

UNIVERSITE DE NANTES - UFR DE MEDECINE

Ecole de Sages-Femmes de Nantes

DIPLÔME DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2012-2017

L'accompagnement du père au bloc opératoire lors de la naissance par césarienne

Etude de cas réalisée sur un échantillon de professionnels de santé
exerçant en salle de césarienne dans cinq maternités
des Pays De La Loire

Mémoire présenté et soutenu par :

Maud THIBEAUD

Née le 12 juin 1995

Directeur de mémoire : Madame Anne CALLAC

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier Madame Callac, sage-femme cadre et directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont permis de concrétiser ce projet.

Je remercie également Mme Le Guillanton, sage-femme cadre enseignante, pour son aide, ses pistes de travail et ses corrections apportés.

Un grand merci à l'ensemble des couples et des professionnels qui ont pris le temps de répondre à mes questions avec patience et sincérité.

Merci à mes parents, à mon frère et à ma sœur pour leur présence et leurs encouragements.

Merci à l'ensemble de la promotion 2012-2017 et tout particulièrement à Agathe, Manon, Marine et Marion pour leur soutien indispensable lors de ces quatre années.

Mes remerciements vont également à toutes les autres personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, dans ce travail.

« Vivre la naissance d'un enfant est notre chance la plus accessible de saisir le sens du mot miracle »

Paul Carvel, Jets d'encre, 23 (2000)

En salle de naissance, en tant qu'étudiants sages-femmes, nous apprenons à accompagner une femme vers la maternité, à prendre en charge un enfant dans ses premières minutes de vie, mais aussi, à soutenir un futur père dans ce moment si particulier.

Confrontée à plusieurs césariennes en cours de travail, je n'ai pu que constater la déception des couples concernés. Leur séparation à la porte du bloc opératoire, était, pour tous, impérative.

Aux vues de mes différentes expériences, la présence du père en salle de césarienne semblait être inimaginable. Après avoir découvert que, dans certaines maternités, cette possibilité s'offrait aux couples, l'étonnement a rapidement fait place à une interrogation, pourquoi ? Pourquoi, le conjoint, soutien idéal pour la future mère, ne peut-il pas assister à cette naissance, comme cela peut être possible lors d'un accouchement ?

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES	2
1. La césarienne	2
1.1. La césarienne en chiffres	2
1.2. Poser la décision de césarienne	2
2. La naissance d'une famille	3
2.1. Devenir mère	4
2.2. Le rôle du père	6
2.3. Le nouveau-né	9
3. Le bloc opératoire.....	11
3.1. Organisation du bloc opératoire	11
3.2. La lutte contre les infections nosocomiales	13
ETUDE	16
1. Présentation de l'étude.....	16
1.1. Objectifs	16
1.2. Hypothèses	16
2. Méthodologie.....	17
2.1. Modalités de l'enquête	17
2.2. Présentation des outils utilisés.....	17
3. Résultats	19
3.1. Caractéristiques de la population interrogée	19
3.2. Le point de vue des professionnels sur le père en salle de césarienne.....	20
3.3. L'accompagnement du couple à la naissance par césarienne dans les différentes maternités	30
3.4. Influence sur la pratique.....	40
DISCUSSION	42
1. Les principaux obstacles à la présence du père en salle de césarienne	42
1.1. Quelles difficultés ?	42
1.2. La genèse de ces appréhensions	42

2. La prise en charge du couple réuni en salle de césarienne	46
2.1. Quels bénéfices ?	46
2.2. Faire face aux difficultés	46
2.3. Le rôle de l'anesthésiste	51
3. La considération du couple.....	51
3.1. Les attentes des futurs parents.....	51
3.2. La volonté du père	52
3.3. Améliorer le vécu de la naissance par césarienne	53
4. Limites et biais	54
4.1. Limites	54
4.2. Biais	55
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE 1 - GRILLE D'OBSERVATION	
ANNEXE 2- GRILLE D'ENTRETIEN	
ANNEXE 3 – OBSERVATIONS.....	
ANNEXE 4 – ENTRETIENS.....	
ANNEXE 5 – LOGIGRAMMES DE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE	
RESUME.....	

INTRODUCTION

En France, aujourd'hui, la naissance par césarienne concerne près d'une femme enceinte sur cinq. Pour certains parents, cette issue peut parfois être assez éloignée de l'accouchement imaginé et beaucoup de couples regrettent de ne pas pouvoir partager ce moment tant attendu. En effet, alors que les pères ont, de nos jours, toute leur place en salle de naissance, de nombreuses maternités leur refusent l'accès au bloc opératoire. Ils ne peuvent donc ni accompagner leur femme lors de la césarienne ni assister à la naissance de leur enfant.

