



HAL
open science

Le vécu des pères suite à une césarienne en urgence : étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de douze pères

Amélie Orain

► **To cite this version:**

Amélie Orain. Le vécu des pères suite à une césarienne en urgence : étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de douze pères. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04417388

HAL Id: dumas-04417388

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04417388v1>

Submitted on 3 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

**LE VECU DES PERES SUITE A UNE
CESARIENNE EN URGENCE**

Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de douze pères

Mémoire présenté par

Amélie ORAIN

Née le 25 janvier 1998

Sous la direction de Rodrigue BERHAULT

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2022

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

**LE VECU DES PERES SUITE A UNE
CESARIENNE EN URGENCE**

Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs auprès de douze pères

Mémoire présenté par

Amélie ORAIN

Née le 25 janvier 1998

Sous la direction de Rodrigue BERHAULT

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2022

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble des pères pour avoir pris le temps de répondre à mes questions et de partager un bout de leur histoire.

Je remercie mon directeur de mémoire Monsieur Rodrigue Berhault ainsi que ma guidante de mémoire, Madame Séverine Donnio pour leur disponibilité, leur accompagnement et leurs précieux conseils.

Adèle, Angéline, Axelle, merci à vous, pour tous les bons moments que l'on a passé ensemble. Merci d'avoir toujours été là même quand ça n'allait pas, pour votre soutien, pour votre bonne humeur. Merci pour ces quatre années que j'ai pu passer à vos côtés, vous serez des sages-femmes en or les filles.

Un grand merci à mes parents pour m'avoir soutenue pendant ces six années, pour leurs encouragements et leurs petites attentions. Et plus particulièrement à ma maman pour sa patience et toutes ses relectures.

Glossaire

AL : Anesthésie locale

AG : Anesthésie générale

ARCF : Anomalies du rythme cardiaque foetal

CHP : Centre hospitalier privé

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés

SA : Semaine d'aménorrhée

SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle

Table des matières

Introduction.....	3
1. Population et méthode.....	5
1.1. Type d'étude	5
1.2. Population étudiée.....	5
1.2.1. Critères d'inclusion	5
1.2.2. Critères d'exclusion.....	5
1.2.3. Evolution des critères d'inclusion	5
1.3. Forme et méthodologie	6
1.3.1. Construction du guide d'entretien.....	6
1.3.2. Mode de recrutement et difficultés rencontrées	6
1.3.3. Déroulement des entretiens.....	7
1.3.4. Le recueil des données.....	8
1.3.5. L'analyse des entretiens.....	8
2. Exposé des résultats	9
2.1. Description de la population.....	9
2.2. Facteurs influençant le vécu des pères.....	9
2.2.1. Les informations et leur compréhension.....	9
2.2.2. L'équipe médicale	14
2.2.3. L'implication du père	17
2.2.4. La séparation du couple en post-opératoire	18
2.3. Quel souvenir ont-ils de la naissance de leur enfant ?.....	19
3. Discussion	21
3.1. Forces et limites de l'étude.....	21
3.1.1. Forces de l'étude.....	21
3.1.2. Biais et limites	21
3.2. Synthèse des résultats	23
3.2.1. Au regard de la littérature	23
3.2.2. Au regard des hypothèses.....	32
3.3. Propositions	33
3.3.1. Faciliter la transmission d'informations.....	33
3.3.2. Un soutien et un accompagnement en continu	35
3.3.3. Réunir la famille en post-interventionnel.....	36

3.3.4. Pour aller plus loin 38

4. Conclusion..... 39

Bibliographie 40

Annexes 46

Introduction

La place du père et de l'homme dans notre société a été sujette à de nombreuses évolutions. Tout comme celle de l'homme au moment de la naissance de son enfant. Alors interdits d'accès en salle d'accouchement jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, aujourd'hui les pères sont encouragés à participer aux consultations prénatales, aux cours de préparation à la naissance, à l'accouchement et à l'accueil du nouveau-né (1).

Si une grande partie d'entre eux souhaitent y être présents (2,3), cette expérience n'est pas toujours bien vécue, beaucoup ressentent de l'impuissance et de la frustration pendant le travail. Malgré tout, la naissance de leur enfant reste un moment de joie et de bonheur (4).

Pour faire face à ce manque de contrôle pendant le travail, les hommes ont besoin de remplir divers rôles : un rôle de soutien moral, un rôle physique en apportant des soins de confort à leur conjointe tels que des massages, ... Un rôle d'intermédiaire avec l'équipe médicale lorsque la patiente ne peut plus s'exprimer, et enfin un rôle paternel après la naissance de leur enfant. (5–7) Si bien que, lorsque cette place ne peut leur être accordée, ils deviennent alors spectateurs de la situation, se sentant rapidement inutiles et impuissants. Cela semble être associé à un vécu plus traumatique (6,7).

Alors que se passe-t-il lorsqu'une situation d'urgence s'impose ? C'est dans ces circonstances où la place et le rôle du père est plus difficile à accompagner (1). Si les soignants ont l'expérience de ce genre d'évènements, il est fortement probable que le conjoint n'y soit pas préparé. Doit-on faire du père un témoin de la difficulté de la situation, ou doit-on lui faire quitter la pièce pour l'épargner de ce qu'il pourrait voir et percevoir ? Et qu'en pensent les principaux concernés ? Très peu d'études ont été réalisées sur le vécu des pères lors d'une césarienne en urgence. D'autant plus que ce dernier est un concept subjectif et multifactoriel.

Après une augmentation des taux de césarienne, ces derniers se sont plutôt stabilisés depuis 2003 (8), pour atteindre 20,4 % des naissances en 2016 (9). 53 % d'entre elles seraient pratiquées en urgence (10). Malgré cette stabilité, cette voie d'accouchement représente tout de même une naissance sur cinq.

Les situations d'urgence accroissent le sentiment d'impuissance, et d'anxiété. Certains parlent même d'un dépouillement de leur rôle de conjoint et de père. (11) Très peu d'études s'intéressent aux conséquences psychologiques d'un vécu traumatique chez le père. Certaines démontrent qu'un mauvais vécu peut entraîner un stress aigu, une détresse sévère chez l'homme, jusqu'à développer pour certains des symptômes de stress post-traumatique, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces situations (12). Il est néanmoins prouvé que celles-ci peuvent avoir une influence sur les interactions avec le nouveau-né et donc sur l'établissement du lien parent-enfant. Mais aussi sur la relation de couple, les interactions sociales, la santé physique et mentale du conjoint (7,13,14). Cela démontre l'importance de l'accompagnement et de la prise en charge de ces hommes.

C'est ainsi que nous avons voulu nous intéresser à une situation d'urgence qui est la césarienne. En particulier celle où le pronostic vital maternel et/ou fœtal est menacé à court ou à moyen terme. Il nous est apparu pertinent de nous demander quel est le vécu psychologique des futurs pères à la suite d'une césarienne avec menace du pronostic vital maternofoetal ?

Nous avons donc émis différentes hypothèses :

- Les informations données peuvent avoir un impact sur le vécu de la césarienne.
- La possibilité de pouvoir assister à la césarienne et être auprès de leur conjointe peut avoir une influence sur leur vécu.
- L'accompagnement et le soutien des professionnels permettent d'avoir un impact sur leur vécu.

L'objectif principal est d'étudier le ressenti des pères, les objectifs secondaires sont d'identifier les facteurs qui déterminent un bon ou un mauvais vécu de la césarienne en urgence, ainsi que leurs besoins et leurs attentes.

Dans un premier temps, la méthodologie employée pour cette étude sera expliquée, dans un second temps seront présentés les résultats de l'étude. Ces derniers seront ensuite discutés et des propositions pour améliorer leur prise en charge seront proposées.

1. Population et méthode

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'un mémoire d'apprentissage à la recherche en santé publique. La méthodologie choisie est une étude qualitative et rétrospective, réalisée par des entretiens semi-directifs individuels au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes et au Centre hospitalier privé (CHP) de Saint Grégoire.

1.2. Population étudiée

1.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des personnes interrogées sont les suivants :

- Pères francophones,
- Pères présents lors de la décision de césarienne
- Césarienne avec menace du pronostic maternofoetal, c'est-à-dire les codes rouge et orange (annexe 1) et réalisée à terme (> 37 SA)
- Première césarienne pour le futur père

1.2.2. Critères d'exclusion

Etaient exclus les conjoints dont la femme présentait des critères (maternels, fœtaux ou obstétricaux) pouvant entraîner une contre-indication formelle à la voie basse, ainsi que les pères travaillant dans le milieu obstétrical. De ce fait, ces derniers auraient pu avoir des informations supplémentaires concernant la césarienne, ce qui aurait pu constituer un biais.

1.2.3. Evolution des critères d'inclusion

Nos critères d'inclusion ont évolué au fil de nos recherches bibliographiques ainsi qu'en réalisant les premiers entretiens. A l'origine étaient exclues toutes patientes présentant une pathologie obstétricale, sans avoir vraiment défini quelles pathologies étaient concernées. Certaines femmes dont les conjoints ont été inclus, ont bien présenté des pathologies obstétricales (hypertension

artérielle gravidique non traitée, diabète gestationnel équilibré). Cependant, aucune n'avait de lien avec la décision de césarienne, et aucune n'a préparé le couple à cette décision en amont, nous avons donc décidé de les inclure.

Nous avons néanmoins décidé d'exclure la prématurité, puisqu'elle constituait un biais considérable sur le vécu de la césarienne. Un homme a ainsi été exclu après entretien, puisque son témoignage se concentrait davantage sur le vécu de la prématurité et de la prise en charge réanimatoire que sur la césarienne.

1.3. Forme et méthodologie

1.3.1. Construction du guide d'entretien

Afin de réaliser ces entretiens, un guide (annexe 2) a été réalisé comprenant six grands thèmes afin de structurer son déroulement, et permettant de répondre à notre problématique et à nos objectifs.

Les thèmes abordés étaient :

- Le déroulement de la grossesse
- La décision de la césarienne
- L'intervention
- La période juste après la césarienne et la surveillance post-opératoire
- Le post-partum
- Les attentes et les besoins

Deux entretiens exploratoires ont été réalisés permettant de valider et de compléter notre grille d'entretien.

1.3.2. Mode de recrutement et difficultés rencontrées

Le recrutement des conjoints a été réalisé directement en suites de couches. De par la crise sanitaire, nous n'étions pas autorisés à entrer dans les chambres des patientes pour venir nous-même recruter les pères. Ainsi, des fiches explicatives à destination des professionnels ont été affichées dans les services de suites de

couches et en salle de naissance, ainsi que des fiches à destination des conjoints ont été laissées à disposition pour que les sages-femmes puissent les distribuer (annexes 3 et 4).

Devant le peu de réponses reçues, notre étude a été étendue au CHP de Saint Grégoire. Après seulement un seul entretien réalisé, la question s'est posée de savoir s'il s'agissait d'un manque d'intérêt pour notre sujet, ou si les fiches étaient réellement distribuées aux conjoints. Le mode de recrutement a donc évolué afin d'avoir la possibilité d'expliquer aux pères l'intérêt de notre étude pour les inciter à participer, sans avoir à se déplacer dans les chambres. Après accord des cadres, les sages-femmes des services étaient donc contactées par téléphone afin qu'elles puissent nous transférer sur les numéros internes des chambres concernées.

Cette procédure a été réalisée tous les quatre jours sur les mois de mai à juillet afin de pouvoir couvrir toutes les césariennes.

1.3.3. Déroulement des entretiens

Les pères étaient contactés à J2 de la césarienne, afin d'exposer les objectifs et les enjeux de l'étude. Ces hommes étaient informés du caractère anonyme de leur témoignage ainsi que de la durée approximative de l'entretien. Ce dernier était alors prévu aux alentours de J4-J5 en fonction de leurs disponibilités.

Deux enquêtés nous ont appelés d'eux-mêmes, et seize pères ont été directement contactés dans leur chambre. Mais seulement douze furent présents au moment de l'appel téléphonique. Ceux à qui nous avons transmis nos coordonnées à leur conjointe ne nous ont jamais recontactés.

