

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Césarienne en urgence :
Exploration du vécu des partenaires ¿ Étude qualitative dans un hôpital de la
province de Liège**

Auteur : Lejeune, Méline

Promoteur(s) : EMONTS, Patrick; SACCO, Marie

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/19977>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Césarienne en urgence : Exploration du vécu des
partenaires – Étude qualitative dans un hôpital de la
province de Liège**

Mémoire présenté par **Méline LEJEUNE**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé en Santé publique
Année académique 2023-2024

**Césarienne en urgence : Exploration du vécu des
partenaires – Étude qualitative dans un hôpital de la
province de Liège**

Mémoire présenté par **Méline LEJEUNE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé en Santé publique

Promoteurs : Prof. Patrick Emonts & Mme Marie Sacco

Année académique 2023-2024

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement, du fond du cœur, toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire de Master en Sciences de la Santé publique.

Merci au Professeur Patrick Emonts et à Madame Marie Sacco, mes promoteurs, pour leur suivi, leur aide, leur implication et leurs conseils précieux, leur enthousiasme durant toute la réalisation de cette étude.

Merci au Docteur Véronique Masson et à Madame Séverine Dubois, mes lectrices, pour leur intérêt porté à cette recherche.

Merci aux partenaires des femmes césarisées pour leur participation, leur disponibilité et leur partage.

Merci aux sages-femmes du CHU de Liège pour leur investissement nécessaire au recrutement des participants à cette étude.

Et enfin, merci à ma famille et mes proches pour leur soutien, leurs encouragements et leur travail de relecture.

Table des matières

1. Préambule.....	1
2. Introduction	2
2.1. La césarienne	2
2.1.1. Définition.....	2
2.1.2. Indications.....	2
2.1.3. Effets indésirables et complications.....	3
2.1.4. L'augmentation du taux de césariennes : Un problème de santé publique ..	3
2.2. Vécu des femmes césarisées en urgence.....	5
2.3. Place du père en salle de césarienne.....	6
2.4. Triade père-mère-enfant.....	7
2.5. Vécu des pères lors de césariennes en urgence	8
2.6. Les détresses psychologiques paternelles	10
2.6.1. Deuil de l'accouchement imaginé	10
2.6.2. Dépression du post-partum	11
2.6.3. Anxiété	11
2.6.4. Stress post-traumatique.....	12
2.7. Question et objectifs de cette recherche.....	12
3. Matériel et méthodes	13
3.1. Type d'étude et type de démarche de recherche.....	13
3.2. Population étudiée.....	14
3.3. Méthode d'échantillonnage	15
3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données	15
3.5. Organisation et planification de la collecte des données	17
3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse	17
4. Résultats.....	19

4.1.	Rôle de soutien et de stabilité émotionnelle.....	19
4.2.	Émotions ressenties	20
4.3.	Temporalité floue	23
4.4.	Communication soignant-accompagnant.....	24
4.5.	Passer de spectateur invisible à acteur impliqué.....	25
4.6.	Représentations	25
4.6.1.	La césarienne, une éventualité	25
4.6.2.	Connaissances concernant la césarienne	26
4.6.3.	Un acte presque identique aux représentations	26
4.7.	Éléments retenus comme positifs.....	27
4.7.1.	Cadre hospitalier et personnel soignant.....	27
4.7.2.	Suivi et confiance	27
4.8.	Améliorations à envisager.....	28
4.8.1.	Éléments tangibles	28
4.8.2.	Rapidité	28
4.8.3.	Présence vs absence lors de la préparation et de la césarienne	29
4.8.4.	Manque d'informations sur certains éléments et sentiment de solitude...	30
5.	Discussion, perspectives	31
5.1.	Principaux résultats et données de littérature	31
5.2.	Forces	34
5.3.	Limites	34
5.4.	Perspectives	35
6.	Conclusion.....	36
7.	Références bibliographiques.....	37
	Liste des annexes	44

Liste des acronymes

ARCF = Anomalie du rythme cardiaque fœtal

BSS = Birth satisfaction scale

CEpiP = Centre d'Épidémiologie Périnatale

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

DSM-5 = The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition

KCE = Federaal Kenniscentrum

NICE = National Institute for Health and Care Excellence

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONE = Office de la Naissance et de l'Enfance

TSPT = Troubles du stress post-traumatique

Résumé

Introduction : Le taux de césariennes augmente depuis ces dernières décennies partout dans le monde (1–5). Étant une chirurgie majeure avec des risques associés, la césarienne doit être réfléchie correctement (2). La césarienne peut atténuer l'expérience positive de la naissance (6), mais peut également entraîner des conséquences psychosociales négatives (6,7). De nombreux auteurs ont analysé le vécu qu'en avaient les accouchées, mais très peu se sont intéressés aux ressentis des partenaires. Il est indispensable de prendre en compte l'expérience de naissance de chaque parent séparément et d'accompagner ces parents de manière spécifique (8).

Matériel et méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 11 partenaires de femmes dont les enfants vivants sont nés par césarienne en urgence, à terme et sans malformation. Les participants étaient amenés à raconter leur expérience de la naissance au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège.

Résultats : Cette étude montre que les partenaires estiment avoir été bien entourés par les professionnels de la santé, que la communication avec ceux-ci s'est bien déroulée même s'ils ne sont pas les principaux interlocuteurs des conversations, ce qui est légitime. Lors de l'expérience de la naissance, ils relatent énormément de sentiments : impatience, frustration, soulagement, déception, tracasserie, sérénité, joie, fatigue... Cette expérience se passe dans un vrai dérèglement temporel. Ils se sentent, par moment, mis de côté, mais considèrent que leur rôle est de rassurer leur compagne. Ils possèdent des connaissances sur la césarienne qui se sont avérées justes et l'envisageaient comme une éventualité. Ils sont particulièrement contents du suivi et des soins prodigués par les soignants, très professionnels.

Conclusion : Les partenaires sont assez satisfaits du déroulement de la naissance de leur enfant par césarienne en urgence au CHU de Liège. Selon cette étude, les éléments qui pourraient être améliorés ou modifiés pour qu'ils vivent au mieux cette expérience sont l'éloignement de leur compagne lors de la préparation pour la césarienne et leur accompagnement par les professionnels lors de la préparation de la césarienne et du post-partum immédiat.

Mots-clés : Césarienne en urgence – Vécu – Partenaire – Expérience de naissance

Abstract

Introduction: Caesarean section rates have been rising worldwide in recent decades (1–5). Being a major surgery with associated risks, caesarean sections must be properly considered (2). Caesarean sections can dampen the positive birth experience (6), but can also have negative psychosocial consequences (6,7). Many authors have analyzed women in childbirth's experiences, but very few have looked at the feelings of their partners. It is essential to take into account the birth experience of each parent separately, and to support these parents individually (8).

Material and method: A qualitative phenomenological study was carried out. Semi-directed interviews were conducted with 11 partners of women whose alive children were born by emergency caesarean section, at term and without malformations. Participants were asked to describe their birth experience at the Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège.

Results: This study shows that the partners felt they were well looked after by healthcare professionals, and that communication with them went smoothly, even if they were not the main interlocutors in the conversations as expected. They recount a wide variety of feelings about the birth experience: impatience, frustration, relief, disappointment, worries, serenity, joy, fatigue... During their experience they have no notion of time. At times, they feel left out, but see their role as reassuring their companion. Their knowledge of Caesarean sections proved to be accurate, and they saw it as a possibility. They are particularly pleased with the follow-up and care provided by the highly professional caregivers.

Conclusion: The partners were fairly satisfied with their child's birth by emergency cesarean section at Liège University Hospital. According to this study, the elements that could be improved or modified to make this experience more enjoyable for them are the distance from their partner during preparation for the caesarean section, and their support by professionals during preparation for the caesarean section and the immediate postpartum period.

Keywords: Emergency caesarean section - Experience - Partner - Birth experience

1. Préambule

Ma motivation pour réaliser ce mémoire a pour origine une constatation au sein de l'établissement de soins de santé dans lequel je travaille, à savoir le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Liège, sur le site Notre-Dame des Bruyères : un accroissement des taux de césariennes pratiquées de 2017 à 2022. Ce taux était de 18,7 % en 2017, 19,3 % en 2018, 22 % en 2019, 22,6 % en 2020, 24,6 % en 2021 et 24,2 % en 2022 (9). En relevant le taux de césariennes dans le monde, force est de constater que ce taux n'a également fait qu'augmenter ces dernières décennies (1–5). Selon les rapports annuels du Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) belge, en Wallonie, les taux de césariennes non programmées étaient de 10,8 % en 2018 (10), 11,7 % en 2019 (11), 11,6 % en 2020 (12) et enfin 12,4 % en 2021 (dernier rapport disponible) (13). Les taux de césariennes non programmées en Région bruxelloise étaient de 10 % en 2018 (14), 10,4 % en 2019 (15), 10,4 % en 2020 (16) et enfin 11,2 % en 2021 (dernier rapport disponible) (17).

J'ai également été sensibilisée au fait que la césarienne en urgence est un mode de naissance auquel les parents ne s'attendent pas et qu'elle peut majorer les morbidités maternelles et fœtales (18). La césarienne réalisée dans l'urgence peut aussi engendrer des conséquences psychologiques (19). Par conséquent, l'augmentation du taux de césariennes est un problème de santé publique (18). De nombreuses études se sont intéressées au ressenti des femmes enceintes qui en ont vécu (20,21), mais très peu ont porté sur le ressenti des pères (21–23).

Durant mes études de sage-femme, j'ai effectué de nombreux stages en salle de naissance dans divers établissements hospitaliers ayant chacun leurs propres pratiques. J'ai été interpellée par la place du père lors des césariennes en urgence. La plupart du temps, les soignants s'occupaient principalement de la mère et du bébé en « mettant de côté » le père. En tant que stagiaires, nous nous sentons souvent importuns, car nous ne possédons pas toutes les compétences nécessaires pour réagir en situation d'urgence. Dès lors, il m'est arrivé de nombreuses fois de rester spontanément en chambre avec le père alors que la mère était transférée en salle de césarienne. Ainsi, je pouvais expliquer au père ce qui se passait, le déroulement des actes médicaux et j'essayais de le rassurer. Diplômée depuis 2022, il me semble important de pouvoir accompagner au mieux les pères lors des césariennes en urgence, en tentant de comprendre leur ressenti et leur vécu.

2. Introduction

2.1. La césarienne

2.1.1. Définition

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste en l'incision de l'abdomen et de l'utérus d'une femme afin d'extraire manuellement le nouveau-né hors de l'utérus (24,25).

La césarienne en urgence est une césarienne décidée et réalisée avant ou au cours du travail, quand l'accouchement par voie basse, voie naturelle, est impossible dans des délais très courts, afin de sauver la mère et/ou le fœtus (25).

Selon Holdcroft et al. et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), il existe quatre catégories de césariennes¹ : [catégorie 1] la césarienne très urgente lorsqu'il y a une menace immédiate pour la vie de la femme ou du fœtus ; [catégorie 2] la césarienne urgente lorsqu'il y a une atteinte à la santé maternelle ou fœtale qui ne menace pas immédiatement le pronostic vital ; [catégorie 3] la césarienne non urgente lorsqu'il y a la nécessité d'un accouchement précoce sans atteinte à la santé maternelle ou fœtale ; [catégorie 4] la césarienne programmée à un moment qui convient à la femme et aux prestataires de soins (19,26).

Les catégories 1 à 3 correspondent à un code couleur connu de tous les soignants afin de faciliter la communication entre eux (27,28) et réduire les morbidités maternelles (29) et néonatales (30). Pour chaque code couleur, un délai maximal à respecter entre la décision de la césarienne et l'extraction du fœtus peut être fixé. Il varie parfois d'une structure de soins à l'autre (27–29,31).

2.1.2. Indications

Les principales indications de la césarienne ont évolué au cours du temps grâce aux progrès médicaux et à la culture (1). Actuellement, les principales indications de la césarienne non programmée sont une anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF) et une progression anormale du travail (stagnation de la dilatation ou absence de progression). La présentation du fœtus par le siège est un sujet suscitant un grand débat dans la communauté obstétricale (32). Pour certains obstétriciens, la présentation par le siège est une indication de

¹ cf. « Annexe 1 – Tableau « Catégories des césariennes » »

la césarienne urgente différable (29,32). Pour d'autres, une tentative par voie basse est préférée lorsque les conditions obstétricales sont favorables (32).

2.1.3. Effets indésirables et complications

D'après diverses études, les femmes césarisées ont un risque de morbidité maternelle, tels que des anomalies placentaires et une rupture utérine pour les futures grossesses (18,33), une infection lors du post-partum, un décès (2), plus élevé que celles ayant un accouchement par voie basse (32) qui est considéré comme plus « naturel » (34). Néanmoins, selon le Federaal Kenniscentrum (KCE), ces études montrent des résultats si contradictoires qu'il est difficile d'en tirer des conclusions univoques et d'établir des relations de cause à effet incontestables (33).

Du point de vue psychologique, les césariennes effectuées en urgence comportent un retentissement psychologique certain, car elles sont généralement vécues comme un traumatisme difficilement supportable (27). En effet, ces interventions d'urgence sont des événements traumatisants psychologiquement pour les femmes, mais également pour leur partenaire (19). Ces conséquences psychologiques seront abordées dans la partie « 2.6. Les détresses psychologiques paternelles ».

Selon Farrell, l'accouchement par voie basse est préférable, même réalisé avec des forceps, par rapport à la césarienne (34). Si une femme accouche par césarienne, sans risque obstétrical particulier, alors qu'un accouchement par voie basse aurait pu être réalisé, elle s'expose à plus de risque d'hémorragie, de complications thromboemboliques, d'infection, de complications anesthésiques et de décès (32).

2.1.4. L'augmentation du taux de césariennes : Un problème de santé publique

La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes (18). Le terme « césarienne » est un terme médical qui est entré dans le vocabulaire courant (32). Dans les dernières décennies, le taux de césariennes n'a fait qu'augmenter dans le monde (1–5). En Europe, le taux médian de césariennes (globales, programmées et en urgence) varie considérablement d'un pays à l'autre (5). En France, dans les années 70, le taux était de 6 % puis est monté à un peu plus de 15 % dans les années 90, à 20 % pour l'année 2003 et s'est stabilisé en 2010 à 20,8 % (32). En Belgique, en 2000, 156 césariennes ont eu lieu pour 1000

naissances vivantes (15,6 %). Puis en 2010, il y en a eu 205 (20,5 %) et 216 (21,6 %) en 2016². Malgré cette augmentation du taux de césariennes au cours du temps, la Belgique reste en dessous de la moyenne européenne (35).

Selon la communauté internationale de la santé, dès 1985, le taux idéal de césariennes par pays serait compris entre 10 et 15 %. Ce taux peut servir d'indicateur aux décideurs politiques pour surveiller les soins obstétricaux d'urgence et l'utilisation des ressources ainsi que pour évaluer les progrès en santé maternelle et infantile. Néanmoins, ces dernières années, la communauté internationale de la santé a abordé de nombreuses fois la nécessité de reconsidérer ce taux de césariennes compris entre 10 et 15 % (3). En effet, celui-ci doit tenir compte de l'évolution des populations tant sur le plan sociologique (acceptation de la douleur, du risque, de l'effort) (4,36) qu'au niveau des caractéristiques anthropométriques. En raison de ces évolutions, le taux idéal de césariennes en 2024 devrait se situer entre 18 et 20 %, selon le Docteur Patrick Emonts, professeur en obstétrique (36).

