



HAL
open science

La place des pères en suites de naissance. Enquête sociologique dans une maternité labellisée IHAB des Hauts-de-France

Émeline Delrot

► **To cite this version:**

Émeline Delrot. La place des pères en suites de naissance. Enquête sociologique dans une maternité labellisée IHAB des Hauts-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02170858

HAL Id: dumas-02170858

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170858>

Submitted on 2 Jul 2019

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

LA PLACE DES PERES

EN SUITES DE NAISSANCE

Enquête sociologique dans une maternité labellisée IHAB des Hauts-de-France

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Emeline DELROT

Sous la direction de

Mme HUBERT Elodie – Sage-femme enseignante

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier Mme Elodie HUBERT, directrice de mémoire, pour son investissement. Merci de m'avoir guidée, d'avoir été à l'écoute de mes interrogations et de m'avoir soutenu tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Mme Isabelle VAAST, sage-femme enseignante, pour ses précieux conseils et son expérience dans la rédaction du mémoire.

Je remercie également tous les professionnels qui ont participé à l'étude pour leur collaboration.

Merci à ma famille, à mes parents, ma sœur Manon, mon frère Simon, pour leur présence et leur soutien, leur relecture attentive et leurs encouragements.

Merci à Maxstane d'être à mes côtés depuis des années, de m'avoir soutenu et motivé pendant la réalisation de ce mémoire.

Enfin, merci à toute ma promotion de sages-femmes pour ces quatre belles années marquées par des moments de partages, de joies, de doutes et une solidarité à toute épreuve. Nous pouvons maintenant chanter ensemble : « J'me présente, je suis une sage-femme » !

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	2
II. MATERIEL ET METHODE	6
1. Type d'étude.....	6
2. Temporalité.....	6
3. Terrain	6
4. Population.....	7
5. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
6. Stratégie d'enquête	8
III. RESULTATS	13
1. Effectif, population	13
2. Observations	13
3. Entretiens	21
IV. DISCUSSION	23
1. Analyse critique de l'étude	23
2. L'institution maternité : comment être père au sein d'un gynécée ?.....	24
3. L'identité paternelle	28
A. Construction de l'identité paternelle	28
B. Une typologie des pères en suites de naissance.....	30
4. Cas particulier de l'allaitement maternel	32
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	39

I. INTRODUCTION

Une profonde restructuration des rôles du père et de la mère dans la cellule familiale a lieu en France depuis une trentaine d'années. En effet, le rôle des pères a considérablement évolué aux plans sociétal et législatif.

Du point de vue sociétal, il y a eu une véritable évolution dans les années 1970-1980 avec l'apparition de l'ère des "nouveaux pères" (BLANC, 2016).

Les pères n'ont plus le rôle du simple géniteur avec la figure de "pater familias" incarnant la puissance paternelle. Ils entrent peu à peu dans l'univers de la naissance et de la puériculture jusque-là presque exclusivement féminin (MOREAU, 2001). On voit de plus en plus d'hommes qui accompagnent leur compagne aux consultations prénatales. Nombre d'entre eux souhaitent être présents lors de l'accouchement et aux côtés de leur compagne et du nouveau-né durant le séjour en maternité (CHARRIER & CLAVANDIER, 2013). Désireux d'avoir un rôle actif dans l'éducation de leur enfant et auprès de leur compagne, ils semblent être plus proches et se montrent plus impliqués qu'auparavant dans les soins de maternage. Ils n'ont plus peur de laisser place à la tendresse (JAMI, I & SIMON, P, 2004). Leur investissement semble être rentré dans les mœurs et a été largement médiatisé dans les magazines, séries et campagnes de publicité.

Pour favoriser la parentalité et l'investissement des pères pendant la grossesse, un entretien prénatal précoce, dit "du 4^{ème} mois" a été mis en place dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007. L'entretien se fait individuellement avec la femme enceinte ou en couple, le père étant encouragé à l'accompagner. Cet entretien est essentiellement un lieu d'expression des femmes, mais le père peut également émettre ses souhaits et questions concernant la grossesse et l'accouchement. De même, des séances d'accompagnement à la naissance et de soutien à la fonction parentale ont été instaurées et sont ouvertes aux pères. Les recommandations de l'HAS¹ de 2005 définissent le contenu de cet entretien ainsi que des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles visent également à soutenir la parentalité par des informations et repères sur la construction des liens familiaux. (Haute Autorité de Santé, 2012)

Du point de vue législatif, la représentation de la paternité dans la société a évolué et la loi a formalisé ce processus par l'émergence de nouveaux textes législatifs tendant vers une égalité des droits et des devoirs parentaux.

En mars 2002, s'est mise en place la nouvelle loi sur le partage de l'autorité parentale qui remplace l'ancienne autorité paternelle pour les couples mariés. En cas de séparation, les parents sont reconnus capables de partager cette autorité parentale (DEVREUX, 2004). Comme la mère, le père a un devoir de protection physique et morale de l'enfant. Il doit veiller à sa sécurité, sa santé et ses relations avec les autres personnes. Il doit également assurer son éducation et permettre son développement. (Code civil), Article 371-1). Il a pour devoir de protéger son enfant

¹ HAS : Haute Autorité de Santé

de tout danger tant qu'il est immature et dépendant afin d'assurer les conditions de sa survie (DEVREUX, 2004).

Encourager les pères à s'investir dans la vie familiale est également devenu l'un des objectifs de la politique française (BOYER & CEROUX, 2010) : pour le bon développement et l'épanouissement de l'enfant, les deux parents se doivent d'affecter un temps minimum à l'accueil du nouveau-né. La mère n'est plus la seule à devoir être disponible (CHARRIER & CLAVANDIER, 2013). Les parents bénéficient tous deux de congés pour s'occuper de leur enfant. Depuis 1984, les pères salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise ont le droit de prendre un congé parental d'éducation désormais ouvert aux deux parents. La durée est variable selon le nombre d'enfants nés. Elle est fixée initialement à un an et peut être renouvelée deux fois en cas de naissance unique ou de jumeaux (jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant). Elle peut être renouvelée jusqu'à cinq fois pour la naissance d'au moins trois enfants, donc jusqu'au sixième anniversaire, si les deux parents le prennent. Les pères doivent attendre la fin du congé maternité pour commencer leur congé parental. (Code du travail, Articles L1225-47 à L1225-60).

En revanche, ils ont droit, eux aussi, à un congé de trois jours à la naissance de leur enfant, rémunéré normalement et sans condition d'ancienneté : « tout salarié bénéficie de jours de congés pour chaque naissance survenue à son foyer ». Il doit être pris dans les quinze jours suivant la naissance (Code du travail, Article L3142-1 et L3142-4). A cela s'ajoute, depuis 2002, le congé paternité d'une durée maximale de onze jours pour une grossesse unique, dix-huit jours pour une grossesse multiple. Ce congé doit débuter dans les quatre premiers mois après la naissance de l'enfant. Pendant cette période, le père reçoit des indemnités journalières calculées sur le salaire des trois derniers mois (Code du travail, Article L1225-35 et L1225-36).

Enfin, les pères peuvent demander la garde de leur enfant en cas de séparation. La résidence de l'enfant peut être fixée en alternance au domicile de chacun des parents ou de façon habituelle chez l'un deux depuis la loi du 4 mars 2002. La garde alternée permet aux pères d'héberger leurs enfants chez eux et de les éduquer au même titre que les mères (DEVREUX, 2004). Selon une étude du ministère de la justice, il y a une progression de la résidence alternée entre 2003 et 2012 (12% des divorces en 2003, 21% en 2012), au détriment de la résidence habituelle chez la mère. La part de la résidence habituelle chez le père reste stable à 7%. Cette décision résulte d'un commun accord entre les parents. En cas de désaccord, c'est le juge qui prend position. (CARRASCO & DUFOUR, 2015)

Cependant, il semble y avoir un décalage entre la place que la société veut accorder aux pères, et la perception par les pères eux-mêmes de la place qui leur est conférée à l'hôpital dans le service de maternité ; celle-ci pouvant être perçue essentiellement comme un rôle d'accompagnateur de la mère voire un rôle de spectateur (DE MONTIGNY, GERVAIS, & TREMBLAY, 2015).

Les pères s'attendent à être accueillis par les professionnels de santé (DE MONTIGNY, GERVAIS, & TREMBLAY, 2015). Cependant, dans les maternités, bien qu'il y ait une réelle attention accordée aux demandes parentales (CHARRIER & CLAVANDIER, 2013), il semble que

l'organisation des soins fait que l'attention des soignants a tendance à se focaliser sur l'objet de leurs soins : la dyade mère nouveau-né. Cette dernière est donc privilégiée aux dépens des pères qui font face à l'indifférence des professionnels de santé et se voient attribuer le simple rôle de témoin, ou « d'accessoire » (DE MONTIGNY, GERVAIS, & TREMBLAY, 2015). A titre d'illustration, le nom du service « maternité » n'inclut pas le père dans l'unité de suites de naissance, même si aujourd'hui, de nombreuses maternités offrent la possibilité à ces pères de rester auprès de leur conjointe et de leur enfant de jour comme de nuit.

Et pourtant, dès son plus jeune âge, l'enfant est sensible à la présence et à l'influence de son père (LE CAMUS, 2000) car le père et la mère proposent des interactions différentes et complémentaires. Il ne s'agit pas de féminiser le père mais bien de le reconnaître comme sujet différent (MARCIANO, 2003). En effet, les mères proposent un dialogue tonique, basé sur la voix, le sourire, les mimiques et l'expression des émotions pour donner un sentiment de confiance et de sécurité chez l'enfant. Les pères, quant à eux, sont dans un dialogue phasique avec leur enfant, c'est-à-dire un échange physique, stimulant, adapté à l'ouverture sur l'environnement (BERGER, 2002).

L'enfant a besoin de ses deux parents pour son développement. C'est pourquoi, les pères devraient bénéficier également d'un accompagnement dans ce rôle attendu, inédit. En effet, pour la plupart aujourd'hui, ils n'ont pu bénéficier d'une transmission générationnelle genrée ; leur propre père n'ayant pas vécu cette expérience (BLANC, 2016). L'idée de la nouvelle paternité oppose les pères d' « avant », « inactifs » (DEVREUX, 2004) dans la prise en charge des enfants et les pères d' « aujourd'hui » qui ont une certaine proximité avec leur enfant (DEVREUX, 2004). Cette démarche d'accompagnement est parfois réalisée : par exemple, on propose aux pères de faire du peau à peau à la naissance de l'enfant, lorsque la naissance a lieu par césarienne et que la mère est en incapacité de le faire ou en cas de complications obstétricales (HUBERT, 2016) ; il est également sollicité pour faire du peau à peau à la naissance de jumeaux.

En France, un label est attribué à certaines maternités dans lesquelles la philosophie des soins est centrée sur la famille : le label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB).

Les objectifs sont multiples et déclinés en douze recommandations (ANNEXE I) parmi lesquelles : porter une grande attention à l'accueil et l'accompagnement des nouveau-nés et leurs parents, favoriser le contact et le lien d'attachement, travailler en équipe et en réseau pour assurer la continuité de l'accompagnement, permettre aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance (IHAB, 2015). Pour cela, les professionnels de santé sont formés afin de remplacer le « faire » par « accompagner » en apportant un soutien individualisé. L'allaitement maternel y est encouragé et les rythmes du nouveau-né et de sa mère sont respectés (IHAB, 2014).

Le père a un véritable rôle auprès de la mère notamment dans le choix du mode d'allaitement. Malgré les avantages indéniables de l'allaitement maternel, il est assez fréquent pour les pères de ressentir un malaise ou un sentiment de rejet de la part du duo mère-enfant (MIRON, DE MONTIGNY, & LACHARITE, 2008). En effet, seul un père convaincu que l'allaitement maternel est ce qu'il y a de mieux pour son enfant, soutient la nouvelle mère efficacement. Pour cela, il

faut au père de bonnes connaissances quant aux impacts sur l'enfant (MIRON, DE MONTIGNY, & LACHARITE, 2008).

En conclusion et de manière générale, les pères peuvent se sentir mis à l'écart de la bulle que constituent la mère et son nouveau-né. Il faut que tout professionnel encadre, soutienne et réponde aux besoins de chacun afin de passer de la dyade mère-enfant à la triade père-mère-enfant. « Comment les équipes que nous constituons peuvent-elles devenir support d'identification et favoriser l'avènement de l'instance paternelle en même temps qu'elles aident la mère à habiter sa fonction maternelle ? » (MARCIANO, 2003).

Comment la place du père est-elle prise en compte dans les premiers jours de vie ? Qu'en est-il de l'accompagnement des pères dans les soins aux nouveau-nés ?

Cette conclusion met en évidence la problématique suivante : **Quelle place pour le père en suites de naissance dans une maternité IHAB ?**

Pour y répondre, nous réaliserons un état des lieux des pratiques des professionnels de santé concernant les pères dans le service de suites de naissance d'une maternité labellisée IHAB.

Nous mentionnerons également les éléments facilitateurs et les freins dans la mise en place de l'accompagnement des pères.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée par observations et entretiens auprès de sages-femmes, auxiliaires de puériculture et pédiatres en milieu hospitalier.

2. Temporalité

J'ai profité d'un stage dans le service de suites de naissance du terrain d'enquête pour commencer l'étude, en septembre 2017. L'étude a été favorisée par mon statut de stagiaire en maïeutique pendant cette même période. Ma présence était familière aux patientes et professionnels, et l'accès aux dossiers m'était autorisé étant donné mon statut de stagiaire. Il m'était alors aisé de recruter les couples selon le respect des critères d'inclusion et d'exclusion de mon étude.

Ainsi, du 1^e au 31 septembre j'ai réalisé les **observations**.

Puis, du 15 septembre au 15 octobre les **entretiens** ont été effectués.