Quatorze entretiens ont donc été réalisés du 28 mai au 20 juillet. Deux d'entre eux ont été exclus, ne faisant pas partie des critères d'inclusion. Il s'agissait d'une césarienne qui avait été programmée dans la journée pour le premier, et pour le

second, l'intervention a été réalisée à 31 SA. La prématurité influant de façon considérable sur le vécu, il a été choisi de l'exclure.

Ces entretiens furent riches en données et ont pu constituer une matière dense à analyser, si bien que le seuil de saturation fut rapidement atteint malgré la subjectivité des vécus.

Les entretiens ont été réalisés par appel téléphonique majoritairement. Au vu du contexte sanitaire et de leur organisation, cette méthode semblait être la plus pratique pour ces nouveaux-pères. Un seul a été réalisé en présentiel. Les entretiens ont une durée de 20 à 73 minutes, la durée moyenne était de 43 minutes.

1.3.4. Le recueil des données

Après l'accord des conjoints, les entretiens ont été enregistrés afin de faciliter leur retranscription. Ils ont ensuite été retranscrits en respectant les mots et les expressions utilisées. Pour garantir l'anonymat des pères, ces derniers ont été nommés de A à L.

1.3.5. L'analyse des entretiens

Une double analyse des entretiens a été réalisée de manière verticale par thèmes, pour commencer. Puis de façon transversale selon une grille d'analyse (annexe 3) afin confronter les différents discours entre eux.

2. Exposé des résultats

2.1. Description de la population

Les douze pères interrogés lors de cette étude avaient entre 22 et 36 ans. Tous étaient en couple avec leur compagne. Parmi eux, dix étaient pères pour la première fois tandis que pour les deux autres, il s'agissait d'un deuxième enfant.

Sept de ces hommes ont été confrontés à une situation de césarienne en code orange sous anesthésie locale (AL), dont une s'est convertie en anesthésie générale (AG) en début d'intervention. Tandis que cinq d'entre eux ont vécu un code rouge sous AG.

Concernant les motifs de césarienne, pour neuf d'entre eux, la décision fut prise pour détresse fœtale. Il s'agissait d'un échec d'extraction instrumentale sans détresse fœtale pour deux des pères, et enfin, il s'agissait d'une complication maternelle pour un seul de ces hommes. Ces interventions ont toutes été réalisées à terme, pendant le travail.

2.2. Facteurs influençant le vécu des pères

2.2.1. Les informations et leur compréhension

La compréhension de la situation sur la cause et la nécessité de l'intervention est passée par l'information donnée par l'équipe médicale, mais pas seulement. Elle est passée aussi par l'information perçue qu'ils ont déduite en fonction du contexte. On peut remarquer que la compréhension a eu une influence sur le vécu de ces pères aussi bien positif que négatif.

Des signes annonciateurs

Pour certains pères, le risque de césarienne en urgence était plus ou moins prévisible, annoncé par des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) durant le travail pour la plupart. L'équipe médicale a pu donc les informer en amont que si les complications perduraient ou se majoraient, une extraction par césarienne serait nécessaire pour le bien-être de leur futur enfant. Ces pères ont pu avoir le temps de se préparer à cette éventualité et ont eu le temps d'intégrer les

informations et de les comprendre, que ce soit au niveau de la cause ou de la nécessité de cette intervention. Malgré l'urgence, l'annonce de la décision ne fut donc pas brutale.

On remarque alors que pour ces hommes, cette dernière a été très bien vécue et qu'ils ont pu décrire même un « *soulagement* » lorsqu'elle fut prise.

« C'est vraiment un gros soulagement parce que je voyais ça ... comme la fin, voilà c'est bon. » (Mr A)

La décision représentait donc la fin d'une période d'inquiétudes et d'impuissance. Le fait de passer en césarienne devenait alors plus sûr et plus sécuritaire pour le père que de continuer le travail.

« Ma fille, elle n'est pas bien, ça se voyait sur le schéma, j'étais soulagé que ce soit au plus rapide quoi » (Mr K)

Ces pères évoquaient alors la césarienne comme un mode d'accouchement plus contrôlé médicalement, avec moins de risques de complications.

« C'est plus sûr, parce que je vois l'accouchement comme quelque chose de très éprouvant, avec des complications possibles au niveau du cordon, du cœur. » (Mr A)

Une situation inattendue

Le contexte inattendu et non prévisible de la situation a participé à un vécu plus négatif. Les pères ont évoqué ainsi un sentiment d'impuissance et le fait de devenir un simple spectateur de la situation. Cette décision apparaît comme un bouleversement dans un travail qui était à l'origine physiologique, car aucun n'était préparé à cette décision. Beaucoup se sont placés en retrait, ne sachant plus quelle place prendre. Les principaux ressentis allaient de l'incompréhension, à la tristesse, en passant par la frustration et la peur. Un des hommes a décrit une certaine violence de l'annonce.

« Beaucoup de détresse », « il y a l'émotion qui a fait qu'on a perdu tous les deux nos moyens » (Mr L)

Pour d'autres, leur vécu a été conditionné par celui de leur conjointe, certains ressentiaient de la tristesse face à leur femme dont ce n'était pas le projet. Ce fut

le cas de monsieur G qui a justifié son vécu négatif par un sentiment de frustration pour sa femme.

« Il n'y avait aucun problème médical, donc à aucun moment on avait pensé à ce que ça se termine en césarienne, j'étais frustré pour la maman » (Mr G)

Très peu d'informations ont pu être données à ces pères au moment de la décision. L'urgence orientait les soignants sur la préparation de la patiente, ce qui a laissé les pères dans l'incompréhension. C'est seulement une fois la patiente partie au bloc opératoire qu'une grande partie d'entre eux ont pu avoir un peu plus d'informations sur les causes et la nécessité de l'intervention.

Compréhension de la situation et de la décision

Lorsque la décision de césarienne était plus ou moins prévisible, on remarque que les informations ont pu clairement être entendues et comprises. Ces pères n'avaient pas de préoccupations particulières quant à l'intervention ou quant au bien-être de leur femme ou du fœtus. La situation ayant été comprise, une confiance s'était alors développée envers l'équipe médicale et en leur prise en charge.

« Je n'avais pas de préoccupations particulières. Je fais confiance au corps médical. Je pense que ce sont des gens qui connaissent leur métier et certainement mieux que je ne connais le leur (rires) » (Mr I)

Pour d'autres, l'urgence et le contexte inattendu de la situation ont laissé place à un sentiment d'incompréhension total au moment de la décision. On remarque que des préoccupations étaient présentes pour ceux n'ayant pas eu une bonne compréhension. Ces derniers avaient peur pour la vie de leur femme et de leur futur enfant, persuadés qu'ils allaient les perdre, favorisant ainsi un vécu plus négatif. Bien que le pronostic maternel ne fût pas du tout menacé, les préoccupations étaient surtout centrées sur la conjointe et sur l'opération. Cette décision et le contexte de l'intervention dont son attente furent par conséquent, mal vécus.

« Est-ce que je vais voir ma femme se réveiller ? », « je me suis fait le film d'être tout seul avec un bébé et comment je vais faire ? Et là, je me disais, il y a des possibilités, ... je sois tout seul pour éduquer cet enfant » (Mr D)

L'importance de l'information

Le besoin d'information à ce moment-là, semblait être important pour la plupart des pères. Celui-ci serait justifié par le besoin d'être rassuré, d'être mieux préparé, et de ne pas rester dans le doute avec des interrogations. Ils soulignaient également le besoin d'honnêteté, même s'il s'agissait de mauvaises nouvelles, les pères avaient besoin de les entendre. Les incertitudes semblaient être plus néfastes que les réponses.

« Ces informations auraient pu m'apaiser voilà, et peut être me préparer un peu plus mentalement » « il y a peut-être une personne qui, qui peut reconforter le papa ou répondre à ses questions » (Mr D)

Certains pères comprenaient que l'urgence de la situation devenait prioritaire sur l'information de ces derniers. D'ailleurs, ceux dont la situation avait déjà été comprise, ont exprimé qu'ils préféraient que l'équipe se concentre entièrement sur leur compagne que sur eux.

« J'aurais bien aimé effectivement avoir plus d'informations, après, je comprends... Il vaut mieux s'occuper de la patiente avant d'informer le père, ça, je le comprends, je le conçois parfaitement » (Mr I)

Cependant les pères qui étaient dans l'incompréhension de la décision et dans un état de détresse, cherchaient du soutien et des informations auprès des professionnels, ces derniers ne comprenaient pas toujours quelle était l'urgence et pourquoi cette décision avait été prise.

« Après je vous avoue que je n'étais pas très bien, c'est quand on se retrouve tout seul, que tout retombe et que les inquiétudes arrivent » (Mr B)

La plupart des pères ne semblaient pas avoir le besoin de réaborder le déroulement de la situation en suites de couches, les choses ayant été comprises pour la plupart d'entre eux, que les informations aient été données et entendues au moment de la décision ou après l'intervention. Leurs questionnements étaient plutôt orientés sur les répercussions de la césarienne, sur la santé de leur femme et sur le pronostic d'une nouvelle grossesse. Le besoin d'information se situait précisément au moment de la décision et pendant la césarienne.

Une préparation en amont

Très peu de pères ont pu assister aux cours de préparation à la naissance. Seulement un seul d'entre eux a pu avoir des informations sur la césarienne lors de ces cours. Trois des conjoints expliquaient que leur femme leur faisait un retour sur chaque cours, mais que même si celui de la césarienne avait été évoqué avec la future mère, cette dernière n'a pas transmis l'information, jugeant que ce n'était pas pertinent.

Lorsque nous avons demandé s'ils auraient aimé avoir cette information sur la césarienne, les réponses étaient mitigées. D'un côté, deux d'entre eux soulignaient qu'ils ne voyaient pas l'intérêt de délivrer cette information pendant la grossesse, mais qu'elle aurait été pertinente en cas de césarienne programmée. Rajouter de nouvelles informations ne serait pas efficient et pourrait même être source de stress pour certains futurs pères.

Cependant, les dix autres étaient plutôt favorables à recevoir cette information en anténatal afin de mieux se préparer et connaître le fonctionnement et l'organisation de la césarienne que ce soit avant, pendant, et même après. Notamment concernant leur place avec leur nouveau-né pendant que leur conjointe était en salle de réveil. Certains ont même évoqué que des cours de préparation réservés aux futurs pères où seraient abordés des thèmes sur leur place en salle de naissance ou en césarienne, auraient été bénéfiques. Ces derniers seraient justifiés par une meilleure facilité d'accès aux conjoints, de se sentir plus inclus, et pouvoir ainsi poser leurs questions plus librement.

« Au moins ça m'aurait permis de moins m'inquiéter et d'être un peu plus préparé » « ça aurait peut-être été un peu mieux, pour avoir plus d'infos et moins s'inquiéter » (Mr C)

Seuls monsieur A et L possédaient des informations sur la césarienne par sa femme médecin pour l'un, et par sa propre mère ayant subi cette intervention pour l'autre, ces informations préalables ont été un élément rassurant pour eux.

« Ça m'a aidé un peu, parce je savais comment ça se passait, ce qu'ils faisaient exactement pendant une césarienne » (Mr L)

Le caractère imprévisible et abstrait de la césarienne en urgence ne permettait pas aux futurs pères d'anticiper des recherches sur cette intervention et le rôle qu'ils auraient pu jouer durant cette naissance.

La plupart de ces hommes n'avaient pas la notion qu'une césarienne en urgence pouvait être possible. Pour eux, il s'agissait d'un évènement ne se produisant qu'exceptionnellement, relativiser cet acte sur sa fréquence aurait pu être bénéfique. Le besoin de connaissances pendant la grossesse semblait être le même que celui de la femme, qui elle a reçu ces informations.

« On a, je ne dirais pas plus besoin, mais on a autant besoin que la femme, parce que elle a déjà une bonne palette grâce à ses recherches, son inquiétude et ses amies qui sont peut être passés par là » (Mr D)

2.2.2. L'équipe médicale

Une relation de confiance

Beaucoup ont décrit que la relation avec l'équipe médicale avait participé à un vécu plus positif. Leur accompagnement, et leur professionnalisme permettant d'instaurer une confiance du père envers les soignants. Dès lors que les pères ont eu une bonne compréhension de la situation et de la décision sur les causes et la nécessité, nous remarquons qu'une relation s'est nouée avec l'équipe médicale.

