « *il fallait que je sois fort* », « *Ne pas m'effondrer et être là pour elle et voilà* ». Il s'agit d'une épreuve dont ils en ressortent encore plus unis qu'auparavant : « *On s'est soudés* ».

Le soutien familial a été un élément important pour le couple. Monsieur M. exprime la nécessité de la présence de leur mère respective, comme un relais du soutien à apporter à son épouse : « *J'ai insisté pour que ma mère vienne. Elle [Madame M.] avait besoin de ce soutien familial. Moi j'étais toujours au téléphone [...] pour expliquer à tout le monde la situation* ».

Une rencontre avec une psychologue a été proposée au couple. Monsieur M. explique ne pas en avoir ressenti la nécessité, mais d'avoir tout organisé pour que son épouse puisse bénéficier de cet entretien. Une nouvelle fois, je perçois le besoin de Monsieur M. de tout gérer afin de la protéger et de l'entourer : « *je me suis dit que je n'en avais pas besoin* », « *c'est moi qui aie fait la démarche pour ma femme* ».

L'avenir

Monsieur M. ne ressent aucune crainte quant à l'avenir immédiat ou au long terme. Le retour à domicile avec Michael n'est pas une source d'inquiétude pour lui. Il l'explique du fait que l'hospitalisation en Néonatalogie n'a été marquée par aucun évènement négatif concernant l'état de santé de leur enfant et que son évolution a été visible au fur et à mesure des jours et semaines : « *Il a toujours pris son poids, il a pris de plus en plus ses biberons, de plus en plus il a été indépendant* ».

Echelle d'Edimbourg

Monsieur M. obtient un score de 7 pour l'auto-questionnaire d'évaluation de dépression post-natale. Le score le plus élevé est retrouvé pour la question concernant le sentiment de culpabilité. En effet, il reconnaît s'être parfois reproché d'être responsable de situations négatives. On pourrait se poser la question de savoir si son besoin de protéger et d'entourer son épouse en toutes situations ne serait pas lié à ce sentiment.

Les autres questions obtenant un score élevé concerne l'anxiété et l'inquiétude ressenties par Monsieur. M. correspondant aux éléments apportés au cours de l'entretien.

Conclusion

Le vécu de la naissance de Michael est plutôt positif pour Monsieur M. Bien qu'il n'imaginait pas un tel parcours de fin de grossesse, il estime avoir réussi à gérer la situation du mieux possible, malgré la brutalité et la soudaineté de l'évènement. Un investissement plus progressif auprès de son fils lui a été nécessaire mais il semble tout de même avoir réussi à créer des liens forts avec lui. Le relationnel avec le personnel médical a également eu une place importante dans le vécu de l'hospitalisation, dont il semble plutôt satisfait. On peut cependant noter une tendance à mettre de côté, voire minimiser ses propres émotions, sentiments et parfois même ses propres besoins au profit de ceux de son épouse.

Monsieur S.

Présentation de l'entretien

L'entretien de Monsieur S. s'est déroulé 38 jours après la naissance de leur fille, Melinda, et a duré 23 minutes.

Monsieur et Madame S. sont mariés depuis 16 ans. Il s'agit du troisième enfant du couple. Monsieur S. est âgé de 37 ans. Il est gérant d'une société dans la distribution et travaillait lors de la naissance et au cours de l'hospitalisation de Melinda. Il ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique particulier.

Melinda est née à 33 semaines et 2 jours d'aménorrhées, par césarienne en urgence, suite à une rupture prématurée des membranes chez une maman présentant un utérus bi cicatriciel. D'abord suivie dans un autre établissement de santé, il a été organisé un transfert in utéro à 33 semaines d'aménorrhées et 1 jour. Lors de sa naissance, Melinda a nécessité une mise sous oxygène sans intubation. Au cours de l'hospitalisation, elle a développé une dysplasie broncho-pulmonaire.

Elle est sortie d'hospitalisation 74 jours après sa naissance, correspondant à un terme corrigé de 43 semaines d'aménorrhées, en Hospitalisation à Domicile.

Analyse de l'entretien

Monsieur S. accepte rapidement de me rencontrer pour l'entretien lorsque je le contacte.

Au cours de l'entretien, Monsieur S. répond facilement à mes questions, et semble plutôt à l'aise pour aborder les différents sujets. Cependant, ces réponses sont souvent courtes et concises, m'obligeant à relancer l'entretien à de nombreuses reprises.

L'accouchement et l'hospitalisation

Dès le début de l'entretien, je remarque une forte ambivalence concernant la naissance de Melinda que l'on retrouve tout au long de la discussion. Monsieur S. exprime en effet une joie certaine à l'arrivée de sa fille, mais également la peur et l'inquiétude liées au terme de la naissance : « *D'un côté, on est content et d'un côté il y a la peur* » même si dans un premier temps, c'est la « *panique* » qui domine. Il décrit un état de « *choc* », le laissant sans réaction : « *Tout ce qu'on nous disait, on disait d'accord [...] Je n'ai même pas posé de question* ». Il exprime également un sentiment de passivité face aux événements : « *on regardait, sans rien dire* », perdurant au cours de l'hospitalisation : « *On attend en fait, on les laisse faire, c'est leur boulot, et on regarde* ». Cependant, Monsieur S. s'est tout de même senti rassuré par les explications sur l'état de santé de Melinda apportées par les médecins et les sages-femmes au moment de la naissance. Le transfert en milieu hospitalier avant la naissance, synonyme de sécurité et de prise en charge optimale a également été un élément important pour Monsieur S. : « *[...] l'hôpital, ils ont tout. Ils ont les machines, tout [...] il y a plusieurs médecins, c'est plus grand* ».

Lors de la première rencontre avec sa fille, Monsieur S. exprime de nouveau l'ambivalence de ses sentiments : « *C'était du bonheur* », « *Sauf que c'est vrai qu'on a peur aussi* », accentuée par tout le matériel nécessaire à la surveillance de Melinda : « *C'est vrai qu'il y avait les machines...* ». Son ressenti est tout de même plutôt positif. Le fait qu'il s'agisse de leur troisième enfant semble effectivement apporter à Monsieur S. une certaine confiance en l'avenir avec Melinda. Dans les heures suivant la naissance, Monsieur S. ressent comme un devoir de créer un lien entre son épouse et sa fille, qu'elle n'a pu voir que très rapidement : « *J'ai fait mon devoir de ramener voir sa fille* ». Les allers-retours entre les différents services d'hospitalisation se sont alors imposés comme une évidence pour lui.

