HAL open science

# État des lieux du rôle actif des pères sur leur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés en néonatalogie et la mise en place de la parentalité : une revue de la littérature

Émilie Paulic

▶ **To cite this version:**

Émilie Paulic. État des lieux du rôle actif des pères sur leur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés en néonatalogie et la mise en place de la parentalité : une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02185260

**HAL Id: dumas-02185260**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02185260v1**

Submitted on 16 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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2019

# ÉTAT DES LIEUX DU RÔLE ACTIF DES PÈRES SUR LEUR VÉCU DE LA PRISE EN CHARGE DE LEURS NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS EN NÉONATALOGIE ET LA MISE EN PLACE DE LA PARENTALITÉ : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Présenté et soutenu par :

Emilie PAULIC

Née le 04 janvier 1995

Université de Bretagne Occidentale

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, Emilie PAULIC, assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

# REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Anne MOAL, directrice de l'école de sages-femmes de Brest, qui m'a guidée, soutenue et encouragée tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Merci à l'équipe enseignante.

Mille fois merci à mon papa et à ma maman qui m'ont supportée, écoutée, encouragée et portée tout au long de mes études.

Merci à Arthur mon « petit grand » frère.

A tous mes relecteurs en particulier à Sophie.

Une pensée pour mon petit ange.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ..... 1
MÉTHODOLOGIE ..... 3
OBJECTIF PRINCIPAL ..... 3
PICO ..... 3
HYPOTHÈSES ..... 3
MÉTHODE ..... 3
Type de la méthode ..... 3
Les sources de données ..... 4
Dates de l'étude ..... 4
Recherche ..... 4
Critères d'inclusion ..... 4
Grille d'analyse des études ..... 5
RÉSULTATS ..... 6
SÉLECTION DES ÉTUDES ..... 6
DIAGRAMME DE FLUX ..... 6
PRÉSENTATION DE LA LITTÉRATURE ..... 7
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ..... 7
Tableau I - Etude n°1 : Finding my way : a phenomenology of fathering in the NICU ..... 8
Tableau II - Etude n°2 : Fathers' experience with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit : A multi-method study ..... 8
Tableau III - Etude n°3 : Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness ..... 9
Tableau IV - Etude n°4 : Skin to skin contact facilitates more equal parenthood – A qualitative study from fathers' perspective ..... 9
Tableau V - Etude n°5 : Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark ..... 9
Tableau VI – Etude n°6 : Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale ..... 10
Tableau VII - Etude n°7 : Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of NICU environment during hospitalization of their premature ..... 10
ANALYSE ..... 11
LE RÔLE DES PÈRES ..... 11

LES BESOINS DES PÈRES ..... 11
LE DÉVELOPPEMENT DE LA PATERNITÉ DANS UN « *LIEU PUBLIC* » ..... 11
DES ÉMOTIONS EN « *MONTAGNES RUSSES* » ..... 12
L'EXCLUSION ..... 12
DISCUSSION ..... 13
CHOIX DU SUJET ..... 13
CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE ..... 13
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE ..... 14
DISCUSSION DES RÉSULTATS ..... 15
IMPLICATION DANS LA PROFESSION DE SAGE-FEMME ..... 19
CONCLUSION ..... 20
BIBLIOGRAPHIE ..... 21
ANNEXES .....
ANNEXE I - Méthodologie PRISMA .....
ANNEXES II à VIII - TABLEAUX D'EXTRACTION DES DONNEES .....
ANNEXE II - ETUDE n°1 : Finding My Way: A Phenomenology of Fathering in the NICU .....
ANNEXE III - ETUDE n°2 : Fathers' experience with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit : A multi-method study .....
ANNEXE IV - ETUDE n°3 : Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness .....
ANNEXE V - ETUDE n°4 : Skin-to-kin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective .....
ANNEXE VI - ETUDE n°5 : Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark .....
ANNEXE VII - ETUDE n°6 : Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale .....
ANNEXE VIII - ETUDE n°7 : Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of NICU environment during hospitalization of their premature .....

# INTRODUCTION

En France depuis 1995, la prématurité augmente de manière régulière, elle représentait 4.5% des naissances vivantes uniques en 1995 ; en 2016, le taux d'enfants nés prématurément était de 6% (1). Au niveau mondial, nous comptons 15 millions de naissances prématurées avant 37 SA (semaines d'aménorrhées) par an. Dans la plupart des pays, ces naissances sont en hausse constante (2).

Le sentiment d'être parent se construit de manière progressive tout au long de la grossesse (3). La prématurité entraine une entrée prématurée dans la parentalité. Selon Martine LAMOUR (4) celle-ci représente l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, et de pouvoir répondre aux besoins de leurs enfants.

La prématurité réduisant ce temps de construction de parentalité, fait émerger des enjeux, comme l'établissement du lien parents-enfants. Ces enjeux sont d'autant plus difficiles que le nouveau-né prématuré est immature et que ses compétences d'interactions sont plus pauvres (5,6). Il a plus de difficulté à atteindre un état de veille calme et attentif qui peut permettre les moments d'interaction parent-bébé (7). Ce manque d'interaction peut être source de troubles interactifs précoces, il réduit sa participation dans la mise en place des liens d'attachement (7) et peut déstabiliser les parents dans la construction de la parentalité (5).

FEGRAN (et *al*) a montré que l'implication précoce des pères influence de manière positive la mise en place de l'attachement (8). La première rencontre avec leurs nouveau-nés semble difficile pour eux. Elle est marquée par une ambiguïté : entre la joie de la naissance, l'excitation de devenir père et la peur face à la prise en charge immédiate (9).
Même s'ils sont réticents au début par peur de blesser leurs nouveau-nés ou à cause de l'environnement (10), il est recommandé de les encourager à faire du peau-à-peau avec leurs nouveau-nés (11). Ce peau-à-peau leur permet de rencontrer leurs bébés, les rassure (8) et améliore l'estime qu'ils ont d'eux (11). Il permet également une connexion physique,

émotionnelle et relationnelle (8,10,12). Ils sont impliqués dans les soins, font quelque chose de bien pour leurs enfants et trouvent leur place de pères (8,11).

En plus d'être une entrée prématurée dans la parentalité, la naissance prématurée est bien souvent vécue comme un choc, une perte de contrôle (13).
En effet, lorsque leurs enfants sont pris en charge en néonatalogie, les pères sont en permanence préoccupés par leur état de santé, ils éprouvent un état de peur, d'anxiété et de stress (3). Dans cette situation, les rôles sont inversés, c'est le père qui présente l'enfant à la mère (14). En effet, ils sont souvent les premiers à prendre contact avec le service de néonatalogie (9). Ils endossent un rôle de messager (14,15), ils font le va-et-vient entre les suites de couches et la néonatalogie (9,14). Ce sont eux qui choisissent les mots pour expliquer à leurs compagnes l'état de santé, la prise en charge de leurs enfants. Ils peuvent faciliter la rencontre des mères et de leurs bébés (5). Leur rôle est complémentaire à celui des mères (6).

Les pères ont donc une place centrale dans le début de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés. Mais en quoi cette implication active permet-elle un meilleur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés ? Quels moyens peuvent-être mis en place pour faciliter cette implication ? La mise en place de la parentalité en est-elle facilitée ? Quels sont les obstacles qui empêchent cette implication ?

# MÉTHODOLOGIE

## OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de ce travail est de réaliser un état des lieux du rôle actif des pères sur leur vécu de la prise en charge de leur nouveau-né prématuré et la mise en place de la parentalité.

## PICO

L'outil PICO permet de définir l'objectif de notre recherche :

*Participants* : pères de nouveau-nés prématurés

*Interventions* : hospitalisation des nouveau-nés prématurés et prise en charge en néonatalogie

*Comparisons* (comparaisons) : implication des pères dans la prise en charge

*Outcomes* (résultats) : étude du vécu, est ce que l'implication modifie le vécu ?, mise en place de la parentalité

## HYPOTHÈSES

Nous supposons qu'un rôle actif des pères dans la prise en charge de leur nouveau-né entraine un meilleur vécu et une facilitation de la mise en place de la parentalité.

## MÉTHODE

### Type de la méthode

La méthode choisie est une revue simple de la littérature. Elle nous permet de prendre en compte toutes les publications sur le sujet.

L'analyse des publications est réalisée selon la méthode PRISMA (Annexe I). C'est une ligne directrice dans la réalisation de la revue de la littérature.