3. Terrain

L'étude a été réalisée dans le service de suites de naissance d'une maternité de niveau 3 située dans la région des Hauts de France. Elle est associée à une unité de néonatalogie et de réanimation néonatale, à un service de réanimation adulte, et est spécialisée dans le suivi des grossesses pathologiques ou multiples. Plus de 3400 nouveau-nés naissent dans cette maternité chaque année.

Le service de suites de naissance a une capacité maximale de 57 lits, en grande majorité en chambre individuelle, répartis sur deux étages. Le service accueille des nouveau-nés en unité kangourou et koala¹.

Elle est la première maternité de niveau 3 à avoir obtenu en 2011 le label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » en France. La labellisation a été confirmée en 2016 pour une durée de 4 ans.

¹ Le nouveau-né est hospitalisé en maternité dans une chambre avec sa mère. La prise en charge néonatale est faite par les puéricultrices du service de néonatalogie. Les modalités de prise en charge des nouveau-nés en unité kangourou et koala sont les suivantes :

Unité kangourou : né avant terme, retard de croissance intra-utérin, situation à risque de difficultés alimentaires.

Unité koala : né avant 37 semaines d'aménorrhées sans facteur de risque, poids < 2500g, surveillance due à un traitement ou pathologie maternel, antibiothérapie intraveineuse suite à une infection materno-fœtale, correction d'une hypoglycémie par voie parentérale, photothérapie intensive pour corriger un ictère, syndrome de sevrage, nouveau-né de mère séropositive VIH).

Le label correspond à un projet de service, pour lequel le personnel a reçu des formations afin de permettre un discours homogène et un meilleur accompagnement des couples.

Pour obtenir ce label proposé par l'OMS¹ et l'UNICEF², il faut que l'établissement demandeur réponde à des critères précis et nombreux conduisant notamment aux exigences suivantes :

- Informer les femmes enceintes sur le besoin de proximité du nouveau-né et les bénéfices de l'allaitement maternel,
- Assurer la qualité de soins et d'accueil du nouveau-né et de sa famille en toute sécurité,
- Accompagner les couples dans la parentalité
- Respecter les besoins et les rythmes du nouveau-né

Pendant trois jours, un jury de professionnels observe les pratiques et interroge le personnel et les mères présentes. Il décide ensuite de l'attribution du label selon la conformité aux critères.

En 2016, la maternité obtient également la certification NIDCAP³. C'est la 2e maternité de France, à avoir obtenu la certification.

Cette certification correspond à un programme de soins adapté aux enfants prématurés, basé sur l'observation de leurs comportements pour apporter une prise en charge adaptée et des soins individualisés. La famille occupe une place privilégiée auprès du nouveau-né afin de lui apporter les soins, de le comprendre et le soutenir dans ses premiers jours de vie.

4. Population

La population ciblée par cette étude comprend les professionnels en première ligne dans la prise en charge du nouveau-né et l'accompagnement des couples dans la parentalité en maternité : ce sont les sages-femmes, auxiliaires de puéricultures et pédiatres.

5. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour les **observations**, les critères d'inclusion sont :

- Les professionnels de santé qui ont une activité courante dans le service de suites de naissance.
- Les parents, en couple, qui ont vécu une grossesse suivie à bas risque et un accouchement entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

² UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

³ NIDCAP : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement en néonatalogie).

- Le père doit être présent dans le service de maternité au moment des soins.
- Dans un premier temps, les accouchements par césarienne avaient été exclus de l'étude par rapport au risque psycho-social potentiel selon l'étiologie de la césarienne (urgence vitale, pathologie foetale ou néonatale). Cependant, au fil des observations, il a semblé important d'inclure cette voie d'accouchement car le taux relativement élevé de césariennes nécessite la prise en compte de ces situations (20% de césariennes en 2016 – selon une affiche accrochée dans le service de suites de naissance). De plus, la diminution de l'autonomie de la mère suite à la chirurgie a potentiellement un impact sur l'implication du père.

Toutefois, n'ont pas été retenues :

- Les situations de césarienne présentant une urgence vitale pour la mère et l'enfant ou entraînant une vulnérabilité ou altération du lien mère-enfant.
- Les situations de vulnérabilités telles que les pathologies maternelles connues (notifiées dans le dossier) ou néonatales nécessitant un séjour dans le service de néonatalogie.
- Les parents mineurs, étrangers, ne maîtrisant pas bien la langue française.

Pour les **entretiens**, les critères d'inclusion sont les professionnels de santé (sages-femmes, auxiliaires de puéricultures, pédiatres) ayant une activité courante en maternité.

6. Stratégie d'enquête

a) Construction des outils

Plusieurs critères de jugements ont été retenus, à partir desquels une grille d'observation a été construite (ANNEXE II) :

- L'existence d'un projet de service écrit
- Configuration des lieux
- Moment de la semaine
- Caractéristiques des parents : parité, présence des pères
- Les pratiques professionnelles à destination des pères : implication des pères lors des séquences de soins (attention, sollicitation, soucis de sa possibilité de présence) et les informations données en fonction de la parité, des antécédents obstétricaux, lors de réunions d'informations.

Une grille d'entretien (ANNEXE III) a également été établie à partir de ces trois nouveaux critères :

- Les caractéristiques des professionnels de santé : genre, profession, parcours personnel
- La formation reçue par les professionnels dans le cadre de la labellisation IHAB et l'apport du label dans l'accompagnement des pères aux yeux des professionnels.
- La vision de leur pratique vis-à-vis des pères et de la paternité dans le service de suites de naissance.

b) Modalité organisationnelle

Un rendez-vous avec la cadre du service a été fixé afin de définir les modalités organisationnelles de ma présence dans le service : la tenue vestimentaire à porter lors des observations faites en dehors du stage (tenue civile, blouse de stage et badge d'identification) afin de ne pas être sollicité par les professionnels pour des soins, les dates des journées d'observations possibles en fonction de mon planning. Le protocole de recherche et les objectifs de l'étude ont été abordés lors de ce rendez-vous.

c) Entretien pour connaître le terrain d'enquête

Avant toute observation, un entretien a été réalisé avec la sage-femme référente des étudiants sage-femme. Au-delà de cette fonction, elle aide les cadres des différents services et réalisent des missions qui portent sur tous les secteurs de la maternité.

L'objectif de cet entretien était d'avoir une connaissance plus approfondie du cadre institutionnel du terrain d'enquête : l'histoire de la maternité, la capacité maximale des différents services de la maternité et les activités proposées pour le suivi de la grossesse jusqu'au post-partum ont été évoquées. Nous avons parlé des labellisations (IHAB et NIDCAP), de leurs mises en place ainsi que des évolutions de pratiques associées notamment en ce qui concerne la paternité.

d) Entretien exploratoire avec une sage-femme

Un entretien exploratoire avec une sage-femme a été réalisé pour tester la grille d'entretien. Aucune observation au préalable n'a été effectuée avec celle-ci, mais il m'a semblé intéressant d'inclure à l'étude l'entretien étant donné la pertinence des réponses obtenues. La grille d'entretien n'a pas été modifiée à l'issue de cet entretien exploratoire. Cependant, à chaque entretien, les questions ont été adaptées en fonction des réponses des professionnels et des observations effectuées au préalable.

e) Outils

Ce mémoire repose sur une étude en deux temps : d'une part les observations ; d'autre part les entretiens.

OBSERVATIONS

Dans un premier temps, j'ai effectué des observations au premier étage de la maternité, lieu de réalisation de mon stage.

Celles-ci avaient pour but d'analyser les pratiques professionnelles vis-à-vis des pères. J'ai observé les temps d'interactions en maternité susceptibles d'inclure la participation du père tels

que le change, le bain, l'alimentation du nouveau-né, l'examen clinique du nouveau-né ainsi que sa présence lors des conseils de sortie.

Lors du rendez-vous avec la cadre du service pour définir les modalités organisationnelles de ma présence dans le service, je lui ai demandé les noms de professionnels de santé répondant aux critères d'inclusion. Des auxiliaires de puéricultures ont été retenues au regard de leur expérience professionnelle (de 11 ans à 28 ans d'expérience dans le service), auprès desquelles des « observations non participantes » (ARBORIO, 2015) ont été réalisées : je gardais une certaine distance, le professionnel ne me sollicitait pas et je ne prenais pas la parole. Pour avoir une vue d'ensemble, je suis revenue plusieurs matinées en dehors de mon temps de stage pour effectuer ces observations car mes objectifs de stage n'étaient pas centrés sur mon objet de recherche, notamment les soins aux nouveau-nés tels que le bain et le change.

Les pédiatres, quant à eux, ont été choisis de façon aléatoire, selon le professionnel de garde le jour de mon observation. Ils répondaient à chaque fois aux critères d'inclusion. Les observations ont été réalisées sur deux matinées, en dehors de mon stage car la réalisation d'examens cliniques des nouveau-nés ne faisait pas partie de mes objectifs de stage. Il s'agissait d' « observations non participantes ». Tous les matins, un pédiatre se rend dans les chambres pour effectuer les examens des nouveau-nés à chaque étage. Je l'ai accompagné pendant mes matinées d'observations. J'ai ensuite sélectionné uniquement les situations pour lesquelles le père était présent et lorsque tous les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés. Les situations étaient retranscrites en dehors de la chambre.

Les observations auprès des sages-femmes se sont effectuées pendant mon stage, en septembre 2017, lors de mes jours de garde. Il s'agissait donc d'une « participation observante » (ARBORIO, 2015) avec la sage-femme qui m'encadrerait lors de ma garde, c'est-à-dire que je participais aux soins tout en étant attentif à la situation et aux pratiques de la sage-femme.

Les grilles d'observations ont été complétées à la sortie de la chambre dans laquelle l'observation a été effectuée.

Un « journal de bord » a été utilisé pour décrire les situations rencontrées au cours du stage et afin de compléter les observations .

ENTRETIENS

Simultanément, des entretiens semi-directifs ont été menés. Il s'agissait d'un recrutement de convenance : les professionnels interrogés étaient les professionnels croisés pendant les observations pour permettre de s'appuyer sur des situations observées et de faciliter l'entretien. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient, par conséquent, forcément respectés. Ils ont été réalisés sur le temps de travail des différents professionnels, au sein de l'hôpital, soit juste après

les observations par souci de temps et de concordance d'emploi du temps, soit à distance quand cela était possible pour permettre de mieux assimiler les situations observées et d'adapter la conduite de l'entretien. La grille d'entretien a été construite entre mai et août 2017 à partir des critères de jugement.

A chaque entretien, les observations effectuées avec le professionnel concerné étaient reprises afin de s'appuyer sur sa pratique professionnelle. Pour encourager les professionnels à s'exprimer librement, nous leur avons demandé systématiquement à chaque fin d'entretien s'ils souhaitaient ajouter une information qui leur semblait importante par rapport à l'accompagnement des pères ou leur rôle auprès de ceux-ci.

Les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits pour permettre l'analyse des données sur un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word). Un prénom a été attribué au hasard à chaque professionnel à la retranscription.

f) Méthode d'analyse

Dans un premier temps, une analyse par entretien a été réalisée afin de faire émerger les thèmes principaux.

Ensuite, une analyse thématique de l'ensemble des entretiens a été effectuée pour mettre en évidence les points communs et une cohérence inter-entretien, et souligner les variations dans les représentations et pratiques.

Enfin, les observations ont été mises en lien avec cette analyse afin de confronter la vision des professionnels de leurs pratiques avec ce qui a été réellement observé.

g) Considérations éthiques et autorisations

Le projet de mémoire a été présenté en avril 2017. Ensuite, les référents pédagogiques et les référents de terrain ont donné leur autorisation pour la réalisation de l'étude (ANNEXE IV). La recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL¹.

Une lettre d'information de l'étude et un formulaire de non-opposition ont été signés par les professionnels de santé (ANNEXE V et VI).

Pour les observations, je revenais voir les parents dont la situation observée dans leur chambre pouvait être incluse dans l'étude, afin de leur remettre une lettre d'information (ANNEXE VII) concernant l'étude et expliquer l'objet de la recherche.

¹ CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

Avant d'effectuer les entretiens, l'autorisation auprès des professionnels interrogés pour effectuer un enregistrement audio a été recueillie. Les professionnels étaient informés du traitement anonyme des données et de la possibilité de se retirer du travail de recherche à tout moment. Les enregistrements ont été détruits à l'issue de l'étude.

RESULTATS

1. Effectif, population

Pour cette étude, trois sages-femmes, cinq auxiliaires de puériculture et deux pédiatres ont donné leur accord pour participer. Le profil des professionnels de santé participant à l'étude est consultable en annexe (ANNEXE VIII).

Toutes les sages-femmes interrogées sont des femmes, parce que le seul sage-femme homme de la maternité n'était pas dans le service concerné au moment de l'étude. Les auxiliaires de puériculture sont toutes des femmes car la profession ne compte que des femmes dans cette maternité. Les pédiatres recrutés sont un homme et une femme. Toutefois, avec l'un d'eux, seule l'observation a pu être réalisée car il n'a pas donné suite pour l'entretien.

2. Observations

Les observations ont été faites auprès de deux sages-femmes, cinq auxiliaires de puéricultures et deux pédiatres.

a) Description du service

Le service de suites de naissance se situe sur deux étages de la maternité.

Dans ce service, l'équipe se compose des auxiliaires de puériculture travaillant en poste soit de matin, soit d'après-midi, soit d'entre-deux. Dans une démarche d'éducation, l'auxiliaire de puériculture accompagne les parents pour les soins de puériculture du nouveau-né tels que le change, le bain, les soins de cordon et l'alimentation.