La césarienne doit être considérée comme un problème de santé publique notamment parce que le taux de césariennes s'est accru ces dix dernières années dans notre pays, ce qui majore les morbidités maternelles et fœtales immédiates et différées, et parce qu'elle représente un coût important pour le système de santé (18). En effet, le fait de réaliser des césariennes, prestations opératoires, est une dépense significative pour les systèmes de santé qui sont déjà surchargés et affaiblis (3).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) affirme que « la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique, mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin » (3). La césarienne doit être réservée aux situations où l'accouchement par voie basse présente un réel danger pour la mère, son enfant ou les deux (32). Sa pratique doit être prudente et sûre, même si les avantages l'emportent sur les risques de l'intervention. La décision d'opter pour une césarienne, chirurgie majeure, doit être basée sur des données probantes et viser le meilleur résultat possible (2). Si la césarienne est médicalement justifiée, elle prévient les mortalités maternelles et périnatales, mais elle n'est

² cf. « Annexe 2 – Taux de césariennes (par 1000 naissances vivantes), par région, 2000-2016, Belgique »

pas à prendre à la légère, car elle peut causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès. L'OMS encourage néanmoins davantage de recherches sur les effets des taux de césariennes sur d'autres issues comme la mortalité, la morbidité maternelle et périnatale, la santé des enfants, ainsi que le bien-être psychologique et social (3).

2.2. Vécu des femmes césarisées en urgence

Comme le nombre de césariennes a augmenté dans de nombreux pays et qu'elles peuvent être vécues comme un événement traumatisant psychologiquement, il est indispensable de prendre en considération l'expérience des femmes ainsi que celle de leur partenaire lors d'une césarienne. En effet, de plus en plus d'intérêt est porté aux aspects psychologiques dans la sphère de l'obstétrique (37). Il est devenu impensable de renvoyer les nouveaux parents à leur domicile avec une image ternie de la naissance, entraînant une dégradation de l'image de soi, une détérioration de la confiance et de l'attachement (38).

La parentalité reste, malgré les évolutions normatives actuelles, tout d'abord une affaire de femmes (39). « Maternités » est la terminologie employée pour désigner les établissements de soin prenant en charge les accouchements, les mères et leurs bébés. Ces institutions ne considèrent pas la parentalité au sens large et n'accordent pas de place aux pères (40). Dans le secteur de la petite enfance, les professionnels sont encore fort « matricentrés » (focalisés sur la mère et le bébé) (40,41). Les pères éprouvent donc parfois des difficultés à trouver leur place (41). Cette « matrifocalité » étant puissante dans les maternités (42), les expériences de naissance positives et/ou négatives des femmes sont déjà bien documentées (20,21). Ces données permettent de promouvoir plus d'expériences positives de la naissance (20). En effet, les femmes césarisées sont, en moyenne, moins satisfaites de leur expérience d'accouchement par rapport aux femmes ayant accouché par voie basse (6,37,43).

Or, comment une famille peut-elle se sentir unie si le père est mis de côté (42) ? Parmi les professionnels médicaux, une opinion qui pourrait devenir commune est que : « les hommes et les femmes vivent la même expérience » (20). Effectivement, les besoins des pères sont fréquemment confondus ou éclipsés par les besoins et les attentes des mères (41). Or, le fait

de tenir pour acquise l'expérience des hommes pourrait être un obstacle quant aux soins dispensés dans le cadre d'accouchements compliqués et risquerait d'augmenter le nombre d'expériences de naissances négatives (20). Il est nécessaire de prendre en compte l'expérience de naissance de chaque parent indépendamment et d'accompagner ces parents en conséquence de manière spécifique (8). De plus, avoir eu une expérience négative de la naissance entraîne souvent des accouchements plus longs et généralement plus de césariennes en urgence lors des grossesses ultérieures (20).

2.3. Place du père³ en salle de césarienne

Dans les années 1940, la naissance était devenue une affaire de médecins et d'hôpitaux. À cette époque-là, les institutions médicales géraient pour les femmes et décidaient pour les hommes notamment en leur interdisant d'entrer en salle de naissance (42). Ensuite, depuis le milieu des années 1970, les accompagnants sont admis en salle de naissance (38,45) et cette présence est fortement encouragée par l'OMS (38,40). Au fil du temps, la volonté du père d'être présent pour l'accouchement n'a fait qu'augmenter (22) passant de 67 % des hommes en 2005 à 78 % des hommes en 2016, en France (38). Ces pères peuvent enfin s'approcher de l'univers de la naissance (46). De nos jours, dans notre culture occidentale, l'implication et la participation des hommes à l'accouchement sont devenues une évidence (20), mais il n'y a eu aucune réflexion sur ce qu'ils pouvaient vivre ou ressentir (42). La présence du père en salle de césarienne et en salle de réveil est indispensable dans la construction du lien parental. Or, dans de nombreux endroits, le compagnon n'est toujours pas admis : en France, pour les césariennes en urgence, 17 % des partenaires étaient présents en 2005 puis 38 % en 2016 (38). Le père ne peut pas toujours être présent pour des raisons d'hygiène, d'asepsie ou de sécurité (36,38). Contrairement aux accouchements par voie basse où, entre 2005 et 2014, 98 % des pères étaient présents quand ils le souhaitaient (47). Ceci montre qu'il y a une évolution des pratiques (38). Mais il existe tout de même une grande disparité entre celles-ci, relative aux pratiques culturelles et aux habitudes de travail, mais également selon les professionnels au sein d'un même établissement (22,38).

³ Le terme « père » est utilisé dans la partie « 2. Introduction », car dans la plupart des études scientifiques réalisées, le terme « père » a été utilisé et non celui de « partenaire ». Or, au vu de l'évolution du modèle familial actuel (44), le terme « partenaire » sera utilisé dans ce mémoire afin d'inclure les familles homoparentales également.

De nombreux travaux ont porté sur la présence ou l'absence du père en salle de césarienne, notamment sur les effets et conséquences (22,38,48,49). Le fait qu'un père ne puisse pas assister à la césarienne augmente son stress, car celui-ci voit partir sa femme en urgence et est généralement laissé sans nouvelle, sans explication. Ainsi, l'absence augmente le très mauvais vécu psychologique, passant de 51 % à 64 % (38). La présence du père en salle de césarienne comporte des avantages tels qu'un meilleur état de l'enfant à la naissance, moins d'hémorragies maternelles, une meilleure rétraction de l'utérus, une meilleure prise de contact entre le père et son enfant, une diminution de l'angoisse maternelle et paternelle, une amélioration du vécu de la césarienne, un partage de cet événement familial heureux (49). Cain et al. ont également démontré que la présence du père provoque des sentiments plus positifs à l'égard de la naissance, une réduction du stress et de l'anxiété ainsi qu'une diminution du retard dans la prise en charge du nouveau-né par le père (54).

2.4. Triade père-mère-enfant

La littérature rapporte qu'en Europe et en Amérique du Nord, les pères contemporains ont tendance à s'impliquer davantage dans les soins aux nouveau-nés et nourrissons par rapport aux générations passées (50).

La transition des hommes vers la paternité est un processus complexe de réélaboration du comportement et de l'identité masculine. Ce processus comporte trois dimensions principales, dont la transformation de la relation dyadique père-mère en une relation triadique père-mère-bébé. Pendant la période prénatale, le travail, l'accouchement et la période postnatale, la qualité de la relation entre l'homme et sa partenaire est vraiment primordiale (50). Le respect de cette triade mère-père-enfant et la proximité de ses membres ont un impact sur le ressenti physique et psychologique de la naissance (38). Les phases de travail et d'accouchement sont les événements émotionnels les plus intenses lors de la transition vers la paternité. Lors de ces phases, les pères éprouvent des sentiments très mitigés, allant de l'impuissance et l'anxiété au plaisir et à la fierté (50). La naissance est un événement familial unique qui renforce le lien précoce entre le père et son enfant (45).

Les femmes jouent un rôle clé pour influencer l'identité paternelle et les relations coparentales en facilitant l'accès des pères aux soins de leur bébé. Le personnel soignant joue également un rôle important en créant un « espace de participation » afin d'inciter au

maximum les pères à participer activement aux soins de leur bébé et à maintenir un contact avec lui. En effet, l'implication active du père est importante pour le développement de l'enfant (50). La présence du père est un pas de plus vers une parentalité partagée instantanée (22). La naissance est un moment clé d'« investiture » pour le père (42).

2.5. Vécu des pères lors de césariennes en urgence

Il semble primordial d'explorer le vécu des partenaires présents lors de la césarienne de leur compagne afin d'augmenter leur satisfaction de l'accouchement (51). Le fait de se rendre compte du vécu des partenaires permet d'assurer et de préserver le bien-être des femmes, des hommes ainsi que de leur nouveau-né, à court et à long terme (20). Notamment, afin de limiter la diminution du taux de natalité due aux angoisses et difficultés associées à la naissance (51).

Depuis quelques années, les perceptions et expériences des hommes en salle de naissance ont reçu davantage d'attention (20). Toutefois, peu de données existent sur l'expérience et le vécu des pères lors de césarienne (21–23). En effet, Bélanger-Lévesque et al. soulignent que les sentiments et les expériences des pères à l'accouchement sont peu étudiés, malgré leur présence accrue (8). Fenwick et al. ainsi que Haku et Kondou estiment que l'expérience des hommes en matière d'accouchement par césarienne reste insuffisamment comprise et clarifiée (45,51). Pour tenter d'évaluer le bien-être des mères durant la naissance, plusieurs essais de scores ont été réalisés, mais encore aucun n'a été décrit pour les pères lorsqu'ils assistent à une césarienne. Il est donc intéressant de réaliser une étude au sujet de l'expérience des pères en césarienne (22). De plus, il reste une lacune importante dans la littérature : aucune distinction n'est faite entre les expériences des hommes ayant vécu une césarienne programmée et celles des hommes ayant vécu une césarienne en urgence (45).

Quelques études se sont déjà intéressées au vécu d'hommes dont les femmes ont été césarisées de manière élective ou en urgence. Les principaux éléments de ces études sont repris ci-après (8,23,45,51,52).

En 1984, une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de 46 maris aux États-Unis. Le principal point négatif retenu par certains pères est l'interdiction d'accéder à la salle de

césarienne, car les politiques hospitalières n'autorisent pas leur présence pour 48 % d'entre eux. Lors de l'annonce de la césarienne, la réaction émotionnelle prédominante pour 52 % des pères est le soulagement suivi de l'acceptation (27 %), de la déception et de la colère. La majorité des maris (70 %) exprime un mécontentement face aux comportements des soignants (23).

Ensuite, en 2012, une étude transversale comparative a été réalisée au Québec afin de comparer la satisfaction de l'accouchement de 200 mères et de 200 partenaires (homme ou femme) à l'aide de l'Échelle de satisfaction à la naissance, la « Birth Satisfaction Scale » (BSS). Globalement, la satisfaction était similaire entre les mères et les pères, mais différait pour certains thèmes et facteurs clés influençant leur satisfaction (8).

Antérieurement, en 2008 et 2009, en Suède, une étude qualitative descriptive a été réalisée par téléphone auprès de 22 pères dont les partenaires avaient eu une césarienne électorale ou en urgence. Cette étude met en évidence que le mode d'accouchement importe peu pour les pères tant que leur femme et leur nouveau-né sont en bonne santé. Ils considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans la prise de décision de la césarienne et qu'ainsi la responsabilité de l'accouchement est transférée aux médecins. Ils trouvent que la césarienne est sécuritaire, efficace et acceptent donc sans difficulté cette décision. Cette étude a pu identifier quatre facteurs jouant le rôle de médiateurs dans l'expérience des hommes : le sentiment de contrôle de la situation ressenti par les hommes ; la préparation ; la façon dont l'équipe soignante se comporte et interagit avec le couple ; la connaissance de la date et de l'heure de la naissance (45). Par la suite, en 2014, une autre étude qualitative descriptive a été réalisée en Suède auprès de 21 pères. Cette étude met en évidence les mêmes éléments que dans l'étude réalisée en 2008-2009, mais ne s'est pas intéressée aux facteurs médiateurs de l'expérience des hommes. Cependant, elle montre que des connaissances limitées des hommes sur les risques d'une césarienne peuvent influencer sur les décisions relatives au mode d'accouchement (52).

Enfin, en 2018, une étude qualitative fut menée au Japon à l'aide d'entrevues semi-dirigées auprès de neuf hommes ayant assisté à la césarienne en urgence de leur compagne. Le but était d'éclairer le vécu des maris afin d'augmenter leur satisfaction à l'accouchement. Il ressort de cette étude que les maris se sentent soulagés lorsqu'une césarienne est décidée. Ils éprouvent de l'anxiété due à l'attente prolongée, car ils ne sont pas admis en salle de césarienne, puis éprouvent du plaisir lors de la rencontre avec leur bébé (51).

2.6. Les détresses psychologiques paternelles

La période périnatale est une période riche en remaniements psychologiques (40,41) et transformations internes inconscientes (40). Les évènements inattendus, imprévus ou imprévisibles, sont singulièrement difficiles à gérer (7). La naissance peut être considérée comme traumatique lorsqu'elle « réactualise l'empreinte d'un évènement non ou imparfaitement symbolisé dans l'histoire individuelle ou générationnelle du sujet » (53). La césarienne peut atténuer l'expérience positive de la naissance (6) et peut également provoquer des conséquences psychosociales négatives (6,7) en interférant avec les tâches psychologiques nécessaires à une transition réussie vers la parentalité (6). Elle joue un rôle étiologique dans les symptômes du stress post-traumatique, les dépressions postnatales et les psychoses du post-partum (37). De plus, ces perturbations psychologiques graves peuvent entraîner des répercussions sur les interactions père-bébé et ainsi augmenter le risque de développement de difficultés psychopathologiques chez l'enfant à long terme (40).

De nombreux couples ayant subi une césarienne ont le sentiment que leurs besoins n'ont pas été satisfaits, que les politiques hospitalières et les soignants empêchent une expérience d'accouchement humaniste (54). Néanmoins, être confronté au décès de son nouveau-né est une véritable tragédie qu'aucun parent ne souhaite vivre. Le taux de ces mortinaissances peut être limité grâce à des interventions d'urgence, telle que la césarienne (55).

Accorder de l'attention à ces conséquences psychologiques est primordial, car les souvenirs de naissance peuvent persister pendant des décennies et affecter le bien-être psychologique (6). Il est donc plus que nécessaire d'identifier et d'accompagner ces détresses paternelles. Or, en Belgique, il n'existe pas encore d'outils spécifiques pour repérer les détresses paternelles, mais l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) propose quatre outils permettant aux professionnels de la santé périnatale de repérer différentes composantes de la détresse : la symptomatologie dépressive et/ou anxieuse, le stress perçu et le stress post-traumatique (40).

2.6.1. Deuil de l'accouchement imaginé

Actuellement, d'après la norme culturelle, un accouchement normal est un accouchement par voie basse, même si cette norme pourrait quelque peu changer (7). Dans une étude réalisée

au Canada, Bradley a pu mettre en évidence que lorsqu'une femme a une césarienne non planifiée, son attente d'un accouchement par voie basse n'est pas satisfaite (43). Les personnes qui sont mieux préparées à la césarienne vivent celle-ci d'une meilleure façon et par la suite s'en sortent mieux émotionnellement (54). Il est dès lors nécessaire de fournir des informations cohérentes en prénatal pour aider les couples à développer des attentes réalistes concernant l'accouchement (7).

2.6.2. Dépression du post-partum

La dépression correspond à une altération marquée du fonctionnement habituel d'une personne, et ce sur une période d'au moins deux semaines. Sa caractéristique est une humeur dépressive la plupart du temps ou une perte de plaisir pour presque toutes les activités quotidiennes, associée à d'autres symptômes. Les symptômes principaux de la dépression périnatale paternelle sont le retrait social, l'indécision, la peur, l'irritabilité importante et les manifestations somatiques (changement d'appétit, prise ou perte de poids, troubles digestifs, céphalées, insomnies) (40).