## Les sources de données

Les bases de données Medline (Pubmed), Cochrane, Scopus et Midwifery ont été consultées. L'aide d'un documentaliste de la bibliothèque universitaire de la Faculté de médecine et des Sciences de la santé de Brest a été sollicitée.

## Dates de l'étude

Les études publiées après février 2015 (date de la précédente revue de la littérature) ont été retenues. Les bases de données ont été interrogées en octobre 2018.

## Recherche

Les mots clés de recherche utilisés sont : NICU (neonatal intensive care units), father, psychology, infant premature, preterm, experience.

Les mots clés MeSH sont : father/psychology ; infant, premature ; Intensive Care Units Neonatal ; father child relation

Les opérateurs booléens AND ont été utilisés.

Les recherches réalisées sont :
(Intensive Care Units, Neonatal [Mesh Terms]) and (fathers/psychology [Mesh Terms])
(Infant premature [Mesh Terms]) and (fathers/psychology [Mesh Terms])
(Infant premature [Mesh Terms]) and (fathers child relation [Mesh Terms])
« Intensive care units neonatal » and « father »
« Infant premature » and « father » and « experience »
« Infant premature » and « father » and « psychology »

## Critères d'inclusion

Les études répondant à l'objectif ont été retenues. La sélection s'est faite à partir des titres et des abstracts. Les doublons retrouvés sur les différentes bases de recherches ont été supprimés.

Les études en français et en anglais ont été retenues. Aucune limite géographique n'a été retenue.

Les articles disponibles en ligne ou à la bibliothèque universitaire de l'Université de Bretagne Occidentale ont été retenus. Les références bibliographiques issues de chaque étude ont été étudiées.

### Grille d'analyse des études

Nous avons réalisé une analyse descriptive de chaque étude avec l'aide de la grille d'analyse ci-dessous.

| Titre<br>Auteurs<br>Année de publication<br>Pays | Type d'étude<br>Méthodologie | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais (sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

# RÉSULTATS

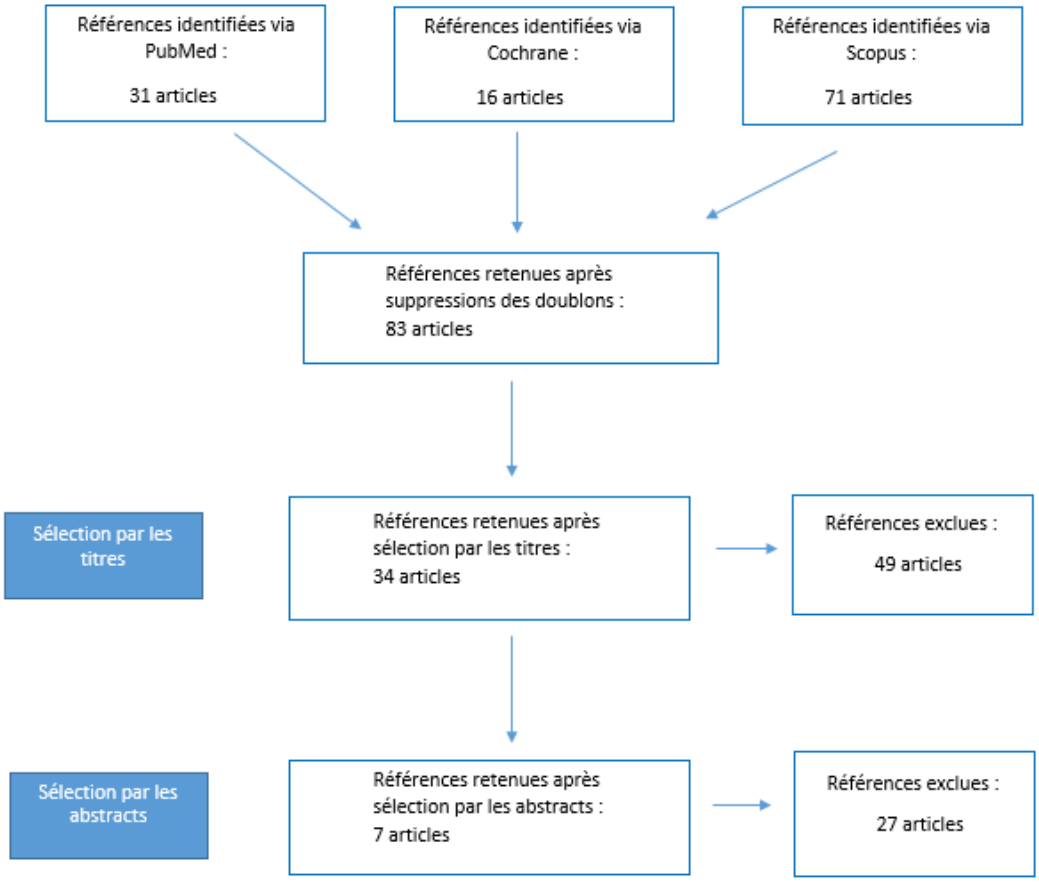
## SÉLECTION DES ÉTUDES

Les recherches ont permis de trouver 118 résultats. Nous avons éliminé les 35 doublons. Un article a été exclu car il était écrit en coréen.

Après lecture des titres, 34 articles ont été sélectionnés. 49 articles ont été exclus car ils étudiaient aussi les mères, or nous voulions réaliser une étude uniquement sur les pères.

Après la lecture des abstracts, 7 articles ont été gardés. Les publications exclues ne correspondaient pas à notre problématique. Nous nous intéressons au vécu des pères, or, certaines études non retenues avaient des problématiques autres comme : le stress post-traumatique. Nous avons aussi fait le choix de ne garder que les études qualitatives car de notre point de vue, elles répondaient le mieux à la question posée.

## DIAGRAMME DE FLUX



## PRÉSENTATION DE LA LITTÉRATURE

Les articles sélectionnés pour notre revue simple de la littérature sont au nombre de 7. Les études retenues ont été classées de la plus récente à la plus ancienne.

Etude n°1 : Logan, Dormire. *Finding My Way: A Phenomenology of Fathering in the NICU* (16)

Etude n°2 : Stefana et al. *Fathers' experiences with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit: A multi-method study* (17)

Etude n°3 : Vaerland et al. *Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness* (18)

Etude n°4 : Olsson et al. *Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective*(19)

Etude n°5 : Noergaard et al. *Fathers' Needs and Masculinity Dilemmas in a Neonatal Intensive Care Unit in Denmark* (20)

Etude n°6 : Martel et al. Développement de la relation père et enfant prématuré. Un défi pour l'unité néonatale (21)

Etude n°7 : Sisson et al. *Metaethnographic Synthesis of Fathers' Experiences of the Neonatal Intensive Care Unit Environment During Hospitalization of Their Premature Infants*(22)

## PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Pour les études en anglais, nous avons fait le choix d'écrire entre guillemets et en italique certaines expressions que nous avons traduites. Il s'agit de notre interprétation de la traduction. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux récapitulatifs. Les tableaux d'extraction des données sont présentés en annexe pour chaque étude.