On retrouve également deux sages-femmes par étage, en garde de 12h, soit de jour soit de nuit. La sage-femme réalise une prise en charge médicale des mères en effectuant un examen clinique, les bilans sanguins nécessaires et en faisant des prescriptions thérapeutiques. Dans une démarche d'accompagnement et d'éducation, elle donne également des conseils et prévient les risques psycho-sociaux. Concernant les nouveau-nés, la sage-femme s'assure de leur bien-être (absence de douleur), encadre les allaitements maternels notamment en l'absence de conseillères en lactation, donne des conseils sur l'alimentation, en réalisant les prises de sang éventuelles et le test de Guthrie (TDMM¹).

¹ Test de dépistage des maladies métaboliques rares (phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose, drépanocytose), effectué au 3^e jour de vie. Il s'agit d'un prélèvement de sang au talon.

Un pédiatre est présent tous les jours à chaque étage, principalement le matin afin de réaliser les examens cliniques des nouveau-nés.

Des consultantes en lactation (sages-femmes, auxiliaires de puériculture ayant un diplôme complémentaire) sont présentes la journée. Elles ont pour objectif d'aller voir les mères allaitantes qui rencontrent des difficultés au démarrage de l'allaitement. Elles proposent également des rendez-vous individuels ou en couple ainsi que des ateliers allaitement et salon de tétées. Ces derniers regroupent des mères allaitantes sorties de la maternité et constituent un espace d'échange entre pairs sous la supervision d'une professionnelle experte. Lors d'une journée d'observation, j'ai pu assister à un rendez-vous dont l'objet était les douleurs au mamelon lors de la mise au sein. Le père était présent et c'est lui qui a pris la parole en premier pour décrire la situation vécue par sa femme. Une mise au sein a été proposée par la consultante en lactation afin de vérifier la position qui peut être la cause des douleurs. Visiblement impliqué dans l'alimentation du nouveau-né et attentif au bien-être de sa compagne, le père a été invité à participer par la consultante en lactation : il a tenu la main du nouveau-né pour le stimuler.

b) Modalités d'organisation du service

Une réunion de service a lieu tous les matins, à l'exception du week-end (samedi et dimanche) afin de faire le point sur les patientes et nouveau-nés présents dans le service et permettre une prise en charge multidisciplinaire cohérente. C'est aussi l'occasion de reconnaître la présence du père : Julie, sage-femme, prend la parole et dit « *le père est très présent, ils ont fait du peau-à-peau toute la nuit en alternance avec la mère* » (extrait du journal de bord, le 10/09/2017), ou au contraire de préciser que la mère est seule toute la journée pour s'occuper de son nouveau-né.

Tous les professionnels du service sont conviés à cette réunion : sages-femmes, auxiliaires de puériculture, médecin, pédiatre, internes, assistante sociale, psychologue, consultante en lactation, la puéricultrice responsable des nouveau-nés en unité koala, la cadre du service.

Un dossier patient informatisé accessible aux différents professionnels permet de coordonner la prise en charge du couple mère-enfant.

La durée du séjour en maternité est de plus en plus courte : environ trois jours pour un accouchement par voie basse, quatre jours pour une naissance par césarienne s'il n'y a pas de complications contre une semaine auparavant. C'est pourquoi il est important dès l'arrivée dans le service d'accompagner le couple dans la prise en charge de leur nouveau-né.

Dans le service, le petit déjeuner est servi sous forme de buffet à l'office de l'étage. Tous les matins, les mères vont chercher leur petit déjeuner. S'il leur est difficile de se déplacer suite à une césarienne par exemple, le personnel peut leur apporter le plateau en chambre. Ce n'est pas rare de voir le conjoint de la patiente aller chercher le plateau et le lui ramener.

c) Temps de soins

Les professionnels accompagnent les parents pour réaliser la première toilette de confort, les changes, le bain, les soins de cordon et l'alimentation du nouveau-né.

Les soins aux nouveau-nés sont effectués dans le respect des rythmes de l'enfant : par exemple, si le nouveau-né dort, on ne le réveille pas pour faire un soin qui n'est pas urgent. Ainsi, les professionnels demandent régulièrement aux mères de les appeler dès que le nouveau-né montre des signes d'éveil pour observer une alimentation ou encore réaliser un soin. En ce sens, Christophe (pédiatre) propose aux parents de Noémie de revenir plus tard car une alimentation est en cours.

LA TOILETTE DE CONFORT

Au retour en chambre en suites de naissance après l'accouchement et dès que l'enfant montre des signes d'éveil, une auxiliaire de puériculture accompagne les parents pour faire une toilette de confort. La toilette de confort consiste à laver succinctement le nouveau-né au retour du bloc obstétrical (visage, cheveux). La mère de Laura, primipare¹, (observation du 11/09/17, extrait du journal de terrain dans le service de suites de naissance), a bénéficié d'un accouchement physiologique en salle de naissance et est arrivée dans sa chambre de maternité une heure auparavant. Elle sollicite le personnel car Laura montre des signes d'éveil. Mélanie, auxiliaire de puériculture, prend en charge le nouveau-né et fait sa toilette de confort sous l'œil attentif des parents. La mère ne s'étant pas encore levée après son accouchement, Mélanie propose au père de faire le change de sa fille Laura afin de veiller à maintenir son hygiène et son confort. S'agissant d'un premier enfant, le père paraît un peu hésitant mais accepte la proposition. L'auxiliaire de puériculture le rassure en disant qu'elle reste à côté et lui liste le matériel à préparer avant de commencer afin de tout avoir à portée de main et assurer la sécurité de l'enfant ensuite. Pour les prochains changes, soit on laisse les choses se faire « *en famille* » (le père explique à la mère), soit l'auxiliaire accompagne la mère, selon la demande du couple.

LE BAIN ENVELOPPE

Dans cette maternité, les auxiliaires proposent aux parents de réaliser un bain enveloppé, en général au deuxième ou troisième jour de vie. Celui-ci consiste à envelopper le nouveau-né dans un lange après l'avoir déshabillé, du savonnage au rinçage dans l'eau du bain, afin d'éviter les pleurs et inconforts : le nouveau-né est plus détendu. Cette façon de prendre le bain peut être poursuivie au retour à la maison. A la demande des parents de Chloé et Jade, des jumelles nées à terme, le bain a été décalé d'un jour pour que le père soit présent (extrait du journal de terrain, le 10/09/17, service de suites de naissance). Le père, dont ce sont les premiers enfants, se montre volontaire et demandeur d'apprendre. Caroline, auxiliaire de puériculture, l'accompagne

¹ Primipare : la femme accouche pour la première fois. La parité signifie le nombre d'enfants nés vivants. Pour un deuxième enfant né vivant, on parle de deuxième pare.

pour réaliser le bain d'une des petites filles. Elle explique alors qu'elle va essayer de mettre ses mains le moins possible pour que le nouveau-né soit rassuré par des mains qui ne lui sont pas inconnues. Sous l'œil attentif de sa conjointe (pour qui il s'agissait des 3^e et 4^e enfants), et de la caméra qu'elle tient en main pour avoir un souvenir, ce père semble heureux mais stressé. Il pose beaucoup de questions, demande si c'est bien comme ça qu'il faut faire. Caroline le rassure sur ses capacités, utilise des mots positifs et l'encourage dans ce qu'il fait : « *c'est très bien ce que vous faites* ». Elle lui explique les critères de sécurité tels que la vérification de la température de l'eau du bain, l'anticipation du matériel. Elle donne des conseils sur la manière de tenir le nouveau-né dans le bain, la distance de vision du nouveau-né (30cm). Le nouveau-né est calme et regarde son père.

LES SOINS DU CORDON

Les soins du cordon sont réalisés tous les jours à partir du deuxième jour. Un matin, Florence (auxiliaire de puériculture) et moi-même entrons dans une chambre afin d'expliquer le soin de cordon aux parents de Théo qui a deux jours de vie (extrait du journal de terrain, le 05/10/2017). Le « primipère¹ », qui allait rentrer chez lui se reposer après être resté toute la nuit auprès de sa compagne, décide de rester et exprime qu'il veut absolument regarder ce soin. C'est finalement lui qui le réalise, sous les conseils de Florence : il faut trois compresses, la première avec de l'eau et du savon ; la deuxième avec de l'eau pour rincer ; la troisième sert à sécher.

L'ALIMENTATION

Concernant l'alimentation, les femmes ont le choix entre l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel ou l'allaitement mixte. Les professionnels sont plus souvent sollicités lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel afin de vérifier la position du nouveau-né et l'efficacité d'une tétée, conseiller des nouvelles positions d'allaitement. Les professionnels délivrent aussi le matériel nécessaire lorsqu'un tire-lait ou des DAL² ont été mis en place afin de stimuler la lactation ou suite à des difficultés à l'initiation de l'allaitement maternel. La mère de Paul, deuxième père au 1^e jour d'hospitalisation (extrait du journal de terrain, le 10/09/2017), a déjà des crevasses : le personnel lui propose de mettre au repos ses seins le temps de la cicatrisation et de mettre en place un tire-lait en attendant afin de stimuler la lactation pour avoir la montée de lait. La mère accepte et dit à son mari « *tu vas pouvoir lui donner aussi cette nuit !* ». En effet, c'est une façon pour le père de participer à l'alimentation de son enfant lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel. Il en est de même lorsque des compléments de lait artificiel sont mis en place pour raison médicale : le père peut participer. Par exemple, lors de l'entretien avec Mélanie (auxiliaire de puériculture), Julie (sage-femme) nous

¹ Primipère : il s'agit de son premier enfant né vivant

² DAL : Dispositif d'aide à la lactation. Il peut être réalisé au sein ou au doigt, à l'aide d'une petite sonde plongée dans un récipient contenant du lait (maternel ou artificiel), et introduite entre la bouche du nouveau-né et le sein/doigt.

interpelle pour dire qu'un papa est arrivé pour donner le complément alimentaire à son garçon. Elle demande à l'auxiliaire de puériculture d'aller lui montrer comment faire.

Lorsqu'il s'agit d'une alimentation artificielle, le père peut, comme la mère, donner le biberon et ainsi nourrir son enfant. Les auxiliaires relèvent plusieurs fois par jour les quantités de lait bu par le nouveau-né et fournissent des biberons de lait artificiel déjà préparés. A la différence de l'allaitement maternel qui demande du temps au début, Amélie (auxiliaire de puériculture) disait « *quand c'est un allaitement artificiel, elle (la mère) ne nous voit plus* ».

LE PEAU-A-PEAU

Le peau-à-peau est facilement proposé aux deux parents. Il s'agit de mettre l'enfant nu, à l'exception de la couche, du bonnet et des chaussettes, contre la peau d'un parent. Cela a pour but de diminuer la déperdition de chaleur de l'enfant et donc réguler sa température. Après avoir donné les conseils de sécurité du peau-à-peau, Cécile (auxiliaire de puériculture) installe Maxence en peau-à-peau sur sa mère afin de réguler sa température (2^e jour d'hospitalisation, extrait du journal de terrain le 22/09/2017). Le père du nouveau-né est attentif au bien-être de sa compagne et de son enfant : il approche la sonnette, met la barrière de sécurité du lit, est attentif au bien-être de sa compagne et de son enfant, règle la hauteur du dossier du lit, replace l'oreiller.

De plus, le peau-à-peau favorise aussi l'allaitement maternel car l'enfant va sentir l'odeur du lait et garder son énergie pour s'alimenter. Il peut également être proposé lors de la réalisation d'un soin douloureux comme une prise de sang à l'enfant. Par exemple, Julie (sage-femme) réalise une prise de sang au nouveau-né alors qu'il est en peau-à-peau contre sa mère. Le nouveau-né n'émet aucun cri de douleurs et ne s'agite pas. Il semble rassuré par la présence de sa mère.

d) Examen clinique du nouveau-né par le pédiatre

Selon les recommandations de la HAS de mars 2014 (Haute Autorité de Santé, 2014), chaque nouveau-né est examiné par une sage-femme ou un pédiatre dans les deux heures suivant sa naissance, et une seconde fois avant la sortie de la maternité par un pédiatre (après 48 heures de vie). Dans la maternité du lieu d'étude, les nouveau-nés sont examinés deux fois par un pédiatre pendant le séjour en maternité, en plus de l'examen en salle de naissance. L'examen du pédiatre étant fait en général le matin, le premier sera fait le jour de l'accouchement ou le lendemain matin selon l'heure de naissance. Le second est réalisé en général le jour de la sortie. Ces examens ont pour but de vérifier l'adaptation correcte du nouveau-né à la vie extra-utérine et de s'assurer de l'absence d'anomalies neurologiques, somatiques.

Le pédiatre commente à voix haute son examen et demande régulièrement au père de déshabiller et de rhabiller l'enfant à la fin de l'examen.

Lors de la première matinée d'observations des pédiatres, Christophe (pédiatre) doit examiner sept enfants au premier étage de la maternité (extrait du journal de terrain, le 20/09/2017). Sur ces sept examens cliniques, seules deux situations sont retenues car elles se passent en présence du père. Parmi ces deux situations, il y a Camille, née à terme par césarienne. Elle est nourrie au biberon. Le pédiatre réalise ce jour le deuxième examen clinique, effectué le jour de la sortie prévue, au 4^e jour de vie. Avant de commencer, il s'intéresse à la grossesse et au déroulement de l'accouchement, et pose des questions à la mère sur les antécédents familiaux. Il propose à la mère de venir à côté de lui si elle n'est pas trop fatiguée, et demande au père de s'approcher également. La mère est au premier plan alors que le père est un peu en retrait du fait du manque de place à côté de la table d'examen dans la chambre. A la fin de l'examen clinique commenté à haute voix, c'est tout de même le père qui rhabille l'enfant. Quant à la deuxième situation, il s'agit du premier examen clinique de Cléa, née par césarienne. La grossesse s'est bien déroulée. Le pédiatre propose aux deux parents de s'approcher mais la mère reste dans le lit : c'est le père qui est au premier plan pour observer l'examen clinique. Le père sourit au moment de la marche automatique. A la demande du pédiatre, le père pose sa main sur l'enfant afin de le contenir et de le rassurer au moment de l'examen des hanches qui peut être douloureux pour le nouveau-né.