L'accession à la paternité génère une crise identitaire profonde. Ainsi, celle-ci est susceptible de dévoiler une vulnérabilité particulière en termes de décompensation psychiatrique (56). Une méta-analyse a pu mettre en évidence qu'environ 10 % des hommes présentent une dépression prénatale et/ou postnatale et que celle-ci est relativement plus élevée dans les trois à six mois du post-partum. De ce fait, les dépressions paternelles prénatale et postnatale peuvent être considérées comme un problème de santé publique important (57).

La césarienne en urgence peut être un facteur de déclenchement de la dépression du post-partum chez les nouveaux pères (53,56). Il est, dès lors, primordial de prendre en considération cette dépression paternelle du post-partum, car celle-ci peut entraîner des conséquences importantes pour les enfants : émotionnelles, comportementales et développementales. Elle peut également influencer la dépression maternelle (corrélation positive et d'ampleur modérée) (57).

2.6.3. Anxiété

L'anxiété peut être définie comme « une anticipation appréhensive d'un évènement négatif ou d'un malheur futur, associée à un sentiment d'inquiétude, une détresse ou une angoisse (symptômes somatiques de tension) ». Lorsque cette anxiété est excessive et chronique, il est

possible de développer un trouble anxieux (40). Dans un rapport de l'ONE, 32,7 % des pères étaient anxieux en post-partum immédiat et 41,4 % en post-partum tardif (environ trois mois après la naissance) (40,41).

2.6.4. Stress post-traumatique

Les urgences obstétricales, dont la césarienne en urgence, sont un des facteurs de risque les plus importants de développer des troubles du stress post-traumatique (TSPT)⁴ (58–60). Dans une méta-analyse, 18,5 % des femmes d'un échantillon considéré comme à haut risque (elles avaient eu des complications pendant la grossesse ou à l'accouchement) ont développé des TSPT en post-partum (61). Ainsi, comme les taux d'intervention en urgence augmentent, il est fort possible que l'incidence des réactions traumatisantes aiguës augmente également (60). Peu d'attention est accordée aux traumatismes psychologiques. De fait, en Europe, seuls les Pays-Bas disposent de politiques nationales sur le dépistage, le traitement et la prévention des expériences d'accouchement traumatisantes (61).

2.7. Question et objectifs de cette recherche

La question de recherche de ce mémoire est : « Quelle est l'expérience vécue par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence au CHU de Liège ? ».

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les expériences vécues par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence, de rendre compte de ce que les partenaires ont vécu lors de la césarienne de leur compagne. Les objectifs secondaires sont d'identifier les émotions ressenties par les partenaires ; d'identifier l'implication des partenaires dans la prise de décision et durant toutes les phases du travail et de la naissance ; d'identifier comment les partenaires se sont sentis accompagnés par le personnel soignant ; d'identifier les informations que les partenaires possédaient ou ont reçues avant et pendant la césarienne ; d'identifier les obstacles et/ou les besoins rencontrés par les partenaires pour vivre la naissance le mieux possible. L'objectif final de cette étude est d'essayer de dégager des pistes de réflexion menant à des suggestions visant à rendre le mode de fonctionnement de l'institution le plus optimal pour répondre aux attentes des partenaires en cas de césarienne en urgence.

⁴ cf. « Annexe 3 – Critères de diagnostic des TSPT » pour lire les critères de diagnostic des TSPT selon l'American Psychiatric Association.

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude et type de démarche de recherche

Cette étude s'intéresse à l'expérience individuelle des partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence. Il semblait ainsi judicieux de choisir l'**analyse qualitative** comme type d'étude, celle-ci étant incluse dans le paradigme constructiviste, aussi appelé naturaliste (62). La méthodologie qualitative est choisie pour sa capacité à faire émerger des dimensions non anticipées initialement et qui peuvent être d'une grande richesse pour la compréhension de l'objet de la recherche (63). L'étude qualitative permet entre autres la participation des populations aux orientations à adopter en matière de soins de santé (64). Les participants peuvent donner leurs avis sur des améliorations à envisager en situation de césarienne en urgence.

Cette recherche est de **design phénoménologique**. La phénoménologie « suppose que l'être humain forme un tout avec son environnement, qu'il a un monde et une réalité qui lui sont propres, mais que ceux-ci ne peuvent être compris que dans leur contexte » (65). Ce design a pour but de tenter de comprendre l'expérience vécue par les participants de l'étude (62). Il s'agit de comprendre le sens donné à une expérience (66). En effet, la finalité de cette étude est de décrire un phénomène du point de vue de ceux qui le vivent (65), donc de décrire la césarienne en urgence du point de vue des partenaires des femmes.

Avant de débiter la collecte des données, une approbation du travail de recherche a été demandée et obtenue auprès du **Comité d'Éthique Hospitalo-Universitaire** de Liège⁵.

La **formulation d'hypothèses** lors d'un travail de recherche permet un travail de réflexion théorique préparatoire sur le phénomène étudié et constitue le meilleur moyen de le mener avec ordre et rigueur sans pour autant renoncer à l'esprit de découverte et de curiosité (67). C'est pourquoi des hypothèses ont été formulées en amont de la collecte et de l'analyse des données. Elles sont nées d'une part de lectures exploratoires et d'autre part à la suite d'expériences professionnelles vécues et de réflexions cognitives.

⁵ cf. « Annexe 4 – Demande d'avis au Comité d'Éthique », « Annexe 5 – Réponse du bureau pédagogique ULiège », « Annexe 6 – Réponse du Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire de Liège »

Le fait de créer ses propres hypothèses provient de la **démarche inductive** qui consiste à fabriquer ses propres concepts et hypothèses, au début de la recherche ou au fur et à mesure de son avancement. Cette démarche est nommée « **théorisation bricolée** ». Le chercheur construit ainsi lui-même son modèle d'analyse à partir de concepts opératoires isolés (67).

3.2. Population étudiée

La population étudiée est constituée de partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence au sein du CHU de Liège, site Notre-Dame des Bruyères.

Les **critères d'inclusion** sont les suivants :

- Être partenaire d'une patiente ayant eu une césarienne réalisée en urgence (catégories 1 à 3) ;
- Que la césarienne ait eu lieu dans les 30 jours précédant l'entretien ;
- Que la naissance ait eu lieu à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée) ;
- Être majeur ;
- Maîtriser la langue française (comprendre et parler le français).

Les **critères d'exclusion** sont les suivants :

- Le nouveau-né vivant a présenté ou présente une malformation ;
- Le nouveau-né est décédé.

Le motif de la césarienne en urgence n'est pas un critère d'inclusion ou d'exclusion.

Le choix de limiter le temps entre la césarienne et l'entretien a été posé afin d'éviter au maximum les biais de mémoire (68). Le récit des répondants risque de varier du fait de la temporalité (65).

De plus, l'étude se concentre uniquement sur la maternité du CHU de Liège pour des motifs pratiques. En effet, se limiter à un hôpital de la province de Liège est plus judicieux, car chaque hôpital a une politique hospitalière différente quant au protocole concernant la césarienne en urgence. Inclure plusieurs hôpitaux entraînerait une analyse complexe des résultats.

3.3. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste. Il s'agit de l'**échantillonnage de commodité/convenance**. En effet, pour effectuer l'échantillonnage, une méthode subjective donc non aléatoire a été utilisée. Les unités d'échantillonnage ont été sélectionnées de manière arbitraire par facilité d'accès (62). Les unités de la population avaient été présumées toutes semblables (69).

Le recrutement a été effectué sur base de la liste des naissances ayant eu lieu à la maternité du CHU de Liège à partir du 18 novembre 2023. Chaque jour, les individus correspondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnés. 11 partenaires ont participé à l'étude. Des numéros ont été attribués à chacun d'eux ainsi qu'aux entretiens (E1 à E11) afin de respecter leur anonymat. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance, car il s'agit d'une étude de type qualitatif. La collecte et l'analyse des données étant réalisées en parallèle, la décroissance de la productivité des entretiens est relativement vite constatée (67,70). Le contenu des réponses des interviewés arrive ainsi à saturation à un moment donné. Les entretiens supplémentaires n'apportent quasiment plus aucun élément qui n'ait déjà été exprimé par un participant précédent (67).

3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'**entretiens semi-dirigés**. L'entretien constitue « une porte d'accès aux réalités sociales en misant sur la capacité d'entrer en relation avec les autres ». La réalisation d'entrevues est l'un des meilleurs moyens pour saisir le sens que les acteurs sociaux donnent à leurs comportements, la façon dont ils se représentent le monde et la façon dont ils vivent leur situation (63). Réaliser des entretiens avec les partenaires de femmes ayant eu une césarienne est ainsi la meilleure manière pour comprendre la façon dont ils ont vécu la situation, à savoir la césarienne en urgence.

Étant donné qu'il s'agissait d'entretiens semi-directifs, un **guide d'entretien**⁶ a été préalablement établi avec un certain nombre de thèmes à aborder. Des questions principales relativement larges ainsi que des sous-questions ont été formulées (63).

⁶ cf. « Annexe 8 – Guide d'entretien »

Dans le cadre de deux études réalisées en 1998 et 2000, les auteurs ont analysé l'expérience de femmes ayant eu une césarienne en urgence ainsi que leurs pensées et sentiments en subdivisant leur expérience en six phases succinctes (58,71). Le guide réalisé dans le cadre de cette étude suit à peu près la même trame et se divise en six étapes : lors de la période d'arrivée à la salle de naissance ; lors du travail ; lors de l'annonce de la césarienne en urgence au couple ; lors de la phase de préparation de la femme et du partenaire avant la césarienne ; lors de la césarienne elle-même ; lors de la phase du post-partum (dont la durée varie selon les auteurs (72)). Pour cette étude, le post-partum immédiat est considéré comme la période de deux heures suivant la naissance du nouveau-né. Ce découpage en phases ne veut pas dire que les participants devaient absolument suivre cet ordre chronologique lors des entretiens. À la suite d'une recherche bibliographique, divers paramètres ont été retenus pour être étudiés et inclus dans ce guide d'entretien : les émotions éprouvées par le partenaire, les sensations physiques ressenties par le partenaire, la relation et la communication entre les soignants et le partenaire, les informations connues préalablement et reçues à la maternité sur la césarienne, la place accordée au partenaire par les soignants (notamment dans la prise de décision), l'implication du partenaire, la satisfaction du partenaire, les représentations du partenaire concernant la césarienne, les éléments manquants ou à améliorer dans cette situation.

Néanmoins, les questions préalablement établies ont évolué au fil du temps, car il n'est pas possible de prévoir entièrement le contenu des entrevues en recherche qualitative. L'interviewé doit pouvoir traiter du ou des thème(s) de la recherche selon ses propres termes et catégories sans qu'une façon de penser ne lui soit imposée (63).

Les données sociodémographiques des participants (âge, sexe, profession) et les données obstétricales (gestité, parité, mode(s) d'accouchement(s) antérieur(s)) de leur compagne ont été collectées via des **questions dirigées** posées aux interviewés en début d'entrevue.

3.5. Organisation et planification de la collecte des données

Tout d'abord, les sages-femmes travaillant au CHU de Liège en maternité ont été contactées par écrit afin de les informer de cette recherche, leur expliquer l'objet de l'étude et leur demander de l'aide. Une affiche⁷ est restée en place dans le service pour qu'elles détiennent toutes les informations.

Le recrutement des participants a débuté le 18 novembre 2023 et s'est achevé le 11 mars 2024. Les partenaires ont été contactés par les sages-femmes lors de l'hospitalisation de leur compagne, et ont reçu un **flyer**⁸ contenant toutes les informations concernant cette étude. S'ils acceptaient de participer, ils devaient inscrire leurs coordonnées, puis remettre le flyer à un membre du personnel soignant. Les partenaires n'ayant pas complété le flyer n'ont pas été inclus dans cette étude. Les partenaires ayant accepté de participer ont ensuite été recontactés par la chercheuse pour fixer un rendez-vous.

Les **entretiens** se sont déroulés au **domicile** des participants ou à la **maternité**, maximum trente jours après la césarienne. Il avait été établi préalablement qu'aucun tiers ne pourrait être présent lors de l'entrevue afin de laisser les participants s'exprimer plus librement. Néanmoins, certains entretiens ont été réalisés en présence de la mère qui avait accouché et du nouveau-né pour des raisons purement logistiques.

La temporalité de cette recherche est représentée via un **diagramme de Gantt**⁹ en annexe.

3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Chaque entretien a été **enregistré**, après avoir obtenu le **consentement libre et éclairé** des participants¹⁰. Ensuite, les enregistrements ont été **retranscrits** dans leur intégralité. Les écrits ont été **anonymisés** ainsi la confidentialité des participants est respectée.

L'analyse des données qualitatives consiste à démanteler les données afin de construire une analyse ou une théorie (73). La **collecte des données et l'analyse** de ces données ont été

⁷ cf. « Annexe 9 – Lettre destinée aux sages-femmes »

⁸ cf. « Annexe 10 – Flyer de recrutement »

⁹ cf. « Annexe 11 – Diagramme de Gantt »

¹⁰ cf. « Annexe 12 – Consentement libre et éclairé »

réalisées **simultanément**, de manière itérative (70). Ainsi, l'analyse séquentielle effectuée permet de façonner la collecte des données en cours (74).

Après avoir retranscrit un entretien, une **première lecture** était réalisée afin d'identifier à laquelle des **six phases** (arrivée, travail, décision, préparation, césarienne, post-partum immédiat) faisaient référence les différentes parties du discours.

Une **seconde lecture** a permis d'attribuer, dans les marges, des étiquettes au discours des participants, facilitant l'émergence de **thèmes principaux** et de **sous-thèmes**. L'analyse de contenu permet, en effet, d'« indexer » les propos des répondants pour créer des catégories analytiques et des explications théoriques (74). L'itération implique des allers-retours entre les interprétations et les résultats (70). Le chercheur peut revisiter les entretiens déjà analysés lorsqu'un nouveau thème ou questionnement apparaît (66). C'est ce qui a été réalisé tout au long des analyses.

Ensuite, les **verbatim** ont été **extraits** des différents entretiens au regard des thèmes et propriétés sélectionnés, en évitant de les décontextualiser (63). Ils ont été **confrontés** entre eux afin de mettre en évidence les convergences et les divergences d'expérience (75). C'est ce qu'on appelle « la comparaison constante » (74). Mettre en perspective les différentes expériences et les comparer les unes aux autres permet d'essayer de rendre compte de la réalité des acteurs (63).

4. Résultats

Les entretiens ont été réalisés auprès de 11 partenaires¹¹ dont les compagnes avaient eu une césarienne en urgence au CHU de Liège. Au départ, cette étude devait en compter 16, mais cinq partenaires n'ont jamais donné suite aux multiples appels. Les profils des participants varient en termes d'âge, de profession, de gestité et de parité de leur compagne. Les profils respectifs sont exposés sous forme de tableau en annexe¹².

Les résultats concernent la période allant de l'arrivée des participants à la maternité, jusqu'aux deux heures qui ont suivi la césarienne en urgence.

Huit axes thématiques principaux ont pu être identifiés à la suite de ces entretiens : « Rôle de soutien et de stabilité émotionnelle », « Émotions ressenties », « Temporalité floue », « Communication soignant-accompagnant », « Passer de spectateur invisible à acteur impliqué », « Représentations », « Éléments retenus comme positifs » et « Améliorations à envisager ».

L'arrivée à la maternité des femmes enceintes était due à une rupture de la poche des eaux, un rendez-vous de contrôle, une induction ou des contractions. Les indications de la césarienne en urgence rapportées par les participants étaient une stagnation du travail, une ARCF, un échec d'accouchement par voie basse ou une mauvaise présentation fœtale.