Tableau I - Etude n°1 : Finding my way : a phenomenology of fathering in the NICU

| |
|---|
| Regroupés en 4 thèmes, décrivant le séjour<br>**« Looking in »**<br>« *Vous rentrez à la maison seul* » : difficulté, peur, stress,<br>Un monde différent : un nouveau monde, insécurité, manque d'intimité<br>Naviguer dans un terrain étranger : besoin de connaissances et de savoirs<br>Croire des étrangers : source d'anxiété, faire confiance, ne pas avoir le choix<br>Un monde de femme : « être l'assistant de sa femme », culture<br>**Persévérer** : « *des émotions en montagnes russes* »<br>Rester fort : « *être la colonne vertébrale de la famille* », maintien de la stabilité, ne pas pleurer<br>Faire pour : s'occuper de tout le monde : travail, famille, autres enfants<br>Travailler : être loin de l'hôpital mais source de stress<br>« *Au jour le jour »*<br>**Participer**<br>Evitement : peur, laisser la place à leur femme<br>Dans la paume de ma main : taille de leur enfant, fragilité<br>« *L'amour crée le lien, porter son enfant confirme ce lien* » : enfant devient réel<br>**Trouver ma voie**<br>« *Garder la foi* »<br>« *Faire que ça marche* » : impact sur le couple, la famille<br>« *S'intégrer comme un autre type de père* » : se trouver soi-même, apprendre |

Tableau II - Etude n°2 : Fathers' experience with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit : A multi-method study

| |
|---|
| 2 groupes ont été identifiés<br>**- Les pères de nouveau-nés prématurés**<br>Qui touchent leurs nouveau-nés dès qu'ils en ont la possibilité, sans craindre de le faire mal et qui participent aux soins<br><br>- **Les pères prématurés**<br>Qui n'ont pas voulu les toucher de peur de les infecter, de leur faire mal et qui sont plus réticents à participer aux soins<br><br>La plupart des pères ont émis le souhait de participer quotidiennement aux soins. Certains pères ont pris du recul dans les soins de développement quand l'état de leur bébé le demandait ou pour laisser de la place à leur compagne.<br>Les pères ont remarqué une évolution lorsqu'ils ont pu prendre leurs bébés en dehors de la couveuse, lorsqu'ils peuvent le toucher, interagir avec lui. |

Tableau III - Etude n°3 : Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness

| |
|---|
| **Pathologie maternelle** :<br>Peur, anxiété (état de santé) naissance prématurée nécessaire pour sauver la mère et l'enfant<br>Le père est le **seul moyen de « *connecter* » la famille** => place centrale<br>Les premiers à faire du peau-à peau, contact immédiat après la naissance<br><br>**Développement de la paternité dans un « *lieu public* » (traduction de l'auteur)** :<br>Découverte de l'enfant en néonatalogie, importance du temps passé pour le développement de la relation, aide des soignants, côté rassurant, apprendre à prendre soin de leur enfant.<br>Mais manque d'intimité, sentiment de distance (sac en plastique, incubateur) |

Tableau IV - Etude n°4 : Skin to skin contact facilitates more equal parenthood – A qualitative study from fathers' perspective

| |
|---|
| **Etude concernant le peau-à-peau en néonatalogie**<br>Une expérience réconfortante, reconnaissance<br>Une expérience enrichissante/ gratifiante, fierté, la paternité devient plus réelle<br>Un moyen de comprendre et de connaitre, comportement de l'enfant<br>Comprendre que le peau-à-peau est le meilleur pour son enfant<br>Une expérience de « *Bonding* », mise en place de l'attachement<br>Une unité intime, une fusion, devenir une famille<br><br>**Un instinct naturel**<br>Trouver sa place, sentiment d'être actif, améliorer l'estime de soi<br>Un sentiment de contrôle<br>Un milieu favorable, personnel soignant, confiance<br>**L'environnement comme un obstacle, manque d'intimité, bruit (alarmes)**<br>Un fardeau, une charge physique et émotionnelle<br>Peur de blesser, enfant petit et fragile, peur de déranger<br>Culpabilité de quitter son enfant |

Tableau V - Etude n°5 : Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark

| |
|---|
| **Les pères sont des aidants et une source de revenus pour la famille** :<br>Le rôle du genre<br>Etre le père de l'enfant<br>Besoin d'information directe de la part des soignants<br>Un homme qui travaille et qui gagne de l'argent<br>**Les émotions des pères**<br>La peur de vivre une perte, l'envie d'être le partenaire le plus fort, parler de leurs sentiments, besoin de temps hors de l'hôpital<br><br>Les pères veulent être impliqués et prendre soin de leurs enfants. Mais ils doivent trouver un équilibre entre les normes socio-culturelles, les attentes et le fait qu'ils sont une source de revenus pour la famille. Ils souhaitent être des « *co-parents* » égaux |

Tableau VI – Etude n°6 : Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale

| **Composante classée par ordre d'importance** |
|---|
| **L'engagement** : capacité du père à assumer de nouvelles responsabilités envers l'enfant<br>Accompagner, protéger, soutenir la dyade mère-enfant, participer ou non aux soins, porter des nouvelles<br>**Contact affectifs**<br>Entre fierté et peur<br>Désir d'échanges affectifs, réunification familiale<br>**Découverte** : désir et curiosité de connaitre son enfant<br>Observation positive de l'enfant<br>Attribuer un sens à certains comportements et besoins de l'enfant<br>**Proximité physique**<br>Toucher l'enfant pour lui ou pour soi<br>Prioriser le contact mère-enfant<br>**Communication**<br>Brèves interactions initiées par les pères<br>Mutualisation des échanges |

Tableau VII - Etude n°7 : Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of NICU environment during hospitalization of their premature

| Mise en évidence de 5 concepts clés : |
|---|
| **La proximité**<br>« Un besoin de proximité »<br>Barrières : perception de fragilité, l'équipement, la peur de blesser<br>Facilite le « *rôle paternel* » et « *permet l'inclusion* »<br>**L'autonomie parentale**<br>« *droit reconnu* » de prendre soin, de tenir et de prendre des décisions pour leurs nouveau-nés<br>Mais en néonatalogie : impossibilité de le faire, demande de permission<br>**La vulnérabilité**<br>Conflits internes : effrayés mais veulent être vus comme les plus forts de la famille<br>**La communication**<br>Précieux, permet l'inclusion dans les soins, « support par les pairs »<br>Informations, influence l'expérience<br>Mais pas toujours adaptée<br>**L'exclusion et l'isolement**<br>Indifférence lors des conversations<br>Priorité donnée aux mères<br>Envie d'être plus impliqué<br>Prédominance de l'environnement féminin<br>« Etre un parent égal » |

# ANALYSE

L'ensemble des résultats a fait émerger plusieurs thématiques principales. Nous en avons constitué cinq : le rôle des pères, les besoins des pères, le développement de la paternité dans un « lieu public », des émotions en « montagnes russes » et l'exclusion.

## LE RÔLE DES PÈRES

Ils sont les seuls à pouvoir connecter la famille, ils ont un rôle de soutien familial et en particulier de la dyade mère-enfant. Ils apportent des nouvelles à leurs compagnes. Ils sont les premiers à faire du peau-à-peau. Mais ils doivent être capables de trouver un équilibre entre leurs implications, les normes socio-culturelles (« *avoir un bon travail, gagner de l'argent, protéger leurs familles, ne pas montrer leurs émotions car les émotions sont perçues comme un signe de faiblesse* » : (Etude n°5 (20)), les attentes et le fait qu'ils sont une source de revenus pour la famille.

## LES BESOINS DES PÈRES

Les pères ont besoin de soutien notamment de la part des soignants, ou par des groupes de pairs. Ils demandent à être informés, à apprendre le vocabulaire médical et les normes des bilans médicaux. Ils veulent du temps hors de l'hôpital mais ont aussi besoin de proximité, de contacts avec leurs nouveau-nés comme lors de séances de peau-à-peau, « *l'amour crée le lien, porter (leurs) enfant(s) confirme ce lien* » (Etude n°1 (16)).

## LE DÉVELOPPEMENT DE LA PATERNITÉ DANS UN « *LIEU PUBLIC* »

La découverte de l'enfant se fait en néonatalogie. Cet environnement est vécu comme un obstacle, un monde étranger. Il y a un manque d'intimité, un sentiment de distance (« *sac plastique, incubateur, scope, bruit* ») (Etudes n°3 et n°4 (18,19)), un sentiment d'insécurité lié à ce lieu inconnu (Etude n°1 (16)). Les pères n'ont pas leur mot à dire. Ils doivent croire et faire confiance à des étrangers (Etude n°1 (16)). Mais cet environnement est essentiel car il

apporte l'aide des soignants et est pour la plupart des pères vécu comme rassurant (Etude n°4 (19)).

## DES ÉMOTIONS EN « *MONTAGNES RUSSES* »

Les émotions décrites sont contradictoires, en « *montagnes russes* » (Etude n°1 (16)). Elles sont partagées entre le sentiment de fierté d'être père et l'anxiété, la peur : de blesser, de faire mal à cet enfant si fragile, la peur de vivre une perte (Etude n°3 (18). Les pères éprouvent une sorte de conflit interne marqué par l'envie d'être « *le partenaire le plus fort* » et leur vulnérabilité (Etudes n°5 et n°7 (20,22)). Ils essaient de cacher leurs émotions et de ne pas pleurer (Etude n°1 (16)). Ils souhaitent aussi être des parents égaux ou des « *co-parents* » (Etudes n°5 et n°7 (20,22)).