Pourtant selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la présence d'un accompagnant en salle de césarienne est envisageable, selon le contexte de l'intervention et les pratiques de l'équipe médicale. De surcroît, une majorité de futurs parents déclarent vouloir vivre cette naissance ensemble. Ainsi, dans certaines maternités, il est tout à fait possible pour le père d'accompagner sa femme lors de la césarienne.

Face à ce constat, nous nous sommes donc demandées pourquoi certains établissements refusent la présence d'un accompagnant en salle de césarienne ? Quels sont les obstacles, les difficultés que l'équipe médicale peut rencontrer lorsque le futur père assiste à l'intervention ?

En parallèle, il nous semblait essentiel de s'intéresser aux maternités qui acceptent le conjoint pour la naissance par césarienne. Nous souhaitons mettre en exergue le ressenti des professionnels face à cette présence et étudier la prise en charge du père lors de l'intervention.

Dans un premier temps, nous aborderons les particularités de la naissance par césarienne et son impact sur l'instauration des liens intrafamiliaux. Puis, dans un second temps, nous exposerons les résultats d'une étude menée auprès de trente professionnels de santé, exerçant dans cinq maternités des Pays De La Loire, à propos de la présence du père au sein du bloc opératoire. Enfin, nous discuterons de ces résultats et réfléchirons aux aménagements possibles pour accompagner au mieux les futurs parents, tout en conciliant les désirs des couples et les besoins des professionnels.

GENERALITES

1. La césarienne

1.1. La césarienne en chiffres

En France, le taux de naissance par césarienne a quasiment doublé en vingt ans. En effet, il est passé de 11% en 1981 à 20% en 2003. Aujourd'hui, nous assistons, à une stabilisation de ce chiffre aux alentours de 21% (1). Ce phénomène est similaire dans beaucoup de pays développés. Cependant, ce taux reste bien loin de celui préconisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), situé entre 10 à 15% (2).

1.2. Poser la décision de césarienne

La césarienne a pour objectif de protéger la santé de la mère et de l'enfant lorsque les conditions pour un accouchement par les voies naturelles ne sont pas favorables. La décision du mode de naissance est réévaluée tout au long de la grossesse lors des différentes consultations médicales (1).

1.2.1. La césarienne programmée

Quand des difficultés surgissent lors de la grossesse, viennent altérer le pronostic de l'accouchement et sont susceptibles d'entraîner des conséquences sur le fœtus ou sur la patiente, cette dernière peut se voir proposer une césarienne programmée. Les indications sont multiples : anomalie de l'insertion placentaire, utérus cicatriciel, présentation par le siège, macrosomie... Dans de nombreuses situations, l'intervention se discute au cas par cas. Par ailleurs, une césarienne programmée peut être réalisée en urgence si le travail débute avant la date prévue de la naissance (1).

L'équipe médicale doit échanger avec le couple sur les motivations incitant à réaliser une césarienne et sur les modalités de l'intervention afin qu'elle soit acceptée au mieux par les futurs parents. Enfin, la patiente doit être informée des potentielles complications spécifiques à sa situation.

Selon une étude de la Haute Autorité de Santé (HAS), entre 2011 et 2013, les interventions programmées à terme représentaient 7,5% des accouchements, soit environ un tiers de l'ensemble des naissances par césarienne (3).

1.2.2. La césarienne en urgence

Dans les deux tiers des cas la césarienne est réalisée en urgence ou pendant le travail. Le degré d'urgence est variable en fonction de l'indication de l'intervention.

Lors d'une urgence absolue, le pronostic vital de l'enfant à venir ou de la mère est en jeu et doit nécessiter la naissance dans les plus brefs délais. La principale indication fœtale est l'hypoxie. L'urgence est maternelle en cas d'hémorragies (rupture utérine, décollement placentaire...) ou de complications graves d'une pathologie gravidique (hématome rétro-placentaire, éclampsie...) (4).