« On voyait bien qu'ils étaient affairés sur le truc, mais qu'ils prenaient le temps de faire les choses correctement. Et ça, déjà, c'était rassurant » (Mr I)

C'est d'ailleurs ce que reprochait monsieur H, qui lui n'a pas pu nouer une relation de confiance avec l'équipe causé par un défaut de compréhension. La distance qui s'est créée entre le père et l'équipe a participé à un vécu plus négatif pour cet homme.

« Plus de communication, d'intégration et qu'on nous, qu'on s'intéresse à nous aussi, montrer comment on a vécu ça » (Mr H)

Ce père avait besoin de comprendre la situation. Cette méconnaissance des évènements et de leur nécessité a créé un sentiment de méfiance envers les

soignants, remettant en doute les informations données par l'équipe, ainsi que la responsabilité des professionnels.

« Il était en danger à ce qu'il paraît » « Je ne sais pas si c'est eux ou nous qui ont mal fait. Je ne sais pas s'ils ont eu du retard. Je ne sais pas si c'est eux les fautifs. Je ne sais pas »

Et ce manque de compréhension a pu avoir des conséquences, celui-ci a créé un désaccord entre l'équipe et le père, ne comprenant pas pourquoi la décision a été prise, ce dernier ne voulait pas de cette intervention.

« On ne voulait pas ça, on est restés là à dire, à dire qu'on ne veut pas ça. » « le médecin nous a dit qu'il n'a pas le choix (...). Du coup on ne s'attendait pas à ça », « mais ils n'ont voulu rien savoir » (Mr H)

Il s'est senti démuni et non considéré, et aurait aimé que plus d'informations soient délivrées spontanément par l'équipe, car la situation le laissait submergé. Le tout associé à un manque de confiance envers l'équipe, cela l'empêchait de rechercher les informations de lui-même et d'aller spontanément demander du soutien.

« On ne s'est pas intéressé à moi après que la décision était prise. Moi, on ne m'a pas donné beaucoup plus d'informations et du coup, vu que c'était compliqué pour moi, je n'ai pas eu la réaction de demander cette information. » (Mr H)

Une équipe soutenante

Les équipes médicales ont joué un rôle important dans le vécu de ces hommes. Les soignants ont pu partager des moments avec eux afin de les rassurer soit en leur apportant des informations, ou par leur présence pour les distraire perpétuant ainsi ce climat de confiance et renforçant l'implication de ces pères. L'urgence ne leur permettait pas de leur apporter une présence en terme de quantité de temps, mais plutôt une présence riche et de qualité.

« Ils savent que c'est difficile, du coup, ils nous mettent vraiment dans de très bonnes conditions, des blagues, des sourires, des attentions ... Et tout ça, c'est super » (Mr D)

La communication des soignants entre eux, mais aussi leurs attitudes et leur langage non verbal ont participé à créer un climat de sécurité pour ces pères, réduisant leur anxiété, et leurs inquiétudes.

« J'ai su après que c'était l'anesthésiste, mais il chantait et dansait un peu, il était, très détendu. Alors j'ai dit ce n'est pas possible que ça se passe mal avec un médecin qui est autant détendu (rires). » (Mr A)

« L'équipe médicale est tellement géniale qu'il y a une confiance en fait, on est tout de suite rassuré » (Mr A)

L'efficacité et la rapidité

Beaucoup ont décrit la notion de rapidité de l'action ainsi que le nombre important d'intervenants qui entrent en urgence dans la salle d'accouchement une fois la décision prise.

Ceux dont la situation avait été comprise en amont de la prise de décision ont décrit la rapidité de l'action comme positive, mettant fin à l'angoisse générée par les ARCF. Pour les autres, dans les situations un peu plus inattendues, la rapidité des choses a permis aux pères de limiter ce temps d'inquiétudes et d'impuissance. La rapidité étant le signe de l'efficacité, était perçue comme rassurante pour tous.

Ceux dont la situation n'a pas été comprise, l'ont décrite comme étant un facteur négatif, entraînant ainsi plus de stress, d'angoisses et d'incompréhensions.

Les moments de latence semblaient eux-aussi être générateurs d'angoisses et de questionnements, ce fut le cas pour l'attente des pères avant que l'on ne vienne les chercher pour assister à la césarienne, ou pour ceux n'ayant pas pu assister à la césarienne comme monsieur L. Ils auraient aimé qu'une personne reste à leurs côtés.

« J'avoue que la phase entre le moment où je sors de la chambre et j'arrive dans le couloir a été un petit peu longue » (Mr E)

« Il y avait de l'inquiétude, je me suis retrouvé tout seul, à attendre, c'était les cinq minutes les plus longues de ma vie » « j'étais plus focalisé sur autre chose et

*j'aurais bien aimé voir quelqu'un venir discuter avec moi pour me rassurer quoi »
(Mr L)*

2.2.3. L'implication du père

Respect du choix d'assister ou non à la césarienne

Les motivations des hommes à assister à la césarienne étaient unanimes, être présents aux côtés de leur conjointe pour la soutenir. Aucun n'a abordé la notion d'être présent pour assister à la naissance de leur nouveau-né, ou alors ils l'exprimaient en deuxième intention. Il semble que la naissance de leur enfant n'était pas du tout la priorité de cette intervention.

« Alors moi, c'était plus pour la soutenir. Mon bébé, je l'aurais eu qu'à la couveuse. Je ne peux pas dire que ce n'était pas grave, mais c'était plus par rapport à ma femme » (Mr E)

Le vécu de l'intervention était influencé par le respect du choix de leur présence ou non à la césarienne. Cette volonté a pu être respectée pour la majorité des pères, sauf pour les conjoints C et I. Ce dernier a dû sortir au début de l'intervention, car l'analgésie n'était pas suffisamment efficace. En plus de ne pas pouvoir être auprès de sa femme pour la soutenir, cet homme était complètement perdu par sa mise en retrait, ceci favorisé par un manque d'information, ce moment fut très mal vécu.

« J'ai eu à peine le temps de m'asseoir. On m'a dit de sortir », « j'ai vraiment eu l'impression d'être dans un sac à patates pendant cette période de une ou deux minutes » (Mr I)

Imagination de la naissance de leur nouveau-né et décalage avec la réalité

La plupart ont affirmé ne pas avoir imaginé la naissance de leur enfant, ni le rôle qu'ils auraient pu y jouer, ce concept était encore assez abstrait. Les pères qui s'étaient le plus projetés sur la naissance de leur nouveau-né semblaient être ceux qui avaient le plus de mal à accepter ce décalage et qui ont vécu le plus difficilement la césarienne.

Participation aux soins

Certains pères ont pu participer aux soins de leur enfant. Lorsque cela faisait partie de leur projet de naissance, ce fut quelque chose de grandement apprécié pour eux, leur permettant de remplir un des rôles qu'ils s'étaient fixés pour accueillir leur bébé lors d'un accouchement voie basse. Ils ont pu ainsi raccourcir le cordon, faire du peau-à-peau, habiller leur enfant. Ces gestes ont été associés à un vécu positif et leur ont permis de retrouver un sentiment de contrôle sur la situation et de détourner leur attention de leur femme dont l'opération n'était pas terminée.

Cependant, ceux qui le souhaitaient et qui n'ont pas pu le faire ont décrit de l'impuissance, leurs pensées allant directement vers leur femme et auraient aimé pouvoir s'occuper de leur enfant.

« Si j'avais pu m'en occuper ou ne serait-ce que de donner un petit peu la main, même si c'était juste pour donner un peu de coton, ça m'aurait peut-être permis de me poser moins de questions pour madame » (Mr I)

2.2.4. La séparation du couple en post-opératoire

Cette séparation fut abordée spontanément par l'ensemble des pères et décrite comme difficile pour la plupart. Même lorsque cette attente ne fut que de quelques minutes.

« C'est le moment que j'ai le plus le plus détesté de la journée », « ça aurait été vraiment d'être tous les trois pour les premiers moments quoi » (Mr G)

Bien que ces hommes soient heureux de partager un moment privilégié avec leur nouveau-né, le fait de ne pas pouvoir le partager avec leur femme, en famille a pu laisser un goût amer. Ces derniers ne pouvaient s'autoriser à ressentir toutes les émotions qui les envahissaient puisque leur femme était toujours en salle d'intervention et qu'elle n'avait pas eu la chance de faire cette rencontre.

« Est ce que vous voulez aller voir votre bébé ? Et là, je lui ai dit non » « Parce que j'attends ma femme » « et je voulais que ma femme soit là, pour voir notre bébé » « C'est quand on est à deux, que le plaisir est comblé » (Mr J)

Le vécu de cette période fut donc plutôt négatif pour l'ensemble des pères, oscillant avec des émotions contradictoires, du soulagement mais toujours de l'inquiétude, de la joie mais toujours de la peine, voire même une culpabilité pour certains. Ils n'ont pas pu se focaliser entièrement sur leur nouveau-né, leurs pensées allant directement vers leur femme.

« C'est un peu comme si j'avais un double problème. Il y a un côté de moi qui était vraiment heureux de voir mon enfant bien, mais de l'inquiétude auprès de ma femme » « J'étais heureux, mais je n'avais pas le droit d'être trop heureux. » (Mr D)

Monsieur H a eu l'impression qu'on leur a volé un moment précieux, où le couple aurait pu découvrir et profiter de leur enfant ensemble.

« C'était difficile parce que on a raté un bon moment aussi », « on m'a volé une partie de quelque chose, parce qu'on nous a séparés, c'était difficile parce qu'on ne s'attendait pas à des trucs comme ça » (Mr H)

Seul monsieur K a semblé avoir bien vécu cette séparation lui permettant de profiter d'un moment seul avec son nouveau-né pour le découvrir.

« J'avais mon bébé dans les bras, j'ai squeezé totalement ma femme, ma femme elle n'existait plus en fait, comme je n'osais pas trop parler quand elle était dans le ventre de sa mère, je lui racontais tout ce que je voulais lui raconter » (Mr K)

Les retrouvailles en salle de réveil ont été un moment de soulagement concret et total pour ces pères, puisqu'à ce moment-là, ils avaient leur nouveau-né et leur femme auprès d'eux, en bonne santé. Mais ce moment fut trop court pour la plupart des pères devant aller en service de maternité attendre leur conjointe.

« C'est le moment où je me suis relâché, ou je me suis dit bon bah c'est bon, c'est fini, je n'ai plus à m'inquiéter, ni pour l'un ni pour l'autre. Ils sont tous les deux bien en bonne santé » (Mr F)

2.3. Quel souvenir ont-ils de la naissance de leur enfant ?

Les pères avaient globalement un souvenir positif de la naissance de leur enfant. Une fois la situation d'urgence terminée, et après s'être assurés de l'état de

bonne santé de leur femme et de leur nouveau-né, ces hommes ont été capables de relativiser la situation.

« Ils ont été super, ils ont ramené les deux, auprès de moi et il y a que ça que je retiens et que du positif », « une fois qu'y a le bonheur, on oublie tout, c'est le plus beau jour de ma vie et tout ce qui était avant c'est oublié » (Mr D)

« C'est plutôt derrière moi, j'ai vécu d'autres choses dans ma vie que j'ai encore du mal à digérer mais celle-là elle est derrière moi, maintenant ils sont tous les deux-là, en pleine santé, du coup je n'ai plus besoin de m'inquiéter » (Mr L)

Seul monsieur H avait un vécu plutôt mitigé de la naissance de son enfant.

Lorsque nous évoquions les regrets qu'ils pouvaient avoir, la majorité des pères citaient ceux de leur conjointe, mais disaient ne pas en avoir.

« C'est surtout par rapport à la maman, elle a le regret de ne pas avoir accouché normalement, regret de ne pas avoir accouché par voie basse », « j'essaye de la reconforter, de lui dire que ce n'est pas grave, » (Mr L)

3. Discussion

3.1. Forces et limites de l'étude

3.1.1. Forces de l'étude

Intérêt du sujet

Les pères interrogés étaient très heureux de pouvoir participer et de l'intérêt qui était porté à leur vécu. Le taux de participation de cette étude était de 100 % pour les pères à qui nous avons pu la proposer. Pendant les entretiens, ces conjoints étaient donc très ouverts sur leurs ressentis, et beaucoup nous ont remercié à la fin des questions.