## L'EXCLUSION

Parfois ils se sentent exclus. Certains soignants privilégient le contact maternel (Etude n°7 (22)). D'autres sont indifférents quant à leur présence. Les pères aussi laissent d'eux-mêmes la place à leurs compagnes. Certains se considèrent comme des « *assistants* » par rapport aux mères (Etude n°1 (16)). L'environnement en néonatalogie est essentiellement féminin (Etudes n°1 et n°7 (16,22)). La culture et les normes socio-culturelles ont aussi un impact (Etude n°5 (20)).

# DISCUSSION

## CHOIX DU SUJET

Dans le cadre de nos études de sages-femmes, nous avons pu rencontrer plusieurs pères confrontés à l'expérience de mise en place de la parentalité chez leurs enfants prématurés. L'un d'eux rencontré lors d'un stage en grossesses pathologiques, faisait le va-et-vient entre la réanimation néonatale et la chambre de sa femme. Il était fier de nous montrer des photos de son fils, des photos de peau-à-peau. Il nous a aussi parlé de ses craintes, de son anxiété vis-à-vis de l'état de santé de son nouveau-né.

Aussi, au cours de notre formation à l'école de sages-femmes de Brest, nous avons un stage en service de néonatologie. Cela nous permet de découvrir la prise en charge médicale des nouveau-nés prématurés et aussi d'être familiarisés avec le programme Nidcap : *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* ou programme néonatal individualisé d'évaluation et de soutien au développement. Ce programme est une approche globale des soins soutenant le développement, individualisé car tenant compte des objectifs du nouveau-né et de son niveau de stabilité. Le programme vise également à soutenir les familles et les professionnels de santé qui s'occupent de ces nouveau-nés (23).

Notre expérience et l'environnement favorable du Nidcap, suscitant notre réflexion et notre questionnement nous ont conduit à vouloir mener une étude sur le sujet.

## CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE

Pour notre travail, la première idée était d'interroger les pères et de réaliser une étude qualitative dans le service de néonatalogie. Mais en raison du calendrier du mémoire cela n'était pas possible. Il a donc été choisi de s'intéresser à la littérature sur le sujet.

Nous avons fait le choix de réaliser une revue simple de la littérature. Nous avons choisi de garder uniquement des études qualitatives s'intéressant aux vécus des pères, à leurs expériences. Les études qualitatives nous permettent de recueillir leurs points de vue. Aussi, les études concernant les parents et donc les mères n'ont pas été sélectionnées. Ce choix est une des limites de notre étude car il peut entrainer une perte de résultats. En effet, les études

concernant les parents pourraient apporter des résultats supplémentaires concernant le point de vue des pères. Nous avons fait le choix de ne pas sélectionner d'étude quantitative. Les facteurs observés : le vécu émotionnel des pères et leurs implications sont difficiles à mesurer objectivement. L'interprétation de données numériques n'est pas adaptée à notre projet d'étude.

Lors de nos premières recherches, nous avons trouvé une revue de la littérature publiée en 2015 par Provenzi (15). Cette étude a été réalisée à partir d'études publiées entre 2000 et 2014, nous avons donc fait le choix de nous intéresser aux études publiées après cette date. C'est pourquoi nous avons étudié les études publiées après février 2015.

## FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude n'a pas de limite géographique ce qui apporte une grande diversité de résultat. Nous avons aussi sélectionné une revue de la littérature (23) qui incluait 26 études.

Notre sélection des études a été réalisée en octobre 2018. Pour une raison de calendrier, nous avons fait le choix de ne pas réinterroger les bases de données après cette date.

Les mots clés utilisés ne sont pas exhaustifs. En effet, des mots clés précis ne nous permettaient pas de retrouver des résultats. Nous avons donc utilisé des mots clés moins précis et sélectionné ensuite uniquement les études répondant à notre sujet à partir des titres, puis des abstracts.

Nous avons fait le choix de ne prendre en compte que les publications en anglais et en français.

Nous avons gardé l'Etude n°4 (19) alors qu'elle se focalise sur le peau à peau. Le peau-à-peau est une pratique très souvent utilisée lors des séjours en néonatalogie. En effet, il est bénéfique pour l'enfant et pour le père (8,10–12). Cette étude concernait aussi notre problématique car le peau-à-peau permet une implication précoce des pères.

L'étude n°6 (21) n'est pas une étude de type IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats, Analyse, Discussion), il n'y a pas de discussion. Il s'agit d'un article destiné aux professionnels

de santé. Nous avons fait le choix de garder cette étude car elle aborde des perspectives différentes. Les résultats de cette étude sont aussi présentés d'une façon différente car il y a une modélisation et une articulation des cinq composantes, résultats principaux. Cela permet une meilleure compréhension de la relation père-nouveau-né prématuré par les professionnels.

Une relecture de nos interprétations pas un groupe de lecteurs apporterait une validation scientifique complémentaire.

## DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les différentes études nous ont permis de dégager certains résultats. Les pères ont un rôle qui leur est propre et ils ont des besoins spécifiques. Mais ils font face à des émotions complexes et peuvent se sentir exclus de la prise en charge. De plus, ils doivent mettre en place leur paternité dans un « lieu public » : le service de néonatalogie.

Notre hypothèse était qu'une implication active des pères permettait un meilleur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés et nous nous sommes demandés quels moyens facilitaient cette implication.

Le peau-à-peau et la proximité avec leurs enfants permet l'inclusion des pères dans la prise en charge et leur donne un « *rôle paternel* » (22). Ils trouvent leurs places et sont actifs dans la prise en charge (19). Ils apprennent à connaitre leurs enfants (18). Cette proximité est aussi influencée par les soignants et par les informations transmises aux pères. En effet si l'équipe est soutenante et si les informations sont transmises de manière adéquate, la proximité sera facilitée (22) et une relation de confiance sera créée (19). Les soignants ont donc un rôle important dans le vécu et l'implication des pères dans la prise en charge. Les pères sont en quête d'informations directes de la part des soignants. Ils ont besoin de détails, de concret : des résultats biologiques, de réponses scientifiques (20).

Les pères expriment le souhait de partager leur expérience avec des personnes qui vivent ou ont vécu la même expérience qu'eux. Nous parlons alors de soutien par les pairs. Ils ont besoin d'un soutien mutuel entre pères (22).

Certains pères vivent l'hospitalisation de leurs nouveau-nés comme un temps « à part », ils vivent « *au jour le jour* » (16). Cette période permet la découverte de l'enfant en étant toujours aidés par les soignants. L'implication des soignants a un côté rassurant. Ils apportent une aide nécessaire dans l'apprentissage des soins. Ce temps et cette aide leurs permettent d'apprendre à prendre soin de leurs enfants.

Passer du temps dans le service de néonatalogie permet ainsi aux pères d'être impliqués (18). Mais pour pouvoir rester dans le service de néonatalogie les pères ont besoin de temps et donc d'arrêter de travailler. Ils ont droit à un congé de paternité. La durée et le taux d'indemnisation sont différents en fonction des pays. Pour rappel en France, les pères disposent d'un congé de naissance de 3 jours auquel s'ajoute le congé de paternité d'une durée de 11 jours calendaires (24). Ces congés sont à prendre dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. Les congés de paternité sont variables selon les pays dans lesquels les différentes études ont été menées.

Aux Etats Unis, il n'existe pas de congé maternité ni de congé paternité. La loi autorise cependant les parents à s'absenter pour raisons familiales pendant une durée de 12 semaines sans rémunération (25).

En Italie, le père a 4 jours de congés obligatoires et 1 jour facultatif (26).

En Suède, les parents se partagent un congé parental de 480 jours, soit 2 mois chacun et 11 mois à se partager avec un maintien de 80% du salaire pendant les 390 premiers jours (27).

En Norvège, 46 semaines sont à partager entre les 2 parents avec maintien du salaire à 100%. 10 semaines sont réservées uniquement à la mère et 10 uniquement au père (28).

Au Danemark, les pères ont droit à 2 semaines de congé paternité à prendre dans les 14 semaines suivant la naissance de leur enfant. Après les 14 premières semaines, les parents ont droit individuellement à 32 semaines de congé lors de la première année de l'enfant (29).

Au Canada, le congé de paternité est d'une durée maximale de 5 semaines et doit être pris dans les 52 semaines suivant la naissance de l'enfant. Le revenu est maintenu à 70% pendant les 5 semaines (30).