Au cours de l'hospitalisation, Monsieur S. estime avoir été suffisamment informé sur l'évolution de l'état de santé de sa fille. Il exprime cependant la nécessité de chercher une réassurance auprès du personnel médical : « *ils nous ont informés de tout mais chaque fois je leur posais aussi [des questions]* », « *je me suis conforté* ». Il explique également une difficulté à effectuer les soins de Melinda, sans que la prématurité de celle-ci en soit la cause, et qu'il en était de même lors de la naissance de ses précédents enfants : « *Avec mes deux fils aussi quand ils sont petits... je n'arrivais pas à les prendre aussi. J'avais peur* ».

L'organisation de la vie quotidienne a été source de difficultés pour le couple. Il leur est difficile de venir ensemble en néonatalogie : les deux premiers enfants étant trop jeunes pour rester seuls à la maison et leur garde par un membre de la famille ou des amis difficile à organiser au long court. De plus, le travail de Monsieur S. occupe une grande partie de son temps, nécessitant sa présence six jours sur sept. Il essaye de venir voir Melinda le plus souvent possible, le soir et le dimanche principalement.

Le couple et l'entourage

Monsieur et Madame S. sont mariés depuis 16 ans. Cette naissance a été un événement qui les rapprochés non seulement au sein de leur couple, mais également au sein de leur famille. Monsieur S. raconte effectivement qu'il a pu partager de nombreux moments avec ses premiers enfants : « *[...] avec mes enfants, quand ma femme n'était pas là, ça nous a rapprochés encore plus aussi. C'est un bonheur, et il a des choses que l'on découvre à chaque fois* ».

L'entourage est également important pour Monsieur S. et son épouse. Cependant, malgré leur soutien, il exprime le sentiment de n'être pas totalement compris, du fait qu'ils n'aient

jamais vécu une telle situation : « *ils n'ont jamais eu des enfants prématurés* ». Sa principale source de réconfort provient d'un cousin, ayant lui-même eu un enfant né prématurément. L'échange et le partage d'expérience avec celui-ci a été un élément fort de réassurance : « *On a vraiment parlé, pas légèrement, on a vraiment discuté de tout. C'est vrai que ça fait du bien. Au niveau de la famille [...] ils n'ont pas l'expérience, mais comme mon cousin il avait plus d'expérience, on a discuté ensemble* ».

Une rencontre avec une psychologue ou pédopsychiatre a été proposée au couple. Monsieur S. explique que les discussions avec son cousin ont été importantes mais il exprime sa difficulté à en discuter avec d'autres personnes, même s'il s'agit de personnel médical : « *c'est vrai que mon cousin, il m'a bien réconforté, mais aller vers quelqu'un...* ».

L'avenir

Nous retrouvons l'ambivalence de Monsieur S concernant le retour au domicile avec Melinda : il exprime effectivement le désir de se retrouver en famille mais également l'appréhension de quitter un milieu médicalisé : « *[on] veut qu'elle rentre tout de suite à la maison, comme avec nos deux fils. Mais on se dit que c'est mieux qu'elle soit à l'hôpital, pour nous conforter un peu. Pour attendre un peu, laisser passer le temps* ». Concernant l'avenir avec sa fille, il semble plutôt confiant mais se projette peu dans le futur : « *On essaie de voir au jour le jour* ».

Echelle d'Edimbourg

Monsieur S. obtient un score de 14. Ce score élevé le place comme à fort risque de dépression majeure. Cependant, au cours de l'entretien, aucun symptôme dépressif n'a été retrouvé. Monsieur S. semblait effectivement plutôt positif quant à la situation et l'état de santé de Melinda. Nous pourrions nous demander si Monsieur S. a bien rempli le questionnaire en prenant en compte les sept derniers jours comme indiqué ou s'il a exprimé son ressenti depuis la naissance de sa fille.

Les questions obtenant les scores les plus élevés concernent la culpabilité. Aucun élément de l'entretien ne retrouve cette impression, il n'exprime à aucun moment ce sentiment. La question concernant le sentiment d'être dépassé par les événements sans réussir à y faire face aussi bien que d'habitude obtient également un score élevé. Ceci a pu être confirmé au cours de l'entretien où Monsieur S. exprime ses difficultés à gérer les événements de la vie quotidienne concernant ses premiers enfants ou son emploi en même temps que l'hospitalisation et les visites en néonatalogie. Nous retrouvons

également des réponses positives concernant le sentiment de panique et de peur. Monsieur S. a effectivement confirmé ressentir ces émotions lors de la naissance et dans les jours qui ont suivi, sans que ceux-ci ne perdurent plus longtemps. Ces éléments renforcent notre questionnement concernant la bonne utilisation de l'auto-questionnaire.

Conclusion

Le vécu de Monsieur S. concernant la naissance et l'hospitalisation de Melinda est marqué par une forte ambivalence. Initialement, le choc et la brutalité de l'évènement dominant, remplacés ensuite par la joie de son arrivée et la peur des conséquences liées au terme de naissance. Monsieur S. exprime un besoin de réassurance constant concernant l'état de santé de sa fille, malgré les informations régulièrement apportées par l'équipe médicale. Cependant, on peut noter que les informations lui étaient principalement rapportées par son épouse, du fait de son absence en journée lors du passage des médecins, pouvant expliquer cette recherche et peut être confirmation d'informations délivrées dans un premier temps à Madame S.

Au sein de la famille, Monsieur S. explique que cette naissance a permis un rapprochement avec ses premiers enfants, et le partage de moments de bonheur malgré les inquiétudes au sujet de Melinda.

Concernant le soutien de l'entourage, le partage d'expérience a été un élément important pour Monsieur S., lui permettant d'exprimer plus facilement ses craintes et inquiétudes et d'avoir le sentiment d'être compris par une personne ayant vécu une situation semblable.

Monsieur Y.

Présentation de l'entretien

L'entretien de Monsieur Y. s'est déroulé 47 jours après la naissance de leur fille Chloé et a duré sept minutes.

Monsieur et Madame Y. sont mariés depuis presque 10 ans. Chloé est le deuxième enfant du couple, qui a déjà une petite fille de quatre ans. Monsieur Y. est âgé de 35 ans. Il est ouvrier dans le bâtiment. Il ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique particulier.