Les urgences relatives autorisent un délai supérieur à quinze minutes avant l'extraction. Ce temps doit être utilisé pour préparer au mieux, physiquement et psychologiquement, la patiente à l'intervention. La césarienne peut, par exemple, être indiquée en cas de stagnation de la dilatation, de non engagement du mobile fœtal ou d'anomalies du rythme cardiaque fœtal modérées mais persistantes (5). Toute césarienne, sauf extrême urgence, doit être justifiée et discutée au sein de l'équipe médicale. La technique opératoire et l'anesthésie doivent être adaptées pour optimiser le rapport bénéfices-risques.

La césarienne peut avoir des répercussions sur la santé physique de la patiente et de l'enfant. Mais qu'en est-il du point de vue psychologique ? La naissance par césarienne a-t-elle un impact sur l'instauration du lien parents-enfant ?

2. La naissance d'une famille

Devenir parent est une étape importante de la vie, souvent anticipée bien avant la conception du bébé. La grossesse, puis la naissance induisent des réaménagements psychologiques essentiels qui, en se développant convenablement, permettent aux parents d'être en mesure de prendre soin de leur enfant de façon adéquate. La parentalité est appréhendée de façon différente par les futurs parents en fonction de leur histoire personnelle et familiale (6).

2.1. Devenir mère

Le processus de maternité se construit à toutes les étapes de la vie. La mère existe déjà dans la petite fille, avec le lien à sa mère et à son père. Tout cela se concrétise à la découverte de la grossesse.

2.1.1. De la découverte de la grossesse à la naissance

La grossesse est une période de transformation physique et sociale, c'est aussi un état de transparence psychique. Selon Winnicott, la femme enceinte est « préoccupée ». Cet état d'hypersensibilité fait ressurgir en elle des fragments de l'inconscient à la conscience. Pendant cette période, l'enfant est à la fois représentation des souvenirs du passé et projection d'un désir. Cet état psychique particulier est présent dès les premières semaines de grossesse et permet de préparer la relation au futur enfant (7 ; 8).

L'accouchement est un temps fort du processus de maternité où l'enfant devient réalité. Un événement aussi important ne peut pas se faire sans efforts et sans dépassement de soi. La naissance est souvent perçue comme une épreuve qu'il faut s'efforcer d'accepter et de maîtriser à défaut de pouvoir la contourner. Cela demande que la femme soit soutenue et encouragée (7).

Dans les situations où le père n'est pas une figure présente pour la femme enceinte, toute personne choisie par la patiente peut jouer un rôle équivalent et avoir les mêmes effets bénéfiques.

La femme doit se sentir actrice de la naissance. Certaines mères, qui n'ont pas pu mener leur accouchement comme elles le souhaitent peuvent exprimer un sentiment de perte de contrôle. Or la maîtrise des événements est un principe de base pour prendre du pouvoir sur sa vie et accentuer sa confiance en soi. Les sentiments d'incompétence et d'impuissance peuvent persister après la naissance de l'enfant. Ces patientes seront alors davantage demandeuses de réponses face aux réactions de leur bébé (8 ; 9). De plus, la sensation pour une femme de s'être fait « voler son accouchement », pourrait selon certains professionnels, occasionner une dépression du post-partum chez une jeune maman. Ce risque peut être réduit en lui demandant ce qu'elle souhaite pour la naissance, en lui expliquant les événements, idéalement *a priori* sinon *a posteriori*, et les raisons d'une éventuelle intervention médicale (9).

L'imaginaire va jouer un rôle fondamental. Il peut être protecteur lorsque qu'il permet de vivre en douceur l'écart quelquefois important entre l'accouchement idéal et la réalité.

Néanmoins, cela peut être à l'origine de petites désillusions voire de grandes déceptions, notamment en cas de césarienne (7 ; 10).

2.1.2. Particularités de la césarienne

Une revue d'articles américaine réalisée en 2007 a analysé les conséquences psychosociales de la césarienne. Un sentiment d'insatisfaction et de frustration prédomine chez ces patientes, elles voient cette naissance comme un échec, et ce d'autant plus si la césarienne a été réalisée en urgence. Par la suite, elles ont une perception globalement plus négative de la naissance, d'elles-mêmes et de leur enfant. La femme a besoin de temps pour intégrer, comprendre ce qui s'est passé et restaurer une confiance en elle. Un professionnel présent au moment de la césarienne doit pouvoir discuter avec le couple sur le déroulé des événements et répondre à leurs interrogations (11).

L'association Césarine, créée en 2005, s'adresse à l'ensemble des couples qui ont vécu ou qui vivront une naissance par césarienne. Elle informe les futurs parents sur l'intervention – les indications, le déroulement, les complications... – et des témoignages sont consultables sur le site Internet de l'association. Les patientes peuvent remplir un questionnaire en ligne sur le vécu de la naissance. A ce jour, 14 500 réponses ont été recueillies en France (12).