**Ce récapitulatif nous a permis de comprendre les résultats de certaines études. Tous les pays ne permettent pas la même implication des pères. Comme le souligne OLSSON (et *al*)** (19)**, les résultats retrouvés dans une étude où le pays a une politique familiale en faveur des congés parentaux ne sont pas généralisables. Notre étude n'ayant pas de limite géographique, elle nous a permis de mettre en évidence cette différence.**

L'évolution sociétale et la mise en place des congés de paternité permettent aussi aux pères d'exprimer le souhait d'être des « *parents égaux* » (20,22). Ils veulent une égalité dans la participation. Ce souhait fait référence aux « nouveaux pères ». Ce terme est apparu dans les années 1980 et témoigne d'un changement de la paternité. Le « nouveau père » remplit une fonction similaire à celle de la mère dans les soins de l'enfant. Son rôle ne se résume plus à inculquer les valeurs de l'obéissance et du travail à leurs enfants mais permet la construction d'une relation de proximité et de confiance, en étant présent, disponible et à l'écoute (31). Ainsi certains pères ont ressenti la naissance prématurée de façon positive (19). Ils se sont sentis plus impliqués que dans le cas d'une naissance à terme. Cette nuance est exprimée par des pères déjà parents.

Nous nous sommes aussi demandés : quels sont les obstacles qui empêchent les pères de s'impliquer.

La prématurité en elle-même pourrait-elle être un « obstacle » ? Le nouveau-né prématuré est petit, il tient dans « *la paume d'une main* » (16) et semble fragile. Les pères ont peur de les blesser, de leur faire mal en voulant les toucher ou les porter. Ce nouveau-né prématuré demande une adaptation supplémentaire des pères du fait de sa particularité : être né plus tôt.

Le service de néonatalogie pourrait être aussi, paradoxalement un « obstacle » à l'implication des pères. Ce service est un « lieu public » où nous rencontrons un manque

d'intimité et un sentiment de distance avec les nouveau-nés (« *sac plastique, incubateurs, bruit* ») (16,18,19,22). Mais comme cela est évoqué par SISSON (et *al*) dans leur étude (22), l'environnement en néonatalogie peut être très différent. En effet, lors de notre stage à Brest, nous avons observé qu'il n'y avait que des chambres seules. Or certaines études évoquent des pièces communes pour faire du peau à peau (19) cela est vécu comme un manque d'intimité.

Malgré leur souhait d'implication, les pères font face à des obstacles culturellement ancrés. D'après Simone KORFF et François SACCO, le père fait l'objet d'une « hallucination négative : quand il n'est pas là on critique et quand il est là on ne le voit pas » (32). Cela rejoint le sentiment d'exclusion ressenti par les pères, cette impression que les soignants s'adressent préférentiellement à leurs compagnes (16,22). **Il y a donc un paradoxe entre leur souhait d'être présent, la demande des soignants quant à leur présence et la place qui leur est réellement donnée.**

En néonatalogie, seuls les soignants sont garants de la santé des nouveau-nés hospitalisés. Les pères sont donc dans l'impossibilité de prendre des décisions concernant leurs enfants. Ils doivent faire confiance aux soignants, leur demander la permission de prendre leurs enfants dans les bras. Mais parfois ils n'osent pas. La notion de perte d'autonomie parentale est évoquée (22).

Par ailleurs, les durées d'hospitalisation en néonatalogie sont souvent longues et comme nous l'avons relevé précédemment tous les pères ne bénéficient pas d'un congé de paternité. Certains doivent donc retourner travailler. Le travail permet de s'évader, d'être loin de l'hôpital mais procure aussi une source de stress (16). En effet, il fait surgir la culpabilité de quitter son enfant.

En plus de leur travail, lorsqu'ils ont d'autres enfants, les pères ont aussi pour mission de s'occuper d'eux.

Enfin, les normes socio-culturelles obligent les pères à être le partenaire le plus fort en ne montrant pas leurs sentiments. Exprimer leurs craintes serait une faiblesse (20,22). Nier leurs émotions et leurs besoins est une forme de protection (13).

Notre étude ne nous a pas permis de répondre à la question suivante : la mise en place de la parentalité est-elle facilitée ? Les études sélectionnées ne répondent pas clairement à cette question. Seule l'étude n°3 (18), évoque l'importance du temps passé en néonatalogie dans le développement de la relation père-nouveau-né. Nous supposons donc qu'une implication active des pères facilite la mise en place de la paternité, mais nous ne pouvons pas l'affirmer.

Une nouvelle étude se focalisant sur la mise en place de la parentalité et ce qui la facilite pourrait être envisagée.

## IMPLICATION DANS LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Au cours de leurs pratiques professionnelles, les sages-femmes sont confrontées à la prématurité. Elles sont présentes tout au long de la grossesse. Dans le service de grossesses pathologiques, elles accompagnent les mères ainsi que les pères dans l'attente d'une naissance prématurée. Après la naissance, elles s'occupent des femmes ayant accouché. Lorsque les pères sont présents en maternité au moment des soins, les sages-femmes peuvent se préoccuper de leurs vécus et leur poser une simple question comme «Et vous comment allez-vous ? ». Cette question est une ouverture et laisse la possibilité aux pères de se confier, de se sentir inclus dans la prise en charge de leur nouveau-né, et de se sentir conforté dans leur rôle de pères.

Pour nous sages-femmes, il est important de connaitre les besoins des pères pour pouvoir les aider à notre niveau et prendre en charge la triade mère-père-enfant dans sa globalité.

# CONCLUSION

Une implication active des pères permet un meilleur vécu de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés. Il existe différents moyens qui la facilitent : l'aide des soignants lors du séjour en néonatalogie, le peau-à-peau et la proximité avec leur enfant, ainsi que le congé de paternité.

Mais les pères sont confrontés à des obstacles qui les empêchent de s'impliquer. Nous avons mis en évidence que tous les pays ne permettaient pas la même implication des pères. Il y a des différences d'hébergement (chambre commune ou seule), de politiques familiales (différence de durée des congés paternités) ce qui entraine une différence d'implication et de disponibilité. Le nouveau-né prématuré en lui-même demande une adaptation supplémentaire due à sa taille et à la fragilité qu'il renvoie. De plus les pères font face à des obstacles culturellement ancrés et sont confrontés à un paradoxe concernant la place qui leur est réellement attribuée.

Cette étude nous a permis d'aborder le vécu des pères et de mettre en évidence les moyens facilitant ce vécu, ainsi que les obstacles limitant leurs implications. Nous n'avons pas pu confirmer que la mise en place de la parentalité est facilitée par une implication active.

Comprendre les pères et les obstacles auxquels ils sont confrontés permettent de favoriser leur implication dans cette prise en charge car le père a bien un rôle dans la triade mère-père-enfant. Les soignants ont également un rôle fondamental dans l'accompagnement et dans le soutien des pères. Aussi, il est nécessaire de les sensibiliser à cette problématique. En tant que sages-femmes, nous pouvons les aider en favorisant l'expression de leur vécu.

Une étude se focalisant sur la mise en place de la parentalité pourrait être envisagée en complément.

# BIBLIOGRAPHIE


1. ENP2016_synthese_rapport.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_synthese_rapport.pdf

2. Naissances prématurées [Internet]. World Health Organization. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

3. Goutaudier N, Mansour M, Chabrol H. Prématurément père : étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. https://doi.org/101016/j.jpp201302002. 30 mai 2013;

4. LAMOUR M, BARRACO M. Souffrance autour du berceau. Gaetan Morin. Paris; 1998.

5. Szijarto SG, Guex MF, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Nix CM. État de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences. https://doi.org/101016/j.neurenf200904001. 3 août 2009;

6. Dulguérian M-R. Vécu émotionnel des parents d'enfants nés prématurément et aspects psychologiques. EMC - Pédiatrie – Mal Infect. juin 2012;7(2):1-6.

7. Borghini A, Müller-Nix C. Traumatisme parental et conséquences lors d'une naissance prématurée. Contraste. 14 avr 2015;(41):65-84.

8. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. J Clin Nurs. mars 2008;17(6):810-6.