Chloé est née à 33 semaines d'aménorrhées par césarienne en urgence, suite à une hospitalisation maternelle d'une semaine pour pré-éclampsie. Chloé présente le parcours

néonatal le plus compliqué. Des mesures de réanimation ont été effectuées à la naissance. Elle a ensuite développé une maladie des membranes hyalines sévère, nécessitant son hospitalisation en service de réanimation pendant 17 jours. Par la suite, au vu de ses besoins constants en oxygène, elle a développé une broncho dysplasie pulmonaire. Elle est rentrée au domicile en hospitalisation à domicile 83 jours après sa naissance toujours sous oxygène.

Analyse de l'entretien

Il a été difficile d'organiser un entretien avec Monsieur Y. car celui-ci ne peut venir que rarement en Néonatalogie du fait de son travail.

Lorsque je rencontre Monsieur Y., je m'aperçois qu'il existe une barrière de langue importante. Je décide tout de même d'effectuer l'entretien dans les limites de ce qui est possible. En effet, il me semblait intéressant de connaître le ressenti de pères dont la compréhension, notamment des éléments médicaux, était limitée.

Au cours de l'entretien, Monsieur Y. éprouve des difficultés à exprimer clairement son ressenti. Ses réponses sont courtes malgré mes nombreuses questions de relance. J'utilise des mots simples mais constate rapidement qu'il ne comprend pas toujours mes questions. L'analyse de cet entretien pose donc des difficultés, et repose davantage sur des impressions liées aux attitudes et à la gestuelle de Monsieur Y. pendant notre entretien.

L'accouchement et l'hospitalisation

L'annonce de l'accouchement a été un moment difficile pour Monsieur Y. Il exprime sa difficulté à comprendre les raisons d'une naissance intervenue trop tôt : « *C'est dur pour nous parce que le 7^{ème} mois ce n'est pas comme pour une personne normale* ». Les informations, médicales ou autres, lui étaient traduites par son épouse : elles sont donc limitées à ce que la maman a elle-même compris.

Il aborde très vite les conséquences de la naissance prématurée de Chloé sur la vie de famille : « *il n'y a pas de rire à la maison, on ne rigole pas, on ne parle pas* ».

Monsieur Y. exprime également ces difficultés à toucher sa fille et à effectuer les soins dans les jours qui ont suivis la naissance. La création de liens avec elle a été plus compliquée qu'avec son premier enfant, du fait qu'elle soit hospitalisée et que Monsieur Y. ne puisse pas venir autant qu'il le souhaiterait. En effet, son travail nécessite sa

présence six jours sur sept, et l'organisation de la garde de leur premier enfant semble difficile à mettre en place.

Le couple et l'entourage

Du fait de la barrière linguistique, il est difficile d'aborder le sujet du soutien reçu, ainsi que celui du couple. Toutefois, l'entourage semble important pour Monsieur Y., sa mère et son frère notamment, qui peuvent quelques fois garder leur premier enfant pour permettre à Monsieur et Madame Y. de se rendre ensemble en Néonatalogie.

Une rencontre avec une psychologue n'a pas été proposée à Monsieur Y. mais celui-ci explique ne pas en avoir ressenti le besoin.

L'avenir

Monsieur Y. aborde peu l'avenir avec sa fille. Il dit simplement « attendre » de pouvoir rentrer au domicile avec elle, pour commencer leur nouvelle vie de famille.

Echelle d'Edimbourg

Le questionnaire a été rempli avec l'aide de son épouse, lui traduisant les différentes questions. Cela introduit de ce fait un biais dans les réponses données, mais il était difficile, voire impossible pour Monsieur Y. de le remplir seul.

Il obtient un score de 7. La question avec le score le plus élevé concerne ses capacités à faire face aux événements et situations. Ce sentiment est retrouvé lors de l'entretien où Monsieur Y. exprime ses difficultés à jongler entre les visites en néonatalogie, la garde de leur première fille et son travail. A travers ce questionnaire, Monsieur Y. explique également son impossibilités de « rire et prendre les choses du bon côté », sentiment que l'on retrouve tout au long de l'entretien.

Conclusion

Malgré un entretien rapide, nous retrouvons des éléments importants :

- Un sentiment d'anormalité dans la naissance prématurée de Chloé, ne correspondant pas à ce qu'avait pu imaginer le couple.
- Une difficulté dans la création de liens entre Monsieur Y. et sa fille du fait de l'hospitalisation.
- Une difficulté dans l'organisation de la vie quotidienne, ne permettant pas à Monsieur Y. de se rendre en néonatalogie aussi souvent qu'il le souhaiterait.

Monsieur O.

Présentation de l'entretien

L'entretien de Monsieur O. s'est déroulé 25 jours après la naissance de Zélie et a duré 13 minutes.

Monsieur O. est âgé de 35 ans et est professeur au collège. Il ne présente aucun antécédent psychologique ou psychiatrique particulier. Le couple est déjà parent d'un petit garçon de quatre ans, né à terme.

Zélie est née à 33 semaines d'aménorrhées. Madame O. a été hospitalisée en service de grossesses pathologiques, suite à une rupture prématurée de la poche des eaux. Elle s'est mise en travail spontanément après une semaine d'hospitalisation, et a accouchée par voie basse. A la naissance, Zélie a présenté une détresse respiratoire transitoire rapidement corrigée. Son parcours en néonatalogie a été simple. Elle est sortie au domicile 33 jours après sa naissance.

Analyse de l'entretien

Monsieur O. accepte immédiatement l'entretien lorsque je le contacte, et nous convenons d'un rendez-vous au sein de la néonatalogie de Trousseau.

Au cours de l'entretien, je sens qu'il n'est pas habituel pour Monsieur O. d'exprimer ses émotions, et je dois le relancer à plusieurs reprises.

L'accouchement et l'hospitalisation

Le vécu de la naissance prématurée de Zélie semble plutôt positif. Lors de l'annonce, Monsieur O. explique un manque de réaction : « *je n'ai pas réagi très vivement* ». Sans que cela ne soit lié à un état de choc, il l'explique plutôt comme une réponse à la réaction importante de son épouse : « *[ma femme] l'a pris de manière très émotionnelle* », « *je me suis senti très calme et j'ai voulu la rassurer* ». Le sentiment d'être actif joue un rôle important dans son vécu. En effet, devoir s'organiser avec son travail et leur premier enfant a permis à Monsieur O. de se sentir utile tout en l'empêchant d'y réfléchir plus en profondeur : « *Je l'ai vécu dans l'action, donc c'est peut être aussi ça qui m'a aidé à ne pas paniquer* », « *j'étais dans l'action donc je n'ai même pas eu le temps de réfléchir* ». Monsieur O. exprime une confiance totale dans le personnel médical, le rassurant grandement : « *j'avais confiance en l'hôpital* ». Le terme de naissance a également été un élément rassurant. Il estime en effet qu'une naissance après sept mois de grossesse est

aujourd'hui un évènement très bien pris en charge par la médecine moderne : *« le fait qu'elle était quand même à sept mois, psychologiquement, ça m'a peut être rassuré »*.