Dans deux autres chambres où le père était absent, le pédiatre s'est intéressé à ce que le père faisait au même moment. A cette question, l'une des mères a répondu qu'il s'occupait des aînés, l'autre mère a répondu qu'il s'occupait de tout ce qui était administratif.

Lors de la deuxième matinée d'observations des pédiatres, c'est Léa (pédiatre) qui est de service. Sur les dix examens cliniques observés, seuls trois d'entre eux respectent les critères d'inclusion et d'exclusion notamment par la présence du père (extrait du journal de terrain, le 22/09/2017). Dans l'une des chambres, le pédiatre réalise le premier examen clinique de Marie, premier enfant de la famille, née à terme la veille par césarienne à l'issue d'une grossesse qui s'est bien déroulée. Le père est un peu en retrait mais regarde l'examen clinique. Le pédiatre lui demande de rhabiller l'enfant à la fin de l'examen clinique car la mère est allongée dans le lit du fait de sa césarienne.

Alors que le papa de Louis (premier enfant de la famille, né à terme par voie basse après une grossesse normale), change son garçon, Léa (pédiatre) vient pour réaliser le premier examen clinique du séjour. Elle patiente en demandant aux parents des renseignements sur la grossesse, les antécédents éventuels personnels ou familiaux. A la réalisation de l'examen clinique, Léa (pédiatre) explique tout ce qu'elle fait. L'enfant se met à pleurer et la mère semble désespérée par les pleurs du bébé. Le père soutient la mère et s'assoit près d'elle. Après avoir rhabillé l'enfant, Léa prend le temps de se poser un moment dans la chambre afin de rassurer les parents sur leurs capacités : « *Vous êtes des super parents* » leur dit-elle, « *c'est normal qu'un bébé pleure des fois, c'est qu'il a besoin de quelque chose, de câlin, de manger* ». Elle leur explique que les professionnels de santé sont là pour répondre aux « *attentes de tous les trois* » et propose de mettre l'enfant au sein.

e) Affiches, décoration

Il y a deux grands tableaux dans le couloir du service de suites de naissance comportant des photos. Plusieurs thèmes y sont retrouvés, comme le peau-à-peau, le bain enveloppé, l'allaitement maternel, le portage en écharpe, les signes d'éveil, le sommeil du nouveau-né, la relation avec les aînés, le change.

On remarque trois photos sur trente où le père apparaît : il s'agit de photos où le père fait du peau-à-peau.

f) Séances d'informations

Une séance d'informations est obligatoire pour toutes les mères avant la sortie de la maternité, que ce soit une primipare ou une multipare. La présence à cette séance d'informations est spécifiée sur la feuille de transmissions des professionnels ainsi que sur le dossier informatique de la patiente. Les pères y sont invités également mais ce n'est pas obligatoire pour eux.

Des conseils pour la sortie y sont donnés, tels que le suivi médical de l'enfant, les ordonnances délivrées à la sortie de maternité, les éventuelles mises à jour de vaccins à effectuer chez l'entourage proche de l'enfant (coqueluche notamment). Le syndrome du bébé secoué, et le risque de mort subite du nourrisson sont également des thèmes abordés. On revient sur les signes d'éveil et le rythme de l'enfant.

La seconde partie de la séance d'informations est dédiée à l'alimentation de l'enfant. Pour l'allaitement maternel, on évoque les différentes positions d'allaitement, les moyens d'éviter les complications et désagréments de l'allaitement maternel (douleur, engorgement, mastite, etc), la fréquence des repas. Pour l'allaitement artificiel, la préparation d'un biberon est réalisée en groupe, et on parle de la fréquence, de la quantité et également des complications d'une éventuelle montée de lait.

Ces séances se terminent par des informations concernant les aides possibles au retour à domicile : les associations d'aides qui existent, les sites internet fiables d'informations, et les professionnels présents pour aider les parents.

Chaque jour, les sages-femmes de garde font une séance sur l'allaitement maternel et une séance sur l'alimentation au biberon.

Tableau : Personnes présentes lors des séances d'informations

	Séance animée	Nombre de mères présentes	Nombre de nouveau-nés présents	Accompagnants
Sage-femme (le 01/09/2017)	Allaitement artificiel	4	2	aucun
Sage-femme (le 02/09/2017)	Allaitement maternel	7	5	aucun
Claire sage-femme (le 06/09/2017)	Allaitement maternel	3	2	1 grand-mère
Julie sage-femme (le 10/09/2017)	Allaitement artificiel	5	2	1 père
Sage-femme (le 13/09/2017)	Allaitement maternel	5	3	2 pères

Selon les professionnels de santé, les pères sont de plus en plus présents à ces séances d'informations. Toutefois, tout au long du stage réalisé pendant cette même période, la présence des pères lors de ces séances était encore faible (voir « *Tableau : Personnes présentes lors des séances d'informations* ») : on pouvait compter au maximum deux pères présents sur une séance où il y avait cinq mères.

Lors d'une séance d'information sur l'allaitement maternel, un père de famille a accompagné sa compagne et nouveau-né jusqu'à la porte de la salle mais a préféré ne pas rentrer malgré la sollicitation de Claire, sage-femme qui animait la séance (extrait du journal de terrain, le 06/09/2017). C'est finalement la grand-mère de l'enfant qui a accompagné la femme pendant la séance d'information.

De plus, la faible proportion de mère avec leur nouveau-né rend compte de cette réalité : les pères gardent en général l'enfant le temps de la séance d'informations. La mère des jumelles Chloé et Jade (observation du bain du 10/09/2017) confie que son mari « *garde les filles* », mais aussi que « *c'est lui qui a le plus à apprendre* ».

Julie, sage-femme, propose à un père de famille d'aller à la séance d'informations sur l'allaitement artificiel et à la mère d'aller à la séance sur l'allaitement maternel car la sortie est prévue ce jour et qu'ils souhaitent faire un allaitement mixte au retour à la maison.

Les pédiatres parlent de cette séance d'information au moment de l'examen clinique de l'enfant et invite les parents à y aller en couple avec le bébé.

Les sages-femmes informent les parents de cette séance d'information en début de séjour afin qu'ils puissent s'organiser. Toutes les sages-femmes de l'étude proposent de venir soit « *seule ou en couple* » et « *avec leur bébé* ». Elles précisent bien que « *le père peut évidemment venir* ».

g) Déclaration de naissance

Tous les nouveau-nés doivent être déclarés à l'état civil dans les cinq jours suivants la naissance. Pour cela, les professionnels donnent l'information aux parents en début de séjour. Ces derniers doivent se rendre au bureau d'état civil situé au rez-de-chaussée de la maternité. En général, cette tâche est attribuée au père. C'est très important symboliquement : il s'engage et reconnaît cet enfant comme le sien. A l'époque romaine, le « *pater familias* » choisissait les enfants qu'il voulait reconnaître et ainsi s'engageait publiquement dans la paternité.

h) Carnet de bord

Un carnet de bord est distribué à l'arrivée en chambre à tous les parents. Il y en a un spécifique pour les mères allaitantes, et un pour l'alimentation au biberon. Dans celui-ci, on retrouve les informations concernant le déroulement du séjour, des conseils sur le peau-à-peau, l'alimentation (comment donner le biberon, la préparation, les quantités, la fréquence des repas, l'installation pour la tétée, l'expression manuelle), les signes d'éveil, les soins effectués pendant le séjour, les aides possibles à la sortie de maternité.

i) Consignes des visites

Les horaires des visites sont entre 15h00 et 20h00, sauf pour le père qui est libre de venir quand il le souhaite. Dans le carnet de bord est bien indiqué « *Le papa est bienvenu tout au long de la journée* ».

Le père peut rester dormir, sauf pour les chambres doubles où il leur est demandé de ne pas rester afin de respecter la patiente voisine. Il n'y a que 3 chambres doubles, se trouvant toutes au deuxième étage de la maternité. Des lits « *accompagnants* » sont à disposition en nombre limité, à la demande des parents. Certains pères apportent un matelas gonflable qu'ils installent la nuit dans la chambre pour pouvoir dormir auprès de leur compagne et de leur bébé.

3. Entretiens

Au total, dix entretiens ont été réalisés dont un avec une sage-femme coordinatrice. Le but de cet entretien était de connaître le cadre institutionnel du service et les évolutions depuis la labellisation IHAB. Trois entretiens avec des sages-femmes, cinq entretiens avec des auxiliaires de puéricultures et un entretien avec un pédiatre ont été menés.

Les entretiens durent de 6 à 46 minutes, avec une durée moyenne d'environ 20 minutes.

Le profil des professionnels interviewés est en ANNEXE V.

Les principaux thèmes ressortis à la lecture de ces entretiens sont : les évolutions depuis la labellisation IHAB, les pratiques incluant le père comme le peau-à-peau, l'inclusion du père à l'alimentation du nouveau-né (l'alimentation du nouveau-né demande une prise en charge accrue, le sujet était inévitable pendant les entretiens), la vision de leur pratique professionnelle, les freins et éléments favorisant l'accompagnement à la paternité.

Les résultats des entretiens sont exposés au fil de la partie discussion.

III. DISCUSSION

1. Analyse critique de l'étude

a) Les points forts de l'étude

La méthodologie alliant les observations aux entretiens a permis de pouvoir confronter ces deux moyens et d'avoir une vision plus globale de la réalité. En effet, les entretiens réalisés sont venus enrichir les observations faites au préalable et ont permis de revenir sur certaines situations. J'ai pu mettre en lien la vision que les professionnels ont de leur pratique, et ce qu'ils font réellement.

Les entretiens semi-directifs ont permis aux professionnels de s'exprimer librement tout en les orientant sur les thèmes que nous voulions aborder. Les professionnels ont pu donner leur vision de leur pratique, des évolutions au sein de la maternité. Certains se sont même confiés sur leur propre expérience familiale afin d'enrichir leurs propos.

J'ai réalisé plusieurs stages au sein de cette maternité durant mes quatre années d'étude, favorisant un terrain de confiance avec les professionnels. Je n'ai eu aucun refus de participation à l'étude lorsque je me présentais. Les professionnels semblaient contents d'aborder le sujet du père en suites de naissances afin de parler des évolutions récentes et des progrès encore à réaliser pour favoriser l'accompagnement.

b) Les difficultés de l'étude

J'ai voulu profiter d'une période de stage dans le service de suites de naissance du lieu d'enquête pour commencer l'étude. Cependant, mes objectifs de stages fixés par la faculté de médecine et de maïeutique n'étaient pas centrés sur mon objet de recherche, notamment pour les soins aux nouveau-nés et les examens cliniques réalisés par le pédiatre. Je devais donc rester concentrée sur mes objectifs de stage tout en me rendant disponible pour la réalisation de l'étude. Toutefois, l'avantage de faire mon étude à cette période était d'être sur place, permettant de revenir plus facilement pendant mes jours de repos pour réaliser l'étude.

L'étude s'est réalisée sur une période relativement courte, correspondant à une période de stage d'un mois. De ce fait, je n'avais pas toujours le temps de prendre du recul sur les observations afin d'adapter les questions à poser lors des entretiens.

Les conditions de réalisation des entretiens n'étaient pas toujours optimales. Réalisés sur le temps de travail des professionnels de santé, le temps était parfois limité de façon à rester compatible avec la mission de l'emploi du professionnel. Un entretien a été interrompu par la nécessité pour le professionnel de reprendre son poste.

De plus, le lieu de l'entretien était laissé au choix du professionnel afin de le mettre plus à l'aise. En général, les professionnels choisissaient un lieu calme. Cependant, un professionnel de santé a préféré rester au milieu du bureau de soin, entraînant un enregistrement bruyant.

Les observations participantes réalisées avec les sages-femmes m'ont paru authentiques par le fait que je participais activement aux soins et aux conversations, passant ainsi plus inaperçue dans l'observation. En revanche, il me semble que ma présence a pu influencer l'attitude des auxiliaires de puériculture car je n'étais alors pas en observation participante.

Il m'est arrivé plusieurs fois de venir en dehors de mon stage et de ne pas voir de pères présents dans les chambres en suivant le professionnel de santé. Dans ce cas, l'attitude des professionnels était observée mais aucune situation de soin n'a pu être retenue.

2. L'institution maternité : comment être père au sein d'un gynécée ?

a) Lieu de soins autour de la femme et du nouveau-né

La maternité est historiquement un lieu dispensateur de soins, organisée autour de la femme et de son nouveau-né. Il s'agit d'une institution fondée sur un principe de « matrifocalité », c'est-à-dire que le système d'organisation est centré sur la mère (TRUC, 2006). La majorité des professionnels interviewés évoque une importante charge de travail dans le service. Par manque de temps, ils affirment s'occuper en priorité de la patiente et de son nouveau-né car « *dans un premier temps, notre prise en charge c'est la mère et l'enfant* » (Pauline, sage-femme), « *on a de moins en moins de temps à offrir à la patiente et son nouveau-né [...] on va prioriser maman-bébé et c'est vrai que le père on peut avoir tendance à ne pas prendre le temps de s'occuper de lui* » (Julie, sage-femme). Par conséquent, les pères, mis à distance, sont introduits auprès du couple mère-enfant comme un soutien à la mère (GLANGEAUD-FREUDENTHAL, 2017). Les professionnels incluent plus facilement le père dès lors que le duo mère-enfant va bien. Ils répondent aux questions des couples demandeurs, mais, par exemple, Claire (sage-femme) regrette de ne pas toujours prendre le temps avec ceux qui ne demandent pas : « *Quand on a un couple demandeur, on va répondre à leurs questions, on sera là pour eux. Malheureusement, ceux qui ne demandent pas, on n'est pas forcément là. C'est un peu rageant* ».