Population étudiée

La population qui a été étudiée était assez hétérogène, comprenant des pères d'âges différents, de catégories socio-professionnelles et de cultures variées. Les motifs de césariennes en urgence des différents conjoints interrogés balayaient une grande partie des causes qui nécessitent cette intervention.

Méthode utilisée

L'utilisation d'une méthode avec des entretiens semi-directifs a permis aux pères de pouvoir s'exprimer librement sur les différents thèmes abordés tout en pouvant approfondir certains points en fonction de leur discours. Les entretiens étaient réalisés sans la présence de leur compagne afin qu'ils puissent se confier plus facilement sur leur vécu et que leur discours ne soit pas influencé par la présence de leur conjointe. Cela a permis d'obtenir des témoignages riches et de qualité.

3.1.2. Biais et limites

Etude non exhaustive

Cette étude n'a pas pour but d'être représentative de l'ensemble des vécus des pères. Il s'agit d'une étude qualitative qui comporte seulement douze personnes interrogées, réalisée sur deux maternités de Rennes. Néanmoins, malgré les situations de césarienne différentes, le seuil de saturation a été rapidement

atteint concernant les aspects de leur prise en charge qui ont favorisé un vécu plutôt positif ou négatif.

Biais de sélection

Il est possible que les conjoints ayant participé à ces entretiens soient ceux qui ont eu un meilleur vécu, ayant plus de facilités à en parler par rapport à ceux qui auraient pu refuser de participer. Le fait de ne pas avoir pu m'adresser directement aux pères et d'être passé par l'intermédiaire de leur compagne constitue un biais. Pourquoi ces conjoints-là ne m'ont-ils pas recontacté. Par pudeur ? Est-ce parce que l'information ne leur a pas été transmise, ou parce que leur vécu était trop négatif ? Toutefois, tous les conjoints à qui nous avons pu expliquer notre étude et son intérêt, étaient motivés à participer.

Biais de mémorisation

Les hommes étaient interrogés sur des faits passés, et sur des informations dont ils disposaient avant la césarienne. Ces expériences peuvent avoir été reconstruites différemment après la naissance. C'est pourquoi, pour y remédier, ces derniers ont été interrogés aux alentours du quatrième jour après la césarienne pour éviter un biais de mémorisation.

Les pères gardent un bon vécu global de la naissance de leur bébé, et n'ont pas eu besoin de réaborder la situation. Une fois que leur femme et leur bébé étaient en bonne santé auprès d'eux, la césarienne a vite été relativisée. Malgré cela, nous ne connaissons pas les impacts de cette situation d'urgence à plus long terme. Ils ne peuvent donc pas être étudiés sur ces entretiens, des études complémentaires seraient alors nécessaires.

3.2. Synthèse des résultats

3.2.1. Au regard de la littérature

3.2.1.1. L'impact de la compréhension de la situation sur le vécu des pères

La communication avec les soignants : un besoin essentiel

L'étude que nous avons réalisée a démontré que le partage d'informations et leur compréhension a eu un impact positif sur le vécu des pères. Il s'agit du principal élément cité par ces hommes comme étant un facteur influençant leurs ressentis.

La compréhension de la décision leur a permis de mieux aborder la situation. Les pères décrivaient alors se sentir plus impliqués, et ont affirmé avoir un meilleur contrôle de la situation, permettant ainsi de réduire les inquiétudes et l'anxiété. Un climat de sécurité s'étant alors installé, ils pouvaient alors laisser les équipes agir sans avoir d'inquiétudes. Ces résultats sont concordants avec les études réalisées. Mutryn (15) et Steen et al (3), démontrent que les informations ou les connaissances mises à disposition sont associées à une diminution des préoccupations. Certaines études soulignent également que les informations reçues leur permettent un meilleur contrôle ce qui procure un sentiment d'apaisement. (6,11,16–18) Ces pères, ayant participé à notre étude ne ressentaient plus le besoin d'informations complémentaires, une fois celle-ci comprise.

Cependant, pour les conjoints étant dans l'incompréhension, cette dernière est décrite comme étant source d'angoisses, d'inquiétudes. Les pères ne pouvant pas juger de l'ampleur de la gravité de la situation ont alors imaginé le pire, à savoir la perte de leur femme dans la majorité des cas. Très peu ont décrit des inquiétudes concernant le fœtus, alors que le pronostic vital était menacé pour ce dernier dans la plupart des cas.

Montigny et al (6) démontre que les inquiétudes des pères proviennent d'une mauvaise interprétation et d'une exagération de la gravité de la situation. Dans notre cas, ils se sont focalisés sur leur femme qui allait subir une opération en urgence avec une peur centrée sur les complications possibles d'une telle intervention. C'est ce que certaines études soulignent : les préoccupations des pères sont surtout centrées sur l'opération en elle-même. (16) Ces moments les ont laissés dans un état de détresse et ont favorisé un vécu plus négatif. Il est

important de considérer que l'on n'épargne pas les pères en leur omettant des informations. Bien au contraire, dans notre étude, ces hommes soulignaient eux-mêmes le besoin d'honnêteté, ce qui est aussi décrit par Grobman et al (18).

Comment apporter une information de qualité ?

L'information du patient ou à défaut de ses proches est passée d'un devoir à une obligation légale. (19) Mais il existe quelques exceptions au devoir d'information notamment la situation d'urgence. Néanmoins, une information sur les éléments et les faits de base vaut mieux qu'une absence totale d'information. Cette dernière ne serait justifiée seulement dans le cas où la patiente serait inconsciente et par une absence de présence de la famille. Il est alors préconisé de fournir une information en qualité et non en quantité dans ces situations où l'urgence prime. (20)

La qualité et la quantité d'informations données ne sont pas évaluables dans notre étude puisque les professionnels n'ont pas été interrogés, seulement ce que les pères ont compris a pu être évalué.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) décrivent que l'information partagée doit être synthétique, hiérarchisée, elle doit présenter l'état de santé de la patiente et du fœtus, l'évolution possible. Elle doit porter sur l'intervention envisagée, ses objectifs, son utilité, son degré d'urgence, les complications possibles. (21) Johansson et al (16) décrit que les pères sont plus satisfaits, et se sentent plus impliqués lorsque les soignants prennent le temps de les informer, mais également lorsque les équipes communiquent entre elles à voix haute : par exemple concernant la préparation de la patiente, le début de l'intervention, la naissance de leur enfant ... Cela participe à leur compréhension même lorsqu'ils ne s'adressent pas directement à eux, leur permettant d'avoir un sentiment de contrôle sur la situation.

Le choix de mots semble là aussi très important. Il est démontré que le langage utilisé doit être adapté au niveau de compréhension du père. Le vocabulaire doit être simple, ne doit pas comporter de termes trop médicaux pouvant entraîner plus de confusion chez le conjoint. (22) Dans notre étude, un des pères a évoqué que le mot « *césarienne* » n'a jamais été clairement exprimé. Il a finalement

compris ce qu'il se passait lorsqu'ils ont emmené sa femme au bloc opératoire, le laissant dans une confusion. Ce qui a participé à son vécu plus mitigé de la décision. Une mauvaise communication verbale avec le père ou entre les soignants laisse donc peser les doutes et des inquiétudes chez les hommes.

Préparer les pères en amont afin de créer des attentes plus souples

Notre étude a mis en avant que les pères ayant été informés en amont de la césarienne avaient globalement un meilleur vécu de cette décision. Lorsque cette dernière a été prise, ils étaient déjà préparés à ce qu'il pouvait se passer.

Certains pères évoquaient qu'avoir cette information en anténatal leur aurait permis d'être mieux préparés, et moins stressés. Cependant, on ne peut pas évaluer l'impact qu'auraient eu ces informations sur leur vécu au moment de la décision, puisque ce n'était pas des connaissances qu'ils possédaient. Une étude comparative sur la satisfaction des pères avec une préparation en amont serait alors nécessaire pour évaluer cet impact. Néanmoins, il s'agit de quelque chose que la majorité aurait souhaité recevoir. Les pères qui, eux, ont bénéficié d'informations par leurs proches ont déclaré qu'avoir pu envisager cette possibilité, les avait mieux préparés.

Johansson et al (16), décrivent que les pères ayant une expérience antérieure de la césarienne ou une préparation prénatale semblent avoir une expérience plus positive de l'intervention. Cela leur permet de garder une sensation de contrôle et de diminuer leur anxiété lorsque la situation se présente. Steen et al (3), Franzen et al (23), Etheridge et Slade (12) et Johansson et al (7) s'accordent sur le fait que les pères ont besoin d'une préparation anténatale.

Seulement deux pères ne jugeaient pas pertinent de recevoir ces informations en anténatal, pouvant être au contraire source de stress. Ce sont d'ailleurs ces pères-là qui avaient été préparés en amont à la décision au vu des ARCF, toutes les informations leur ont été données pendant le travail. Il ne s'agissait pas pour eux d'une annonce violente et inattendue pouvant les laisser dans l'incompréhension et dans un stress dit dépassé. Le stress lié à une préparation en amont est naturel et est un mécanisme adaptatif face à quelque chose que l'on ne souhaite pas. (24) Il est donc normal que ces pères ne trouvent pas

pertinent de s'informer avant alors qu'ils ont eu le temps d'être préparés juste avant la décision.

Mais tous les hommes n'ont pas la possibilité de participer à ces cours de préparation, les différents freins à cette participation sont les horaires, les cours se déroulent principalement en journée ne permettant pas aux pères d'y assister. L'absence d'autres hommes peut également être un obstacle, les futurs pères ont peur d'être mis de côté que ce soit par les professionnels ou par les autres participants. (25)

Dans notre étude, un des pères a évoqué qu'il serait intéressant de réaliser des cours de préparation spécialement réservés aux pères sur leur place, leurs rôles. Quand la question a été posée aux conjoints suivants, la plupart auraient été intéressés si on leur avait proposé. Ces cours pourraient alors être adaptés aux obligations professionnelles de ces futurs pères et ainsi, les différentes modalités d'accouchement pourraient y être évoquées, notamment la césarienne en urgence, la possibilité ou non d'assister à l'intervention et les préparer au fait qu'il soit possible que le couple soit séparé en post-opératoire contrairement à l'accouchement voie basse. (1) Une étude (26) comprenant 158 pères a été réalisée sur les attentes des hommes en anténatal, concernant des groupes de parole leur étant réservés. Cette dernière démontre finalement qu'ils sont peu à être demandeurs d'informations concernant la césarienne. Mais comme le montre notre étude, la majorité des hommes ne s'était pas préparé à cette possibilité. Ils ne peuvent donc pas être demandeurs si cette alternative n'a jamais été abordée.

Deux des pères exprimaient qu'ils ne savaient pas qu'il s'agissait d'une intervention pratiquée fréquemment, et qu'ils auraient aimé disposer de cette donnée afin de la percevoir comme une intervention que les équipes maîtrisent facilement. Les études révèlent en effet que lorsque celle-ci est perçue par les pères comme une procédure de routine, ces hommes ont une plus grande confiance envers l'équipe médicale et un vécu plus positif. (16)

Les informations données en anténatal permettent alors d'influer leurs perceptions de la naissance et de les préparer à toutes les possibilités, notamment celle de la césarienne. Montigny et al (6) démontrent que lorsque les pères créent des attentes réalistes et souples liées à la naissance, ils sont plus

susceptibles de vivre une expérience plus positive. Au contraire, ceux dont les attentes sont plus rigides et qui ont idéalisé l'accouchement à leur manière, se retrouvent alors face à une situation imprévue lors de la décision, ce qui favorise un vécu plus traumatique. C'est ce que nous retrouvons également chez les pères de notre étude, ceux qui se sont le plus projetés sur une naissance voie basse, sont ceux qui ont eu le plus de mal à encaisser ce décalage.

3.2.1.2. Développer une relation de confiance avec l'équipe médicale

Lors d'une situation d'urgence, la décision peut apparaître comme un bouleversement lorsque celle-ci est inattendue. Les pères se retrouvent dans une situation d'impuissance, dans laquelle ils ne peuvent plus rien maîtriser. Ils doivent pourtant avec leur conjointe consentir à cette intervention, avec un minimum d'informations. Il ne s'agit plus d'un consentement libre et éclairé, mais d'un consentement de confiance. (27)

Pour pouvoir accepter la césarienne, il faut que cette relation de confiance se soit créée entre l'équipe et le couple. Elle est nécessaire pour que les pères puissent volontairement ou par contrainte, se dessaisir de la situation et s'en remettre aux soignants, en acceptant leur incapacité à pouvoir maîtriser les choses.