Au cours de l'hospitalisation, les soins de Zélie n'ont été source d'aucune difficulté pour Monsieur O. En effet, il explique que, hormis la nécessité de l'hospitalisation prolongée, il n'a jamais eu l'impression d'être papa d'un enfant prématuré : *« je n'ai finalement pas eu véritablement la sensation d'avoir un enfant prématuré, c'est un bébé peut-être un peu plus petit que les autres mais à part ça, c'est quasiment pareil »*. Comme lors de la naissance de son premier enfant, le sentiment de devenir père est quelque chose qui apparaît sur la durée. L'hospitalisation de Zélie semble un peu allonger cette durée : *« Ça se passe avec un décalage, parce qu'elle n'est pas à la maison, mais je pense qu'une fois qu'elle sera rentrée, ça va s'accélérer »*.

Concernant l'évolution de son état de santé, Monsieur O. n'a jamais rencontré de pédiatre directement, mais reçoit les informations de la part de son épouse. Cela semble lui convenir totalement.

L'organisation entre la garde de leur premier enfant et la poursuite du travail a été compliquée. Monsieur O. ne peut pas venir en néonatalogie autant qu'il le souhaiterait : *« C'est fatigant », « Je viens une ou deux fois par semaine, à cause du travail, à cause de l'autre enfant... »*.

Le couple et l'entourage

Le soutien de l'entourage est important pour Monsieur O., notamment ses parents, qui ont gardés leur premier enfant a de nombreuses reprise lui permettant de venir en néonatalogie en même temps que Madame O.

Monsieur O. fait preuve d'une grande pudeur lorsque j'aborde le sujet de leur couple. Malgré les quelques relances sur le sujet, je décide de ne pas insister. Il explique cependant ses nombreuses tentatives de réassurance auprès d'elle: *« je l'ai beaucoup rassuré, en lui expliquant que ça n'avait rien à voir avec elle »*.

Une rencontre avec une psychologue ne lui a pas été proposée à la suite de la naissance de Zélie. Monsieur O. n'en a cependant jamais ressenti le besoin.

L'avenir

La vision de l'avenir est très positive. Monsieur O. a hâte que Zélie puisse rentrer chez eux et n'éprouve aucune appréhension : « *j'aimerais que tout le monde rentre à la maison. J'ai hâte* ».

Echelle d'Edimbourg

Monsieur O. obtient un score de 0 au questionnaire d'auto-évaluation. Ceci confirme les éléments retrouvés tout au long de l'entretien. Cependant, il pose également la question d'une sur adaptation de Monsieur O. et de la véritable ampleur de son ressenti.

Conclusion

Le vécu de Monsieur O. est très positif. Zélie ne présentant aucune complication d'une naissance à 33 semaines d'aménorrhées, il n'a jamais eu l'impression d'être papa d'un enfant prématuré. Le sentiment d'être actif lors cette naissance et des jours précédents semble avoir été un élément fondamental dans ce ressenti.

Bien que l'hospitalisation de Zélie ralentisse la construction de leurs liens, Monsieur O. ne ressent aucune inquiétude concernant l'avenir.

Il est important de se questionner sur l'apparente décontraction de Monsieur O. quant à la naissance de Zélie : s'agit-il d'un phénomène de sur adaptation, de déni ou d'une tentative de provocation de la part de Monsieur O. ?

Cette situation met bien en évidence la nécessité d'effectuer plusieurs entretiens auprès de ces pères, afin d'apprécier l'évolution des éléments livrés et d'instaurer une relation de confiance favorable à l'expression des émotions.

Annexe V : Entretien de Monsieur R.

J'aimerais que vous me racontiez comment ça s'est passé et ce que vous avez ressenti lorsqu'on vous a annoncé que la naissance allait avoir lieu...

Au moment où on a appris qu'on rentrait à l'hôpital, on a été inquiet, on ne s'y attendait pas, on a été pris de cours. C'était un mercredi, c'était censé être une visite de routine et finalement, ma copine me rappelle pour me dire que ça ne va pas du tout qu'il faut que je vienne. Dans le début d'après-midi, elle était à Tenon, on y est resté tout l'après-midi, donc c'était un peu panique à bord, on ne connaissait pas la maladie. Le soir même on a été basculé vers ici, sachant que le soir on nous disait qu'on allait peut être opérer, donc sortir la petite par césarienne, donc ça a été vraiment l'angoisse sur le mercredi et les jours qui suivaient. C'est vrai qu'on ne s'y attendait pas du tout, on était à 6 mois et 2 jours de grossesse. Il y avait juste ma copine qui se plaignait qu'elle avait gonflé un petit peu le weekend d'avant, mais pour autant on avait fait une échographie 10 jours avant, on pensait que ça allait. Donc ça a été la surprise, et le stress que ce soit l'opération et que la petite sorte à 6 mois et 2 jours. C'était ça l'angoisse. Et puis dans les jours qui ont suivis, on nous a dit que l'opération n'était pas pour tout de suite, mais que ça pouvait arriver à tout moment, donc ça a encore été des jours difficiles, et puis petit à petit, on voyait qu'on gagnait du temps, une semaine, deux semaines, puis trois semaines et finalement on a tenu jusqu'à un mois et demi mais c'était vraiment chaque jour était difficile, et chaque jour passé était en même temps une petite victoire. Et puis quand on est arrivé à sept mois, on se disait que d'où on venait c'était déjà ... on nous disait que les risques étaient très faibles, mais les deux-trois premières semaines d'hospitalisation, on nous disait que du jour au lendemain, ça pouvait être l'opération, c'était vraiment très dur, très difficile.

Comment vous viviez cette attente, ces incertitudes ?