Dans un établissement de santé tel que la maternité, la prise en charge médicale de la mère et de son nouveau-né est primordiale, mais l'équipe soignante doit être vigilante aussi sur le plan psychique. L'équipe soignante doit veiller à la sécurité émotionnelle des parents, objectif primordial du Plan Périnatalité de 2005-2007 (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2004). Elle doit se préoccuper de la relation parents-enfants et doit favoriser le rôle du père auprès de sa compagne et de son nouveau-né. Cependant, l'organisation centrée sur la mère place davantage le père au second plan, pouvant occasionner une gêne dans l'accès à la paternité (TRUC, 2006). On dit que le père devient réellement père au moment de la naissance mais il peut être difficile pour lui de trouver sa place en maternité. Par exemple, au moment de l'accouchement, il peut

trouver sa place dans la gestion de la douleur. En suites de couches, l'institution fait que les professionnels vont s'occuper principalement du couple mère-enfant, plaçant le père dans une « *position de soutien plutôt que d'acteur* » (Julie, sage-femme). Certains pères vont alors se montrer discrets dans un service où ils sont normalement les bienvenus.

b) Une institution en mutation

Il y a quelques années, les pères étaient rarement présents à la maternité : le monde de la périnatalité était une affaire de femme (LE CAMUS, 2012).

A présent, la maternité tend à évoluer et à s'ouvrir aux autres et notamment aux pères. Parmi les évolutions notables, on note l'aménagement des horaires pour favoriser la présence du père tout au long de la période entourant la naissance. En anténatal, Claire (sage-femme) remarque que les « *horaires de la préparation à la naissance ont été arrangés pour que le père soit présent au maximum, même s'il a une activité professionnelle* ». Après la naissance, pendant le séjour en suites de naissance, « *les pères n'étaient pas présents le matin car ils ne pouvaient venir qu'aux heures de visites* » (Caroline, auxiliaire de puériculture). De ce fait, ils ne pouvaient effectuer aucun soin aux nouveau-nés, ceux-ci étant réalisés principalement le matin. Depuis quelques années, « *ils peuvent être présents 24h/24, jamais on ne va les obliger à partir. Même s'ils reviennent à deux heures du matin, jamais on ne va leur dire quelque chose, on leur ouvre.* » (Sylvie, sage-femme référente). Cela a pour but de favoriser la construction du lien entre le père et son nouveau-né.

Avec l'avènement IHAB, la philosophie des soins a évolué, se basant maintenant sur le « *respect des besoins du bébé et de sa famille, la physiologie, la mise en place précoce du lien parents-enfant, le respect des rythmes* » (Sylvie, sage-femme référente). Julie (sage-femme) compare à d'autres maternités dans lesquelles « *un bébé qui dort, on ne le laisse pas dormir, alors qu'ici tu le laisses et tu attends une tétée pour faire ton soin. Tu n'es pas invasif avec tes soins dans les débuts de vie du bébé* ». Sylvie (sage-femme référente) prend conscience de toutes ces avancées permises notamment par la labellisation IHAB et dit « *c'est même plus qu'une évolution, c'est une révolution* ». Au-delà du respect des rythmes et de la physiologie, les professionnels ont désormais un vrai rôle dans l'accompagnement à la parentalité. Alors qu'autrefois, ils endossaient le rôle de « *soignants-soignants [...] on faisait les soins à la place des parents* » (Caroline, auxiliaire de puériculture), aujourd'hui, ils sont des « *soignants-éducateurs, on prend le potentiel des parents et on leur montre qu'ils sont eux-mêmes capables de s'occuper de leur enfant.* » (Caroline, auxiliaire de puériculture), « *on reste à côté d'eux et on laisse faire* » (Mélanie, auxiliaire de puériculture).

Plus récemment, la présence des pères en salle de césarienne lorsque les conditions le permettent (en dehors d'une urgence) montre une volonté d'accompagner les pères dès la naissance (CIANE, 2014) : « *on accompagne même les pères en césarienne pour qu'ils voient tout de suite l'enfant* » (Florence, auxiliaire de puériculture).

Aujourd'hui, les pères sont de plus en plus présents dans le processus de maternité. En effet, leur présence est encouragée dans toutes les étapes, de la grossesse aux suites de couches, et est presque devenue une norme sociale : c'est quelque chose d'attendu à la fois par les mères et par les différents professionnels de santé. Pour preuve, dans notre terrain d'enquête, ils ont dû racheter du matériel pour la préparation à la naissance afin d'accueillir des couples et non plus des femmes seules : « *Par exemple en préparation à la naissance, il y a beaucoup de couples étant donné que maintenant les papas sont très présents [...] on a augmenté le nombre de ballons parce qu'avant les dames se mettaient deux par deux, maintenant elles viennent avec leur conjoint* » (Sylvie, sage-femme référente)

c) Une transmission genrée toujours d'actualité

Pourtant, entre les patientes, les auxiliaires de puéricultures, les sages-femmes et une partie des internes de médecine et médecins, le service est encore majoritairement féminin et les pères voient peu de figures masculines notamment en ce qui concerne les soins aux nouveau-nés dans le service (GIRARD, 2008). Des projets de service (souplesse dans les horaires, intégration aux soins, etc) permettant de mieux intégrer le père dans l'institution sont en place. Toutefois, s'insérer dans des domaines considérés comme de « compétence féminine » (BOYER & CEROUX, 2010) n'est pas chose facile. Les pères peuvent se sentir exclus de certaines situations ou informations. En effet, la transmission des savoirs semble se faire principalement de femme à femme. Les hommes doivent être présents, mais tout ce qui relève des soins à l'enfant semble être réservé à la mère (JACQUES, 2012). Bien que je n'aie pas de témoignage le corroborant, j'ai le sentiment que les pères comptent souvent sur la transmission des informations par leur conjointe. La majorité des soignants disent s'adresser aux deux parents quand il y a des explications à donner concernant les soins ou la prise en charge car le père a une place aussi importante. En réalité, ils s'adressent de façon plus spontanée à la mère, à l'exception de la déclaration de naissance qui apparaît vraiment comme « *LEUR (les pères) information, LEUR boulot des suites de couches* » (Pauline, sage-femme).

d) Un statut ambigu

D'un point de vue administratif, la femme et son nouveau-né sont hospitalisés alors que le père n'est qu'un accompagnant. Ainsi, il occupe une place entre le patient et le visiteur.

D'une part, aucun soin ne lui est délivré, à l'exception de vaccins¹. Les sages-femmes peuvent, depuis 2016, prescrire à l'entourage de l'enfant et de la femme enceinte des substituts nicotiques, lorsqu'il le demande. Le père n'est pas pris en charge. Il n'est pas sous la responsabilité des professionnels.

¹ Les sages-femmes peuvent leur prescrire les vaccins sous formes monovalentes ou associées contre les pathologies suivantes : rubéole, rougeole, oreillons, tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type B, hépatite B, grippe et infections invasives à méningocoque C

Sa présence en dehors des heures de visites l'après-midi lui accorde un statut différent du simple visiteur. Pourtant, même lorsque le père est présent au moment où les hôtelières servent le café en chambre après le repas du midi, on ne lui en propose pas. C'est parfois la mère qui, ne désirant rien, lui demande s'il veut le sien.

La présence du père est directement reliée à la présence de la mère dans le service. Dans le service de suites de naissance, il n'y a pas d'homme dans le service s'il n'y a pas sa femme et son nouveau-né. Le père occupe une place aux côtés de la mère (LE CAMUS, 2012).

Pour preuve, les locaux ne sont pas toujours adaptés à la présence d'un tiers. Au retour en chambre après l'accouchement, les professionnels expliquent le déroulé du séjour : le petit déjeuner sous forme de buffet, les soins qui vont être réalisés, l'examen du pédiatre, la déclaration de naissance, les horaires de visites, etc. Les observations menées ont montré que tous les professionnels informaient le couple de l'absence d'horaire pour le père : « *il peut être présent quand il veut* » renseigne Claire (sage-femme). Cependant, ils ne précisent que très rarement les conditions de la nuit. C'est seulement quand la mère demande un lit accompagnant que les professionnels expliquent que le nombre de lits est très restreint pour les deux étages de la maternité. En effet, selon différents professionnels de santé et au vu des observations réalisées, le nombre de lits serait de 2 par étage. De ce fait, peu de pères obtiennent un lit pour la nuit. Dans un entretien, Cécile (auxiliaire de puériculture) explique que les parents de Lola, arrivés ce jour dans le service suite à un accouchement par voie basse sans particularité, ont demandé un lit dès leur arrivée en chambre, mais qu'elle a « *été voir directement dans la réserve mais comme d'habitude, il n'y en avait pas de disponibles.* ». Dans ce cas, ils doivent se contenter d'une simple chaise, d'un fauteuil peu confortable pour passer la nuit, ou d'un matelas gonflable rapporté de leur domicile. De plus, pour des raisons de sécurité, certaines chambres trop petites ne permettent pas de mettre un lit accompagnant sous peine de provoquer des difficultés à accéder à la mère ou au nouveau-né en cas d'urgence (hémorragie maternelle, détresse respiratoire néonatale, etc) : « *une fois qu'on a mis le lit de la maman, le berceau, le lit accompagnant, on ne peut même plus ouvrir la porte* » (Sylvie, sage-femme référente).

Le manque de matériel et de confort ressort dans la majorité des entretiens comme un frein à l'accompagnement de la paternité, ne permettant pas au père de bien s'intégrer. En effet, l'infrastructure n'a pas été conçue initialement pour l'accueil des pères mais plutôt en gain de place.

Cela montre encore que le statut du père est ambigu dans l'espace naissance. Un environnement plus accueillant leur permettrait sûrement de se sentir plus inclus. Caroline, auxiliaire de puériculture, fait référence à la « *chambre familiale, petite chose intéressante qui a été créée il n'y a pas longtemps dans une maternité* ». Le but de ces chambres familiales est d'accueillir la mère, son nouveau-né et le père dans une chambre adaptée : dans chaque chambre, un lit supplémentaire est installé afin que le père puisse rester tout le séjour de la mère (LARQUIER, 2017).

Toutefois, l'avis sur les lits accompagnants est mitigé entre les soignants. Certains pensent que l'accompagnement de la femme sera meilleur si le père est présent la nuit et soulage la mère. D'autres ont constaté que certains pères, « *pas très impliqués* », sont là « *juste pour dormir* » (Cécile, auxiliaire de puériculture) et confondent parfois hôpital avec hôtel : « *ils sont ensemble, dans leur chambre, comme à l'hôtel, et il ne faut pas les déranger* » (Florence, auxiliaire de puériculture). A titre d'exemple, cette auxiliaire de puériculture prend une situation concrète vécue : « *Le bébé était en tétée régulière. Il fallait le stimuler régulièrement pour manger, donc quand j'allais dans la chambre, le papa n'était pas content parce qu'il ne pouvait pas bien dormir* ». Agacée par cette attitude (qui ne semble pas exceptionnelle au vue des entretiens réalisés), l'auxiliaire de puériculture ajoute qu' « *ils devraient être là pour être aidant, pas pour dormir* ».

3. L'identité paternelle

A. Construction de l'identité paternelle

a) La mère, un facteur déterminant de l'accessibilité à la paternité

A la naissance de l'enfant, l'homme acquiert un nouveau rôle social : il passe de l'état d'homme à l'état de père (MOREAU, 2001).

Deux conditions doivent être regroupées pour accéder à cette nouvelle fonction (JAMI, I & SIMON, P, 2004). La première est que le père accepte d'être père. La deuxième dépend de la mère, qui doit introduire le père auprès du nouveau-né : elle doit le reconnaître comme père. En effet, le père ne peut avoir une place symbolique s'il n'a pas de place physique.

« Que l'investissement par la mère de la place de tiers pour son enfant est une condition nécessaire, mais non suffisante. Il faut aussi qu'un homme désire l'occuper »
(FREJAVILLE, 1990)

Face à un lien fusionnel entre la mère et son nouveau-né, le père peut rencontrer des difficultés à trouver sa place. La mère peut faciliter ou non l'accès du père au nouveau-né (LOTZ, 2004). Léa (pédiatre) a constaté qu'il y a « *des mamans qui ont du mal à laisser la place au papa* ». Cela renvoie à des compétences pseudo innées, des prédispositions biologiques des femmes à s'occuper des enfants (MILJKOVITCH, 2005). On pourrait se poser la question de la confiance des mères vis-à-vis des pères dans les soins aux enfants. Est-ce que les mères sont capables de déléguer les tâches ? Est-ce qu'elles sont capables de renoncer à la toute-puissance maternelle et faire une place au père ? (LOTZ, 2004). Pour accéder au nouveau-né, le père doit « *attendre qu'elle (la mère) le lâche* » (BENOIT, 2005). De ce fait, la construction de la paternité dépend en partie de la place que la mère lui laisse.