C'est d'ailleurs ce que notre étude met en lumière. Les patients ayant pu nouer une relation de confiance avec l'équipe médicale possèdent un meilleur vécu. Ce sont eux qui se sont mis de côté afin que l'équipe médicale puisse s'occuper de leur femme, et qui ont compris que l'urgence était plus importante. Cependant, un des pères (monsieur H) qui n'a pas pu nouer cette relation s'est mis en travers des soignants, refusant la césarienne. Cette dernière fut vécue comme une menace. Il a douté des motivations des soignants à réaliser l'intervention et plaçait l'équipe comme fautifs concernant la décision.

Mais comment une telle relation de confiance se crée-t-elle ? Plusieurs éléments peuvent être retenus.

Tout d'abord dans notre étude, on peut relever la considération et l'implication du père dans la décision. Elle passe par les différentes informations données par les soignants et par le soutien qu'ils ont pu apporter au couple. Les études confirment que la communication avec l'équipe médicale valorise le conjoint dans son rôle

de futur père et d'accompagnant. Malgré l'impuissance de la situation, cela lui permet de maîtriser un minimum de choses, à savoir connaître les faits. Cette considération permet à l'homme de reprendre un peu de contrôle. (5–7,15–17) Il était alors plus facile pour eux de s'en remettre aux soignants pour la suite.

Dans le cas contraire, l'indifférence de l'équipe médicale, la mise à l'écart des pères crée plutôt un climat de tension, d'impuissance, et une insécurité, entraînant une rupture de confiance avec les soignants. (6,7,11,12,16) C'est d'ailleurs ce que reprochait monsieur H lors de la décision de passage en césarienne. Cette multiplication de facteurs de stress a engendré un ressenti plus traumatique. (12)

L'attitude des professionnels, leur calme et leur professionnalisme peuvent aussi être retenus dans notre étude. La communication entre les soignants, la rapidité de la procédure a permis de créer un climat de sécurité qui participe à détendre et à apaiser ces hommes. Ceci est concordant aux études réalisées (5).

Johansson et al (16) et Elmir et Schmied (11) démontrent également que la communication non verbale est bien perçue par les pères. Lorsque les soignants paraissent détendus, mais aussi de bonne humeur, cela participe à réduire l'anxiété des hommes, et favorise un meilleur vécu. Au contraire le manque de contact visuel de l'équipe entraîne une rupture de confiance. Les pères assimilent ce geste à une sensation d'évitement, une situation non contrôlée, et ils peuvent alors remettre en cause les compétences de l'équipe médicale.

Ces études évoquent aussi le caractère très contrôlé de l'intervention, à savoir le nombre de personnes présentes aux tâches définies. Ceci participe à un sentiment de sécurité, démontrant que tout est sous contrôle.

Une fois celle relation installée, les pères de notre étude avaient une meilleure perception des compétences de l'équipe. Cette confiance a permis de minimiser leurs inquiétudes et leurs préoccupations de l'intervention.

3.2.1.3. Offrir une place plus importante aux pères

Respect du choix d'être présent ou non en salle de césarienne

D'après les résultats de notre étude, la majorité des pères souhaitaient être présent en salle de césarienne pour soutenir leur conjointe et être auprès d'elle.

Les autres ne voulaient pas être présents pour diverses raisons, parce que l'urgence perçue les incitait à rester en retrait, préférant qu'ils s'occupent de leur femme plutôt que d'eux, ou pour des raisons plus personnelles. Dans tous les cas, ce n'est pas la possibilité de pouvoir assister à l'intervention qui a eu un impact sur leur vécu, mais plutôt le respect de leur choix d'y assister ou non, ainsi les pères dont le choix n'a pas pu être respecté parce que les situations ne le permettaient pas (césarienne sous AG) avaient un vécu plus négatif. Il est donc nécessaire qu'un membre de l'équipe reprenne avec eux les raisons de cette impossibilité afin qu'ils comprennent et qu'ils puissent être soutenus le temps de la naissance de leur enfant.

La littérature présente des contradictions sur la présence des pères au bloc opératoire et leurs ressentis. Elles suggèrent qu'assister à la césarienne représente un moment d'anxiété et d'impuissance pour ces futurs pères. (16) La revue de la littérature de Mutryn (15) rejoint cette idée, les pères ayant participé expriment s'être sentis obligés d'être présents pensant que c'était ce que l'on attendait d'eux. Avec le recul, ces derniers auraient préféré ne pas y assister. Cependant, dans notre étude, les pères ayant souhaité y participer n'ont pas décrit ces sentiments. La plupart étaient au contraire soulagés que leur souhait de participer soit respecté, ces pères ont décrit le besoin de soutenir leur femme. Dans ce contexte d'urgence, il était inconcevable pour eux de ne pas accompagner leur femme. Ils souhaitaient se placer en tant que figure protectrice et de soutien contrastant avec l'impuissance de la situation au moment de la décision. (6) L'urgence étant placée sur l'intervention, ceux qui ne souhaitaient pas entrer dans le bloc opératoire ont clairement pu l'exprimer. Cette pression sociale envers les pères a semblé être moins importante que dans le contexte de césarienne programmée.

Participation aux soins

Même si une grande majorité des pères a pu réaliser du peau-à-peau à la suite de la césarienne, beaucoup ont exprimé qu'ils auraient aimé en faire plus et également participer aux soins de leur nouveau-né. Raccourcir le cordon pour certains, à défaut de pouvoir le couper au moment de la naissance, ou pouvoir habiller le nouveau-né.

On remarque une certaine adaptation du comportement des pères tout le long de la grossesse et de l'accouchement (28). La notion de « rôle » est très bien décrite dans certaines études. Une participation active semble être associée à un meilleur vécu des pères. Pour commencer, un rôle de soutien moral et rassurant est décrit pendant le travail (5–7,15). C'est d'ailleurs ce qui est démontré par notre étude au moment d'assister à la césarienne, les pères souhaitant y assister le voulaient pour soutenir leur conjointe et non pour assister à la naissance de leur nouveau-né.

A la naissance, il s'agit plus d'un rôle paternel envers leur enfant qui se met en place. (5–7,15) Nous avons pu montrer que ces pères avaient besoin de réaliser ces petits soins permettant de leur redonner un sentiment de contrôle sur une situation qui les a laissés dans un état d'impuissance totale. Pour certains, c'est aussi un moyen de ne pas penser à leur femme qui est encore en salle d'opération.

Une revue de la littérature (29) démontre que participer de manière active aux premiers soins de leur nouveau-né et réaliser du peau à peau facilite l'accomplissement de leur rôle paternel. Ces premiers gestes entraînent alors une diminution du cortisol et une sécrétion d'ocytocine. Ceci permet de réduire cet état de stress, et de leur redonner un sentiment de contrôle. Cela entraîne également une meilleure interaction et facilite l'attachement avec leur enfant. Il paraît donc nécessaire d'accompagner ces pères et de leur proposer systématiquement, si l'état de l'enfant le permet, de participer et de prendre soin de leur bébé. (1)

3.2.1.4. Limiter la séparation du couple en post-césarienne

La séparation du trinôme, le père et son bébé d'un côté et la mère de l'autre, est le moment qui a été le plus difficile pour la majorité des pères de notre étude. Elle est vécue comme une épreuve et un bouleversement. Ils se retrouvent alors seuls face à leur nouveau-né, qu'ils auraient dû découvrir ensemble. Et même si leur nouveau-né est pris en charge et que chez les pères interrogés, le pronostic vital de leur enfant n'était plus menacé, des inquiétudes subsistent sur l'état de santé de leur femme. S'installe alors un sentiment de culpabilité, ils veulent être

auprès de leur enfant et souhaiteraient réaliser les premiers soins, mais ils aimeraient pouvoir le faire en présence de leur femme.

Etheridge et Slade (12) démontrent que cet isolement de leur partenaire, mais aussi de l'équipe qui continue à s'occuper d'elle, intensifie les craintes des hommes. Ces derniers restent persuadés que quelque chose ne va pas, qu'il y a des complications. D'autant plus que ce moment de latence est perçu comme étant très long. Les pères expliquent alors être tiraillés entre leur femme et leur bébé, ne voulant pas la laisser seule pour accompagner leur enfant qui venait de naître. Ils se retrouvent alors face à un choix difficile.

Une étude estimait que seulement un tiers des familles sont réunies dans la surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI), et ceux tout type de césarienne confondues. (30) La plupart des femmes partent en surveillance pendant 2h en SSPI et les pères restent en salle de naissance ou en maternité, seuls avec leur bébé, le temps que la surveillance se termine. Même si l'intervention n'est pas terminée, notre étude a montré que les pères avaient tout de même besoin d'être à leurs côtés, tant qu'ils ne se sont pas assurés qu'elles vont bien, le doute persiste, et le temps est perçu comme très long.

3.2.1.5. Vécu global

Notre étude rapporte que le vécu global des pères à J4 de la césarienne est globalement positif sauf un qui peut être décrit comme mitigé. La situation d'urgence étant terminée, leur femme et leur nouveau-né sont maintenant en bonne santé, ils ont pu relativiser ce qu'il s'est passé. Ils soulignent majoritairement l'efficacité de l'équipe et leur gratitude envers eux. Cette étude ne prend pas en compte leur vécu à plus long terme, mais la littérature retrouve des résultats similaires à 2 mois où 76 % des hommes décrivaient la naissance de leur enfant par césarienne que ce soit programmée ou en urgence, comme positive à très positive et 24 % comme mixte, aucun ne la classifiait comme négative. Néanmoins, cette étude ne comporte pas que des césariennes en urgence. (16)

Etheridge et Slade (12) qui ont mené une étude auprès de pères sur les accouchements vécus comme traumatiques ont démontré des conduites d'évitement à la suite de cette naissance. Même si ces derniers affirmaient que cette partie de leur vie était derrière eux, ils ont admis ne pas avoir voulu y penser ou en parler plusieurs mois après la naissance de leur enfant. Certains ont évoqué alors avoir mis ses émotions « dans une boîte », pour rester fort devant les autres. Ces stratégies d'adaptations semblaient être dictées par leurs croyances du rôle masculin, à savoir ne pas exprimer une quelconque faiblesse. Ce refoulement de leurs sentiments a des répercussions sur leur travail, avec leur partenaire, sur leur désir d'un autre enfant : « *Et si je devais revivre cette expérience, serait-ce pire ? Pourrais-je faire face ?* »

Les pères de notre étude, ont pour la majorité, exprimé que le recours à une prise en charge psychologique n'était pas nécessaire, que cette partie de leur vie était maintenant derrière eux. Ce vécu est exprimé quatre jours après la césarienne, alors qu'ils étaient encore dans le service de maternité, bien entourés par le personnel soignant. Nous ne pouvons donc pas évaluer quel sera l'impact de cette situation après leur retour à la maison et dans les mois qui suivront.

3.2.2. Au regard des hypothèses

Nous avons posé comme première hypothèse que les informations données pouvaient avoir un impact sur le vécu de la césarienne. D'après le récit des pères, il s'agissait plutôt de la compréhension des informations transmises qui avaient un réel impact. Cela a permis aux pères de se sentir impliqués et intégrés par les soignants, créant une véritable relation avec l'équipe. Ces hommes avaient le sentiment de reprendre le contrôle d'une situation qui leur échappait et de vivre de façon plus positive l'intervention.

La deuxième hypothèse évoquée était que la possibilité de pouvoir assister à la césarienne et être auprès de leur conjointe pouvait avoir un impact sur leur vécu. Ce fut le cas pour certains pères, mais notre étude révèle qu'il s'agit du respect de leur choix d'assister ou non qui semble être plus déterminant.

Enfin, la dernière hypothèse était que l'accompagnement et le soutien des professionnels permettaient d'avoir un impact sur leur vécu. En effet, nous avons pu constater que les pères ayant pu être soutenus avaient globalement un meilleur vécu et moins de préoccupations.

3.3. Propositions

Au regard de ce qui a été énoncé de par ces différents entretiens, il est possible d'élaborer des propositions pour améliorer la prise en charge des pères lors d'une césarienne en urgence afin d'avoir un impact plus positif.