9. Michel C. Le père à l'épreuve de la prématurité : étude du vécu lors de naissances après 30 semaines d'aménorrhées. Mémoire sage-femme. Gynécologie et obstétrique. 2015. [Internet]. [cité 18 oct 2017]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233047/document

10. Anderzén-Carlsson A, Lamy ZC, Eriksson M. Parental experiences of providing skin-to-skin care to their newborn infant--part 1: a qualitative systematic review. Int J Qual Stud Health Well-Being. 2014;9:24906.

11. Blomqvist YT, Rubertsson C, Kylberg E, Jöreskog K, Nyqvist KH. Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. J Adv Nurs. sept 2012;68(9):1988-96.

12. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 23 août 2016;(8):CD002771.

13. Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. J Clin Nurs. juill 2015;24(13-14):1784-94.

14. Lefort M-C, Discour A. La place d'un père durant les trois premiers jours après la naissance de l'enfant prématuré [Internet]. ERES; 2003 [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cairn.info/le-pere-l-homme-et-le-masculin-en-perinatalite--9782749201269-page-39.htm

15. Recchia S, Lemétayer F. Stratégies d'ajustement des mères et des pères d'enfants anciens prématurés, Summary. Devenir. 2005;17(4):303-21.

16. Logan RM, Dormire S. Finding My Way: A Phenomenology of Fathering in the NICU. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. avr 2018;18(2):154-62.

17. Stefana A, Padovani EM, Biban P, Lavelli M. Fathers' experiences with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit: A multi-method study. J Adv Nurs. mai 2018;74(5):1090-8.

18. Værland IE, Vevatne K, Brinchmann BS. Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness. Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives. oct 2017;13:8-13.

19. Olsson E, Eriksson M, Anderzén-Carlsson A. Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective. J Pediatr Nurs. juin 2017;34:e2-9.

20. Noergaard B, Ammentorp J, Fenger-Gron J, Kofoed P-E, Johannessen H, Thibeau S. Fathers' Needs and Masculinity Dilemmas in a Neonatal Intensive Care Unit in Denmark. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. août 2017;17(4):E13-22.

21. Martel M-J, Bell L, St-Cyr Tribble D, Payot A, Milette I. Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale. Perspect Infirm Rev Off Ordre Infirm Infirm Quebec. juin 2016;13(3):35-7.

22. Sisson H, Jones C, Williams R, Lachanudis L. Metaethnographic Synthesis of Fathers' Experiences of the Neonatal Intensive Care Unit Environment During Hospitalization of Their Premature Infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. août 2015;44(4):471-80.

23. Foire aux Questions - NIDCAP [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: http://nidcap.org/fr/about-us/faq/

24. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156

25. Congé paternité : c'est comment ailleurs ? [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/conge-paternite-cest-comment-ailleurs_2575990.html

26. Le congé paternité obligatoire grimpe à... 4 jours en Italie ! [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: /milan/le-conge-paternite-obligatoire-grimpe-4-jours-en-italie-221619

27. Politique familiale suédoise. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Politique_familiale_su%C3%A9doise&oldid=155195130

28. Kvande E, Brandth B. Les pères en congé parental en Norvège. Changements et continuités. Rev Polit Soc Fam. 2016;122(1):11-8.

29. La maternité au Danemark [Internet]. La France au Danemark | Frankrig i Danmark. [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: https://dk.ambafrance.org/La-maternite-au-Danemark

30. Le congé de maternité, le congé de paternité et le congé parental [Internet]. Éducaloi. 2012 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.educaloi.qc.ca/capsules/le-conge-de-maternite-le-conge-de-paternite-et-le-conge-parental

31. Brachet S, Salles A. Être père en France et en Allemagne : entre représentations et pratiques | Cairn.info [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-1-page-62.htm

32. De Korff Sausse S, Sacco F. Etre père aujourd'hui : un modèle à réinventer. Editions In Press. 2012. 170 p.

# ANNEXES

## ANNEXE I - Méthodologie PRISMA

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.**

| Section/sujet | N° | Critères de contrôle | Page N° |
|---|---|---|---|
| **TITRE** | | | |
| Titre | 1 | Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux. | |
| **RÉSUMÉ** | | | |
| Résumé structuré | 2 | Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique. | |
| **INTRODUCTION** | | | |
| Contexte | 3 | Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances. | |
| Objectifs | 4 | Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (*PICOS*[a]). | |
| **MÉTHODE** | | | |
| Protocole et enregistrement | 5 | Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement. | |
| Critères d'éligibilité | 6 | Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix. | |
| Sources d'information | 7 | Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche. | |
| Recherche | 8 | Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite. | |
| Sélection des études | 9 | Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse). | |
| Extraction des données | 10 | Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs. | |
| Données | 11 | Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées. | |
| Risque de biais inhérent à chacune des études | 12 | Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données. | |
| Quantification des résultats | 13 | Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : *risk ratio*, différence entre les moyennes). | |
| Synthèse des résultats | 14 | Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : $I^2$) pour chaque méta-analyse. | |
| Risque de biais transversal aux études | 15 | Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études). | |
| Analyses complémentaires | 16 | Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues *a priori*. | |

| | | |
|---|---|---|
| **RÉSULTATS** | | |
| Sélection des études | 17 | Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux. |
| Caractéristiques des études sélectionnées | 18 | Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références. |
| Risque de biais relatif aux études | 19 | Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12). |
| Résultats de chaque étude | 20 | Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (*forest plot*). |
| Synthèse des résultats | 21 | Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité. |
| Risque de biais transversal aux études | 22 | Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15). |
| Analyse complémentaire | 23 | Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]). |
| **DISCUSSION** | | |
| Synthèse des niveaux de preuve | 24 | Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs). |
| Limites | 25 | Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification). |
| Conclusions | 26 | Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études. |
| **FINANCEMENT** | | |
| Financement | 27 | Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique. |

[a]Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

## ANNEXES II à VIII - TABLEAUX D'EXTRACTION DES DONNEES

## ANNEXE II - ETUDE n°1 : Finding My Way: A Phenomenology of Fathering in the NICU

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Finding my way : a phenomenology of fathering in the NICU<br><br>LOGAN RM<br>DORMIRE S<br><br>Pays : USA<br><br>Année : 2018<br><br>Etude réalisée : 2015 | Etude qualitative<br><br>Entretien semi structuré : réalisé une à deux semaines après l'admission en néonatalogie<br>Observation du comportement lors de l'entretien<br><br>20$ donnés après chaque entretien<br><br>Enquête phénoménologique : permet aux chercheurs d'explorer les perceptions d'une expérience nouvelle<br><br>Utilisation de la méthode *Gadamerian Hermeutic* pour l'interprétation des données : permet de délimiter la signification de l'expérience<br>Recrutement par l'équipe d'infirmières | 7 pères de nouveau-nés nés entre 27 et 29 SA, parlant anglais, 1er enfant à être né prématuré et admis en néonatalogie<br><br>Enfant : non issu de fécondation in vitro ou de gestation pour autrui | Comprendre l'expérience vécue de la paternité avec un enfant né prématuré et admis en néonatalogie | Regroupés en 4 thèmes décrivant le séjour<br>**« Looking in »**<br>« *Vous rentrez à la maison seul* »<br>Un monde différent<br>Naviguer dans un terrain étranger<br>Croire des étrangers<br>Un monde de femme<br>**Persévérer**<br>Rester fort<br>Faire pour<br>Travailler<br>« *Au jour le jour* »<br>**Participer**<br>Evitement<br>Dans la paume de ma main<br>« *L'amour crée le lien, participé confirme ce lien* »<br>**Trouver ma voie**<br>« *Garder la foi* »<br>« *Faire que ça marche* »<br>« *S'intégrer comme un autre type de père* » | Petit échantillon : 7 pères<br><br>Pères faisant partis de structures familiales très traditionnelles : mariage, cohabitation<br>Pères tous diplômés, bons statuts socio-économiques | La mise en place de la paternité en néonatalogie provient d'interactions complexes entre le père, sa compagne et l'équipe médicale.<br><br>Inciter les pères à participer, les impliquer dans la prise en charge |

## ANNEXE III - ETUDE n°2 : Fathers' experience with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit : A multi-method study