4.1. Rôle de soutien et de stabilité émotionnelle

Bien que les partenaires ne savent pas toujours comment agir et pensent parfois ne rien savoir faire, le rôle principal des partenaires dans ce processus de la naissance, d'après eux, est d'être soutenant envers leur compagne. Ils sont présents pour les soutenir, détendre l'atmosphère, les rassurer, les aider à boire et à se positionner sur le ballon pendant la phase de travail...

« Je n'ai pas le même rôle, je n'ai pas les mêmes contraintes, [...]. Moi, je suis là pour rassurer ma compagne. Si on m'aide à la réassurer, je suis content, c'est le plus important. Je n'ai pas nécessairement besoin non plus d'être rassuré moi. » (E8)

Les partenaires prennent leur rôle à cœur, au détriment parfois de leurs propres émotions.

¹¹ Seuls des hommes ont participé à cette étude, mais le terme « partenaire » est tout de même utilisé afin de rester plus inclusif.

¹² cf. « Annexe 7 – Tableau reprenant le profil des participants »

« Moi, j'étais plus là pour la soutenir et voilà. [...]. Il faut être fort à côté parce qu'on sent qu'elle commence un petit peu à avoir mal, lâcher l'affaire, et cetera. [...]. Il ne faut pas montrer qu'on est stressé, qu'on a peur, et cetera, parce qu'il faut rester, entre guillemets, fort à côté. » (E7)

4.2. Émotions ressenties

En un laps de temps, parfois assez court, les partenaires passent par tout un nombre d'émotions variées lors de l'expérience de la naissance.

Tout d'abord, que ce soit à leur arrivée, pendant le travail ou le post-partum immédiat, les partenaires ont ressenti énormément de **fatigue**. Celle-ci est due au manque de repos en fin de grossesse de leur compagne et au travail qui peut, quelquefois, durer de nombreuses heures. Ainsi, durant le travail, il n'est pas rare que certains partenaires se trouvent rattrapés par cette fatigue et s'endorment. Cette fatigue peut aussi certaines fois « anesthésier » les émotions ressenties.

« Donc nous on a juste la fatigue quoi. On combat, on combat, on combat, on combat et puis, un moment, ça marche pendant 1h et puis ensuite, "bam". Complètement dans les vapes, mais presque stone quoi. Au point où on sait plus comment on s'appelle. Si je marche, est-ce que je ne vais pas tomber quoi ? » (E5)

À leur arrivée à la maternité, les partenaires étaient généralement peu stressés, que ce soit une première expérience ou non. Ils étaient surtout **détendus** et **impatients**.

Ensuite, durant le travail, ils ressentait un **ensemble d'émotions** assez difficiles à expliquer. **L'enthousiasme** est présent, car le partenaire est excité de savoir qu'il va bientôt rencontrer son nouveau-né tant attendu. Mais la **frustration** est aussi éprouvée : la frustration de se sentir impuissant, de ne pas savoir quoi faire pour aider sa compagne qui souffre au vu de la douleur des contractions ressenties, la frustration d'un travail qui n'évolue pas aussi rapidement qu'espéré. Cette frustration se transforme même en **énervement** par moment.

« Je n'aime pas cette situation-là, la voir comme ça. Pour moi c'est frustrant. [...]. Et moi j'étais impuissant sur le fait. J'étais devant elle et je ne savais rien faire. » (E2)

Lors de l'annonce de la césarienne en urgence, la plupart des partenaires étaient **soulagés** de cette décision. Ils étaient rassurés, contents. Ils voyaient cela comme une **délivrance** à toute cette douleur ressentie par leur compagne et à ces heures passées à attendre sans que le

travail évolue suffisamment. Le partenaire n°10 était tout de même un peu **déçu** que la naissance se fasse par césarienne.

« Et je pense, à ce moment-là, le fait que ce soit en urgence, ça n'a pas provoqué chez moi plus de stress. C'était plutôt vraiment, après tout ce qu'on avait subi, de dire, c'est une délivrance plutôt qu'un vrai souci » (E3)

Toutefois, le taux d'adrénaline a augmenté pour certains. Le **stress** était légèrement présent, car il s'agit toujours d'une naissance, même si celle-ci a lieu par césarienne en urgence. Lorsque c'est une deuxième césarienne en urgence, le climat est beaucoup plus calme et détendu parce que le couple sait comment ça se passe.

Par la suite, les partenaires sont restés seuls dans la chambre du bloc d'accouchement, le temps que le personnel soignant prépare la salle de césarienne et leur compagne. Cette transition extrêmement rapide entre une salle remplie d'individus qui s'affairent et une salle complètement vide est **impressionnante**.

« Ça n'a pas été un choc, mais c'est vrai que ça, c'est un peu impressionnant d'arriver à un moment donné dans un endroit où on voit un lit avec sa compagne et en 5 minutes "Pouf pouf", plein de gens qui s'affairent. Et puis le lit qui part et puis on reste tout seul. » (E3)

Lors de cette attente, ils étaient **impatients** et continuaient d'être **tracassés** parce que c'est tout de même une opération, avec des risques de complications, et que ce n'est pas anodin.

« On a peur que ça ne se passe pas bien. [...]. Enfin, c'est la première fois que c'est par césarienne. [...]. Un accouchement c'est toujours stressant et tout en plus. Césarienne, je ne sais pas, je n'étais pas complètement rassuré. J'avais peur que ça se passe mal ou... C'est beaucoup plus une peur de quelque chose d'inconnu. [...]. Mais voilà, on a peur des complications, de l'imprévu, de... Enfin, c'est beaucoup plus dans ce sens-là. » (E10)

La **colère** fut présente chez certains partenaires due à cette attente sans nouvelle de leur compagne, sans réponse à leurs questions, se demandant ce qui était en train de se passer.

« Quand on est pris comme ça de court, on est un peu énervé, on se demande ce qui se passe, on n'a pas de réponse, donc on bouillonne à l'intérieur. » (E4)

Une fois que tout était préparé pour la césarienne, tous les partenaires, à l'exception d'un seul, ont pu rentrer dans la salle de césarienne. Celui qui n'a pas pu y entrer est resté de l'autre côté de la porte, car ça a été beaucoup trop rapide et il n'a pas eu le temps d'y assister.

Le stress est retombé lors de la césarienne. Les partenaires étaient détendus, **sereins**. Selon eux, les professionnels de la santé qui sont présents font en sorte que ça soit un moment **calme** malgré la situation stressante.

« C'est assez calme. Les sages-femmes, [...] anesthésistes ... qui font en sorte que ça reste vraiment, dans un moment stressant, une accalmie. Et assez voilà pas de stress dans ce moment-là » (E3)

L'acte chirurgical en lui-même ne faisait **pas peur** aux partenaires. Certains, curieux, ont même exprimé qu'ils auraient éventuellement voulu en voir plus.

« Je regardais ce qui se passait dans la lampe parce que je suis un grand curieux. Il m'en faut beaucoup pour me donner un haut-le-cœur. » (E8)

Le partenaire n°10 a su voir son bébé sortir lors de la césarienne, mais il estime avoir regardé au mauvais moment, car le bébé avait son corps à l'extérieur et sa tête coincée, ce qui n'a pas été agréable à regarder pour lui.

Globalement, les partenaires n'ont pas été choqués de la césarienne en urgence. Cependant, quelques éléments ont tout de même **étonné**, surpris les partenaires : le bruit des instruments, l'odeur des boyaux, le « liquide couleur sang » au sol [en réalité de l'Iso-Bétadine], la force déployée par les gynécologues pour écarter les tissus.

Enfin, dès que les nouveau-nés furent sortis de l'utérus, ils furent emmenés dans une pièce adjacente pour recevoir leurs premiers soins. Les partenaires ont pu les y accompagner.

Lorsqu'un nouveau-né montre des signes de souffrance à la naissance, cela est plus **éprouvant** pour le partenaire qui est présent et assiste à la scène et aux soins prodigués par les soignants.

Une fois les soins réalisés, ils ont pu, pour la plupart, réaliser le peau-à-peau avec leur bébé. Ils ont trouvé ce moment magnifique. Ils se sentaient épanouis, **heureux**, contents, satisfaits, soulagés, apaisés... À cet instant, c'était le **vide** total dans leur tête. Ils ne pensaient plus à rien d'autre qu'à leur bébé et leur femme. Ils profitaient du moment présent.

« Épanoui. D'un coup ça, "poupe"... Tout était libéré d'un coup. Je ne pensais plus rien d'autre, à lui et à ma femme. Donc voilà. Je ne pensais plus à rien d'autre, vraiment plus rien, plus rien. Le vide. » (E2)

Malgré tout, comme leur compagne était toujours en salle de césarienne, ils n'étaient **pas** encore **totalelement rassurés** et gardaient dans un coin de leur tête le fait que leur femme se faisait recoudre.

De plus, les partenaires ont exprimé la difficulté, durant le post-partum immédiat, de **réaliser** ce qui était en train de se passer. Certains disent ne pas devenir parents à 100 % d'un coup et que cela vient dans les jours qui suivent.

« Au début, on ne réalise pas. On a un peu l'impression d'être dans un rêve, dans le flou. Tout est flou. Au début, on ne réalise pas. » (E4)

D'autres se sentent « **papa** » directement et trouvent que le peau-à-peau est le moment idéal pour commencer à créer des liens avec leur bébé.

« Puis dès que je l'ai eu sur moi, là c'était oui, j'étais papa, je me suis senti, tout était derrière et voilà. [...]. Je me sentais en fait vraiment papa. » (E7)

4.3. Temporalité floue

L'expérience de la naissance est un moment à part entière, un peu comme **hors du temps**. Depuis l'arrivée des partenaires à l'hôpital jusqu'aux deux heures suivant la naissance, la temporalité leur paraît complètement « floue ».

La **phase de travail** leur semble **extrêmement longue**, mais à la fois courte aussi par moment. Ces longues heures passées se suivent et se ressemblent. Il devient presque impossible pour les partenaires de savoir exactement à quelle heure tel et tel actes ont été posés.

« Enfin, ça passe vite et pas vite en même temps. C'est difficile d'expliquer. Parce que c'est 48h donc ça paraît énorme, mais il y a des moments qui passent très vite, d'autres qui paraissent insurmontables » (E7)

Par contre, la **phase de préparation** de la césarienne est, elle, relativement **rapide**. Ils estiment avoir attendu en moyenne entre 5 et 15 minutes. Mais ces quelques minutes leur ont paru être une éternité.

« Mais ça paraissait long, mais je crois que ça n'a pas duré longtemps. Je pense qu'en 10 minutes on est venu me chercher. Mais ça paraissait une éternité. » (E7)

La **césarienne** a été réalisée **rapidement** selon eux. Ils étaient étonnés de la rapidité de l'intervention et du fait qu'elle soit déjà finie.

La **période du post-partum immédiat** est celle qui est la plus qualifiée de « **floue** ». Il semblerait que comme tout s'est enchaîné très rapidement, les partenaires se sentent dépassés, ont un « blanc », ont l'impression d'être dans un rêve, ont un « blackout »..., la fatigue et les fortes émotions ressenties n'aidant pas évidemment.

« quand la petite est sortie, je me rappelle l'avoir entendue pleurer, mais j'ai une espèce de black-out. Je ne sais pas ce qu'on lui a fait comme soins et je pense que toute la pression, l'adrénaline que j'avais accumulée sur 48h, tout est retombé. [...]. Donc j'ai une espèce de black-out entre le moment où elle est sortie et le moment où je me suis retrouvé avec elle en peau-à-peau dans la chambre, voilà. [...]. Donc c'est la fatigue, le stress, l'émotion, et cetera. Le tout a fait que j'ai le black-out quoi. » (E7)

4.4. Communication soignant-accompagnant

Comme en témoigne le matériau de ce travail, les partenaires estiment avoir reçu suffisamment **d'informations** de la part des soignants durant tout le processus de naissance. Les soignants donnaient parfois même un peu trop d'informations, mais cela laissait la possibilité au couple de ne garder que ce qu'il jugeait nécessaire.

Malgré ces explications relativement claires, certains partenaires avaient encore des **questions**. Et celles-ci avaient toute leur place, les soignants y répondaient avec plaisir. Néanmoins, les partenaires préféraient ne pas déranger les professionnels avec leurs questions « dans le feu de l'action » et préféraient les poser par la suite s'ils en avaient l'occasion.

Cependant, les partenaires estiment ne **pas** être les **premiers interlocuteurs**. Ils trouvent cela légitime qu'une attention particulière soit accordée à leur compagne, que les soignants s'adressent plutôt à elle, mais ils n'ont pas pour autant l'impression d'être laissés de côté.

« On regardait Madame parce que c'est Madame que ça concernait. J'écoutais quoi. [...]. C'est normal qu'ils expliquent à Madame parce qu'on va dire moi je n'ai rien à voir dans tout ça, entre guillemets, parce que c'est Madame qui subit tout ça. Donc c'est à Madame qu'on doit expliquer. Donc moi j'écoutais un peu pour savoir. Maintenant, je ne me sentais pas mis à l'écart parce que ça ne me concernait pas entre guillemets. » (E4)

Dès lors, ils n'ont **pas** spécialement **pris part à la décision** de réaliser une césarienne. C'est principalement l'avis de leur compagne qui a été demandé, ce qu'ils trouvent tout à fait normal puisque ce n'est pas eux qui vont devoir subir la césarienne. Dans tous les cas, les partenaires étaient d'accord avec cette décision.

« Ce n'est pas pertinent de me demander mon avis. Ce n'est pas moi qui risque de souffrir, ce n'est pas moi qui risque d'avoir des soucis de santé parce qu'on a trop attendu ou quoi ou qu'est-ce. » (E8)

4.5. Passer de spectateur invisible à acteur impliqué

Plusieurs partenaires ont l'impression que le « papa » est ou doit être un spectateur de l'événement de la naissance et qu'il est parfois « **invisible** » aux yeux des soignants ou uniquement « **toléré** » par eux.

« Mais c'est un peu tout le monde pareil, je pense. Le papa est un peu spectateur de tout ça. Je pense que si on avait vécu un accouchement par voie basse, ça aurait été fort pareil. » (E2)

Que ce soit à n'importe quel moment du processus de la naissance, le partenaire se met automatiquement en retrait, de lui-même, de peur de gêner, d'être dans le passage, de déranger.

Or, le partenaire n°5 a l'impression qu'à l'heure actuelle, dans notre société moderne, il leur est demandé de **prendre une place plus importante**.

« C'est plus la même ère quoi. On nous demande de prendre la place. Avant, ce n'était pas comme ça. [...]. Et je pense que c'est dans l'air du temps. On est beaucoup plus impliqué dans la vie de famille et donc aussi les maternités. » (E5)

Cependant, cette place n'est pas si facile à prendre quand l'hôpital ne prévoit rien pour leur faciliter la tâche. Le partenaire n°5 exprime ainsi de la déception, de l'énervement, de la vexation puisqu'ils n'ont pas la possibilité de prendre la place qu'ils souhaiteraient avoir.

« Ce qui est un peu décevant d'ailleurs, parce qu'on nous demande de prendre une place de plus en plus importante. [...]. Franchement, c'est énervant parce que ce n'est pas en accord avec le temps je trouve. » (E5)

4.6. Représentations

4.6.1. La césarienne, une éventualité

Même avant le travail ou lors de celui-ci, les conjoints avaient envisagé la césarienne comme une éventualité au vu des événements de la fin de la grossesse, de la tournure que le travail prenait ou de leur expérience antérieure.

Ils pensent que les césariennes sont plus fréquentes et donc que cela reste une possibilité. Le partenaire n°5 a, notamment, exposé ses réflexions concernant l'augmentation du taux de césariennes. Il pense que les bébés sont de plus en plus gros à cause de la modification de notre régime alimentaire et que les corps ainsi que les bassins des femmes n'ont pas évolué

aussi rapidement, donc elles ne peuvent continuer à donner naissance à des bébés de plus gros poids.