3.3.1. Faciliter la transmission d'informations

Renforcer la préparation à la naissance pour les pères

La méconnaissance de la possibilité de passage en césarienne a laissé les pères dans un état de détresse lorsque la décision a été prise de façon inattendue. Ces derniers semblent pourtant demandeurs d'informations pendant la grossesse.

Il faudrait encourager les pères à participer aux cours de préparation à la grossesse et à la parentalité, en adaptant ces cours à des horaires où ces derniers pourraient participer. Les pères pourraient alors être mieux préparés à faire face à des situations d'urgence, en sachant qu'elles existent et qu'elles sont plus ou moins fréquentes pour le personnel médical. La HAS (31) incite également à la participation des pères à ces cours.

Une grande partie d'entre eux auraient été favorables à ce que cette notion soit abordée bien en amont, afin de savoir que c'était une situation possible même dans le cadre d'une grossesse de déroulement physiologique, de connaître les différentes raisons de passage en salle de césarienne, la nécessité et les bénéfices.

Des groupes d'échange réservés aux pères peuvent également être organisés afin qu'ils puissent discuter entre eux et poser des questions sur leur place que ce soit pendant la grossesse, l'accouchement ou en cas de situations d'urgence. Ces cours seraient animés par un professionnel tout comme les cours de préparation. Très peu de données existent sur la création de tels cours, cela pose

également la question de la prise en charge des coûts de cette préparation pour ces pères.

Qui peut apporter l'information lors de la décision ?

Certains établissements ont fait le choix de mettre en place des protocoles d'accompagnement des pères, définissant les rôles des personnes les encadrants, pour que ces derniers puissent être pris en charge à chaque étape du processus. Cela permet au père de bénéficier d'une information plus complète, de veiller à sa compréhension, et de répondre à ses questions s'il le souhaite. Des fiches explicatives sont parfois mises en place et peuvent servir de support pour les personnes accompagnant ces pères, elles peuvent leur être transmises pendant qu'ils attendent avant d'aller en salle de césarienne ou en attendant leur bébé. (32)

La situation idéale serait d'informer les pères en amont des risques de passage en césarienne, lorsque des signes annonciateurs sont perceptibles, ou au moment de la décision pendant la préparation de la patiente. Certains pères de notre étude n'avaient pas été préparés à ce risque alors que des lactates au scalp avaient été réalisés. Cette procédure est effectuée en cas d'ARCF, et un résultat pathologique impose une extraction ou à défaut un recontrôle pour évaluer la tolérance foétale. Il est donc nécessaire, quand la situation est propice, d'informer le couple, de cette possibilité pour commencer à les préparer afin que cette décision ne soit pas vécue de manière violente.

Mais ce n'est pas toujours possible de l'anticiper, lorsque l'urgence impose d'aller au plus vite. Dans ce cas, il convient alors d'informer le plus vite possible le père avant le début de l'intervention.

Lorsque l'urgence est relative, dans le cas du code orange, la personne annonçant la décision de césarienne au couple peut alors prendre le temps de leur apporter ces informations, pendant que la préparation du bloc opératoire et de la patiente sont réalisées.

Cependant, lorsqu'il s'agit d'une césarienne en extrême urgence (code rouge), qui nécessite une naissance dans les quinze minutes, il est parfois difficile d'accorder du temps au conjoint pour l'informer avant la césarienne, pour le

rassurer, l'accompagner. Il serait alors nécessaire qu'une personne soit dédiée à cet accompagnement. Mais cela demande une anticipation en amont, afin de déterminer les rôles de chaque soignant dans le cadre de cette intervention. Il peut s'agir de la sage-femme ayant accompagné le couple, pendant la phase relativement courte de préparation de la patiente, cette dernière peut commencer à apporter des informations. Puis une fois la patiente au bloc opératoire, après avoir vérifié la table de réanimation néonatale, une deuxième sage-femme peut alors compléter les informations déjà transmises, répondre à ses questions et s'assurer de sa compréhension.

Le soignant veillera à reprendre chaque point avec le conjoint afin qu'il puisse bénéficier d'une information de qualité sur la nécessité, et la cause de la césarienne, mais aussi sur l'organisation, le déroulement de l'intervention et de ses suites. (32)

Comment apporter l'information et comment veiller à la bonne compréhension ?

Le mot « césarienne » doit être clairement énoncé, afin de ne pas laisser peser les doutes et les silences. L'information n'a pas besoin d'être exhaustive, mais doit comprendre au minimum la cause qui a mené à la décision et pourquoi l'intervention est nécessaire, ainsi que la place du père pendant cette période.

La qualité de l'information peut être évaluée par trois critères : la compréhension, la satisfaction, et les symptômes d'anxiété. (20) Après lui avoir apporté l'information, la personne qui est chargée de son accompagnement doit alors veiller à la bonne compréhension, pour cela, elle peut simplement demander au père de rapidement reformuler les informations données, cela permet de réexpliquer les paroles qui auraient été moins comprises.

3.3.2. Un soutien et un accompagnement en continu

Lorsque l'urgence de la situation le permet et que les équipes du bloc opératoire sont d'accord, la présence du père doit être proposée systématiquement et ne pas être imposée, et ce même de façon indirecte. Certains pères de notre étude ont décrit que ce choix n'a pas été nécessairement proposé, mais qu'on les a

directement accompagnés aux vestiaires pour qu'ils puissent se changer. Afin de ne pas leur faire ressentir une quelconque pression, la question doit être posée et leur choix doit être respecté.

Il convient d'accompagner les pères pendant tout le processus afin de le soutenir. Si le père souhaite être présent pendant l'intervention, une auxiliaire de puériculture ou une aide-soignante, accompagneront le conjoint pour qu'il puisse se préparer à y assister et pourront rester avec lui le temps que sa présence soit autorisée par les équipes médicales. A défaut de pouvoir y assister, ils pourront le soutenir à l'extérieur du bloc opératoire en informant le père du déroulement de l'intervention : mise en place de l'anesthésie, début de l'intervention, naissance du nouveau-né et sa prise en charge (si son état le nécessite), jusqu'à la fin de l'intervention.

Le père doit également être accompagné auprès de son nouveau-né pour renforcer son implication et sa participation si ce dernier le souhaite. Si c'est possible, les soignants peuvent alors proposer au conjoint de réaliser les soins de leur enfant (raccourcir le cordon, ...).

3.3.3. Réunir la famille en post-interventionnel

La séparation est parfois inévitable, surtout dans un contexte d'urgence où des soins peuvent être rapidement nécessaires pour le nouveau-né, où lorsque l'urgence impose une intervention sous anesthésie générale.

En salle de césarienne

Lorsque la césarienne a été réalisée sous anesthésie locale, que le père est présent, et que l'état de l'enfant le permet, certains établissements proposent la réalisation d'un peau-à-peau avec la mère en salle d'opération le temps que l'intervention se termine. Limitant ainsi la séparation alors que la césarienne est toujours en cours, les pères souhaitant rester auprès de leur femme et la soutenir jusqu'à la fin peuvent alors le faire. De plus, cela leur permet de prendre le temps de découvrir leur enfant à trois.

Cependant, réaliser du peau-à-peau au bloc opératoire nécessite une organisation en amont, ce qui peut constituer un frein à sa mise en place, surtout en cas d'urgence. En effet, cette pratique est majoritairement réalisée lors des césariennes programmées, ou pour celles dites en « code vert ». Les césariennes réalisées en urgence ne laissent que très peu de temps pour organiser cette pratique, le type d'anesthésie et l'état néonatal la limite également (33). Il est nécessaire que les équipes aient été concertées et prévenues préalablement notamment l'équipe d'anesthésie et les obstétriciens, et il faut qu'une personne formée puisse également s'assurer du bon positionnement de la mère et de son bébé afin de garantir la sécurité du nouveau-né pendant le peau à peau. (34)

Pour l'anticiper, il est important que des protocoles soient mis en place en amont après concertation de l'ensemble de l'équipe soignante pour les élaborer, et qu'une personne soit désignée pour surveiller le peau-à-peau. C'est notamment le cas des maternités portant le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé), qui disposent d'un protocole de mise en place de ce dispositif. (35)

Cela peut être la sage-femme ayant accueilli le nouveau-né, ou alors par une puéricultrice, ou une auxiliaire de puériculture. Le nouveau-né serait alors placé contre sa mère, avec des langes préalablement réchauffés, jusqu'à la fin de l'intervention. Il serait alors intéressant de pouvoir le mettre en place afin d'améliorer la satisfaction des pères.

En salle de réveil

Par quels moyens peut-on les réunir ? Là encore les freins identifiés concernent le manque de protocoles, de personnel et de locaux adaptés. Dans beaucoup d'établissements, la salle de réveil peut être commune à n'importe quel type de chirurgie, ce qui fait qu'elle n'est pas adaptée à la présence d'un accompagnant et d'un nouveau-né, et que les soignants effectuant la surveillance post-opératoire, ne sont pas forcément formés et peuvent ne pas avoir le temps d'assurer également la surveillance du nouveau-né. (30)

Certains établissements ont fait le choix d'assurer la surveillance post-opératoire dans une salle de réveil commune, mais réservée à l'obstétrique. Mais là encore,

lorsque plusieurs patientes ont été césarisées en même temps, il est difficile d'autoriser la présence de l'accompagnant. Des formations sur le peau-à-peau sont nécessaires pour les infirmiers de SSPI. (32)

Enfin d'autres établissements réalisent cette surveillance en salle de naissance ou dans une SSPI dédiée, permettant aux équipes obstétricales d'assurer les soins de la mère et de son bébé tout en permettant aux pères de rester à leurs côtés. C'est la situation la plus adaptée aux couples, pour la mise en place de la relation nouveau-né-père-mère, tout en préservant leur intimité. C'est d'ailleurs le cas de deux des pères qui ont pu rester auprès de leur femme pendant la totalité des deux heures de surveillance, ce qui leur a permis de découvrir leur nouveau-né ensemble et donnant ainsi un vécu un peu plus positif de cette période ci. Mais cela pose des questions de logistique que ce soit au niveau des locaux, qui sont souvent peu adaptés, et des équipes. Il faut pouvoir avoir une salle de disponible. Dans l'optique où un nouvel hôpital, avec un nouveau centre mère-enfant, est sur le point d'être construit, il serait intéressant de pouvoir mettre en place une SSPI dédiée où les couples pourraient être réunis.

Des études ont démontré beaucoup d'effets positifs sur cette réunion plus précoce, que ce soit sur la création du lien, ou sur la satisfaction du père et de la mère. (30,32)

3.3.4. Pour aller plus loin ...

Suite à ces propositions, à l'étude que nous avons réalisée et aux données de la littérature, nous avons créé une fiche à destination des professionnels. Elle regroupe des réflexions sur l'amélioration de la prise en charge des pères pendant la césarienne en urgence (annexe 7).

4. Conclusion

Le vécu des pères à la suite d'une césarienne est globalement positif une fois que la situation d'urgence a pris fin. Néanmoins, lorsque nous approfondissons la chronologie des évènements, nous remarquons que certains éléments impactent ce vécu.

Le vécu de la décision de césarienne est un évènement fortement influencé par les informations données par l'équipe médicale et comprises par le père, ainsi les conjoints ayant été préparés à la césarienne pendant le travail avaient une meilleure compréhension de la situation que les autres. Ceux dont la césarienne est apparue comme une interruption dans le déroulement d'un travail jusqu'alors physiologique, se retrouvaient dans une incompréhension totale, résolue par l'accompagnement et les explications des équipes après le départ de leur femme. Cela leur a aussi permis d'élaborer une relation de confiance avec l'équipe.

Pendant l'intervention, le respect du choix d'assister à la césarienne a également eu un impact sur leur vécu, leur permettant de se sentir inclus et considérés.

La séparation du couple en post-opératoire a été le moment le plus difficile à vivre pour ces pères, oscillant entre joie d'accueillir leur nouveau-né et inquiétudes et frustrations pour leur compagne.

L'implication du père est également quelque chose à mettre en avant. Dans cette situation où ils se sentent impuissants, pouvoir participer en soutenant leur femme en salle de césarienne ou en prodiguant les premiers soins à leur enfant, leur permet de retrouver un contrôle sur la situation.