La mère a besoin du soutien notamment pratique et émotionnel de son conjoint pour faire face à la charge mentale qu'une naissance peut engendrer. Au même titre, il est important de

souligner l'importance du soutien qu'apporte la mère au père dans la construction de la paternité (LOTZ, 2004). L'homme a besoin de la gratitude de la mère pour déployer son nouveau rôle. En effet, si la mère valorise le rôle paternel et reconnaît les compétences parentales, le père s'investit davantage auprès du nouveau-né et s'autorise alors à effectuer une partie des soins. Le soutien maternel apporté au père est primordial pour réaliser au mieux son rôle paternel. Aux côtés de la mère, le père peut se positionner comme troisième : on parle alors de relation triadique entre la mère, le père et l'enfant (DEMESSENCE, 2016).

b) La vision des professionnels sur le rôle du père

Pour certains professionnels, le père et la mère ont un rôle tout aussi important et bénéfique pour le développement de l'enfant. Les pères ont désormais un vrai rôle à jouer auprès de leur compagne et nouveau-né. Leur rôle est ainsi reconnu : Caroline (auxiliaire de puériculture) confie qu'il « *n'aide pas la mère mais a son propre rôle* », « *il a un rôle essentiel* » nous dit Léa, pédiatre. Demandeur de faire et d'apprendre (Pauline, sage-femme), les soignants considèrent le père comme un acteur à part entière. En effet, Julie (sage-femme) raconte qu'à la naissance de son enfant, son « *mari était très demandeur afin de trouver sa place* ». Dans ce sens, les professionnels essayent de l'intégrer au même titre que la mère dans la prise en charge et le processus de soins. Il arrive parfois de décaler un soin dans la journée pour attendre que le père soit présent. Les mères demandent souvent d'attendre un peu pour que le père soit là. Pour Sylvie (sage-femme référente), c'est « *plus qu'une présence, c'est vraiment l'investissement du père dans la naissance avec un grand N au sens large* ». Le père intègre des connaissances sur la petite enfance et fait preuve de tendresse envers sa famille, émotion autrefois considérée comme une faiblesse masculine (LE CAMUS, 2006). Il s'affirme en tant que père-homme avec un rôle différent de celui de la mère (BLANC, 2016) : suffisamment bon en termes de soins, il constitue une figure d'attachement au même titre que la mère.

Cependant, même si aujourd'hui on reconnaît au père une place importante, certains professionnels voient en la mère la figure d'attachement primaire. Cette priorité donnée à la relation mère-enfant a pour conséquence d'éloigner un peu le père de son enfant. Par exemple, Julie (sage-femme) fait plus facilement une prise de sang au nouveau-né lorsqu'il est sur la mère plutôt que sur le père : « *Je préfère que le bébé soit en contact avec sa mère parce que j'estime qu'elle le rassure plus* ». Pour reprendre ce que disait J. Bowlby, la mère incarne généralement la figure d'attachement principale et le père serait une figure « d'attachement secondaire » (MILJKOVITCH, 2005). En effet, on constate que le père est souvent sollicité en deuxième intention, lorsque la mère ne peut pas le faire. Par exemple, dans le cas des accouchements par césarienne, les mères sont souvent alitées plus longtemps et c'est donc le père, lorsqu'il est présent, qui est considéré comme la personne la mieux placée pour s'occuper du nouveau-né. Julie (sage-femme) fait remarquer que l'alitement des mères entraîne une plus forte participation des pères aux soins (« *si tu as une mère qui est un peu alitée, on va rapidement solliciter le père* »). Sylvie, sage-femme référente, nous dit que « *si la mère ne peut pas prendre le bébé, c'est le papa en général qui se fait un plaisir de le prendre. Spontanément ça ne nous vient pas à l'idée*

que ce soit quelqu'un du personnel qui prenne le bébé sur lui ». Par exemple, le père de Marion, conscient de cette opportunité, (le 05/10/2017, au premier jour d'hospitalisation – journal de bord) a tout de suite dit à Amélie (auxiliaire de puériculture) au retour en chambre en maternité qu'il voulait réaliser le plus de soins tant que sa femme ne pouvait pas se lever. Dès lors que la mère pourra effectuer les soins, le père sera réduit à un rôle de soutien, gérant le quotidien et les relations avec l'extérieur (LE CAMUS, 2012).

Pour autant, ce rôle de soutien, d'accompagnement et d'attention au bien-être de la mère et l'enfant n'est pas négligé. Le père est là pour « *épauler la maman* » (Florence, auxiliaire de puériculture) et constituer la « *bulle protection* » (Pauline, sage-femme). Il prend soin de sa conjointe (TRUC, 2006), et la soutient notamment en essayant de satisfaire ses besoins : il apporte ce qui lui manque pour améliorer son confort, partage les tâches, gère les papiers administratifs, les visites et le quotidien à la maison s'il y a des aînés. En effet, ce soutien pratique évite un stress supplémentaire à la mère. En règle générale, les professionnels ont une image positive d'un père qui se montre utile et aidant auprès de sa famille. Afin de laisser la mère se reposer, Léa (pédiatre) propose au père de Victor de faire du peau-à-peau avec son enfant car celle-ci est inquiète à l'idée de s'endormir avec Victor contre elle. Le père se montre comme un coéquipier de la mère, et, même si « *ils pensent avoir une place accessoire, elle est finalement centrale les premiers jours* » (Julie, sage-femme).

B. Une typologie des pères en suites de naissance

On rencontre différents types de pères dans le service. La présence et l'engagement du père dépendent principalement du contexte professionnel et de la situation familiale (FAVEZ, 2011). Les primipères sont davantage présents et montrent un intérêt à vouloir apprendre. La peur de ne jamais savoir-faire domine la peur de mal faire. A contrario, les multipères qui doivent gérer le quotidien et la garde des autres enfants sont moins demandeurs : on peut supposer qu'ils savent déjà faire, ou que la peur de mal faire est renforcée par le fait de n'avoir pas appris plus tôt. Par conséquent, « *l'accompagnement des pères en suites de naissance dépend du contexte et des familles* » (Mélanie, auxiliaire de puériculture).

Pour décrire au mieux les différentes personnalités de pères en maternité, nous reprenons la typologie faite par G.TRUC dans « La paternité en maternité » (TRUC, 2006) car elle reprend parfaitement les situations observées et avis des professionnels sur la question.

a) Les pères présents et actifs

Tout d'abord, il y a les « *pères actifs, qui sont là et qui font* » (TRUC, 2006). Ce sont des pères très investis, toujours en mouvement. Curieux d'apprendre, ils se renseignent sur les pratiques et le bon savoir-faire. Ils profitent du séjour en maternité et de l'accompagnement des professionnels pour poser des questions et développer leur savoir-faire. Ainsi, le père de Samuel (le 11/09/2017, Journal de bord) s'est proposé pour donner le bain de sa fille. Florence (auxiliaire

de puériculture) et la mère de famille sont alors restées à côté de lui et l'ont laissé faire. Ils passent leur journée auprès de la mère et du nouveau-né et portent une tenue décontractée. Ce sont en général les pères que les professionnels remarquent et évoquent dans les transmissions avec les autres professionnels. Lors d'une réunion de synthèse, Claire (sage-femme) ajoute que le conjoint de la patiente est « *toujours là* » et qu'il « *aide beaucoup* » (le 10/09/2017).

b) Les pères présents et spectateurs

Il y a ensuite les « *pères craintifs, qui sont là mais qui ne font pas* » (TRUC, 2006). Ils regardent mais ne demandent pas pour autant de faire les soins. Toujours aux côtés de leur compagne, ils restent en retrait. Discrets et réservés, ils se mettent à l'écart et regardent de loin les choses se faire. De ce fait, ils ne sont pas forcément désintéressés mais sont spectateurs plutôt qu'acteurs des situations de soins. Il peut s'agir, comme le fait remarquer Julie (sage-femme), de « *pères hyper pudiques qui pensent qu'ils n'ont pas leur mot à dire et qui restent alors en retrait* », ou alors d'une « *peur de mal faire* » (Claire, sage-femme), de « *casser* » leur enfant. Selon Léa (pédiatre), il est important alors de démystifier l'enfant et d'aider ces pères à comprendre les besoins de l'enfant et savoir comment y répondre. Si le père semble effacé, les professionnels essayent de l'intégrer notamment sur le ton de l'humour, tout en respectant cette place que le père souhaite prendre. En effet, selon Mélanie (auxiliaire de puériculture), « *on le voit bien si tu as des pères présents qui restent distants au moment des soins. Tu t'adaptes, tu respectes son choix. On peut leur proposer mais on ne peut pas les obliger.* » Ces situations sont fréquentes lorsque le nouveau-né a un petit poids de naissance ou lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

c) Les pères présents de temps en temps et actifs

On peut apercevoir également les « *pères déviants, qui ne sont pas toujours là mais qui font quand ils sont là* » (TRUC, 2006). C'est le cas par exemple lorsqu'il y a des aînés ou que la situation professionnelle ne permet pas au père de venir davantage : Sylvie (sage-femme référente) pense aux « *papas qui ont une activité professionnelle et qui s'arrangent pour venir quand ils peuvent* ». Lorsqu'ils passent à la maternité, ils veulent être actifs et sont soucieux de ne rien rater de la prise en charge. C'est ainsi que pendant un entretien avec une auxiliaire, une sage-femme est venue nous informer que le père de Romane venait d'arriver et voulait qu'on lui montre comment donner le complément de lait au DAL au doigt.

d) Les pères absents de la maternité

Enfin, il y a des « *pères absents, qui ne sont pas là et qui ne font pas* » (TRUC, 2006). Nous ne verrons ces pères qu'au retour en chambre le jour de l'accouchement et le jour de la sortie lorsqu'ils viennent rechercher leur conjointe et nouveau-né pour rentrer à la maison. Alors que Julie (sage-femme) venait rendre les papiers de sortie (lettre de sortie expliquant le séjour, ordonnances, carnet de santé, prise de sang, etc), la mère de Margaux reçoit un appel de son

mari voulant avoir des nouvelles et savoir si c'était le moment de venir les chercher pour la sortie. Les mères s'occupent alors seules du nouveau-né pendant le séjour à la maternité. Un contexte professionnel défavorable peut être à l'origine de cette absence, ou alors une « *culture dans laquelle c'est très ancré : c'est la mère qui gère, qui s'occupe de tout* » (Léa, pédiatre) ; « *il y en a qui sont paternalistes et c'est la mère qui s'occupe de tout* » (Florence, auxiliaire de puériculture).

De manière générale, les professionnels sont d'accord sur le fait que si le père est toujours présent, l'accompagnement à la parentalité sera meilleur et plus facile. En effet, « *la nuit, on n'est moins sollicité donc on peut passer plus de temps avec les gens en demande et intégrer le père dans la prise en charge* » (Claire, sage-femme). Selon Pauline (sage-femme), la présence d'un père « *bien entourant, bien encadrant* » serait une condition « *pour avoir un couple mère-enfant serein* ».

Les professionnels de santé ont pu remarquer que c'est souvent les pères impliqués en anténatal et présents à l'accouchement qui sont présents et vont poser plus de questions, s'investir davantage dans les soins en suites de couches. A plus long terme, on peut penser que le père qui aura été présent sera une aide au retour à domicile.

4. Cas particulier de l'allaitement maternel

« *Comment l'allaitement maternel peut-il ou non contribuer à la construction de la paternité ?* » (GUITTET, 2011)

Alors que l'alimentation artificielle permet aux pères de se sentir à égalité avec la mère, l'allaitement maternel peut être vu comme un obstacle à l'accès au nouveau-né. Face à une dyade mère nouveau-né renforcée par l'allaitement maternel, le père peut se sentir exclu. Une maman, consciente de cette situation, explique que ce n'est « *pas évident pour eux quand on donne le sein* ».

En effet, la réalité biologique peut exclure le père. Ne pouvant porter l'enfant pendant la grossesse, il ne peut pas non plus le nourrir de son propre corps. Pourtant, Sylvie (sage-femme référente) nous dit en riant que « *des fois s'ils pouvaient mettre au sein ils le feraient !* »

a) La promotion de l'allaitement maternel

Aujourd'hui, les organismes de santé recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, et sa poursuite après l'introduction de l'alimentation solide jusque deux ans (OMS, 2017). Les bénéfices de l'allaitement maternel sur la mère et l'enfant ont été démontrés : cela apporte une protection immunologique et infectieuse, réduit le risque d'asthme et d'atopie, engendre un meilleur développement cognitif et moteur, réduit le risque d'obésité à

long terme (OMS, 2017). De ce fait, les taux d'allaitement à la sortie de maternité ne font qu'augmenter ces dernières années.

Ces conclusions ont permis la mise en place de dispositions favorables à l'allaitement maternel. Dans ce sens, L'IHAB propose dans sa charte les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Procurant une sécurité émotionnelle et une proximité mère-nouveau-né, la maternité d'étude (labellisée IHAB depuis 2011) accorde une place importante à l'allaitement maternel : des consultantes en lactation interviennent auprès des femmes allaitantes afin de les soutenir et leur donner des conseils. Enfin, tous les professionnels reçoivent une formation sur l'allaitement maternel dans les mois qui suivent leur arrivée.

b) Information des parents pour les guider dans leur choix

Pour une meilleure réussite de l'allaitement maternel, des informations concernant les bénéfices, les éventuelles difficultés de lactation (refus du sein, mamelons douloureux, engorgement, mastite, montée de lait retardée), les moyens pour les résoudre, les relais et associations d'aide devraient être délivrées aux deux parents.

Dans ses recommandations « Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant », la Haute Autorité de Santé insiste sur l'importance d'adresser les informations prénatales aux deux parents pour que le père puisse soutenir la mère (ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2002).

En effet, le père peut avoir un « rôle moteur » (Julie, sage-femme) notamment lorsque des problèmes de lactation surviennent, pouvant entraîner un souhait d'arrêt d'allaitement de la part de la mère : « à des moments où la mère a tendance à baisser les bras, le père peut être un bon support, un bon coach pour qu'elle reste motivée ». Muni d'informations et de conseils, le père est plus apte à soutenir la mère afin que cette dernière garde la motivation. En effet, sur ce point, le rôle des professionnels semble moins important que celui de la famille. Pour que le père soit pour la mère qui allaite un soutien plutôt qu'un obstacle, il faut que lui aussi bénéficie de soutien et d'informations (DIDIERJEAN-JOUVEAU, 2017).

Il est vrai que même si la décision finale revient à la mère, l'allaitement maternel est en général le résultat d'une décision conjointe du couple. Léa (pédiatre) considère que le couple forme « une équipe, un duo pour subvenir aux besoins de l'enfant » et, de ce fait, tous deux doivent avoir les informations permettant de faire un choix éclairé sur le type d'alimentation souhaité.