Néanmoins, le partenaire n°6 n'envisageait pas cette solution et ne s'attendait pas à ce qu'une césarienne soit réalisée en dernière minute alors que tout le travail s'était bien déroulé jusqu'alors.

4.6.2. Connaissances concernant la césarienne

La plupart des compagnons s'étaient préparés à cette éventualité. Ils avaient récolté, au préalable, quelques informations sur la césarienne auprès de leur famille, leurs amis, des proches, des professionnels de la santé, sur *Internet*.

Le déroulement, les conséquences, les risques, les effets secondaires... étaient connus sans trop de détails, uniquement pour se sentir à l'aise au cas où ça devrait arriver. Ils trouvent qu'en savoir de trop avant la naissance est source de stress inutile.

« Donc je ne vais pas aller me renseigner beaucoup là-dessus. À part me faire stresser, ça ne va pas amener grand-chose. Donc non, je n'avais pas beaucoup d'infos sur les césariennes. » (E6)

4.6.3. Un acte presque identique aux représentations

Beaucoup de partenaires ont cette représentation de la césarienne : le partenaire est assis à la tête de la femme enceinte avec un champ opératoire devant leurs têtes pour cacher l'acte chirurgical. Ils ont une assez bonne connaissance du déroulement de l'intervention.

Certains imaginaient bien que c'est un acte court, bref, réalisé rapidement. D'autres pensaient que ça durerait plus longtemps.

Certains participants pensaient que la césarienne était une opération plutôt « douce », « délicate », qui ne nécessitait pas autant de force physique de la part des soignants.

« Je pensais que ce serait peut-être plus, entre guillemets, doux. J'ai trouvé que c'était un moment physiquement engagé pour les médecins. Je ne m'attendais pas nécessairement à ça. Je pensais que ce serait un truc plus, une intervention plus légère. Alors que ça avait l'air d'être un truc quand même sérieux et physique, un petit peu... C'était de la grosse chirurgie quand même. » (E11)

4.7. Éléments retenus comme positifs

4.7.1. Cadre hospitalier et personnel soignant

Globalement, les partenaires sont satisfaits de la naissance qu'ils ont vécue. Ils sont contents du cadre chaleureux et familial offert par la maternité du CHU des Bruyères. Ils ont vraiment trouvé les professionnels de la santé et les stagiaires « bienveillants », « chouettes », « ouverts », « souriants », « disponibles », « réactifs »...

« On s'attendait à tomber dans un service sympa. Mais elles étaient vraiment gentilles. [...]. Leur disponibilité, leur patience, leur douceur avec le petit, c'est tout ça. On voit bien qu'elles sont à leur place, qu'elles sont passionnées par leur métier, avec le respect des patients, que ce soit le petit ou la maman. [...], mais ce côté bienveillant était assez agréable. » (E11)

Ils trouvent cet aspect très important parce qu'ils sont dans une période assez fatigante, pendant laquelle ils ne sont pas toujours « sûrs de tout », et c'est agréable de voir que les soignants accueillent volontiers les questions, ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements.

Ainsi, les accompagnants se sentaient vraiment bien entourés par les professionnels de la santé et l'accompagnement était « génial ».

« Encore une fois, on sentait, enfin je me sentais bien entouré. Enfin, je pense que tout le monde était là pour que ça se passe au mieux. » (E6)

4.7.2. Suivi et confiance

De plus, les partenaires sont vraiment satisfaits du suivi et des soins dispensés à leur compagne. Ils estiment que l'opération s'est déroulée de manière exemplaire, avec une incision bien réalisée et esthétique. Ils ont également trouvé que les soins apportés au nouveau-né étaient excellents.

Ils estiment que les professionnels de la santé savent ce qu'ils font, connaissent bien leur métier. Ils faisaient pleinement confiance aux soignants, quel que soit l'acte, et ne souhaitent, ainsi, pas toujours connaître en détail tous les actes entrepris.

« Je fais toujours confiance aux gens dont c'est la profession. [...]. C'est eux les médecins, moi pas. Je n'ai pas besoin nécessairement de savoir les actes techniques parce qu'ils se parlent de manière technique, les gyné, les assistants. » (E3)

De plus, les professionnels utilisaient un langage compréhensible et accessible pour les couples lors d'explications ou d'informations fournies, évitant un discours trop scientifique.

4.8. Améliorations à envisager

4.8.1. Éléments tangibles

Tout d'abord, sur le plan matériel, les participants ont évoqué l'inconfort du fauteuil dans les salles de naissance. C'est l'élément qui a été le plus souligné lors des entretiens réalisés.

« Parce que le siège est hyper inconfortable. [...]. Et donc, ce n'est pas gai en fait. Pour moi ce n'était vraiment pas gai. » (E5)

Un autre manque évoqué par les partenaires est celui de la nourriture. Ceux-ci trouvent que le service ne met pas assez de nourriture à disposition pour les accompagnants. Ils conseillaient éventuellement d'installer un distributeur de nourriture et de boissons dans le couloir des salles de naissance ou de la maternité.

Ils ont également évoqué l'aspect du bâtiment en lui-même, qu'ils ont qualifié de « vieillot » et qui nécessiterait un rafraîchissement.

« L'hôpital que je recommande, même s'il est vieillot. [...]. Mais non, franchement sincèrement, à part qu'il faudrait peut-être abattre l'hôpital et le recommencer parce que ça, le rénover, ce ne sera pas possible. » (E3)

Néanmoins, un partenaire a mis en avant le côté positif, en salle de naissance, des enceintes acoustiques lumineuses avec alternance de couleurs.

Le partenaire n°5 a proposé l'idée d'une nouvelle entrée dédiée aux femmes enceintes. Actuellement, l'accès se fait via les urgences, situées au sous-sol du bâtiment. Ce partenaire a trouvé l'ambiance des couloirs très spéciale, « glauque » et « stressante » le soir et la nuit. Il trouverait intéressant de créer une nouvelle entrée réservée aux femmes enceintes qui viennent accoucher.

4.8.2. Rapidité

Les partenaires ont remarqué que tout se déroulait à un rythme rapide. Ils ont été impressionnés par la rapidité des soignants, ce qui est très bénéfique en cas d'urgence comme la césarienne. Cependant, ils trouvent tout de même que tout était excessivement précipité, particulièrement les soins prodigués au nouveau-né, ce qui peut avoir entravé leur capacité à pleinement saisir ce qui se passait.

« Fin je trouve que c'était un peu en vitesse. Mais je n'ai pas le temps de me rendre compte quoi. [...]. Mais je trouvais que les soins ont été très très vite. Je n'ai pas eu le temps fort de réaliser à ce moment-là. » (E2)

Ils n'ont pas exprimé explicitement la nécessité de modifier cela, mais ils ont fortement insisté sur la rapidité des évènements.

4.8.3. Présence vs absence lors de la préparation et de la césarienne

Lors de la préparation de la césarienne, les partenaires n'ont pas été autorisés à entrer dans la salle. Ils attendaient à l'extérieur, dans une pièce à part. Ils ont évoqué le fait qu'ils auraient souhaité assister à la préparation afin de rester auprès de leur compagne pour la soutenir et la rassurer. Ils disent ne pas craindre de voir cette préparation. Si ce n'est pas possible pour eux d'y assister, ils auraient au moins voulu être plus près de leur femme, avoir vue sur elle.

« Et j'aurais quand même bien aimé être pratiquement près du bloc avec elle. Ce n'est pas des choses qui me font peur de voir ça non plus et ça ne m'aurait pas dérangé d'être en préparation avec elle. Il n'y a pas de stress, j'aurais été assis en spectateur, mais pas attendre comme ça. Moi j'aurais préféré ne pas attendre comme ça, dans un coin isolé quoi. » (E2)

Cependant, ils sont tout de même conscients que ce n'est pas forcément facile à mettre en place, car c'est un environnement stérile et ils risqueraient de gêner le travail des soignants.

Tous les partenaires, à l'exception d'un seul, ont pu assister à la césarienne en urgence. Pour eux, cela va de soi que leur place est dans la salle de césarienne auprès de leur femme à ce moment-là.

Certains d'entre eux, plutôt curieux, ont exprimé le désir d'observer la césarienne, ce qui se passait réellement de l'autre côté du champ opératoire, notamment lors de l'incision et de la sortie du bébé. Quelques-uns ont même regardé discrètement par-dessus le champ opératoire pour y jeter un coup d'œil.

« Ils m'ont dit de pas essayer de voir et moi j'ai tout regardé. [...]. J'étais curieux de voir... » (E11)

D'autres sont plus réticents et trouvent que le champ est très utile, car ils ne souhaiteraient en aucun cas voir ce qui s'y passe de l'autre côté. Ainsi, le partenaire qui n'a pu assister à la césarienne n'était pas déçu parce que « ce n'est pas son truc ». Ça l'arrangeait de ne pas être présent pour cela.

4.8.4. Manque d'informations sur certains éléments et sentiment de solitude

Malgré toutes les informations reçues par les professionnels de la santé lors de la naissance, les partenaires auraient souhaité en savoir davantage sur certains points.

Ils regrettent particulièrement le manque d'informations concernant la période du post-partum immédiat. Les partenaires estiment ne pas avoir été assez informés de l'état de leur compagne lorsqu'elle était toujours en salle de césarienne pour la suture.

« Un peu délaissé. Pas un peu détaillé sur ce que Madame subit pour le moment, quand elle va revenir, si ça se passe bien ... Pas assez informé sur la situation, je trouve. » (E2)

Ils trouvent également que les soignants les ont laissés « livrés » à eux-mêmes avec leur nouveau-né. Ils ont été peu informés sur le peau-à-peau, sur ce qu'ils pouvaient ou ne pouvaient pas faire. Ils ont l'impression que les soignants sont rarement venus vérifier si tout se passait bien ou s'ils avaient des questions.

« En fait, j'ai été un peu mis de côté, oui. Ce n'est pas de moi qu'il faut s'occuper, mais c'est surtout informer. » (E2)

Lors de la préparation de la césarienne, ils ont éprouvé ce sentiment de solitude. Ils attendaient seuls dans une pièce vide qui était au préalable remplie d'individus. Subitement, plus personne n'était présent avec eux. Ils pensent que ce serait bien de prévenir les « papas » qu'ils risquent de se retrouver seuls d'un moment à l'autre et qu'ils ne doivent pas s'inquiéter de cela. Ils auraient aussi aimé qu'un soignant vienne de temps en temps les rassurer en les tenant informés de l'avancée de la préparation. Cependant, il ne faut évidemment pas faire cela au détriment de la santé de la maman et du fœtus.

« Maintenant, il ne faut pas faire ça au détriment de la maman qui serait moins bien préparée ou que ça prenne plus de temps, et cetera. [...]. Je pense que le plus important c'est que tout le monde s'occupe bien de la maman parce que c'est là qu'il y a un risque. Et papa ? Voilà, s'il peut être au courant, tant mieux, s'il ne l'est pas, de toute façon ça ne changera pas la face du monde » (E7)

5. Discussion, perspectives

5.1. Principaux résultats et données de littérature

L'objectif de cette étude était d'explorer les expériences vécues par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence, afin de dégager des pistes de réflexion menant à des suggestions pour optimiser le mode de fonctionnement de l'institution et pour répondre aux attentes, besoins des partenaires lors d'une césarienne en urgence.

Les partenaires interrogés pour cette étude étaient **tous d'accord avec la décision de césarienne en urgence**, comme dans l'étude de Fenwick et al., car ce qui est primordial pour eux c'est la sécurité de la mère et du nouveau-né (52). Ils trouvent légitime de ne pas prendre pleinement part à la décision, que ce choix revienne à leur femme. Ceci a été mis en évidence par une étude réalisée en Suède auprès de 23 pères qui avaient également peu participé au choix du mode d'accouchement, mais qui avaient apprécié être « impliqués » dans le processus de décision par leur simple présence et par les informations reçues (52). Par contre, dans une étude réalisée aux États-Unis, cinq pères étaient déçus de la décision, notamment parce qu'ils ne se sont pas sentis inclus dans la prise de décision (23).

De plus, les partenaires estiment que **leur rôle principal est d'être rassurants et soutenant**s envers leur compagne. Ils désirent être présents pour elle, mais ne savent pas toujours comment s'y prendre. En effet, le travail provoque parfois un sentiment d'impuissance chez les pères qui ne se sentent pas capables d'aider leur femme (45,52), car ils sont mal à l'aise avec la douleur du travail qu'elle subit et craignent que cette douleur ne finisse jamais (51). Or, ils souhaiteraient être impliqués et jouer un rôle actif dans le travail et l'accouchement (52). Dans une étude réalisée au Japon, ils tenaient la main de leur femme lors de la décision de césarienne pour essayer de la rassurer et apaiser sa peur (51).

Par ailleurs, beaucoup de partenaires se sont sentis **soulagés lors de l'annonce d'une césarienne en urgence**. Ce sentiment de soulagement a pu aussi être observé dans une étude réalisée au Japon (51) et une autre aux États-Unis (23). Les participants étaient soulagés que

la naissance se termine en césarienne après un travail fort long et qu'ainsi leur femme ne ressentirait plus la douleur du travail (23,51) et pourrait accoucher sans danger (51).

Lorsque les partenaires devaient patienter avant de rentrer en salle de césarienne, ils étaient **tracassés** comme il s'agit d'une opération chirurgicale, mais également **impatiens et parfois en colère de devoir attendre**. Une étude réalisée en Suède a mis en évidence les peurs et inquiétudes des pères liées au fait que la césarienne soit une opération. Certains ont aussi ressenti de la nervosité à l'idée d'anticiper une césarienne en urgence (45). Dans une étude de Hildingsson et Nystedt, des hommes ayant eu une expérience négative de la naissance étaient tout à fait d'accord avec l'affirmation « J'ai failli paniquer parce que je ne savais pas ce qui se passait » (20). Une autre étude a démontré que les partenaires étaient anxieux d'éventuelles complications, des nombreux risques liés à l'opération et qu'ils s'inquiétaient pour la sécurité de leur femme (51).

Dès la césarienne terminée et le bébé né, les partenaires étaient **heureux, contents et soulagés**. De même, une étude suédoise a relevé les sentiments de soulagement, de joie, de bonheur des pères à la naissance de leur bébé né par césarienne en urgence (45). Et une étude au Japon décrivait des partenaires heureux, pleurant de joie une fois leur bébé né (51).

La plupart des partenaires étaient **préparés à la césarienne en urgence**, car ils avaient obtenu des informations auparavant concernant les risques, les conséquences... Dans l'étude de Fenwick et al., les participants étaient capables de décrire clairement les risques de la césarienne (infection, douleur, mobilité restreinte, risques respiratoires pour le bébé, risques liés aux anesthésiques...) (52). Il s'agit là d'un premier facteur identifié de médiation de l'expérience de la naissance : **la préparation**. En effet, le fait de se sentir préparé et de recevoir des informations en prénatal augmente la satisfaction et améliore l'expérience (45).

Un deuxième facteur de médiation influençant l'expérience de la naissance est **la façon dont l'équipe soignante se comporte et interagit** avec les partenaires. Le fait de percevoir un haut niveau de compétence chez les professionnels améliore l'expérience de la naissance en procurant un sentiment de sécurité, de soutien et de contrôle (45). Les partenaires de cette

étude étaient pleinement satisfaits des soignants et leur faisaient confiance, car ils les reconnaissaient comme « compétents » et « experts ». Dans l'étude réalisée au Japon, les pères faisaient aussi confiance aux médecins et trouvaient que ceux-ci avaient bien travaillé pendant la césarienne (51). Les accompagnants de cette étude-ci ont trouvé que les professionnels communiquaient de manière adéquate avec eux, verbalement et non verbalement, ce qui est un élément important. De fait, dans l'étude de Fenwick et al., la manière dont l'information est partagée s'avère importante, car elle permet aux partenaires de se sentir « soutenus », « calmes » et plus « détendus » (45). Une étude américaine a aussi démontré que la relation des soignants avec les pères semble avoir un impact significatif sur les réactions émotionnelles de ceux-ci face à une césarienne en urgence (23).