Néanmoins, des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact d'une situation d'urgence à plus long terme.

5. Bibliographie

1. Dallay D, Reveyaz F. La place du père en salle de naissance. In: Accueillir les pères en périnatalité [Internet]. Érès; 2017 [cité 8 mars 2022]. p. 69-74. Disponible sur: <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-69.htm>
2. Boiteau C, Apter G, Devouche E. À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*. 18 oct 2019;Vol. 31(3):249-64.
3. Steen M, Downe S, Bamford N, Leroy E. Not-patient and not-visitor: A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*. 1 août 2012;28(4):422-31.
4. Poh HL, Koh SSL, He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *Int Nurs Rev*. déc 2014;61(4):543-54.
5. Longworth MK, Furber C, Kirk S. Fathers' roles matter too: An ethnographic study examining fathers' roles and the influences on their roles during labour and birth. *Midwifery*. 1 janv 2021;92:102857.
6. Montigny F de, Gervais C, Tremblay J. L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Rech Fam*. 8 juin 2015;12(1):125-36.
7. Johansson M, Fenwick J, Premberg Å. A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*. 1 janv 2015;31(1):9-18.
8. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 avr 2012;41(2):151-66.
9. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
10. Haute Autorité de santé. Hétérogénéité des pratiques de la césarienne en France [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/heterogeneite_des_pratiques_de_la_cesarienne_en_france.pdf
11. Elmir R, Schmied V. A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic. *Midwifery*. 1 janv 2016;32:66-74.
12. Etheridge J, Slade P. "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy Childbirth*. 7 mars 2017;17(1):80.

13. Parfitt YM, Ayers S. The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *J Reprod Infant Psychol.* 1 mai 2009;27(2):127-42.
14. Philpott LF, Savage E, FitzGerald S, Leahy-Warren P. Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery.* 1 sept 2019;76:54-101.
15. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: A literature review. *Soc Sci Med.* 1 nov 1993;37(10):1271-81.
16. Johansson M, Hildingsson I, Fenwick J. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section. *Midwifery.* 1 sept 2013;29(9):1041-9.
17. Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery.* 1 oct 2011;27(5):588-94.
18. Grobman WA, Kavanaugh K, Moro T, DeRegnier RA, Savage T. Providing Advice to Parents for Women at Acutely High Risk of Periviable Delivery. *Obstet Gynecol.* mai 2010;115(5):904-9.
19. Légifrance. Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté (Articles L1111-1 à L1111-4) [Internet]. Code de la santé publique 2020. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006170993/#LEGISCTA000006170993
20. Lautrette A, Société Française de Médecine d'Urgence. Les attentes des familles, les réponses à apporter [Internet]. 2013 p. 12. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/066_Lautrette.pdf
21. Haute Autorité de santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
22. Huet DG, Rosenstrauch C, Carlier D. Communication avec les soignants et les familles. 2016;13.
23. Franzen J, Cornet I, Vendittelli F, Guittier MJ. First-time fathers' experience of childbirth: a cross-sectional study. *Midwifery.* 1 déc 2021;103:103153.
24. Romano H. 4. Clinique du traumatisme psychique chez l'adulte [Internet]. Dunod; 2013 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-l-urgence-medico-psychologique--9782100585281-page-27.htm>
25. Bolzinger E. Sur le chemin de la paternité, les premiers pas du père: la parole donnée aux hommes [Internet] [Mémoire de sage-femme]. Université Henri Poincaré, Nancy; 2012. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01876266/document>

26. Kies M. La préparation à la naissance spécifique pour les pères : étude descriptive sur 158 pères dans une maternité auvergnate de type III [Mémoire de sage-femme]. Université d'Auvergne; 2016.
27. Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique. *Inf Psychiatr.* 2011;(87(6)):459-65.
28. Poh HL, Koh SSL, Seow HCL, He HG. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. *Midwifery.* 1 juin 2014;30(6):779-87.
29. Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery.* 1 sept 2016;40:207-17.
30. Césarine. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Rev Med Perinatale.* 2017;9(4):221-9.
31. Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
32. Franck B, Danièle B, Manoelle D, Aurélien J. La présence du père lors d'une naissance par césarienne réflexions pour l'élaboration d'un protocole de service [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/ReferentielPereSalNaiss.pdf>
33. Luu P, Mestdagh B, Barré-Drouard C, Richart P, Courtecuisse-Vamour C, Rakza T, et al. Le peau à peau du nouveau-né en cours de césarienne : une étude d'évaluation des pratiques professionnelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 avr 2019;47(4):342-6.
34. Organisation Mondiale de la Santé. IHAB Recommandation 4 : peau à peau immédiat. 2020.
35. Organisation Mondiale de la Sante (OMS). Formulaire d'auto-évaluation pour les services de maternité et de néonatalogie [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-octobre-2018.pdf>

Ouvrages non référencés

Asenhed L, Kilstam J, Alehagen S, Baggens C. Becoming a father is an emotional roller coaster - an analysis of first-time fathers' blogs. *J Clin Nurs*. mai 2014;23(9-10):1309-17.

Berg SJ, Wynne-Edwards KE. Changes in Testosterone, Cortisol, and Estradiol Levels in Men Becoming Fathers. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 juin 2001;76(6):582-92.

Bouche-Florin A, Bertrand S, Windisch M. Peut-on parler de « préoccupation paternelle primaire » en période périnatale ? Comment la définir ? *Pratiques Psychologiques*. 1 mars 2017;23(1):21-39.

Bradley R, Slade P. A review of mental health problems in fathers following the birth of a child. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1 févr 2011;29(1):19-42.

Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*. 2001;n° 63(3):30-3.

Carillo C. Créer une relation de confiance. *Soins Aides-Soignantes*. 1 févr 2013;(n° 50):27-8.

Collectif interassociatif autour de la naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012. Report No.: Dossier n°3. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

Edelstein RS, Wardecker BM, Chopik WJ, Moors AC, Shipman EL, Lin NJ. Prenatal hormones in first-time expectant parents: Longitudinal changes and within-couple correlations: Prenatal Hormones in First-Time Expectant Parents. *Am J Hum Biol*. 6 mai 2015;27(3):317-25.

Haute autorité de santé (HAS). La césarienne : ce que toute femme devrait savoir [Internet]. 2013 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf

Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and Birth*. 1 sept 2011;24(3):129-36.

Huissoud C, du Mesnildot P, Sayegh I, Dupuis O, Clément HJ, Thévenet S, et al. La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 févr 2009;38(1):51-9.

Johansson M, Rubertsson C, Rådestad I, Hildingsson I. Childbirth – An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 1 mars 2012;3(1):11-20.

Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 nov 2008;36(11):1101-4.

Koppel G, Kaiser D. Fathers at the end of their rope: A brief report on fathers abandoned in the perinatal situation. 2001.

Kowlessar O, Fox JE, Wittkowski A. The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers' experiences of pregnancy. 2015;

Laporal R. La couvade ou le père bouleversé [Internet]. ERES; 2015 [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-couvade-ou-le-pere-bouleverse--9782749248721.htm?WT.tsrc=cairnSearchAutocomplete>

Longworth HL, Kingdon CK. Fathers in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenological study. *Midwifery*. 1 oct 2011;27(5):588-94.

Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med*. juill 2000;93(7):346-50.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne [Internet]. 2015. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rödholm M. Effects of father-infant postpartum contact on their interaction 3 months after birth. *Early Hum Dev*. févr 1981;5(1):79-85.

Rudigoz RC, Huissoud C, Delecour L, thevenet S, dupont C. Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. juin 2014;198(6):1123-40.

Schauder C, Noël R. Construction et co-construction de la paternalité « Pendant que ma femme porte dans son ventre un bébé, je fais pousser un papa dans ma tête » [Internet]. Accueillir les pères en périnatalité. ERES; 2017 [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-page-101.htm>

Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2015;44(10):1157-66.

Senécal I, Saucier JF, Garon R. Transition à la paternité et changements psychiques. Recension des écrits publiés entre 1950 et juin 2012. *Devenir*. 17 oct 2013;Vol. 25(3):159-202.

Storey AE, Walsh CJ, Quinton RL, Wynne-Edwards KE. Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*. 1 mars 2000;21(2):79-95.

Vreeswijk CMJM, Maas AJBM, Rijk CHAM, van Bakel HJA. Fathers' experiences during pregnancy: Paternal prenatal attachment and representations of the fetus. *Psychology of Men & Masculinity*. 2014;15(2):129-37.

Vreeswijk CMJM, Bakel H van, Rijk K. From pregnancy to parenthood: fathers' and mothers' representations of their (unborn) infants ; 2014.

6. Annexes

6.1. Annexe 1 : Les motifs de césarienne en urgence et les codes couleurs

CODE ROUGE

☞ **Césariennes urgentes "Code ROUGE"** Délai décision / naissance ≤ 15 mn
naissance dès que possible
 En cas de menace immédiate du pronostic vital maternel ou fœtal

- Bradycardie fœtale (sans récupération du RCF dans les 10 min)
- Echec d'extraction instrumentale sur ARCF en cours d'expulsion
- Suspicion DPPNI (hématome rétroplacentaire)
- Placenta praevia avec hémorragie maternelle abondante
- Suspicion de rupture utérine
- Procidence du cordon
- Eclampsie

CODE ORANGE

☞ **Césariennes urgentes "Code ORANGE"** Délai décision / naissance ≤ 30 mn
naissance urgente
 En cas de menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal

- Anomalies du rythme cardiaque fœtal (en dehors de la bradycardie)
- Echec d'extraction instrumentale sans ARCF

CODE VERT

☞ **Césariennes non urgentes "Code VERT"** Délai décision / naissance ≤ 1 h
naissance non urgente
 En cas de nécessité d'une naissance prochaine mais sans menace à court terme

- Echec de déclenchement
- Stagnation de la dilatation ou de la descente de la présentation
- Présentations dystociques
- Patientes en travail spontané et ayant une c/s prophylactique prévue ultérieurement

Les situations obstétricales sont données à titre indicatif.
 Il incombe à l'obstétricien responsable de décider du code.

6.2. Annexe 2 : Guide d'entretien

- **Thème 1 : Généralités concernant le père**
 - Age, profession, nombre d'enfants, en couple avec la patiente ? Nationalité
- Comment avez-vous vécu l'annonce de la grossesse ?
- Comment s'est déroulée la grossesse ?
- Avez-vous assisté aux cours de préparation à la naissance ?
- **Thème 2 : La décision de césarienne**
 - Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulé le début du travail ? (si césarienne en cours de travail)
 - Pouvez-vous m'expliquer ce qui s'est passé avant que la décision de la césarienne soit prise ? (si césarienne en dehors du travail)
 - Pourquoi une décision de césarienne en urgence a-t-elle été nécessaire ?
 - Qui vous a annoncé cette décision ? A quel moment ? Qu'avez-vous compris ?
 - L'information a-t-elle été adaptée à la situation ?
 - Qu'avez-vous ressenti face à cette annonce ? Quelles ont été vos préoccupations ?
 - Comment l'équipe vous a accompagné ?
 - Quelle a été votre place auprès de madame ?
 - Vécu : très positif, positif, moyen, négatif, très négatif ?
- **Thème 3 : L'intervention**
 - Pouvez-vous me raconter ce que vous avez fait pendant la césarienne ? Ou étiez-vous ?
 - Qu'avez-vous ressenti pendant l'intervention ?
 - Quelle a été la place de l'équipe soignante dans votre accompagnement ?
 - Que pensez-vous sur le fait d'accompagner votre conjointe en salle d'opération ?
 - Si oui, quelle est votre motivation à assister à la césarienne ?
 - Est-ce que ça vous a été proposé ?
 - Si non : incitation : de vous-même auriez-vous voulu y aller ?
 - Y a t-il eu une pression indirecte de la part de l'équipe ou pour votre conjointe ?
 - Quelle a été votre place auprès de madame ? (si présent à la césarienne)
 - A quel moment avez-vous su que votre bébé était né ?
 - Qu'avez-vous ressenti ?
 - Avez-vous pu voir votre bébé en salle de césarienne ?
 - Quelles informations vous a-t-on données ? Etaient-elles adaptées ?
 - Comment aviez-vous imaginé la naissance de votre enfant ? Auriez-vous aimé jouer un rôle dans la naissance de votre enfant ? Est-ce que vous pouvez préciser ?
 - Si décalage entre les deux : comment l'avez-vous vécu ?
 - Vécu : très positif, positif, moyen, négatif, très négatif ?
- **Thème 4 : Juste après la césarienne ...**
 - Que s'est-il passé lorsque la césarienne a été terminée ? Qu'avez-vous ressenti ?
 - Quelles informations avez-vous reçues ?
 - Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez fait juste après la césarienne ?
 - Participation aux soins, peau à peau
 - Vécu : très positif, positif, moyen, négatif, très négatif ?