Cependant, peu d'informations sont adressées directement aux pères (BROWN,A & DAVID,R, 2014). En effet, si l'information est réellement faite en prénatale, tous les pères ne vont pas aux consultations prénatales ni en cours de préparation à la naissance et ne peuvent donc pas avoir les mêmes informations que la mère. En ce sens, il semble que l'information est souvent donnée uniquement à la mère.

Les informations sont reprises en suites de naissance, mais « *quand c'est un allaitement maternel, certains professionnels se concentrent sur la maman et mettent un peu de côté le papa* » (Claire, sage-femme). Les sages-femmes évoquent aussi les conseils sur l'allaitement maternel lors de la séance d'informations qu'elles animent quotidiennement. Les professionnels ont vu une évolution de la participation des pères à ces séances (« *On en voit de plus en plus* » dit Pauline, sage-femme). Cependant, malgré la sollicitation des professionnels, ce n'est pas encore la majorité des pères qui participent à ces séances.

c) Le père « allaitant » et le père observateur

Pour certains pères, l'alimentation est une affaire de couple et souhaitent s'impliquer au moment des tétées. Ils utilisent le « on » pour parler des mises au sein. Ainsi, le père de Marc (le 05/09/2017, journal de bord) nous fait un résumé des tétées précédentes : « *on l'a mis du côté gauche* », « *on préfère cette position* ».

Ces pères très investis dans l'allaitement maternel sont facilement identifiables car ils « *posent énormément de questions sur l'allaitement* » (Caroline, auxiliaire de puériculture). S'ils souhaitent prendre part à l'allaitement, les soignants leur expliquent la bonne position du nouveau-né afin d'éviter les lésions du mamelon (rougeur, irritation, crevasse) et les douleurs au moment des tétées. Le nouveau-né doit être face à la mère, bouche grande ouverte, langue vers le bas avec les narines dégagées. Ayant remarqué que la mère de Gabriel n'appelle pas le personnel soignant pour vérifier les mises au sein par peur de déranger le personnel, Cécile (auxiliaire de puériculture) a demandé à son mari de vérifier l'efficacité et la position lors des tétées et de lui signaler s'il avait un doute.

Au moment de l'allaitement maternel, certains pères profitent de ce moment calme pour créer une relation avec leur enfant. Par exemple, le père de Claire profite de l'allaitement pour caresser sa fille (observation du 14/09/2017 – journal de bord).

D'autres pères considèrent que l'allaitement maternel est une affaire de femme. Prenant une place d'observateur dans l'alimentation, ils trouvent des moyens pour s'affirmer autrement. Léa (pédiatre) a remarqué qu'« *il y a des couples où le père se met complètement en retrait par rapport à l'allaitement et qui considère que c'est sa femme qui gère l'alimentation* ».

Cette situation semble majoritaire dans le service de suites de naissance. En effet, lorsque la place du père dans le cas d'un allaitement maternel est évoquée en entretien, les professionnels décrivent presque aussitôt les autres moyens qui s'offrent au père pour créer un lien avec le nouveau-né en dehors de l'alimentation. Dans le cas où le père se met en retrait au moment de l'alimentation, peu de soignants nous parlent spontanément de l'intégrer comme acteur de l'allaitement, mais plutôt comme second pour réaliser d'autres soins : « *lui montrer qu'il peut trouver son rôle dans autre chose que l'alimentation : le peau-à-peau, les changes, le bain* » (Caroline, auxiliaire de puériculture). Tout comme Caroline, beaucoup de professionnels

interrogés insistent sur l'importance du peau-à-peau, apportant proximité, chaleur, sécurité à l'enfant, et permettant au père comme à la mère de partager des moments privilégiés.

Dans ce contexte, le père apporte un soutien pratique en effectuant les autres soins de puériculture permettant de soulager la mère. Les pères peuvent également « *veiller au bien-être de leur partenaire, par exemple ils peuvent leur apporter un verre d'eau, remettre des coussins* » (Julie, sage-femme). En encourageant la mère, le père contribue au soutien émotionnel de la mère.

Cette attitude de refoulement peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, on peut évoquer la méconnaissance des pères sur l'allaitement maternel ; l'information prénatale étant faite principalement aux mères.

De plus, les pères « *ont une relation avec le sein de leur femme qui est différente. Leur apporter le sein nutritif peut être compliqué parfois* » (Florence, auxiliaire de puériculture). Le partage du corps maternel avec le nouveau-né demande une ouverture d'esprit et un apprentissage pour le père (MIRON, DE MONTIGNY, & LACHARITE, 2008). Certains pères ont du mal à accepter que le sein érotique devienne le sein nourricier. En effet, à la naissance, le sein maternel prend une toute autre fonction pour le père : de l'objet sexuel, il devient source d'alimentation pour le nouveau-né (FERLAND, 2005).

CONCLUSION

« Il a des pères exemplaires et des merdiques
Il y a les mères un peu pères et les pères mamans
Il y a les pères intérimaires et les permanents
Il y a les pères imaginaires et les pères-fiction
Et puis les pères qui coopèrent à la perfection
Il y les pères sévères et les mercenaires
Les mères qui interdisent et les permissions
Y a des pères nuls et des mères extra, or dix mères ne valent pas un père »

Extrait de « Des pères et des mères » de Grand Corps Malade

De nos jours, il y a toutes sortes de pères, plus ou moins présents auprès de l'enfant et plus ou moins impliqués dans son éducation. Cependant, la dernière phrase de Grand Corps Malade « *or dix mères ne valent pas un père* » montre que le père est indispensable et doit prendre sa place car mêmes dix mères ne remplacent pas un père.

Cette étude a été menée afin d'analyser la place des pères en suites de naissance dans une maternité labellisée IHAB. Pour cela, des observations et entretiens ont été réalisés pour comprendre les pratiques des professionnels de santé.

Des projets de services offrent de plus en plus de possibilités pour permettre aux pères de participer aux soins de puériculture. En ce sens, les professionnels s'adaptent à la place que souhaite prendre le père : lorsque les pères sont présents et demandeurs de faire, les professionnels de santé essaient de leur donner une place active au sein de la périnatalité.

Certains professionnels reconnaissent le père, au même titre que la mère, comme acteur essentiel auprès du nouveau-né en suites de naissance. D'autres accordent à la mère une place prépondérante dans les premiers jours de vie du nouveau-né et ne sollicitent le père qu'en cas d'incapacité de la mère. Ainsi, l'implication du père est-elle plutôt envisagée par nécessité. Toutefois, de manière générale, les professionnels reconnaissent aux pères un rôle important de soutien aux mères.

De plus, l'étude a permis de montrer que la construction de l'identité paternelle n'est pas uniquement dépendante de la place accordée par les professionnels et l'institution. Elle dépend aussi, et en grande partie, de la mère : c'est elle qui contrôle l'accès au nouveau-né. Nous pouvons donc dire que le père et la mère s'apportent mutuellement un soutien émotionnel et pratique dans leurs rôles de parents.

La présence physique des pères pendant le séjour en maternité est également un élément essentiel pour le positionnement du père. Les professionnels s'accordent à dire que, plus le père est présent, plus l'accompagnement à la parentalité est facile. Les entretiens semi-directifs ont mis en évidence un équipement des chambres parfois inadapté à la présence du père. En effet, les locaux de la maternité ont été pensés en gain de place, et ne sont donc pas toujours adaptés, ce qui explique pourquoi seule une minorité de pères restent tout le séjour auprès de la mère et du nouveau-né. Par ailleurs, la présence du père dépend également de la situation familiale et professionnelle.

De plus, l'étude a permis de souligner l'ambiguïté du statut du père : le père est un visiteur privilégié dans une institution matrifocalisée. Les professionnels de santé s'occupent en priorité de la mère et du nouveau-né, objet de leurs soins.

Comme les observations ont pu le montrer, les pères semblent encore trop écartés des informations données par les professionnels pendant le séjour. En règle générale, la femme accouchée reste l'interlocutrice principale pour les soins car c'est une patiente. Par exemple, alors que la tendance actuelle est à la promotion de l'allaitement maternel, j'ai constaté que cette pratique pouvait potentiellement exclure le père : la place du père dans l'allaitement maternel dépend de sa volonté et de l'intégration par les professionnels, passant notamment par l'information.

Cette étude est réalisée selon le prisme de ma perception et de ma culture. Elle repose également sur les avis et conclusions des professionnels de santé qui m'ont formée ou dont j'ai lu les analyses. Est-ce une « vérité absolue » ? De plus, au-delà de la place du père en maternité IHAB se pose la question de la place du père de manière générale : quel est l'effet de la monoparentalité ? Quel est l'effet d'une éducation par un couple unisexuel ? Le père et la mère sont-ils uniquement complémentaires ou doivent-ils pouvoir se substituer ? Qu'appelle-t-on l'égalité père-mère ?

Une question pratique me semble également importante pour caractériser la place du père : quelle est la disponibilité du père auprès de la mère et son enfant pendant la période immédiatement consécutive à la maternité ? En effet, cette période initiale peut conditionner tout le modèle de vie qui va s'ensuivre.

Quels moyens leur sont donnés s'ils souhaitent être plus présents au quotidien dans la petite enfance ? Le séjour en maternité suffit-il pour construire un lien fort entre le père et son nouveau-né ?

Notre modèle social invite les pères à être présents et à s'impliquer auprès de l'enfant et de sa compagne. Bien que les facteurs de réussite soient multiples, un critère dimensionnant est la durée du congé paternité.

Le partage des tâches après la naissance semble déséquilibré dans le couple. A la reprise du travail du père, on assiste à une recomposition des tâches de façon plus traditionnelle.

Or, la mère ne peut pas assumer toute seule toutes les charges mentales et physiques que la naissance d'un enfant implique, ni répondre seule à tous les besoins du nouveau-né. Les premières semaines qui suivent la naissance peuvent être difficiles, marquées par des moments de solitude, de stress, de baby-blues (GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N, 2018). La mère a besoin d'un soutien au retour à la maison, et pour cela, le père semble la personne la plus adaptée.

Les pères français ont onze jours de congé paternité pour découvrir et développer le premier lien établi à la maternité avec leur nouveau-né. Selon moi, nous sommes loin d'une situation répondant à un idéal d'égalité dans le partage des tâches. Toutefois, si on compare à l'Italie qui accorde 4 jours au père et la Grèce qui en accorde 2, les français sont plutôt « bien traités » (GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N, 2018).

Ceci est tout de même à relativiser si on regarde la situation de certains pays voisins européens qui mènent une politique pro-familiale (GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N, 2018). Par exemple, la Suède offre 480 jours de congé parental, indemnisés à 80% du salaire avec pour obligation de prendre chacun 60 jours ; la Norvège propose 14 semaines de congés payés à 100%.

Certaines entreprises essaient de s'aligner et proposent un allongement du congé paternité en France. C'est le cas par exemple d'AXA qui accorde, depuis janvier 2017, quatre semaines (incluant les onze jours habituels) indemnisés à 100% (AXA, 2016). Plus récemment, l'entreprise IKEA offre cinq semaines aux pères à la naissance de leurs enfants (IKEA, 2018).

Face à des inégalités de répartition des tâches familiales au sein du couple, une pétition a été lancée en France en 2017 par le magazine CAUSETTE. Cette pétition réclame un congé paternité obligatoire, plus long (six semaines) et mieux rémunéré permettant de passer plus de temps avec le nouveau-né. Aujourd'hui, seulement deux hommes sur trois environ prennent leur congé. La loi incite mais n'oblige pas les pères à cesser leur activité. Ils ont le choix de prendre ou non le congé, le choix de la période (délai de quatre mois), le choix de sa durée (onze jours maximum). Ceux qui ne le prennent pas mettent l'accent sur la mauvaise rémunération (indemnités journalières versées par les caisses d'assurance maladie) (GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N, 2018). De plus, ils ont peur d'être mal considérés par l'employeur (GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N, 2018). Rendre le congé paternité obligatoire pourrait permettre de protéger les travailleurs et d'ôter cette culpabilité envers l'employeur. Le gouvernement étudie la question du congé paternité et a annoncé vouloir se positionner d'ici juin 2018.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2002, mai). *Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. Consulté le 03 15, 2018, sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
- ARBORIO, A.-M. &. (2015). *L'observation directe (4e édition)*. Armand Colin.
- AXA, G. (2016, 12 08). *AXA lance une politique parentale globale*. Consulté le 03 22, 2018, sur AXA: <https://www.axa.com/fr/newsroom/actualites/politique-parentale-globale>
- BENOIT, A. (2005, 1). Naître père, quelle émotion ! "Tu seras un homme mon fils !" ... Même si je pleure ? *Spirale*(33), pp. 77-82.
- BERGER, M. (2002). Le droit d'hébergement du père concernant un bébé. *ERES, Dialogue n°155*, pp. 90-104.
- BLANC, M.-A. (2016, juin). *Etre père aujourd'hui, Réseau national des Observations des Familles, note de synthèse n°8*. Récupéré sur Union Nationale des Associations Familiales.
- BOYER, D., & CEROUX, B. (2010). Les limites des politiques publiques de soutien à la paternité. *Travail, genre et sociétés, 24*(2), p. 47 à 62.
- BROWN, A & DAVID, R. (2014, 05 10). Father's experiences of supporting breastfeeding : challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & Child Nutrition, 10*(4), p. 510-526. Etats-Unis.
- CARRASCO, V., & DUFOUR, C. (2015, Janvier). Les décisions des juges concernant les enfants de parents séparés ont fortement évolué dans les années 2000. *Bulletin d'information statistique - Infostat justice n°132*.
- CHARRIER, P., & CLAVANDIER, G. (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris: Armand Colin.
- CIANE, (. (2014, 06). Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? *Enquête sur les accouchements Dossier n°8*.
- Code civil. (s.d.). Article 371-1.
- Code du travail. (s.d.). Article L1225-35 et L1225-36.
- Code du travail. (s.d.). Article L3142-1 et L3142-4.
- Code du travail. (s.d.). Articles L1225-47 à L1225-60.
- DE MONTIGNY, F., GERVAIS, C., & TREMBLAY, J. (2015). L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Recherches familiales, UNAF n°12*, p. 125 à 136.
- DEMESSANCE, L. (2016, juin). Neuf mois pour devenir père : enquête qualitative auprès de huit "primipères" au sein de service de suites de couches d'un centre hospitalier de niveau

III. *Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme*, p. 37. Université Catholique de Lille.

DEVREUX, A.-M. (2004). Autorité parentale et parentalité. Droits des pères et obligations des mères. *ERES - Dialogue n°165*, pp. 57-68.