La **présence ou l'absence** du partenaire **lors de la préparation et de la césarienne** est un élément important selon cette étude-ci. En effet, les partenaires ont émis le souhait de pouvoir être présents dans la salle de césarienne durant la préparation de leur femme. Certains auraient aussi voulu voir complètement la césarienne, d'autres non. Un seul partenaire n'a pas pu y assister, mais n'était pas déçu. Dans une étude réalisée en 1984 aux États-Unis, 48 % des pères n'ont pas pu assister à la césarienne en raison des politiques de l'hôpital et certains d'entre eux ont eu des réactions négatives. La plupart se sont sentis impuissants face à cette politique hospitalière restrictive et seul un père a réussi à franchir cette restriction (23). Six pères ont dû rester seuls, sans endroit confortable où attendre et sans accès aux informations sur la progression de l'opération (23). Cette **solitude** et ce **manque d'informations** sur l'avancée de l'opération ont également été ressentis dans cette présente étude lors de la préparation de la césarienne.

Durant le post-partum immédiat, les partenaires ont aussi éprouvé cette solitude. Comme vu précédemment, la communication entre les soignants et les partenaires, notamment par le partage d'informations, est un facteur médiateur de l'expérience des partenaires (45). L'étude de May et Sollid a révélé que les professionnels ne comprennent pas suffisamment que les pères dépendent entièrement d'eux pour obtenir des informations et être rassurés après une naissance par césarienne (23).

5.2. Forces

Aborder la thématique de la césarienne en urgence selon le point de vue du partenaire de la femme césarisée est une première en Wallonie et même en Belgique. L'expérience de mères a déjà été étudiée de nombreuses fois, mais peu d'études de ce type semblent avoir été réalisées sur l'expérience du partenaire. Cette recherche donne donc à celui-ci la possibilité d'exprimer son vécu, au même titre que sa compagne.

La méthode avec laquelle les données récoltées ont été traitées et analysées est une force pour cette étude. En effet, l'analyse a été effectuée de manière rigoureuse, systématique et avec une attitude neutre. De plus, la transparence dont fait preuve ce travail permet à quiconque de prendre connaissance de toutes les étapes réalisées. Ainsi, cette étude pourrait être reproduite avec un échantillon différent.

La saturation des données semble, pour la chercheuse, avoir été atteinte. Au fur et à mesure des entretiens, une certaine forme de redondance a été observée. En effet, les derniers entretiens n'ont pas amené d'éléments supplémentaires dans la compréhension de l'expérience vécue par les partenaires. Ils n'ont fait que confirmer les dires des participants précédents.

5.3. Limites

La conduite d'autant d'entretiens est une première expérience pour la réalisation de ce travail de recherche. Ce ne fut pas chose aisée malgré une grille d'entretien pourtant bien détaillée au préalable. Certains participants développaient très peu leurs réponses. Il était alors difficile de rebondir sur leurs propos et ces relances n'étaient pas forcément pertinentes à chaque fois. Par conséquent, l'analyse des entretiens a pu être appauvrie.

Lors de cette étude, il se pourrait que le biais de subjectivité soit survenu. Il s'agissait d'une première expérience de cette envergure en méthode qualitative. Lors de ces entretiens, il se peut que la neutralité n'ait pas toujours été respectée vu le manque d'expérience de la chercheuse. Ainsi, la manière de poser certaines questions a peut-être influencé les participants dans leurs réponses.

Au départ, il était prévu que les entretiens soient réalisés en tête à tête. Malheureusement, cela n'a pas été possible à chaque fois. Lors de certains entretiens, la compagne du participant était présente dans la pièce. Dès lors, il se pourrait que ces participants n'aient pas osé se livrer complètement sur leur expérience vu la présence d'une tierce personne.

De plus, le délai dans lequel l'entretien pouvait être réalisé après la césarienne était fixé à 30 jours afin de limiter le biais de mémoire. Vivre une césarienne en urgence n'est pas un événement banal et fréquent. Aussi, le compagnon n'a peut-être pas retenu en détail tout ce qui s'est passé et a pu même parfois modifier certains éléments. Il est donc possible que des participants aient oublié de mentionner certains aspects de leur vécu.

5.4. Perspectives

Il serait intéressant de réaliser cette même étude seulement quelques jours après la naissance afin de diminuer encore davantage le biais de mémoire pour les participants. Réaliser les entretiens dans les premiers jours du post-partum permettrait de limiter les éventuelles pertes de mémoire des partenaires, mais aussi d'obtenir plus de profondeur dans leurs réactions et leurs récits.

Il serait également intéressant de réaliser une étude sur une plus large zone géographique. En effet, ce travail est focalisé sur le CHU de Liège. Il pourrait être réitéré avec des participants provenant d'autres hôpitaux de Wallonie, voire de Belgique.

Une étude du même type pourrait aussi être réalisée en comparant deux groupes de participants : ceux ayant vécu une césarienne en urgence et ceux ayant vécu une césarienne programmée. Ainsi, cette recherche permettrait de mettre en lumière les divergences et les similitudes dans les expériences vécues.

En outre, il semblerait, dans la littérature, qu'une seule étude se soit penchée sur la comparaison entre le vécu des femmes et celui des partenaires par rapport à l'accouchement. Il serait dès lors intéressant de réaliser des études supplémentaires afin de révéler les éléments convergents et divergents concernant le vécu de la césarienne en urgence au sein d'un même couple.

6. Conclusion

Même si la césarienne est une pratique régulièrement réalisée en obstétrique, de plus en plus sécuritaire et répandue, elle reste un acte peu ordinaire pour les futurs parents. D'autant plus que les césariennes effectuées en urgence peuvent être des évènements psychologiquement traumatisants pour les femmes et leur partenaire (19).

Cette étude qualitative et exploratoire visait à essayer de comprendre le vécu des partenaires qui ont expérimenté une césarienne en urgence au CHU de Liège.

Les résultats de cette étude permettent de démontrer que, globalement, les partenaires de femmes ayant vécu une césarienne en urgence sont satisfaits de la naissance qu'ils ont vécue. Ils ont dit avoir reçu des explications détaillées de la part des soignants quasiment tout au long de l'expérience de la naissance. Ils trouvent légitime de ne pas avoir été les interlocuteurs principaux. Ils ont ressenti énormément d'émotions différentes, positives et négatives, depuis leur arrivée à l'hôpital jusqu'aux deux heures suivant la césarienne. Durant cette période, la temporalité leur a paru complètement floue et déroutante. Bien que la société moderne encourage davantage l'implication des partenaires, certains ont tout de même ressenti qu'ils avaient été relégués au statut de spectateurs. Selon eux, leur rôle était principalement d'être souteneurs pour leur compagne. La plupart des partenaires avaient envisagé la césarienne en urgence et s'y étaient préparés. Ils étaient très contents du cadre chaleureux de la maternité ainsi que des soignants accueillants et professionnels en qui ils avaient confiance. Les principaux éléments négatifs relevés par ces partenaires sont, d'une part, leur solitude et leur absence en salle d'opération lors de la préparation de la césarienne et, d'autre part, leur isolement en post-partum immédiat sans nouvelle de leur compagne restée en salle de césarienne et sans attention ni conseil de la part des professionnels.

Néanmoins, lors de la lecture de ces résultats, les limites de ce travail sont à prendre en compte. Cette étude n'étant pas quantitative, elle ne peut pas être généralisée à l'entièreté de la population, mais elle permet de compléter la littérature, le sujet nécessitant encore bien d'autres recherches et études supplémentaires.

7. Références bibliographiques

1. Dangal G, Dhakal KB, Dhakal-Rai S, Regmi PR, Teijlingen E van, Wood J. A brief history and indications for cesarean section. *J Patan Acad Health Sci.* 2021 Dec 31;8(3):101–11.
2. Horta BL, Mascarello KC, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2023 Feb 27];51. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/3VgZrTGB4D7xzgBwKrPVRRN/?format=html&lang=en>
3. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l’OMS sur les taux de césarienne [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2015 [cited 2023 Mar 14]. Report No.: WHO/RHR/15.02. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161443>
4. Pandya JM, Pandya MJ, Joshi JM, Velani SP. Analytical study of indications of cesarean section. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015;4(5):1460–3.
5. Euro-Peristat [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 30]. European Perinatal Health Report, 2015-2019. Available from: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>
6. Carney MF, Damush TM, DiMatteo MR, Kahn KL, Lepper HS, Morton SC, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 1996;15(4):303–14.
7. DeLuca RS, Lobel M. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med.* 2007 Jun 1;64(11):2272–84.
8. Bélanger-Lévesque MN, Blouin S, Pasquier JC, Pasquier M, Roy-Matton N. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open.* 2014 Feb 1;4(2):e004013.
9. Service des Informations Médico-Économiques. Taux de césarienne. Liège: Centre hospitalier Universitaire de Liège; 2024 Feb.
10. Leroy C, Moreau N, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Wallonie - Année 2018 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d’Épidémiologie Périnatale; 2020 [cited 2023 Nov 14] p. 79. Available from: <https://www.cepip.be/rapport-bw.php?LG=fr>
11. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Wallonie - Année 2019 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d’Épidémiologie Périnatale; 2020 [cited 2023 Nov 14] p. 79. Available from: <https://www.cepip.be/rapport-bw.php?LG=fr>
12. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Wallonie - Année 2020 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d’Épidémiologie Périnatale; 2021 [cited 2023 Nov 14] p. 89. Available from: <https://www.cepip.be/rapport-bw.php?LG=fr>

13. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Wallonie - Année 2021 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2022 [cited 2023 Nov 14] p. 92. Available from: <https://www.cepip.be/rapport-bw.php?LG=fr>
14. Leroy C, Moreau N, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2018 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2020 [cited 2023 Nov 14] p. 84. Available from: <https://www.cepip.be/rapport.php?LG=fr>
15. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2019 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2020 [cited 2023 Nov 14] p. 78. Available from: <https://www.cepip.be/rapport.php?LG=fr>
16. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2020 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2021 [cited 2023 Nov 14] p. 89. Available from: <https://www.cepip.be/rapport.php?LG=fr>
17. Leroy C, Van Leeuw Virginie. Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2022 [cited 2023 Nov 14] p. 92. Available from: <https://www.cepip.be/rapport.php?LG=fr>
18. Memon GN, Wagan F. Changing Trends of Indications and Rate of Cesarean Section: An Audit. *Med Channel*. 2011 Apr;17(2):63–7.
19. Caesarean birth [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023 [cited 2023 Sep 20]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569570/>
20. Hildingsson I, Nystedt A. Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women Birth*. 2018 Apr;31(2):103–9.
21. Lee S. Having a baby by cesarean: an experience for fathers. *Soc Work Health Care*. 1986;11(3):41–52.
22. Dugnat M. Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s). *Èrès*; 2018. 115–122 p. (Questions D'enfances).
23. May KA, Sollid DT. Unanticipated Cesarean Birth from the Father's Perspective. *Birth*. 1984;11(2):87–95.
24. Langlois H. La césarienne. *Inst Natl Santé Publique Qué*. 2014 Jan;22.
25. Haute Autorité de Santé. La césarienne, ce que toutes les femmes enceintes devraient savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes. 2013 Jul 8;12.
26. 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*. 2000 Jul;93(7):346–50.
27. Delecour L. Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. *Académie Natl Médecine*. 2014 Jun 24;198(6):1123–40.

28. Berland M, Clément HJ, Decullier E, Dupont C, Dupuis O, Rudigoz RC, et al. Red, orange and green Caesarean sections: A new communication tool for on-call obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Oct 1;140(2):206–11.
29. Masson E. EM-Consulte. [cited 2023 Sep 25]. Prise en charge anesthésique d’une souffrance foetale aiguë. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/64694/prise-en-charge-anesthesique-d-une-souffrance-foet>
30. Bar J, Ben-Haroush A, Fainstein N, Golan A, Kovo M, Sadan O, et al. The effect of a program to shorten the decision-to-delivery interval for emergent cesarean section on maternal and neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Mar 1;210(3):224.e1-224.e6.
31. Delporte V, Deltombe-Bodart S, Depret S, Deruelle P, Garabedian C, Grabarz A, et al. Évaluation du respect du protocole des codes couleurs selon l’indication de césarienne et le délai décision-naissance. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 2018 Jul 1;46(7):575–9.
32. Le Ray C. Évolution des indications et des pratiques de la césarienne. *Laennec.* 2015;63(4):39–46.
33. Centre fédéral d’expertise des soins de santé. Césariennes planifiées : quelles conséquences pour la santé de la mère et de l’enfant ? [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 15]. Available from: <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/cesariennes-planifiees-quelles-consequences-pour-la-sante-de-la-mere-et-de-lenfant>
34. Farrell SA. Cesarean section versus forceps-assisted vaginal birth: It’s time to include pelvic injury in the risk–benefit equation. *CMAJ.* 2002 Feb 5;166(3):337–8.
35. Belgium.be. Vers une Belgique en bonne santé. 2024 [cited 2024 Feb 8]. Soins à la mère et au nouveau-né. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-a-la-mere-et-au-nouveau-ne#MN-3>
36. Emonts P. Discussion privée. 2024.
37. Clement S. Psychological aspects of caesarean section - ScienceDirect. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(1):109–26.
38. Césarine A. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Rev Med Périnatale.* 2017;9(4):221–9.
39. De Spiegelaere M, Fusulier B, Jonhen W, Mahieu C, Scacchitti C, Sow M. Regards croisés des professionnels de la petite enfance et des pères sur l’évolution du rôle paternel : pratiques, attentes et pistes d’action [Internet]. Bruxelles, Belgique; 2021 [cited 2023 Nov 14] p. 130. Available from: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Recherches/ONE_Academy/Rapport-recherche-evolution-role-paternel-ULB-UCL.pdf

40. Culot S, Gauge J, Labalestra M. Accueillir et accompagner les pères en période périnatale [Internet]. Bruxelles, Belgique: Office de la Naissance et de l'Enfance Academy; [cited 2023 Nov 14]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj3_OyJvsOCAxUu3QIHHWp-CPEQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.one.be%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fsiteone%2FPRO%2FRecherches%2FONE_Academy%2FGuide-UMons-accueillir-accompagner-pere-perinatale.pdf&usg=AOvVaw3vR2qvqvxSMEOmlcz5Rjdm&opi=89978449
41. Culot S, Gauge J, Genette C, Glesner J, Labalestra M, Pirard F. Être et devenir un père, ça se soutient ... Quelles implications pour les acteurs de première ligne ? [Internet]. Bruxelles, Belgique: Office de la Naissance et de l'Enfance Academy; 2021 [cited 2023 Nov 14] p. 196. Report No.: D/2021/74.80.56. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiqwLXusOCAxWN2QIHHUb9BNIQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.one.be%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fsiteone%2FPRO%2FRecherches%2FONE_Academy%2FRapport-recherche-etre-devenir-pere-UMons-Ulg.pdf&usg=AOvVaw2U92SeThebq0heAEf776I8&opi=89978449
42. Linden RV, Roegiers L. Place du père dans le champ périnatal. *Rev Med Perinatale*. 2017;9(4):241–6.
43. Bradley CF. Psychological consequences of intervention in the birth process. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 1983;15(4):422–38.
44. Fraïsséc C. La famille homoparentale, une représentation sociale émergente. *Bull Psychol*. 2012;Numéro 520(4):337–50.
45. Fenwick J, Hildingsson I, Johansson M. Important factors working to mediate Swedish fathers' experiences of a caesarean section - ScienceDirect. *Midwifery*. 2013 Sep;29(9):1041–9.
46. Moreau A. De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue*. 2001;152(2):9–16.
47. Bel B. Enquête Accouchement [Internet]. CIANE. 2014 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
48. Cain Jr. RL, Pedersen FA, Zaslow MJ, Kramer E. Effects of the Father's Presence or Absence During a Cesarean Delivery. *Birth*. 1984;11(1):10–5.
49. Présence du père pendant une césarienne [Internet]. *Èrès. Érès*; 2003. 183–186 p. (Spirale; vol. 25). Available from: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-1-page-183.htm>
50. Genesoni L, Tallandini MA. Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008. *Birth*. 2009;36(4):305–18.