- **Thème 5 : Post-partum**
 - Comment se passe votre séjour en suite de couche ?
 - Êtes-vous restés en continu à la maternité ?
 - Quelle a été votre place auprès de madame ?
 - Comment a-t-elle vécu la césarienne ?
 - Comment va votre bébé ?
 - Quelle a été la place de l'équipe soignante dans votre accompagnement ?
 - Avez-vous besoin d'en parler ? Expliquez
 - Vécu : très positif, positif, moyen, négatif, très négatif ?

- **Thème 6 : Attentes et besoins**
 - Quelles informations disposiez-vous sur la césarienne avant cette décision ?
 - Ont-elles pu avoir un impact sur votre vécu ?
 - Des éléments de la prise en charge de l'équipe vous ont-elles permis d'améliorer votre vécu ?
 - La prise en charge vous a-t-elle convenue ?
 - Voyez-vous des choses à améliorer que ce soit pendant la grossesse, au moment de la césarienne ou en suite de couche ?
 - Quels auraient été vos attentes et vos besoins ?
 - Avez-vous des regrets ?
 - Vécu global : très positif, positif, moyen, négatif, très négatif ?

6.3. Annexe 3 : Guide d'analyse

Père n°	
Informations	
Caractère prévisible ou inattendu de la décision ?	
Sentiments à l'annonce ?	
Informations données ?	
A quel moment ?	
Compréhension ou incompréhension au moment de la décision ?	
Assimilation de l'information ?	
Importance de l'information ?	
Manque d'information compris par le père ?	
Préoccupations ressenties ?	
Besoin d'information après l'intervention ?	
Préparation en amont (prépa)	
Informations personnelles ?	
Relation avec l'équipe	
Confiance envers l'équipe ?	
Soutien de l'équipe ?	
Sensation d'efficacité de l'équipe ?	
Communication verbale et non verbale ?	
Notion de temps : rapidité, lenteur (positif, négatif ?)	
Implication du père	
Respect du choix d'assister à la césarienne	
Motivations à y assister ou non	
Ressentis pendant l'intervention	
Rôle du père : <ul style="list-style-type: none"> - Avec sa femme - Equipes médicales - Nouveau-né 	
Imaginaire de la naissance et décalage avec la réalité	
Participation aux soins avec le nouveau-né <ul style="list-style-type: none"> - Peau-à-peau ? - Raccourcir le cordon ? 	
Période post-opératoire	
Séparation du couple ?	
Sentiments à la rencontre avec nouveau-né ?	
Sentiments liés à la séparation ?	
Moment des retrouvailles	
Suites de couches	
Vécu abordés par professionnels	
Vécu global à J4	
Besoin de réaborder avec un professionnel	
Besoins et attentes	

6.4. Annexe 4 : Fiche à destination des sages-femmes

Mémoire étudiante sage-femme **Vécu des conjoints suite à une césarienne en urgence**

Je m'appelle Amélie et je suis étudiante à l'école de sage-femme de Rennes.

Je réalise mon mémoire sur le vécu des conjoints suite à une césarienne en urgence avec menace du pronostic materno-foetal (code rouge ou orange).

Pour cela, je recherche des :

- Conjoints francophones
- Conjoints présents pendant le travail et/ou lors de la décision de césarienne
- Type de césarienne : **code rouge ou orange**
- Première césarienne pour le père

Mes critères d'exclusion sont :

- Patiente présentant des critères (maternels, fœtaux ou obstétricaux) pouvant entraîner une contre-indication à la voie basse
- Conjoint travaillant dans le milieu obstétrical

Mon mémoire a pour objectif d'étudier le ressenti des pères lors d'une césarienne en urgence, d'identifier quels sont les facteurs qui déterminent un bon ou un mauvais vécu de la césarienne en urgence, ainsi que les besoins et les attentes des pères.

Pourriez-vous distribuer les fiches informatives ci-jointes aux conjoints concernés par cette étude, dès leur arrivée dans le service, afin qu'ils puissent me contacter ?

Je vous remercie d'avance pour votre aide
Cordialement Amélie ORAIN

6.5. Annexe 5 : Fiche à destination des pères

Vécu des conjoints suite à une césarienne en urgence

Bonjour,

Je m'appelle Amélie et je suis étudiante à l'école de sage-femme de Rennes.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le vécu des pères suite à une césarienne en urgence. Cette étude a pour objectif de connaître **votre ressenti** face à cette intervention en urgence mais aussi **d'identifier vos besoins et vos attentes** dans ces circonstances.

J'aimerais donc pouvoir recueillir votre témoignage, cela prendra la forme d'un **entretien anonyme** d'une durée approximative de **30 à 45 minutes**, dans le lieu de votre choix. Des entretiens téléphoniques ou par visioconférence peuvent également être réalisés.

Si vous êtes intéressés ou si vous voulez plus d'informations, vous pouvez me **contacter** au ***** ou par mail : ****@****

Vos témoignages sont capitaux afin de faire avancer mon étude et je vous remercie d'avance pour votre participation.

Cordialement Amélie ORAIN

6.6. Annexe 6 : Description des enquêtés

	Age	Profession	Nombre d'enfants	Situation maritale	Nationalité	Terme	Code	Anesthésie	Motif
Père A	33	Chef de projet	1 ^{er} enfant	En couple	Française	39+1	Orange	AL	Echec d'extraction sans ARCF
Père B	36	Ingénieur	2 ^{ème} enfant	En couple	Française	39	Rouge	AG	Suspicion de rupture utérine
Père C	24	Contrôleur laitier	1 ^{er} enfant	En couple	Française	40	Rouge	AG	Bradycardie
Père D	25	Educateur spécialisé	1 ^{er} enfant	En couple	Française	40+3	Orange	AL	ARCF avec lactates à 6
Père E	36	Pompier	2 ^{ème} enfant	Marié	Française	39+3	Orange	AL	ARCF
Père F	25	Intérimaire	1 ^{er} enfant	En couple	Française	40+2	Orange	AL	ARCF et échec de prélèvement au scalp
Père G	31	Technicien	1 ^{er} enfant	Marié	Française	40	Orange	AL	Echec d'extraction sans ARCF
Père H	25	Sans emploi	1 ^{er} enfant	En couple	Française (mayotte)	41	Orange	AL	ARCF
Père I	30	Chauffeur routier	1 ^{er} enfant	Pacsé	Française	39+6	Orange	AG	Défaut d'engagement avec ARCF
Père J	22	Sans emploi	1 ^{er} enfant	En couple	Française	40	Rouge	AG	ARCF et échec d'extraction
Père K	30	Paysagiste	1 ^{er} enfant	Marié	Française	41+4	Rouge	AG	Bradycardie
Père L	25	Chauffeur routier	1 ^{er} enfant	En couple	Française	38+6	Rouge	AG	Bradycardie

6.7. Annexe 7 : Réflexions autour de la prise en charge du conjoint

Césarienne en urgence : réflexions autour de la prise en charge du conjoint Note à destination des professionnels

Avant l'intervention

- Concernant les informations transmises : à minima sur la nécessité et la cause de l'intervention
 - Si risque de passage en salle de césarienne : importance de préparer le couple à cette possibilité, en leur donnant des informations en amont (ARCF répétés, ...)
 - Qui : médecin de garde et/ou sage-femme suivant le couple
 - Si passage en césarienne :
 - Code orange : si le temps le permet, possibilité de prendre quelques minutes transmettre les informations pendant la préparation du bloc opératoire et de la patiente
 - Qui : médecin de garde et/ou sage-femme suivant le couple
 - Code rouge : transmission des informations au moins sur la nécessité pendant la préparation de la patiente puis possibilité de donner des informations complémentaires pendant que le père attend le temps de l'intervention
 - Qui : sage-femme suivant le couple, 2^{ème} sage-femme
 - La personne qui donne l'information doit s'assurer de la bonne compréhension : demander au père s'il a bien compris, de reformuler ou s'il a des questions
- Si possibilité de présence en salle de césarienne : le choix doit être proposé et non imposé
 - Le père sera accompagné par une auxiliaire de puériculture ou une aide-soignante pour l'accompagner vers les vestiaires puis vers le bloc opératoire

Pendant l'intervention

- Présence du père :
 - Le conjoint sera placé à côté de sa femme
 - Prévenir les parents de la naissance du nouveau-né, ainsi que de l'heure
 - Peau-à-peau
 - Si l'état du nouveau-né le permet, il sera placé en peau-à-peau contre sa mère pendant la fin de l'intervention avec des langes réchauffés.

- Le peau-à-peau sera supervisé par la sage-femme ayant participé à l'intervention ou à défaut une auxiliaire de puériculture ou une infirmière formée, afin de limiter la séparation du couple.
 - Avant la fin de l'intervention, le nouveau-né sera emmené en salle de réanimation néo-natale, le père pourra alors suivre la sage-femme ou rester aux côtés de sa femme.
- Absence du père ou impossibilité : ce dernier restera dans la salle de naissance ou à défaut dans un lieu d'attente, une auxiliaire de puériculture ou une aide-soignante restera en permanence à ces côtés pour soutenir et accompagner le conjoint.

Après l'intervention

- Une fois le nouveau-né stabilisé, le père pourra assister au premier examen de son enfant (pesée, examen clinique ...)
- Proposer systématiquement aux pères de réaliser les premiers soins (raccourcir le cordon si c'est possible)
- Favoriser la rencontre : le père sera ensuite conduit dans une salle de SSPI où sa présence sera autorisée pour réaliser du peau-à-peau en attendant sa conjointe,
 - Surveillance effectuée par : infirmier SSPI formé au peau-à-peau ou binôme sage-femme/auxiliaire de puériculture

Suites de couches

- Demander systématiquement le vécu du père en suites de couches
- Lui transmettre les coordonnées pour une prise en charge psychologique s'il en ressent le besoin

Résumé

Peu d'études font l'objet du vécu des pères suite à une césarienne en urgence. Pour comprendre leur ressenti, une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-directifs auprès de douze pères. Les objectifs de cette étude sont d'étudier le ressenti des pères, d'identifier les facteurs qui influencent leur vécu ainsi que leurs besoins et leurs attentes. Différents sentiments ont été exprimés lors de la décision, allant du soulagement, à la détresse. Les pères témoignaient d'un meilleur vécu lorsqu'ils étaient informés et qu'ils avaient compris la décision, permettant de diminuer leur anxiété et leurs inquiétudes. Les pères se sentaient plus confiants lorsqu'ils étaient soutenus et accompagnés par les soignants. Le respect de leur choix d'assister ou non à la césarienne et leur implication lors des soins avec leur nouveau-né leur ont permis de retrouver un sentiment de contrôle et doivent être encouragés. Cependant, la séparation du couple en post-opératoire reste source d'angoisses pour l'ensemble des conjoints. Il est donc nécessaire de limiter la séparation du père et de la mère.

Mots-clés : vécu, césarienne, pères, urgence, informations

Abstract

Few studies have focused on fathers' experiences following an emergency caesarean section. In order to understand their feelings, a qualitative study was carried out by means of semi-directive interviews with twelve fathers. The objectives of this study were to study the fathers' feelings, to identify the factors that influence their experience as well as their needs and expectations. Different feelings were expressed at the time of the decision, ranging from relief to distress. Fathers reported a better experience when they were informed and understood the decision, reducing their anxiety and worry. Fathers felt more confident when they were supported and accompanied by carers. Respecting their choice to attend the caesarean section or not and being involved in the care of their newborn gave them a sense of control and should be encouraged. However, the separation of the couple in the post-operative period remains a source of anxiety for all the spouses. It is thus to limit the separation of the father and mother.

Keywords : experience, caesarean section, fathers, emergency, information