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fathers' experience with their preterm babies admitted to neonatal intensive care unit : A multi-method study<br><br>Auteurs : A Stefana<br>EM Padovani<br>P Biban<br>M Lavelli<br><br>Pays : Italie (Vérone)<br><br>Publiée en 2018<br><br>Etude réalisée entre Septembre 2015 et Mars 2017 | Muti-méthode :<br>- Observation<br>- Entretien semi-structuré (enregistré, durée 45 min)<br>- Questionnaire d'auto-évaluation<br>- Information clinique (Perinatal Risk Inventory : évalue la sévérité du contexte périnatal)<br><br>Etude des résultats avec une méthode mixte :<br>- Analyse thématique des entretiens<br>- Analyse quantitative à la recherche de groupe d'expériences émotionnelles et une association entre les groupes, les pères et les caractéristiques liées aux enfants<br><br>Chercheurs : un interne et un psychologue formé pour l'observation des enfants et dans l'évaluation psychologique.<br><br>Les entretiens sont analysés par des personnes indépendantes. | Pères biologiques du nouveau-né, italiens et vivant en couple avec la mère<br>20 pères recrutés<br><br><u>Exclusion</u> : maladie psychiatrique et usagers de drogues<br><br>Nouveau-nés : nés avant 32 SA, hospitalisés en néonatalogie<br>28 nouveau-nés (8 jumeaux) | Enquêter sur l'expérience émotionnelle des pères concernant la naissance de leur nouveau-né prématuré et leur séjour ultérieur en néonatalogie<br><br>Identifier différents profils d'expérience émotionnelle | **2 groupes ont été identifiés**<br>- **« Les pères de nouveau-nés prématurés »**<br>Qui touchent leur nouveau-nés dès qu'ils en ont la possibilité et sans craindre de le faire mal et qui participent aux soins<br><br>- **« Les pères prématurés »**<br>Qui n'ont pas voulu les toucher de peur de les infecter, de leur faire mal et qui sont plus réticents à participer aux soins<br><br>La plupart des pères ont émis le souhait de participer quotidiennement aux soins. Certains pères ont pris du recul dans les soins de développement quand l'état de leur bébé le demandait ou pour laisser de la place à leur compagne.<br>Les pères ont remarqué une évolution lorsqu'ils ont pu prendre leurs bébés en dehors de la couveuse, lorsqu'ils peuvent le toucher, interagir avec lui | De cultures<br>De prise en charge (la prise en charge peut être différente dans un autre hôpital)<br><br>Biais d'analyse des questionnaires | L'implication physique des pères est présente immédiatement.<br>Mais l'implication émotionnelle grandit avec le bébé (communication avec lui)<br><br>Les pères doivent avoir un soutien personnalisé en fonction du terme de leur enfant.<br><br>Les pères doivent avoir le choix d'assister à la naissance, la possibilité d'interagir avec leur nouveau-né dès la naissance.<br><br>L'équipe doit mettre en place des aides pour soutenir la participation paternelle aux soins. |

## ANNEXE IV - ETUDE n°3 : Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fathers' experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers' severe illness<br><br>Auteurs :<br>Vaerland IE<br>Vevatne K<br>Brinchmann BS<br><br>Pays : Norvège<br><br>Publiée en mai 2017<br><br>Etude réalisée entre juillet 2013 et mai 2014 | Etude qualitative descriptive<br>Interviews de 6 pères<br>• Entre 6 et 24 jours de vie<br>• Entre 4 et 22 semaines<br><br>Entretiens retranscrits<br>Données analysées<br>*Approche de recherche sur le mode de vie*<br><br>Etude phénoménologique : la variation des données est aussi importante que le nombre de participants<br><br>Recherche d'une vue d'ensemble des entretiens | 6 pères en couple et parlant norvégien, en congé parental, ayant fait du peau-à-peau<br><br>Nouveau-nés : accouchement prématuré suite à une pré-éclampsie avant 32 SA.<br><br>Exclusion : nouveau-nés décédés, femmes avec une maladie chronique<br><br>Recrutement : réalisé en maternité par des sages-femmes ou par des IDE en néonatalogie | Décrire l'expérience des pères dans la construction de la famille avec un nouveau-né prématuré, né suite à un accouchement en urgence, pour la survie de la mère et de l'enfant | Pathologie maternelle :<br>Peur, anxiété (état de santé) naissance prématurée nécessaire pour sauver la mère et l'enfant<br><br>Le père est le seul moyen de « connecter » la famille => place centrale.<br><br>Les premiers à faire du peau-à-peau, contact immédiat après la naissance<br><br>Développement de la paternité dans un « lieu public » :<br>Découverte de l'enfant en néonatalogie, importance du temps passé pour le développement de la relation, aide des soignants, coté rassurant, apprendre à prendre soin de leur enfant.<br><br>Mais manque d'intimité, sentiment de distance (sac en plastique, incubateur) | Les mères des nouveau-nés de l'étude ont une pathologie sévère et ne peuvent pas s'occuper de leur enfant<br><br>Peu de participants | Différence avec une étude réalisée aux USA. Les pères étaient moins proches de leurs nouveau-nés, ils préféraient travailler et ne participaient pas aux soins<br><br>La loi norvégienne autorise les pères à avoir un congé parental en fonction de l'état de santé de leur nouveau-né, aussi longtemps, que le nouveau-né ait besoin d'un soutien respiratoire |

## ANNEXE V - ETUDE n°4 : Skin-to-kin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Skin to skin contact facilitates more equal parenthood – A qualitative study from fathers' perspective<br><br>OLSSON E<br>ERIKSSON M<br>ANDERZEN-CARLSSON A<br><br>Pays : Suède<br><br>Publiée en mars 2017<br><br>Etude réalisée entre janvier 2014 et juin 2015 | Etude qualitative<br>Entretiens semi-structuré<br><br>Résultats comparés avec ceux d'une revue systématique qualitative de la littérature (ANDERZEN-CARLSSON A et al.)<br><br>Sélection des pères effectuée par une IDE<br><br>Les interviews ont été menées par 2 des auteurs, elles étaient enregistrées<br><br>Interviews écoutées plusieurs fois | 20 pères de nouveau-nés prématurés<br><br>Nouveau-nés : de 25 à 35 SA<br><br>Pères ayant fait au moins une fois du peau-à-peau | Décrire l'expérience des pères lorsqu'ils font du peau-à-peau avec leurs nouveau-nés prématurés | Une expérience réconfortante<br>Une expérience enrichissante/ gratifiante, fierté, la paternité devient plus réelle<br>Un moyen de comprendre et de connaitre le comportement de l'enfant<br>Comprendre que le peau-à-peau est le meilleur pour son enfant<br>Une expérience de « Bonding », mise en place de l'attachement<br>Une unité intime, une fusion, devenir une famille<br><br>Un instinct naturel<br>Trouver sa place, sentiment d'être actif<br>Améliorer l'estime de soi<br>Un sentiment de contrôle<br>Un milieu favorable, personnel soignant, confiance<br><br>L'environnement comme un obstacle, manque d'intimité, bruit (alarmes)<br>Un fardeau, une charge physique et émotionnelle<br>Peur de blesser, enfant petit et fragile, peur de déranger<br>Culpabilité de quitter son enfant | L'étude utilisée pour comparer a été réalisée par 2 des auteurs.<br><br>Les 2 interviewers ont de l'expérience en néonatalogie et peuvent influencer les réponses et empêcher une véritable ouverture.<br><br>Le lieu dans lequel est réalisé le peau-à-peau est collectif | Côté positif de la naissance prématurée :<br>Implication plus forte des pères.<br>Pas obligé d'aller travailler juste après la naissance<br>Plus d'égalité entre les pères et les mères par rapport à un accouchement à terme<br><br>Allaitement maternel impossible au début : dyade mère-enfant moins présente => père moins exclu<br><br>Possibilité de rester dormir en néonat<br><br>Congé parental en Suède<br>Compensation financière de la part de l'assurance maladie leur permet d'être plus présent. |