51. Haku M, Kondou A. The experiences of husbands present at their wives' emergency cesarean sections. *J Med Invest*. 2018;65(3.4):268–73.
52. Fenwick J, Hildingsson I, Johansson M. 'As long as they are safe – Birth mode does not matter' Swedish fathers' experiences of decision-making around caesarean section. *Women Birth*. 2014 Sep 1;27(3):208–13.
53. Missonnier S. Dépressivité et dépression paternelles périnatales. *Carnet PSY*. 2008;129(7):44–9.
54. Lipson JG, Tilden VP. Psychological integration of the Cesarean birth experience. *Am J Orthopsychiatry*. 1980 Oct;50(4):598–609.
55. Organisation Mondiale de la Santé, United Nations Children's Fund, United Nations, World bank group. A neglected tragedy: The global burden of stillbirths 2020 | UNICEF [Internet]. New York, USA; 2020 [cited 2024 Mar 7]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>
56. Dollander M. La dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2004 Jul 1;52(5):274–8.
57. Bazemore S, Paulson J. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1961–9.
58. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *Birth*. 1998;25(4):246–51.
59. Bodin E, Boukerrou M, Peretti V, Rouillay J, Tran PL. Stress post traumatique et césarienne en extrême urgence : incidence et facteurs de risque. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2022 Mar 1;50(3):240–60.
60. Gamble J, Creedy D. Psychological trauma symptoms of operative birth. *Br J Midwifery*. 2006 Jan 1;13.
61. Cong S, Fan X, Han J, Sha L, Sun X, Wang R, et al. Psychological birth trauma: A concept analysis. *Front Psychol*. 2023 Jan 13;13:1065612.
62. Guillaume M, Pétré B, Streel S, Vandepuut S. Méthodologie de la recherche. Cours presented at: Méthodologie de la recherche; 2022 2023; Université de Liège.
63. Broustau N, Le Cam F. L'entretien de type qualitatif. Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. *Sur Journal* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2023 Nov 16];1(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/308206668_L%27entretien_de_type_qualitatif_Reflexions_de_Jean_Poupart_sur_cette_methode
64. Doucet H. 10. La recherche qualitative. In: *L'éthique de la recherche : Guide pour le chercheur en sciences de la santé* [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de

- Montréal; 2018 [cited 2023 Nov 16]. p. 225–48. (Paramètres). Available from: <http://books.openedition.org/pum/13766>
65. Croyere N, Ntebutse JG. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Rech Soins Infirm.* 2016;124(1):28–38.
 66. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychol Fr.* 2017;62(4):373–85.
 67. Marquet J, Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. 5e édition entièrement revue et augmentée. Malakoff [France]: Dunod; 2017.
 68. Bruyère O. Approche critique de l'evidence based public health. Les biais méthodologiques; 2022; Université de Liège.
 69. Gouvernement du Canada. Statistique Canada. 2021 [cited 2023 Nov 16]. 3.2 Échantillonnage. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/5214895-fra.htm>
 70. Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique [Internet]. Louvain-La-Neuve, Belgique: Academia-Bruylant; 2008. 368 p. (Anthropologie prospective). Available from: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZjpnI5siCAxXH3QIHZIJAVAQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Ffooscisca.com%2Fassets%2Ffiles%2FLa%2520rigueur%2520du%2520qualitatif%2520%2520les%2520contraintes%2520empiriques%2520de%2520l%25E2%2580%2599interpr%25C3%25A9tation%2520socio-anthropologique%2520by%2520Olivier%2520de%2520Sardan%2C%2520Jean-Pierre%2520\(z-lib.org\).pdf&usg=AOvVaw3YC6AcTpFlezQ46XJBWqcl&opi=89978449](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZjpnI5siCAxXH3QIHZIJAVAQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Ffooscisca.com%2Fassets%2Ffiles%2FLa%2520rigueur%2520du%2520qualitatif%2520%2520les%2520contraintes%2520empiriques%2520de%2520l%25E2%2580%2599interpr%25C3%25A9tation%2520socio-anthropologique%2520by%2520Olivier%2520de%2520Sardan%2C%2520Jean-Pierre%2520(z-lib.org).pdf&usg=AOvVaw3YC6AcTpFlezQ46XJBWqcl&opi=89978449)
 71. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *J Reprod Infant Psychol.* 2000 Feb 1;18(1):33–9.
 72. Office de la Naissance et de l'Enfance, Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique. Surveillance normale. In: Guide du post-partum [Internet]. 2016. p. 19–25. Available from: <https://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CAIQw7AJahcKEwjQxcqd6O3-AhUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.crgolfb.be%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Farticle%2Ffile%2FGuide%2520du%2520post-partum%2520-%2520livre%2520complet.pdf&psig=AOvVaw1rJFJ6kTQPu2Ox63CJxVrT&ust=1683913354830499>
 73. Christiaens W, Kohn L. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Économique.* 2014;LIII(4):67–82.
 74. Mays N, Pope C, Ziebland S. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ.* 2000 Jan 8;320(7227):114–6.

75. Anadon M, Savoie-Zajc L. Recherches qualitatives : L'analyse qualitative des données. Assoc Pour Rech Qual. 2009;28(1):160.
76. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. 5th ed. Arlington VA; 2015. 1120 p.
77. Agence de la santé publique du Canada. Formulaire de consentement éclairé (étude qualitative) [Internet]. 2020. Available from:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjBnfiYmJyEAXVK-AIHHbD_C8UQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.canada.ca%2Fcontent%2Fdam%2Fhc-sc%2Fdocuments%2Fservices%2Fscience-research%2Fscience-advice-decision-making%2Fresearch-ethics-board%2Freports-reference%2Fsample-consent-form-qualitative-study-fr.pdf&usg=AOvVaw3DzZ7giAwr1SLQJOTlqJF2&opi=89978449

Liste des annexes

Annexe 1 – Tableau « Catégories des césariennes ».....	I
Annexe 2 – Taux de césariennes (par 1000 naissances vivantes), par région, 2000-2016, Belgique	II
Annexe 3 – Critères de diagnostic des TSPT	III
Annexe 4 – Demande d’avis au Comité d’éthique	IV
Annexe 5 – Réponse du bureau pédagogique ULiège	VIII
Annexe 6 – Réponse du Comité d’éthique Hospitalo-facultaire de Liège.....	IX
Annexe 7 – Tableau reprenant le profil des participants	X
Annexe 8 – Guide d’entretien	XII
Annexe 9 – Lettre destinée aux sages-femmes.....	XIV
Annexe 10 – Flyer de recrutement.....	XV
Annexe 11 – Diagramme de Gantt	XVI
Annexe 12 – Consentement libre et éclairé.....	XVII

Annexe 1 – Tableau « Catégories des césariennes »

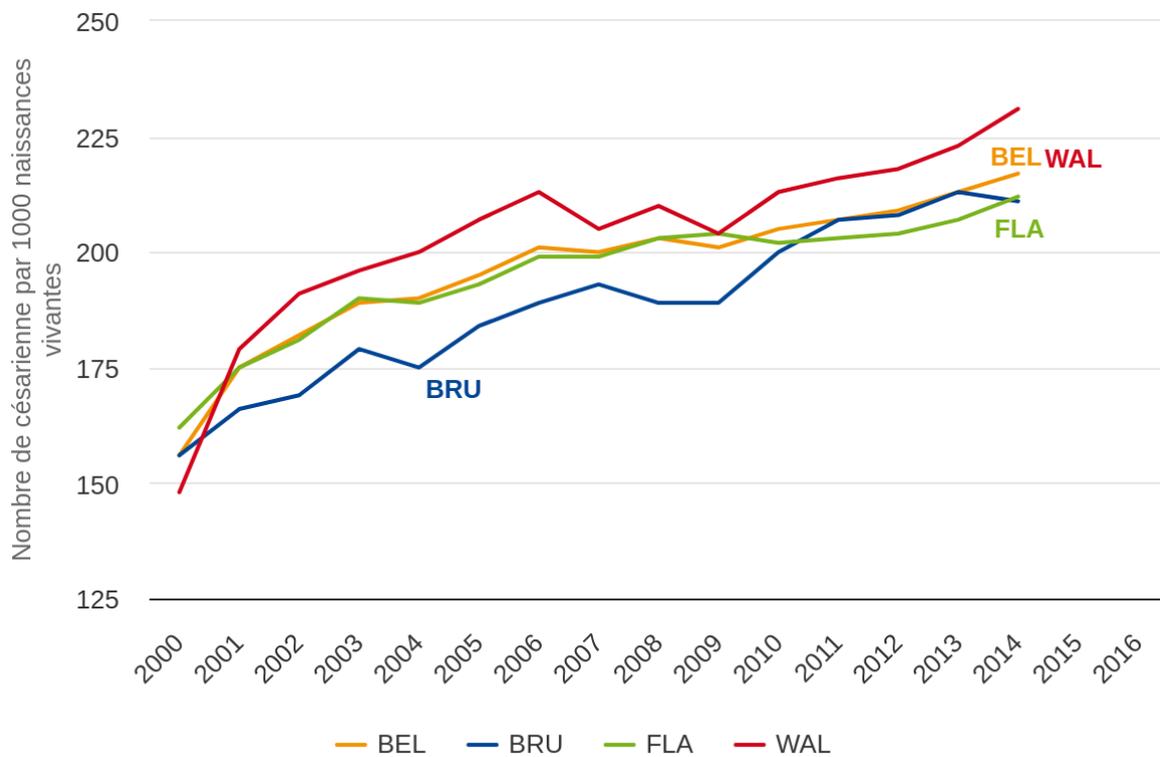
Tableau inspiré des écrits de Holdcroft et al. et du NICE.

	Nom	Code couleur	Délai entre la décision et la naissance
Catégorie 1	Césarienne très urgente	Rouge	15 minutes
Catégorie 2	Césarienne urgente	Orange	30 minutes
Catégorie 3	Césarienne non urgente	Vert	60 minutes
Catégorie 4	Césarienne programmée	/	/

Sources :

- Caesarean birth [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2023 [cited 2023 Sep 20]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569570/>
- Holdcroft A, Kinsella SM, Lucas DN, May AE, Robinson PN, Wee M, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. J R Soc Med. 2000 Jul;93(7):346–50.

Annexe 2 – Taux de césariennes (par 1000 naissances vivantes), par région, 2000-2016, Belgique



Source : Belgium.be. Vers une Belgique en bonne santé. 2024 [cited 2024 Feb 8]. Soins à la mère et au nouveau-né. Available from:

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-a-la-mere-et-au-nouveau-ne#MN-3>

Annexe 3 – Critères de diagnostic des TSPT

Selon le livre « The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) » écrit par l'American Psychiatric Association, les critères de diagnostic des troubles du stress post-traumatique peuvent être définis comme suit : « exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles ; présence d'un ou plusieurs symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se soient produits ; évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se soient produits ; altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques ; altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques ; la perturbation dure plus d'un mois ; la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement ; la perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection » (59–61,76). Si les symptômes durent moins d'un mois, il s'agit alors d'un état de stress aigu (59,76).

Annexe 4 – Demande d’avis au Comité d’éthique



Demande d’avis au Comité d’Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d’Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d’avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l’avis d’un Comité d’Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l’avis reçu au présent formulaire.

1. **Etudiante (prénom, nom, adresse courriel) :**
Méline LEJEUNE meline.lejeune@student.uliege.be
2. **Finalité spécialisée :**
Praticien spécialisé de santé publique
3. **Année académique :**
2023-2024
4. **Titre du mémoire :**
Exploration des expériences vécues par les partenaires des femmes ayant eu une césarienne en urgence.
5. **Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :**
Département des Sciences de la Santé Publique
6. **Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président·e de Département :**
Présidente : Anne-Françoise DONNEAU
7. **Promoteur·trice·s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :**
Professeur d’Obstétrique ULiège, Chef de clinique, Patrick, Emonts, patrick.emonts@chuliege.be, Bât. BE-028 CHU - Notre-Dame des Bruyères, Rue de Gaillarmont 600, 4032 Chênée

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les expériences vécues par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne non programmée, de rendre compte de ce que les partenaires ont vécu lors de la césarienne de leur compagne.

L'objectif final de l'étude est de dégager des pistes de réflexion qui permettraient de trouver des solutions afin de rendre le mode de fonctionnement de l'institution le plus optimal pour essayer d'améliorer l'expérience des partenaires en cas de césarienne en urgence.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude est une étude qualitative de design phénoménologique. En effet, elle a pour but de tenter de comprendre l'expérience vécue par les partenaires participant à l'étude.

La population étudiée est les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Liège, sur le site Notre-Dame des Bruyères.

Les critères d'inclusion pour faire partie de cette population sont les suivants : être partenaire d'une patiente ayant eu une césarienne réalisée en urgence ; que la césarienne ait eu lieu dans les 30 jours précédant l'entretien ; que la naissance ait eu lieu à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée). Les critères d'exclusion sont quant à eux : être mineur ; avoir une barrière de la langue trop importante (ne pas savoir parler français et/ou avoir une mauvaise compréhension du français) ; la naissance d'un nouveau-né présentant une malformation ; la survenue du décès du nouveau-né.

La méthode d'échantillonnage utilisée est l'échantillonnage de commodité/convenance, une méthode non probabiliste. Le recrutement se fera sur base de la liste des naissances ayant eu lieu à la maternité du CHU de Liège à partir du 1^{er} octobre 2023. Chaque semaine, tous les individus correspondant aux critères d'inclusion seront sélectionnés. Les partenaires seront contactés soit lors de l'hospitalisation de leur compagne dans ce service par les sage-femmes travaillant dans ce service, soit par l'auteure de ce travail par téléphone. Les partenaires refusant de participer ne feront pas l'objet de cette étude.

La collecte des données sera réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Ceux-ci auront lieu dans les 30 jours suivant la césarienne. Ils auront lieu dans le service de maternité, au domicile des participants ou en visioconférence. Les entretiens seront réalisés sur base d'un guide d'entretien préalablement établi. Ceux-ci seront enregistrés, si les participants y consentent, et seront ensuite retranscrits dans leur intégralité. Les entretiens seront anonymisés et la confidentialité des participants sera respectée.

Les données sociodémographiques des participants (âge, sexe, profession) seront collectées sous forme d'un entretien dirigé à la fin de l'entrevue.

Les données obstétricales (gestité, parité, pathologies gravidiques) de leur compagne seront collectées via le dossier d'hospitalisation des patientes du CHU de Liège.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non

2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- Cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- Cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication.

Date : 25/08/2023

Nom et signature du promoteur : Emonts Patrick

Prof. P. EMONTS, MD, PhD
Gynécologie Obstétrique
1-65053-41-37C
Université de Liège



Annexe 5 – Réponse du bureau pédagogique ULiège

MSSP <mssp@uliege.be>



À : ethique@chuliege.be

Mar 29-08-23 10:38

Cc : Lejeune Méline

 LEJEUNE Méline - Demande ...
426 Ko

Bonjour Madame,

Pourriez-vous confirmer à Madame Lejeune que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et que par conséquent, vu qu'elle ne souhaite pas publier, elle n'a plus d'autre démarche éthique à faire.