On s'est appliqué à faire tout ce qu'on nous disait pour que ça se passe bien. Moi personnellement, je me suis appliqué à faire semblant que tout allait bien, parce que par rapport à ma copine, il fallait que je tienne le coup, parce qu'elle a jamais rien lâché, elle ne s'est jamais plainte de rien du tout, mais moi je me suis forcé à vraiment être positif et rationnel. Même si des fois quand je rentrais à la maison, je n'ai pas pleuré mais il y a des moments j'aurais voulu que ça sorte, tellement c'était dur à vivre. Mais quand j'étais avec ma copine, j'essayais vraiment de toujours parlé, être souriant...

Au moment où la naissance s'est concrétisée, qu'avez-vous ressenti ?

En fait, il y a eu plusieurs fausses alertes stressantes où on nous a dit qu'on était sur le point d'opérer, donc là c'était vraiment stressant, parce qu'il y a une fois, on était à un peu moins de sept mois, six mois et trois semaines. Là il y avait des examens qui n'étaient pas bons, on nous a dit qu'on allait opérer, donc là on était vraiment stressé. Puis à sept mois et demi quand ils ont décidé de programmer, on savait qu'on avait bien gagné du temps, que tous les paramètres étaient maîtrisés donc cela nous a quand même rassuré, on était plutôt confiant à ce moment-là.

Vous aviez déjà rencontré les pédiatres ?

Oui on a vu les pédiatres, l'anesthésiste, le médecin qui l'a opéré, qu'on avait déjà vu avant, on a discuté avec lui. Tout le monde nous avait expliqué comment ça allait se dérouler, il nous avait dit qu'on avait gagné pas mal de temps, donc que ça devrait bien se passer. Et c'est vrai qu'à ce moment-là, au moment de l'opération, on était confiant. Même si il y a toujours des petites choses de stress qui arrivent, des petites pensées d'angoisse mais globalement on était confiant.

On vous avait parlé des complications de la prématurité ? De la prise en charge à la naissance ?

Oui, on nous avait expliqué les grandes lignes. Moi c'est vrai que la prématurité, je ne pensais pas que ça avait une influence aussi importante. Je ne savais pas que ça durait aussi longtemps. Que ça pouvait être même jusqu'à cinq ou six ans, qu'il y a des petites choses à surveiller. J'ai pu en parler avec des collègues dans le milieu enseignant qui me disaient qu'il y avait des choses qu'on surveille encore. Et puis dans le milieu médical aussi, on nous disait qu'il faudrait surveiller des petites choses. On écoutait tout ce qu'on nous disait, mais on voulait juste qu'elle arrive en bonne santé. Après on se disait que s'il y avait des choses à faire, on le ferait de toute façon.

Vous avez pu assister à la césarienne ?

J'ai assisté à 10 minutes. J'ai attendu trois-quarts d'heure tout seul. Pendant ce temps-là, ma copine était en train de se faire endormir, de commencer le début d'anesthésie. Quand je suis rentré, je suis allé vers elle, on m'a dit de lui parler, de la rassurer. Et puis 5-10 minutes après, après la notion du temps est un peu perturbé, mais 5-10 minutes après, la petite était sortie. Elle est restée 1 minute ou 2, et puis j'ai suivi la sage-femme avec la petite pour aller dans une pièce à côté.

Ce temps ou vous étiez tout seul, vous l'avez vécu comment ?

Je ne savais pas que ça prendrait autant de temps d'attente. Je ne m'étais pas trop imaginé combien de temps ça pourrait durer, et puis ces minutes, en général, durent très très longtemps, plus longtemps qu'elles ne le sont réellement. Il y a eu des moments d'inquiétude. Je me suis dit pendant que je suis là en train d'attendre, ma copine est allongée, on lui injecte ce qu'il faut pour l'opération... mais j'étais en même temps impatient. Il y a différents sentiments qui sont présents. Il y avait une autre personne, une dame, qui attendait en même temps que moi. Au début c'était le grand silence, et puis finalement on a commencé à discuter, ça a un peu détendu l'atmosphère. Mais j'étais vraiment impatient, et à ce moment-là, je n'étais plus spécialement stressé ou je n'envisageais plus les choses négatives, que l'opération se passe mal. J'avais assez confiance. On va dire que les moments difficiles c'étaient les deux-trois premières semaines d'hospitalisation. Vers la fin, on avait hâte, presque, que ça arrive, parce qu'on savait que de toute façon, il n'y avait aucun espoir de prolonger jusqu'au terme ou jusqu'au 8ème mois. C'était inévitable qu'on opère ma copine, on était fatigués, on savait que ça devait bien se dérouler.

Le fait que le terme avançait, ça vous a rassuré...

Oui. On savait que le bébé serait prématuré, mais là on avait passé la grande prématurité, pour entrer dans une prématurité moyenne. On savait qu'elle serait prématurée, mais on savait que les conséquences seraient moins importantes à sept mois et demi. On les a acceptées, la situation, on ne pouvait que l'accepter.

Quand elle est née, que vous l'avez vu pour la première fois, qu'est-ce que vous avez ressenti ? Par rapport à son aspect physique par exemple ?

En fait, dans ma famille, c'est une nouvelle génération. Je ne suis pas très à l'aise déjà avec les bébés. A l'arrivée, on était juste émerveillé. Elle n'est pas toute propre au début. Et la grande surprise, ça a été qu'elle crie en fait. Justement quand on avait parlé avec les pédiatres, ils nous avaient dit « on va surement s'en occuper, elle va surement avoir des sondes, une assistance respiratoire ». Dans ma tête, elle allait avoir l'assistance respiratoire, la totale. Mais c'est ce qu'on nous avait dit quelques semaines avant, les choses avaient changé mais j'avais gardé cette idée dans la tête, qu'elle allait être tout de suite avec un masque à oxygène, qu'elle ne ferait rien. Et finalement, elle a crié, je ne m'y attendais pas du tout. Mais j'étais super content. Elle a bien donné de la voix en plus, j'étais en admiration. Et la respiration ça va, c'était un vrai soulagement. C'est vrai que je

n'avais pas du tout tablé là-dessus. Et après, quand je l'ai suivi, je l'ai découvert. Elle bougeait, elle criait, elle respirait bien. Elle était petite et maigrichonne mais on s'était fait à l'idée. On nous avait déjà expliqué qu'elle allait, dans les semaines suivantes, rattraper petit à petit le retard. On s'était déjà fait à cette idée-là.

Ensuite, elle est montée rapidement en néonatalogie ou elle a pu rester un peu en salle de naissance ?