DIDIERJEAN-JOUVEAU, C. (2017, 01 21). *Est-ce que l'allaitement exclut les pères ?* Consulté le 03 25, 2018, sur Claude Didierjean-Jouveau: <http://www.claude-didierjean-jouveau.fr/2017/01/21/lallaitement-exclut-peres/>

FAVEZ, N. &. (2011, 04). Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant. The development of mother-father-child triadic interactions. *Devenir*, pp. 359-377.

FERLAND, L. (2005). Paternité et allaitement.

FREJAVILLE, A. (1990). Une métaphore polythéiste : la fonction paternelle et ses avatars. *Dialogue*(n°107).

GIRARD, L. (2008, 05). Le père... que peu-til nous apprendre ? *Dossiers de l'Obstétrique*, n°371, pp. 21-27.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, F. &. (2017). *Accueillir les pères en périnatalité*. ERES.

GREUSARD.R & LE BLEVENNEC.N. (2018, février 1e). Congé paternité, la clé de l'égalité. *L'OBS*(n°2778), p. 22-31.

GUITTET, V. (2011). *Comment trouver sa place entre deux seins ? Etude sociologique sur les pères et l'allaitement maternel à partir de sept entretiens de pères*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme, Ecole de sages-femmes de Nantes.

Haute Autorité de Santé. (2012, septembre 27). *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Consulté le Mai 05, 2017, sur HAS: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

Haute Autorité de Santé. (2014, Mars). *Recommandation de bonne pratique - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

HUBERT, E. (2016, Septembre). Du soin au rite en salle de naissance : étude socio-anthropologique des pratiques hospitalières autour de l'accueil du nouveau-né bien-portant. *Mémoire de Master 2 en Sociologie* -, p 85. Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Lille I.

HUISSOUD.C, L. S. (2009, février). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. *Classification des césariennes selon le degré de l'urgence*, 38 n°1. Récupéré sur <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/199642/main.pdf>

IHAB. (2014, décembre). *Devenir "Amis des Bébé" (France)*. Récupéré sur <https://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>

- IHAB. (2015, Février). Présentation IHAB. *Consultable sur amis-des-bebes.fr*. France.
- IKEA, G. (2018, 01 10). *IKEA France porte à 5 semaines la durée des congés liés à l'arrivée d'un enfant pour toutes les familles*. Consulté le 03 22, 2018, sur IKEA France: https://www.ikea.com/fr/fr/about_ikea/newsitem/cp_conge_paternite
- JACQUES, B. (2012, 2). Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *L'information géographique*, 76, pp. 108-121.
- JAMI, I & SIMON, P. (2004, 1). De la paternité, de la maternité et du féminisme. Entretien avec Michèle Ferrand. *Mouvements*(131), pp. 45-55.
- LARQUIER, S. (2017, 04 16). *Limoges : la maternité des Emailleurs crée une chambre familiale*. Consulté le 03 28, 2018, sur France bleu: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/limoges-la-maternite-des-emailleurs-cree-une-chambre-familiale-1492173908>
- LE CAMUS, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris: O.Jacob.
- LE CAMUS, J. (2006, 04). Le devenir père - Merveilles et déconvenues. *Informations sociales*(n°132), pp. 26-35.
- LE CAMUS, J. (2012). Une féminité instituée : tensions normatives et encadrements des femmes à la maternité. Dans A. C. KNIBIELHER, Y., *La maternité à l'épreuve du genre* (pp. 83-90). Rennes: EHESP.
- LOTZ, R. &. (2004, 04). Dynamique triadique de la parentalisation. *Devenir*, n°16, pp. 281-293.
- MARCIANO, P. (2003). *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*. ERES, "Les dossiers de Spirale".
- MILJKOVITCH, R. &. (2005, 02). Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n°35, pp. 115-129.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2004). *Plan "périnatalité" 2005-2007 - Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Consulté le 04 02, 2018, sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- MIRON, J.-M., DE MONTIGNY, F., & LACHARITE, C. (2008, 02). Les pères et l'allaitement sous l'angle du rapport au corps. *La revue internationale de l'éducation familiale*(24), pp. 19-40.
- MOREAU, A. (2001, 2). De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue* (152), p. 9 à 16.
- OMS. (2017, 08). *10 faits sur l'allaitement maternel*. Consulté le 03 24, 2018, sur Organisation Mondiale de la Santé: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/>
- TRUC, G. (2006, 2). La paternité en Maternité - Une étude par observation. *Ethnologie française*, 36, pp. 341-349.

ANNEXES

ANNEXE I : Recommandations IHAB



amis-des-bebes.fr



LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informers les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.



Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

ANNEXE II : Grille d'observation



Date :

- **Situations de soins**

- **Catégorie socio-économique des parents**

- **Rang de l'enfant et sexe :**
 - différence d'attitude des professionnels face à un primipère ou multi ?
 - attitude différente du père selon le sexe de l'enfant ?

- **Posture et attitude :**
 - *Du professionnel* : inclut le père dans la conversation / centre son attention sur la mère / centre son attention sur le Nné / s'assure que les 2 parents ont compris / à qui il s'adresse / conseille, accompagne, soutient/ pour quoi on s'adresse au père, qu'est-ce qu'on lui demande ?
 - *Du père* : éloigné / proche / attend / écoute / intervient / pose des questions / s'occupe d'autre chose à côté
 - *De la mère* : répond / discute / regarde le père Hypothèse : la relation de couple influe sur la participation du père ; si la mère l'inclus cela facilite son investissement
 - *De l'enfant* : position (dans les bras, sur la table, dans son berceau, ...), communication verbale (cris, pleure, ...), non verbale (regard, geste, neutre,...)

- **Nombre de fois où le professionnel de santé s'adresse à la mère / au père**

- **Soins décalés pour que le père soit présent ?**

- **Place de chacun dans la pièce**

- **Combien de pères présents lors du tour du pédiatre pour l'examen du nouveau-né ?**

- **Observation courante**, indépendamment des situations de soins : de l'environnement (photos), des documents distribués aux parent...

ANNEXE III : Grille d'entretien semi-directif



Date :

- **Caractéristiques :**

- Genre (Femme/Homme)
- Profession et ancienneté dans le métier/dans cette structure hospitalière
- Parcours professionnel

- **Formation IHAB :**

- Formation reçue ?
- Principaux concept(s) retenu(s) de cette labellisation
- Influence de la formation sur sa pratique ?
- Qu'est-ce qu'elle apporte aux pères
- Outils à disposition pour accompagner les pères ?

- **Vision de la paternité dans le service de suites de naissance :**

- Evolution perçue ?
- Impact positif/négatif/neutre dans la prise en charge du nouveau-né ?
- Modifications des pratiques professionnelles ? (institutionnelles, personnelles)
- Informations importantes à donner aux pères ?

- **Considérations des pères dans les interactions : quelle vision de sa pratique professionnelle**

- Ce que vous devriez faire?
- Ce que vous croyez faire ?
- Ce que vous faites (à mettre en relation avec les observations)

- **Les freins rencontrés à l'accompagnement :**

- Absence des pères ?
- Désintérêt perçu ?
- Manque de temps ? de matériel ?
- Manque de ressources/formations pour l'accompagnement ?
- Non adéquation entre la présence du père et l'organisation du service ?

- **Les facteurs favorisant l'accompagnement :**

ANNEXE IV : Autorisation de recherche



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maïeutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-38
 firm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : DELROT Emeline	Date de la demande : 30/06/17
--	----------------------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche : La place du père en suites de naissance d'une maternité labellisée IHAB - Enquête sociologique

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)
 Étude qualitative - observation de rigueur de soins du nouveau-né et entretiens avec les professionnels de santé responsables de la PEC des nouveau-nés (pédiatre, SF, auxiliaire de puériculture)

Lieu	CH Valenciennes
Service	Suites de naissance
Période de l'étude	Septembre à octobre 2017
Modalités de l'étude	Questionnaire <input type="checkbox"/>
	Entretiens <input checked="" type="checkbox"/>
	Recueil de données <input type="checkbox"/>
	Autres (précisez) Observations

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	HUBERT Elodie	Roux Christiane
Qualité :	sup. femme enseignante	Assesseur Maïeutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	LIBERARDE Amélie
Qualité :	Sage-femme coordinatrice
Signature :	

Remarques :

ANNEXE V : Lettre d'information sur l'étude à destination des professionnels de santé

Faculté de Médecine et de Maïeutique



Information pour participation à une étude médicale

(A l'attention des professionnels de santé)

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

"Place des pères en suites de naissance"

Cette recherche a pour objectif d'évaluer la place du père dans les soins aux nouveau-nés à la maternité.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais **d'entretiens** et **d'observations**, et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

Ce document sera remis à la personne interrogée.

ANNEXE VI : Accord pour la réalisation et l'enregistrement de l'entretien

Faculté de Médecine et de Maïeutique

Codage :



Formulaire de non-opposition

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Prénom Nom

- Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à l'étude intitulée : Place des pères en suites de naissance dans une maternité labellisée IHAB
- Exprime ma non-opposition à ma participation à cette étude

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'un mémoire de maïeutique soutenue par Emeline DELROT, étudiante en maïeutique à la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille

- J'autorise l'enregistrement audio et la retranscription anonyme de mes données
- Je refuse l'enregistrement audio et la retranscription anonyme de mes données

Fait en double exemplaires, à Le

Signature

*Un exemplaire de ce document sera remis à la personne interrogée,
le 2^{ème} sera conservé par le chercheur pendant 15 ans*

ANNEXE VII : Lettre d'information sur l'étude à destination des parents

Faculté de Médecine et de Maïeutique



Information pour participation à une étude médicale

(A l'attention des parents)

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études, je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« Place des pères en suites de naissance »

Cette recherche a pour objectif d'évaluer la place des pères dans le service de maternité et de réaliser un état des lieux des pratiques des professionnels vis-à-vis des pères.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'observations.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

Ce document sera remis à la personne interrogée.

ANNEXE VIII : Profil des professionnels de santé participant à l'étude

Prénom	Profession	Année de diplôme	Services affectés	Depuis quand à la maternité Monaco
Sylvie	Sage-femme référente	Diplôme en 1989	Préparation à la naissance	1989
Julie	Sage-femme	Diplôme en 2012	Polyvalence ¹	2012
Claire	Sage-femme	Diplôme en 2011	Polyvalence	2011
Pauline	Sage-femme	Diplôme en 2010	Polyvalence	2010
Caroline	Auxiliaire de puériculture et Consultante en lactation	Non renseigné	Suites de naissance uniquement	1989
Florence	Auxiliaire de puériculture	Non renseigné	Suites de naissance uniquement	2002
Mélanie	Auxiliaire de puériculture	Diplôme en 2002	Suites de naissance uniquement	2006
Cécile	Auxiliaire de puériculture	Non renseigné	Suites de naissance uniquement	1993
Amélie	Auxiliaire de puériculture	Non renseigné	Suites de naissance uniquement	2005
Léa	Pédiatre	Diplôme en 2017	Néonatalogie, pédiatrie, suites de naissance, soins courants	2017
Christophe	Pédiatre	Non renseigné (entretien annulé)	Non renseigné (entretien annulé)	Non renseigné (entretien annulé)

¹ Polyvalence : travaille dans les différents services de la maternité (grossesses pathologiques, urgences obstétricales, bloc obstétrical, suites de naissance)

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2017-2018

TITRE : LA PLACE DES PERES EN SUITES DE NAISSANCE

Enquête sociologique dans une maternité labellisée IHAB des Hauts-de-France

AUTEUR : Emeline DELROT

Sous la direction de Madame Elodie HUBERT

MOTS-CLES : Paternité – Suites de naissance – IHAB – Identité – Typologie – Allaitement

RESUME :

Depuis quelques années, on assiste à une évolution du rôle du père dans notre société : c'est l'ère des « nouveaux pères », soucieux de s'impliquer dans toutes les étapes qui entourent la naissance. Ainsi, dans un contexte où les pères sont de plus en plus demandeurs, je me suis demandée : quelle place pour le père en suites de naissance dans une maternité labellisée « Initiative Hôpital Ami des Bébé » ?

Dans une maternité de niveau III, une étude qualitative mêlant des observations en suites de naissance et des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé (sages-femmes, auxiliaires de puériculture et pédiatres) a été réalisée.

Cette étude a permis de mettre en évidence les pratiques des professionnels envers les pères et l'environnement dans lequel le père doit s'intégrer. L'étude souligne le rôle du père attribué par les professionnels, mais également permis par la mère, dans une institution matrifocalisée. Des projets de service essaient d'intégrer le père au monde de la périnatalité. Cependant, plusieurs obstacles plus ou moins identifiés par les professionnels peuvent entraver l'accompagnement à la paternité.

En conclusion, le père choisit la place qu'il souhaite prendre auprès de son enfant. Toutefois, l'institution, les professionnels de santé et la mère jouent un rôle essentiel dans l'intégration du père auprès du nouveau-né et dans la construction d'une co-parentalité.