Cordialement

Françoise Péters

Coordinatrice pédagogique du “ Master en Sciences de la Santé publique

Faculté de Médecine | Université de Liège | www.facmed.uliege.be

CHU - B36 / -1

Tel : + 32 (4) 366 29 93

mssp@uliege.be

https://www.linkedin.com/ULiège_Master-Sciences-de-la-Santé-Publique

Annexe 6 – Réponse du Comité d'éthique Hospitalo-facultaire de Liège

ethique@chuliege.be



À : Lejeune Méline

Mer 11-10-23 12:26

Cc : MSSP

Bonjour,

Votre étude n'entre pas dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et comme vous ne souhaitez pas la publier dans une revue scientifique ou médicale, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Éthique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Route 562, Porte 166

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: +32 4 323 21 58

ethique@chuliege.be



Annexe 7 – Tableau reprenant le profil des participants

	Date de l'entretien	Lieu de l'entretien	Âge	Sexe	Profession
Entretien n° 1	07/12/2023	Maternité	41	Homme	Enseignant (musique)
Entretien n°2	10/12/2023	Domicile	30	Homme	Commercial
Entretien n°3	14/12/2023	Domicile	51	Homme	Employé
Entretien n°4	04/01/2024	Maternité	26	Homme	Tourneur-fraiseur
Entretien n°5	09/01/2024	Domicile	33	Homme	Enseignant (physique)
Entretien n°6	18/01/2024	Domicile	32	Homme	Indépendant dans la construction
Entretien n°7	30/01/2024	Domicile	30	Homme	Enseignant (sciences)
Entretien n°8	13/02/2024	Domicile	28	Homme	Technicien de maintenance robotique
Entretien n°9	26/02/2024	Domicile	21	Homme	Sans profession
Entretien n°10	22/03/2024	Domicile	34	Homme	Ingénieur en environnement
Entretien n°11	03/04/2024	Domicile	43	Homme	Délégué médical

	Gestité (femme)	Parité (femme)	Type de naissance(s) antérieure(s)
Entretien n°1	1	2	/
Entretien n°2	1	1	/
Entretien n°3	1	1	Monsieur a déjà 3 filles avec une autre compagne : 1 accouchement par voie basse et 1 césarienne programmée (jumelles)
Entretien n°4	1	1	/
Entretien n°5	2	2	1 césarienne en urgence
Entretien n°6	2	1	/ (1 fausse couche)
Entretien n°7	1	1	/
Entretien n°8	1	1	/
Entretien n°9	2	1	1 accouchement par voie basse
Entretien n°10	2	2	1 accouchement par voie basse
Entretien n°11	3	1	/ (2 fausses couches)

Annexe 8 – Guide d’entretien

GRILLE D’ENTRETIEN

« Je m’appelle Méline et suis actuellement étudiante en master en Sciences de la Santé Publique à l’Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire de fin d’études, je réalise une recherche sur le vécu des partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence. Dans cette interview, l’important pour moi est que vous puissiez exprimer votre vécu librement, sans barrières, en partant de votre arrivée à la maternité jusqu’aux 2h qui ont suivi la naissance. J’ai bien sûr préparé quelques questions à vous poser, mais sentez-vous libre d’aborder ce qui vous paraît important ».

Thèmes	Ce que je veux savoir	Questions à poser	Questions de relance
Profil sociodémographique	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Profession • Gestité • Parité • Mode d’accht 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel âge avez-vous ? • Quelle est votre profession ? • Combien de grossesses a eu votre femme ? • Combien d’enfants avez-vous ? • Quels étaient les modes d’accouchement des autres naissances (voie basse/césarienne programmée/césarienne en urgence) ? 	
Admission	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Communication 	Pourriez-vous me raconter comment s’est déroulée votre arrivée à la maternité ?	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le personnel soignant vous a-t-il accueilli ? • Le personnel soignant s’est-il adressé à vous ? • Avez-vous reçu assez d’explications sur la suite des événements ?
Travail →S’il a eu lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Place • Sentiment/émotions • Soutien • Communication 	Pourriez-vous me raconter comment s’est déroulée la phase de travail de votre compagne ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle était votre place par rapport à votre compagne ? • Qu’avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ? • Quel soutien lui apportiez-vous ? • Comment était la communication entre vous et votre compagne ? • Quelle était l’attitude du personnel soignant envers vous pendant le travail ?

Annonce	<ul style="list-style-type: none"> • Motif • Infos reçues • Prise de décision • Sentiment/émotions • Accord/désaccord 	Pourriez-vous me raconter comment s’est déroulée l’annonce de la césarienne ?	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissez-vous les raisons qui ont amené à réaliser une césarienne ? • Qui vous a annoncé la décision de réaliser une césarienne ? • Avez-vous été impliqué dans la prise de décision ? • Étiez-vous d’accord avec cette décision ? • À quoi avez-vous pensé à ce moment-là ? • Vous a-t-on communiqué des informations ? • Quels soignants (médecin/SF) vous a communiqué des informations ? • Quelles sont les informations que vous avez reçues des soignants ? • Avez-vous reçu des informations sur l’opération chirurgicale ? • Avez-vous reçu des informations sur les risques et bénéfices pour votre compagne et votre bébé ? • Avez-vous compris ces informations ? • Y a-t-il eu une place pour vos propres questions ? • Qu’avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ?
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Implication • Place • Sentiment/émotion 	Pourriez-vous me raconter comment s’est déroulée votre préparation pour la césarienne ?	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le personnel soignant s’est-il occupé de vous pour vous préparer pour aller en salle de césarienne ? • Dans quel ordre s’est-on occupé de vous et de votre femme (femme puis partenaire ou inversement/en même temps) ? • Comment était la communication entre vous et le personnel soignant ? • Qu’avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ?
Césarienne	<ul style="list-style-type: none"> • Présence • Place 	Pourriez-vous me raconter comment s’est déroulée la césarienne ?	<ul style="list-style-type: none"> • Étiez-vous présent à la césarienne ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Implication • Communication • Sentiment/émotion 		<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, quelle était votre place pendant la césarienne ? - Si non, quelle était la raison qui vous a été donnée pour ne pas pouvoir être présent ? • Quelle était votre implication ? • Comment était la communication entre vous et votre compagne ? • Comment était la communication entre vous et le personnel soignant ? • Qu'avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ? • Y a-t-il eu une place pour vos questions ?
1^{er} rencontre	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment/émotion • Gestes • Paroles 	Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulée votre 1 ^{ère} rencontre avec votre bébé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Où étiez-vous ? • Avec qui étiez-vous ? • Avez-vous participé à ses premiers soins ? • Quels gestes avez-vous eus envers votre bébé ? • Quelles paroles avez-vous eues envers votre bébé ? • Qu'avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ?
Post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment/émotion 	Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulé le post-partum immédiat, donc les 2h qui ont suivi la naissance de votre bébé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Où étiez-vous ? • Avec qui étiez-vous ? • Qu'avez-vous fait ? • Qu'avez-vous ressenti physiquement et émotionnellement ?
Représentations		Aviez-vous déjà entendu parler de césarienne avant cela ?	<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, quelles en étaient vos représentations ? Comment imaginiez-vous cela ?
Éléments manquants/à améliorer	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments manquants • Éléments à améliorer 	À refaire, qu'aimeriez-vous changer/améliorer dans cette expérience de césarienne en urgence ?	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'auriez-vous aimé qu'il se passe mais qui n'a pas eu lieu, qui n'était pas présent ? • Qu'est-ce qui était présent mais que vous auriez aimé changer/améliorer ? • Qu'auriez-vous aimé que l'on vous dise mais qu'on ne vous a pas dit ?
Fin de l'entretien	Autres informations	Avez-vous des choses à ajouter à tout ce qui vient d'être dit ?	

Mémoire - Méline



Bonjour à toutes et à Pierre-Jo,

Comme vous le savez, je suis en Master 2 en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège et je réalise mon mémoire cette année. Le titre de celui-ci est :

« L'expérience vécue par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence : Une étude qualitative ».

J'effectuerai des entretiens semi-dirigés d'environ 30 à 60 minutes. Ceux-ci seront anonymisés.

Je suis donc à la recherche de partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence entre 37 et 42SA. Ces personnes doivent être majeures. Elles doivent pouvoir comprendre et parler la langue française. Leur nouveau-né ne doit pas présenter de malformations ni être décédé.

C'est pourquoi j'aurais besoin de votre aide afin de les recruter !

J'ai déposé dans le bureau, près de Gaby, des flyers de recrutement. Pourriez-vous, s'il vous plaît, les distribuer aux femmes qui ont eu une césarienne en urgence (ou aux partenaires s'ils sont présents) le jour de leur départ de la maternité ? Sur celui-ci, j'explique mon étude et je demande si les partenaires seraient d'accord de participer. Si c'est le cas, il suffit au couple de compléter le papier avec leurs coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone, email). Une fois complété, ils peuvent vous rendre le flyer et vous pouvez le redéposer dans une pochette près de Gaby dans le bureau.

Un tout grand merci pour votre aide !

Méline Lejeune

meline.lejeune@student.uliege.be 

Annexe 10 – Flyer de recrutement

Bonjour,



Je m'appelle Méline Lejeune. Je suis sage-femme et je réalise un Master en Sciences de la Santé à l'Université de Liège. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire dont le titre est :

« L'expérience vécue par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence : Une étude qualitative ».

Je suis donc à la recherche de partenaires pour procéder à des entretiens semi-dirigés.

L'entretien durera entre 30 et 60 minutes. Il est nécessaire d'être majeur et de comprendre et savoir parler le français. Le respect de la confidentialité sera de mise et tous vos propos seront anonymisés.

Si vous êtes d'accord de participer, pourriez-vous compléter les informations ci-dessous s'il vous plait et rendre le papier à une des sage-femmes ? Je prendrai ensuite contact avec vous pour les modalités pratiques.

Je vous remercie d'avance pour votre aide !

Partenaire	Patiente césarisée
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone :	Date de naissance :
Email :	Date césarienne :
	Méline Lejeune Meline.Lejeune@student.uliege.be ✉

Annexe 11 – Diagramme de Gantt

	Août 2023	Septembre 2023	Octobre 2023	Novembre 2023	Décembre 2023	Janvier 2024	Février 2024	Mars 2024	Avril 2024	Mai 2024	Juin 2024
Demande d'avis soumise au Comité d'éthique	28/08		11/10								
Recherche documentaire		10/09						20/03			
Rédaction du mémoire		18/09								26/05	
Prise de contact avec les sages-femmes du CHU				18/11							
Recrutement des participants				18/11				11/03			
Conduite des entretiens					07/12				03/04		
Retranscription des entretiens					07/12				05/04		
Analyse des données					11/12				10/04		
Dépôt du mémoire										26/05	
Création du support de défense orale										27/05	22/06
Défense orale											24, 25 ou 26/06

Annexe 12 – Consentement libre et éclairé

Consentement libre et éclairé réalisé sur base d'un exemple de formulaire de consentement éclairé réalisé par l'Agence de la santé publique du Canada (77).



Rédigé le 28 octobre 2023

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre du mémoire

Expérience vécue par les partenaires de femmes ayant eu une césarienne en urgence : Une étude qualitative.

Objectifs de la recherche

Depuis quelques années, le taux de césariennes ne fait qu'augmenter. Ainsi, de plus en plus de couples se retrouvent confrontés à un accouchement chirurgical, parfois en urgence. L'expérience des femmes qui ont eu une césarienne a déjà beaucoup été documentée, mais celle des pères/partenaires très peu. C'est pourquoi nous aimerions en savoir davantage sur l'expérience vécue par les partenaires (hommes ou femmes) de femmes ayant eu une césarienne en urgence. Dans un but secondaire d'éventuellement modifier certaines pratiques hospitalières pour rendre leur expérience la plus optimale possible si cela est nécessaire.

Ce que vous devrez faire

Si vous décidez de participer à cette étude, nous allons nous rencontrer pour un entretien qui se déroulera soit à votre domicile soit par visioconférence. Cette entrevue durera entre 30 et 60 minutes. Au cours de cette rencontre, je vous poserai des questions sur votre expérience en salle de naissance depuis votre arrivée jusqu'aux deux heures qui ont suivi la naissance. Sentez-vous libre d'aborder tout ce qui vous paraît intéressant.

Qui peut participer à l'étude ?

Pour pouvoir participer à cette étude, il est nécessaire que votre femme ait eu une césarienne en urgence au Centre Hospitalier Universitaire de Liège, sur le site Notre-Dame des Bruyères ; la césarienne doit avoir eu lieu dans les 30 jours précédant l'entretien ; la naissance de votre bébé doit avoir eu lieu à terme (entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée) ; vous devez être majeur ; vous devez maîtriser la langue française ; votre bébé ne doit pas présenter de malformation ni être décédé.

Protection des renseignements personnels et confidentialité

Avec votre permission, l'entretien sera enregistré afin que nous puissions le retranscrire par la suite pour pouvoir l'analyser. Vos propos seront anonymisés. Il ne sera donc pas possible de reconnaître votre identité en lisant vos dires.

Tous les documents papier seront conservés dans un classeur dans une armoire fermée à clé. Tous les documents informatisés ainsi que les enregistrements audio seront identifiés à l'aide d'un pseudo et seront conservés sur un ordinateur sécurisé et protégé par un mot de passe. Les participants ne seront identifiés par leur nom et prénom dans aucun des rapports de la recherche.

La confidentialité sera de mise lors de cette recherche. Les renseignements personnels recueillis durant toute l'étude seront traités conformément à la *Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*. Seuls les renseignements nécessaires à notre étude seront collectés.

Les enregistrements audio et les renseignements personnels seront détruits à la fin de cette étude, au plus tard en octobre 2024.

Communication des résultats

Cette étude n'est pas destinée à être publiée. Elle est uniquement réalisée dans le cadre d'un mémoire universitaire. Si vous le désirez, les résultats pourront vous être communiqués. Ceux-ci seront anonymisés. Veuillez indiquer sur la page de signature si vous souhaitez les obtenir.

Retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est volontaire. Tout au long de l'étude, à n'importe quel moment, vous avez le droit de retirer votre consentement. Ceci n'entraînera aucun préjudice pour vous. Si vous décidez de vous retirer après l'entretien, l'enregistrement audio sera détruit et vos données n'entreront pas dans l'analyse des résultats.

Questions et coordonnées

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez vous adresser à la chercheuse principale :
Méline LEJEUNE, sage-femme et étudiante en Master 2 en Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège.

Téléphone : 04.71.68.17.96

Email : Meline.Lejeune@student.uliege.be

Page de signature

Par ma signature, je reconnais avoir reçu des explications sur l'étude réalisée ; avoir obtenu des réponses à toutes mes questions ; avoir été informé que mes renseignements personnels seront confidentiels et que mes données seront anonymisées.

De plus, je comprends que j'ai le choix de participer ou non à cette étude ; que je peux refuser de participer à cette étude, sans subir de conséquences négatives ; que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment de l'étude ; qu'aucune donnée permettant de m'identifier ne sera communiquée à qui que ce soit sans mon consentement préalable ; que je recevrai une copie signée de ce formulaire.

J'accepte que mon entretien soit enregistré de façon sonore.

Oui Non

Je souhaite recevoir un résumé des résultats de l'étude.

Oui Non

Je soussigné(e) Monsieur/Madame _____ (Nom, Prénom) accepte de participer à cette étude sur l'expérience vécue par les partenaires des femmes ayant eu une césarienne en urgence.

Signature :

Date :

Signature du chercheur obtenant le consentement

En signant ce formulaire, j'atteste avoir expliqué l'étude au participant ; avoir répondu à toutes ses questions ; avoir fourni une copie papier de ce formulaire de consentement au participant ; avoir eu l'impression que le participant comprenait le formulaire de consentement et acceptait de participer.

Nom :

Signature :

Date :