Elle a dû rester environ une demi-heure en bas, le temps de faire les tests, la peser, mesurer, tout ce qu'il fallait. Et dans l'heure qui a suivi, elle a été montée ici.

Vous avez pu venir avec elle ?

Oui, j'ai suivi le docteur ou l'infirmier, avec la couveuse. Après j'ai découvert l'équipe qui était ici, qui m'a expliquée comment ça allait se passer. Et j'ai dû rester une heure peut être. Et je suis redescendu, parce que j'ai vu que ça allait pour la petite, il y avait du personnel autour d'elle, mais j'avais surtout envie de savoir comment ça se passait pour ma copine en bas, parce que je ne l'avais pas vu après l'opération. Et puis je suis revenu plus tard voir la petite.

Comment vous avez vécu le fait de devoir faire les allers-retours entre les deux services ?

Pour moi c'était difficile. Je me sentais un peu coupable de laisser la petite et en même temps, je me sentais aussi coupable de laisser ma copine en bas. J'avais vraiment envie de savoir comment ça allait, je n'avais pas envie d'arriver cinq heures plus tard. J'avais besoins de savoir. Ce n'était pas facile de jongler entre les deux. En plus, elle a mis du temps à être remontée. En fait la petite est arrivée à 9h58, ensuite elle est montée 45 minutes après, j'ai dû rester une heure avec elle, donc je suis redescendu vers 12h30. J'ai pu rentrer, elle m'a dit que ça allait mais elle était fatiguée. Après, ils nous ont dit qu'elle remonterait dans une heure donc je me suis dit que j'allais attendre avec elle, avant de retourner voir la petite. Et puis d'une heure, ça a été finalement plutôt deux ou trois heures. Et puis finalement on s'est retrouvé en fin d'après-midi, quasiment vers 17h, et on a pu aller la voir tous les deux. Elle se déplaçait avec une chaise. C'est en fin d'après-midi qu'on a pu retourner la voir. C'était particulier. En même temps, j'avais envie de rester avec ma copine pour la soutenir et en même temps, laisser la petite dans les premiers instants, je trouvais ça dommage. Je ne savais pas trop sur quel pied jongler. Et puis quand je me suis retrouvé avec ma copine, j'avais envie qu'on y aille tous les deux pour la

voir, donc je suis resté avec elle. Ca a un peu tardé en fait. Je ne savais pas trop quelle décision prendre. Je suis resté avec elle en sachant qu'on irait la voir tous les deux.

Lorsqu'elle est arrivée dans le service, est-ce qu'on vous a expliqué le déroulement de l'hospitalisation ?

On a glané les informations petit à petit. La durée, on ne l'a pas eu tout de suite, on a juste découvert comment ça allait se passer : la couveuse, les soins... au début, ma copine devait rester une semaine dans sa chambre là-haut. Donc on n'a pas parlé de durée de sortie. On nous a expliqué les soins, tout ça... finalement, au bout d'une semaine je crois, elle est passée dans un lit sans la vitre au-dessus, donc c'était une première étape. Ça fait deux semaines qu'elle est là maintenant. Après, elle a été rebasculée dans une autre chambre, et là, ça fait depuis cette semaine ou on commence à poser des questions, demander aux infirmières, qu'est-ce que vous en pensez, après c'est les docteurs qui prennent la décision, on le sait bien... et puis nous on sentait que ça allait plutôt bien, parce qu'il n'y avait pas d'assistance respiratoire. Elle prenait bien son poids, de mieux en mieux ses biberons. Mais c'est vrai que les informations, on n'osait pas forcément poser les questions, mais là, depuis quelques temps, on ose plus les poser. Par contre, des fois, ça varie selon les personnes. On a eu le droit à : « elle sortira quand elle fera 2kg », « elle sortira quand elle fera 1,8kg », ça me paraissait petit. Et puis finalement 2,5kg. Donc c'est vrai que c'est un peu flou. Normalement le terme c'était le 8 mai, la première pédiatre nous a dit qu'on resterait ici jusqu'à la date de terme pour bien prendre du poids. Après, une autre personne nous a dit de rester sur cette date-là et que si il y avait du changement ça ne pourrait être que positif. Donc on était dans l'idée de rester ici un petit moment, mais finalement, on voit que ça se passe pas trop mal, que la petite se débrouille pas trop mal, qu'elle ne pleure pas trop donc elle se plaint pas, il n'y a pas eu d'alerte de respiration. On espère repartir à la maison un peu plus tôt que prévu. Ça serait bien. Et ma copine commence à avoir envie de rentrer.

Comment ça se passe pour les soins ?

Déjà, il n'y a pas beaucoup de bébé dans ma famille, il n'y a pas d'enfant en bas âge sur lesquels j'aurai pu être amené à ne serait-ce que les tenir, donc je n'ai pas du tout l'habitude. Et le fait qu'elle soit prématurée, tout ce qui est soin et tout ça, c'est un peu angoissant au début, surtout la sonde au niveau du cordon ombilical, qu'on a enlevée au bout de cinq jours. C'était assez rassurant qu'elle soit plus là. Elle a toujours la sonde qui passe par la bouche, mais les soins, déjà avant qu'elle arrive, on nous avait dit qu'on serait amené petit à petit à les faire, et là, j'ai eu une petite montée de stress. Me dire

« est-ce que je vais être capable de le faire ? ». Sachant que je ne sais pas faire et qu'en plus, vu la situation. Et finalement quand elle a été là, le deuxième soir, on nous a dit « qui veux changer la couche ? » et je ne sais pas, j'ai dit « oui j'y vais » et après je me suis demandé pourquoi j'ai dit ça. Et puis finalement, il faut y aller de toute façon.

Vous vous sentiez entouré par l'équipe...

Oui, il y a du monde autour. Donc je me suis dit plus je vais attendre, plus ça va être difficile. Donc même si je ne suis pas à l'aise, j'avais les deux mains qui tremblaient. La première fois je n'étais vraiment pas sûr de moi. Mais comme il y avait l'équipe autour, les infirmières qui étaient là pour nous dire « c'est bien », c'était dur mais je savais que si je n'y arrivais pas il y aurait quelqu'un pour m'aider. C'est rassurant. J'ai fait la couche tout de suite, je me suis dit « il faut y aller », et les petits soins. Après il y a eu un bain au bout d'une semaine. La première fois, on nous a montré et puis la deuxième fois on nous a dit que c'était à nous de le faire. Je me suis dit « allons-y ! ». Comme il y a toujours du monde pour nous conseiller, nous guider, ça me paraît naturel et pas trop stressant finalement.