## ANNEXE VI - ETUDE n°5 : Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark<br><br>NOERGAARD B<br>AMMENTORP J<br>FENGER-GRON J<br>KOFOED PE<br>JOHANNESSEN H<br><br>Pays : Danemark<br><br>Année : 2017<br><br>Etude réalisée entre août 2011 et janvier 2013 | Etude qualitative<br>Observation des participants<br>Interviews (entretiens semi-structurés)<br>Interviews consécutives<br><br>Groupes de discussions<br><br>Les données ont été analysées en réalisant des groupes principaux d'idées<br><br>Les entretiens et les observations ont été menés par un étudiant en master d'éducation et d'anthropologie | Pères parlant danois<br><br>Nouveau-nés prématurés hospitalisés en néonatalogie<br>Terme : 26 SA +2 jours à 37 SA +1 jour<br><br>5 pères ont été observés<br><br>9 pères ont eu des interviews consécutives<br><br>12 pères ont été invités à participer au groupe de discussion et 3 ont accepté | Décrire les besoins des pères lorsque leur enfant est hospitalisé en néonatalogie<br><br>Discuter de leurs besoins en fonction du cadre « *théorique de masculinité* » afin de comprendre et de réaliser des protocoles pour la pratique clinique | **Les pères sont des aidants et une source de revenus pour la famille** :<br>Le rôle du genre<br>Etre le père de l'enfant<br>Besoin d'information directe de la part des soignants<br>Un homme qui travaille et qui gagne de l'argent<br><br>**Les émotions des pères**<br>La peur de vivre une perte<br>L'envie d'être le partenaire le plus fort<br>Parler de leurs sentiments<br>Besoin de temps hors de l'hôpital<br><br>Les pères veulent être impliqués et prendre soin de leurs enfants. Mais ils doivent trouver un équilibre entre les normes socio-culturelles, les attentes et le fait qu'ils sont une source de revenue pour la famille.<br>Ils souhaitent être des « *co-parents* » égaux | Petit échantillon, limite la généralisation des résultats | Le rôle du genre<br>La relation père-enfant est plus « *centrale* » aujourd'hui mais enjeu entre les attentes « *traditionnelles* » et le rôle du père<br>Volonté d'égalité<br><br>La paternité<br>Place de plus en plus importante<br>Changement du rôle de père<br><br>Des résultats similaires dans les pays occidentaux |

## ANNEXE VII - ETUDE n°6 : Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Développement de la relation père et enfant prématuré : un défi pour l'unité néonatale<br><br>MARTEL MJ<br>BELL L<br>ST-CYR TRIBBLE D<br>PAYOT A<br>MILETTE I<br><br>Pays : Canada (Québec)<br><br>Année : juin 2016<br><br>Etude réalisée entre 2009 et 2012 | Etude qualitative<br>« devis qualitatif de type théorisation ancrée »<br><br>Utilisation du modèle de BELL : 5 composantes définissent l'établissement d'une relation parent-enfant : la découverte, la proximité physique, le contact affectif, la communication et l'engagement<br>Les composantes ont été classées par ordre d'importance<br><br>2 entretiens semi-dirigés : un dans une pièce du service et l'autre au chevet de l'enfant, les 2 ont eu lieu dans la même journée<br><br>Questionnaire sociodémographique<br>Consultation du dossier médical de l'enfant<br><br>Etude réalisée par une équipe d'infirmières chercheurs de l'université du Québec | Pères d'enfant prématurés né entre 32 et 37 SA issus d'une grossesse unique et dont le pronostic n'annonçait pas de complications médicales sérieuses<br><br>12 pères ont participé à cette étude<br>En moyenne, les entretiens ont été réalisés au 4ème jour de vie. | Décrire la relation père-enfant prématuré dans l'unité de néonatalogie | **L'engagement** : capacité du père à assumer de nouvelles responsabilités envers l'enfant<br>Accompagner, protéger, soutenir la dyade mère-enfant, participer ou non aux soins, porter des nouvelles<br><br>**Contacts affectifs**<br>Entre fierté et peur<br>Désir d'échanges affectifs<br><br>**Découverte** : désir et curiosité de connaitre son enfant<br>Observation positive de l'enfant<br>Attribuer un sens à certains comportements et besoins de l'enfant<br><br>**Proximité physique**<br>Toucher l'enfant pour lui ou pour soi<br>Prioriser le contact mère-enfant<br><br>**Communication**<br>Brèves interactions initiées par les pères<br>Mutualisation des échanges | Le modèle utilisé a été créé par une des auteurs | Pas de discussion dans l'étude |

## ANNEXE VIII - ETUDE n°7 : Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of NICU environment during hospitalization of their premature

| Titre<br>Auteurs<br>Pays - Année | Type d'étude<br>Méthodologie<br>Qui a réalisé l'étude ? | Population :<br>- Pères<br>- Nouveau-nés | Objectifs de l'étude | Principaux résultats | Biais<br>(sélection, mesure) | Points de discussion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Metaethnographic synthesis of fathers' experiences of NICU environment during hospitalization of their premature<br><br>SISSON H<br>JONES C<br>WILLIAMS R<br>LACHANUDIS L<br><br>Pays : Royaume-Uni<br><br>Année : mars 2015<br><br>Inclusion des études publiées entre 1993 et 2013 | Revue de la littérature<br>24 études incluses<br>Recherches sur CINALH plus, Medline, Academic Search Premier, PsychInfo<br><br>Etude ethnographique<br><br>Extraction des données selon la méthode « seven steps of metaethnography » | <u>Critères d'inclusion</u><br>Expérience des pères sur « *l'environnement de la néonatalogie* »<br><br>Enfants nés prématurés, avant 37 SA<br><br>Etudes uniquement sur les pères<br><br>En anglais<br><br><u>Critères d'exclusion</u><br>Toutes les études autres que les études qualitatives<br><br>Pas d'études focalisées sur un seul aspect des soins<br><br><u>Les études sélectionnées</u><br>Publiées entre 2005 et 2013<br>12 pays différents<br>211 pères | Synthétiser les résultats existant à propos de l'expérience des pères en néonatalogie<br><br>Décrire l'expérience des pères avec leurs nouveau-nés prématurés en néonatalogie à partir d'études qualitatives publiées | Mise en évidence de 5 concepts clés :<br><br>**La proximité**<br>« Un besoin de proximité »<br>Barrières : perception de fragilité, l'équipement, la peur de blesser<br>Facilite le « *rôle paternel* » et « *permet l'inclusion* »<br>**L'autonomie parentale**<br>« *droit reconnu* » de prendre soin, de tenir et de prendre des décisions pour leurs nouveau-nés<br>Mais en néonatalogie : impossibilité de le faire, demande de permission<br>**La vulnérabilité**<br>Conflits internes : effrayés mais veulent être vus comme les plus forts de la famille<br>**La communication**<br>Précieux, permet l'inclusion dans les soins , « support par les paires »<br>Informations, influence l'expérience<br>Mais pas toujours adaptée<br>**L'exclusion et l'isolement**<br>Indifférence lors des conversations<br>Priorité donnée aux mères<br>Envie d'être plus impliqué<br>Prédominance de l'environnement féminin<br>« Etre un parent égal » | Lié à la méthode<br><br>Etude seulement en anglais<br><br>Beaucoup de pays, l'environnement en néonatalogie peut être très différent<br><br>Résultats différents en fonction des pays et des cultures<br><br>Rôle du père différent en fonction des pays | La néonatalogie constitue une barrière.<br><br>Les pères veulent jouer un rôle actif.<br><br>Augmentation des besoins au cours de l'hospitalisation.<br><br>Rôle de l'équipe |

# RÉSUMÉ

Introduction : La naissance prématurée entraine une entrée prématurée dans la parentalité. Dans ce type de naissance, les rôles sont inversés suite à la séparation mère-enfant. Les pères ont donc une place centrale dans le début de la prise en charge de leurs nouveau-nés prématurés. Mais qu'en est-il de leur vécu ?

Objectifs : réaliser un état des lieux du rôle actif des pères sur leur vécu de la prise en charge de leur nouveau-né prématuré et la mise en place de la parentalité.

Méthode : Une revue de la littérature a été réalisée sur différentes bases de données, incluant des études publiées entre le 1er mars 2015 et le 1er octobre 2018.

Résultats : 7 articles ont été sélectionnés pour analyse.
Les pères ont un rôle qui leur est propre et des besoins spécifiques. Mais ils font face à des émotions complexes et peuvent se sentir exclus de la prise en charge. De plus ils doivent mettre en place leur paternité dans un « lieu public » : le service de néonatalogie.

Discussion : La diversité géographique des études nous a permis de constater que les prises en charges globales ne sont pas égales en fonction des pays et ils existent de nombreuses limites : obstacles culturellement ancrés, place attribuée.

Conclusion : Une implication active des pères permet un meilleur vécu de la prise en charge de leur nouveau-né prématuré mais les pères sont confrontés à de nombreux obstacles.



Mots-clés : father/psychology ; infant premature ; Intensive Care Units Neonatal ; father child relation



**Emilie PAULIC, Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest 2019**