Comment s'est passé l'organisation avec votre travail, la vie quotidienne... ?

Je n'ai pas eu le choix. J'ai eu le droit à trois jours. J'avais eu deux jours au moment de l'hospitalisation. Et après deux jours au moment de la naissance. Et le reste du temps je travaille. Il faut jongler entre le travail, la maison où il y avait pas mal de choses à faire, et ici. Après ce n'est pas facile, c'est moins de sommeil, il faut s'organiser et penser au concret, parer au plus pressé.

Vous avez été entouré par vos proches, vos amis ?

Oui, c'est vrai que c'est... en même temps, on veut vivre ça dans notre bulle, même avec les amis proches. Après moi personnellement, j'ai envie de plus lâcher de choses que ma copine qui elle veut vraiment garder pour l'instant, même avec les frères et sœurs avec qui elle est très proche, elle ne veut presque pas les voir. Moi, ma famille attendait l'évènement avec impatience, ils ont toujours demandé des nouvelles, soutenu dans tout, proposer leur aide... les amis aussi. Après tous les messages qu'on reçoit, ça fait quand même du bien, ça fait plaisir mais après il ne faut pas se laisser déborder. Nous, on a ressenti ça comme ça, il ne faut pas se laisser déborder par toutes les propositions « t'inquiètes pas on va aller faire ça... ». On voulait aussi jouer notre rôle et ne pas dépendre spécialement des gens, même si j'aime bien en parler, montrer des photos tout

ça... Ma copine pour l'instant, le fait qu'il y ait les fils, elle ne veut pas trop montrer. Mais oui, il y a toujours eu un soutien, et dans la famille de ma copine aussi.

Est-ce qu'on vous a proposé de rencontrer une psychologue au cours de l'hospitalisation ?

Pour moi, non. Ou je ne l'ai pas entendu comme ça. Mais il y a une psychologue qui est passé voir ma copine avant l'opération. Elle lui a proposé une séance ou plusieurs séances pour parler. Mais pour moi non, pas spécialement.

Vous l'auriez souhaité ?

Je ne sais pas trop quoi répondre. C'est vrai que c'est un rôle particulier, après je ne sais pas, je ne sais pas trop. Je ne pense pas spécialement. Après du côté de ma famille, je pouvais en parler. Je pense que c'est vraiment utile de parler, de pouvoir lâcher les choses. Pour aider à évacuer, entendre des choses toutes simples mais qui rassurent. Moi j'étais en contact avec mes parents avec mon petit frère, avec des amis... c'est peut être eux qui faisaient office de psychologue. Mais non pas spécialement pour moi, mais je pense que c'était plus difficile pour ma compagne. Mais le psychologue, elle a refusé.

Est-ce que vous avez réussi à créer des liens avec votre fille ? Vous vous êtes senti devenir père ?

Oui j'ai le sentiment d'être père, toute façon, elle n'a pas le choix. Après, c'est vrai que créer du lien, c'est particulier. On se confronte à des choses un peu bizarres, comme être un peu en compétition avec la mère. On s'observe, on voit qui fait le mieux. C'est particulier. J'ai un peu ce ressenti-là. Il y a eu des moments où il y a eu des petites remarques de l'un ou de l'autre. On voit qu'on n'accepte pas. C'est difficile de trouver sa place et de rester dans un couple qui fonctionne, enfin qui fonctionnait, qui fonctionne. Mais oui, le lien il se crée petit à petit. Par contre c'est vrai qu'il y a un peu une frustration de devoir aller travailler, et de voir que finalement je n'ai pas autant la chance que la mère de créer du lien parce que je ne peux pas passer autant de temps avec la petite. Là, il y a eu un weekend de trois jours. Parce que là, on a eu deux weekend, le premier j'avais beaucoup de travail donc je n'avais pas pu passer beaucoup de temps et je m'en voulais, mais ce weekend ci, j'ai pu passer tous les jours, plusieurs heures, peut être six ou sept heures chaque jour. Et pour la première fois tout seul, parce que jusqu'à présent j'étais toujours avec ma copine. Et ça, m'a fait du bien de rester seul avec la petite. Enfin seul, il y avait les infirmières, mais faire des choses simples, ne serait-ce que l'avoir dans les bras pour faire des petites siestes. Faire les soins tout seul. Et c'est vrai que ça m'a

aidé. C'était particulier et nécessaire. Mais après il y a toujours des moments où on essaie d'interpréter tout ce qui se passe, est-ce que je fais les choses bien. Des fois, des choses un peu bêtes, est-ce qu'elle m'en veut parce que je l'ai mal prise, ... on est déjà dans essayer de la séduire, on voudrait déjà avoir des sourires tout le temps, c'est un peu bête. C'est un peu mon ressenti. Mais globalement, je trouve qu'il y a déjà un lien qui se créé mais je pense qu'il faut du temps pour que le lien se créé. Mais comme je n'ai pas encore eu beaucoup de temps avec elle, à la maison, on aura encore plus de temps ensemble pour que ça progresse.

Vous parliez de votre couple. Comment ça se passe ? Est-ce que chacun arrive à prendre sa place ? Est-ce que vous arrivez à vous retrouver en tant que couple ?

Oui. Enfin c'est très bizarre, il y a des hauts et des bas. Il y a des moments où on se lance des compliments « tu as été formidable » et trois heures plus tard, « mais qu'est-ce que tu fais ? Ce n'est pas possible, tu fais n'importe quoi ! ». C'est très bizarre, mais on est très fatigué aussi. Ma compagne refuse de lâcher la pression et de dormir, de faire de vraies nuits, donc elle est un peu sur les rotules. Moi je suis fatigué aussi parce que déjà je fais beaucoup d'heures cette année et plus les transports et le fait de rentrer tard, de pas dormir assez, donc j'essaie des fois de me rendre compte que je ne suis pas forcément aussi prévenant que je le devrais, mais on oscille entre tout va bien, c'est extraordinaire, et des petits conflits. Mais globalement on était content, là elle est rentrée il y a une semaine. On était content de se retrouver à la maison, même si elle était partagée, elle voulait rester ici pour être plus proche de la petite. Elle s'en veut beaucoup de la laisser ici.

Vous arrivez tous les deux prendre votre place auprès de votre fille ? Et chacun laisser un place pour l'autre ?

Petit à petit ma copine se détend un peu aussi. Au début, c'était très « ma fille, je ne la lâche pas ». C'est pour ça aussi que, inconsciemment ou pas, quand on m'a proposé de faire les soins, je me suis dit « j'y vais », si je ne m'engouffre pas dans la brèche, je n'aurai plus la place après. Je me dis vraiment qu'il faut que je fasse ma part maintenant parce que si je reste en retrait, après ça va être difficile mais maintenant on se demande, quand il y a des soins, « est-ce que tu veux les faire ? », on arrive à se répartir les choses, des fois on les fait à deux, des fois c'est plus un qui fait. Ça fonctionne pas trop mal, on arrive chacun à faire notre part, on n'a pas été obligé de faire un planning... ça va...

Comment vous envisagé le retour à domicile ? Vous avez hâte, vous appréhendez ?

Un peu les deux à la fois. On a hâte parce qu'on a hâte de retourner chez nous et d'en finir avec l'hôpital, même si tout le monde est très gentil. Et en même temps, on est stressé, parce qu'on se dit que quand on a une petite inquiétude, il y a tout de suite un médecin ou une infirmière pour nous rassurer, alors qu'une fois à la maison, comment ça va se passer quand il va y avoir une petite inquiétude, est-ce qu'on va être tenté de courir ou urgences ou est-ce qu'on va réussir à relativiser. Donc il y a une appréhension et en même temps on a hâte d'être à la maison et d'être tous les trois.

Est-ce qu'on vous a déjà parlé de suivi qu'elle aurait par la suite ?

Ma copine a plus eu le temps de vois les personnes qui lui ont expliquées déjà comment ça se passerait, pour l'instant pour moi, ça reste un peu flou. J'ai compris qu'il fallait un suivi régulier, qu'il fallait trouver rapidement un pédiatre pour la suivre après. Mais pour le suivi, je n'ai que les grandes lignes. Le suivi précis, je ne sais pas exactement.

Vous, vous avez pu rencontrer les pédiatres régulièrement pendant l'hospitalisation ?

Je crois qu'on a dû voir une pédiatre une fois. Après le problème c'est que l'on n'identifie pas toujours, les gens se présentent et après, on se demande c'était quoi, un pédiatre, une sage-femme, une infirmière... on a dû voir une pédiatre deux fois, qui nous avait expliqué un peu comment ça se passait. Après c'est vrai qu'il y a pleins d'infos, on nous les donne il y a trois semaines et il y a tellement de choses que c'est vrai que j'en ai oublié la moitié.

Est-ce que vous avez eu besoin de chercher d'autres sources d'informations ?

Non pas pour l'instant, mais je pense qu'avoir l'aide de certains amis qui ont déjà vécu ça, ça peut aider. Mais pour l'instant je n'en ai pas trop parlé. Tout ce qui est suivi médical ou tout ça... oui ça nous arrive des fois de regarder sur internet, même si je pense que ce n'est pas forcément terrible de faire ça. Pour l'instant, j'avoue que c'est un peu le flou sur le suivi après. J'avais cherché avant l'opération, pour savoir ce qui se disait. Après il y a pleins de gens qui m'en ont parlé, parce que je ne gardais pas ça pour moi, donc ils me disaient « je connais quelqu'un à qui c'est arrivé », ou la pré-éclampsie aussi, la maladie

qu'avait ma copine. Mais c'est sûr que c'est à double tranchant, si on commence à nous raconter n'importe quoi, on commence à être angoissé. Mais en général, c'était plutôt « vous allez voir, ça va bien se passer, vous êtes entre de bonnes mains ». Juste une collègue qui a commencée à me dire que les prématurés étaient ceux qui réussissaient le moins bien à l'école, donc je me suis dit « ok d'accord », après le lendemain elle m'a dit « non, je me suis peut-être un peu emballée ». Et puis finalement, oui je pense qu'il y aura un suivi à faire sérieusement, pour l'instant c'est un peu flou, mais tout ce qu'il faudra faire, on le fera. Que ce soit au niveau motricité, tout ce qu'il faudra.

Est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose sur l'entretien ?

Non, non rien de particulier qui me vienne à l'esprit sur le moment.

Glossaire

CIPAP : Ventilation en pression positive continue

EPDS : Edimburgh Postnatal Depression Scale

HAD : Hospitalisation à domicile

MMH : Maladie des Membranes Hyalines

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

TIU : Transfert In Utero

VNI : Ventilation non Invasive

Résumé

OBJECTIF: Evaluer l'impact psychologique paternel d'une naissance prématurée après 30 semaines d'aménorrhées et ses conséquences sur l'établissement des liens père-enfant.

METHODE: L'étude s'est déroulée au sein du service de néonatalogie de l'hôpital Trousseau entre décembre 2014 et avril 2015. Six entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de pères d'un enfant né prématurément, à un terme supérieur à 30 semaines d'aménorrhées.

RESULTATS: Cette étude a démontré la présence de signes d'anxiété chez les pères d'enfants prématurés, mais n'a pu mettre en évidence une augmentation du risque de dépression dans la période du post-partum. Les pères décrivent également des difficultés dans l'établissement des liens avec leur enfant, ainsi que dans la construction de leur paternité. Le terme de naissance n'influence pas à lui seul le vécu de ce type de naissance, mais doit être intégré dans une analyse plus globale, intégrant notamment les fragilités paternelles antérieures ou le parcours néonatal de l'enfant.

OBJECTIVE: Explore the psychological impact of preterm birth after 30 weeks of amenorrhoea among fathers and its impact on the setting of father-child relationships.

METHOD: The study took place from December 2014 to April 2015 in the Neonatal Intensive Care Unit of Trousseau Hospital. Six semi-structured interviews were conducted among preterm infants' fathers, born after 30 weeks of amenorrhea.

RESULTS: Preterm infants' fathers experience signs of anxiety and stress. However, this study failed to demonstrate an increased risk of paternal depression in the post-partum period. Fathers describe impaired bonding and difficulties to interact with their child. The influence of the gestational age of the new-born infant must be consider in association with other data as fathers' previous experiences or complications during child's hospitalization in the Intensive Care Unit.

Mots clés: naissances prématurées – paternité – vécu paternel – établissement des premiers liens

Nombre de pages: 48

Nombre d'annexes: 5

Nombre de références bibliographiques : 39