Les résultats montrent que 60% de l'ensemble des patientes disent avoir plutôt mal ou très mal vécu psychologiquement la naissance par césarienne. L'accompagnement des parents, surtout en suites de couches, a un impact fort sur l'évolution de ce ressenti. Cependant, seulement 51% des patients déclarent avoir été satisfaits des informations reçues après la césarienne. Toutefois, les conséquences psychologiques maternelles à court et long terme sont très souvent nulles. Effectivement, même si certaines études mettent en évidence une augmentation du taux de dépression dans le post-partum suite à une césarienne, ce sentiment d'échec est rapidement dépassé par la capacité de la patiente à mobiliser l'ensemble de ses ressources personnelles (11).

Selon l'association Césarine, dans l'imaginaire maternel, la naissance par césarienne reste très souvent éloignée de la rencontre idéale avec son enfant. Qu'en est-il pour le père ? Quelle est sa place lorsque la mise au monde de son enfant doit se faire au bloc opératoire ?

2.2. Le rôle du père

2.2.1. Evolution de la place du père dans l'histoire jusqu'à aujourd'hui (13)

L'histoire de la paternité s'inscrit à part entière dans l'histoire politique et juridique de France, société longtemps patriarcale.

Dans la Rome Antique, le *pater familias* détient le *patria potestas*, littéralement le « pouvoir paternel ». Il a le pouvoir de vie, de mort ou de vente sur l'ensemble des membres de sa famille et donc sur ses enfants.

C'est sous l'influence du christianisme et du besoin d'ordre moral dans une société déclinante que des réflexions sur le sort des enfants ont été portées. La paternité n'est alors reconnue qu'à l'homme marié.

La Renaissance introduit l'idée du rôle éducatif du père avec le devoir de transmettre à sa descendance un héritage moral, spirituel, affectif et culturel plus encore que matériel.

La loi de 1841 interdisant le travail des enfants, puis celle de 1889 sur la déchéance de la puissance paternelle marquent le déclin du statut patriarcal du père de famille.

Puis, au cours du XXème, le droit de vote accordé aux femmes, la possibilité pour elles d'avoir recours à la contraception et à l'avortement ainsi que la disparition de la puissance paternelle au profit de l'autorité parentale remettent totalement en question la toute-puissance du père et de l'époux dans la famille.

Aujourd'hui, sous l'influence croissante de l'évolution de la cellule familiale (famille monoparentale, recomposée, homoparentale), l'idée d'une parenté sociale, distincte de la parenté biologique, fait jour et alimente les débats.

1. La place du père pendant la grossesse et à l'accouchement

Chez la femme, la grossesse s'exprime par une transformation du corps associée à un ensemble de sensations physiques. L'homme n'a pas accès à cette expérience. La construction de la paternité peut donc s'avérer plus compliquée car elle relève d'un processus de pensée du fait de l'absence d'objet pendant neuf mois (14)

Le passage du statut d'homme à celui de père nécessite un temps de préparation psychique étroitement dépendant des événements réels qui jalonnent la grossesse : échographie, révélation du sexe de l'enfant, accouchement, rencontre avec l'enfant... Il est important de favoriser l'implication du père pendant la grossesse, certes pour soutenir sa femme, mais aussi

pour qu'il s'investisse d'un rôle à part entière et puisse prendre confiance en tant que futur papa (15).

La possibilité pour le père d'être présent aux côtés de sa femme lors de la grossesse et à l'accouchement est assez récente.

Bien que différente de celle de sa conjointe, l'accouchement reste une expérience très intense pour le père. Et, n'étant pas le principal acteur de la naissance de son enfant, il est d'autant plus à risque de se sentir impuissant et incompetent à aider sa conjointe pendant qu'elle souffre (9 ;17). Ce sentiment peut être renforcé par une difficulté à trouver sa place dans ce lieu où toutes les attentions sont portées à la femme et l'enfant. L'équipe médicale doit être à son écoute et lui permettre de participer aux soins du nouveau-né.

Selon Marie-France Morel, présidente de la Société d'Histoire de la Naissance, « *Ne pas être physiquement présent à la naissance de son enfant n'empêchera pas un homme d'être père, et être présent ne le rendra pas meilleur père* ». Chaque personne doit pouvoir choisir librement et ne pas être obligé de se soumettre aux convenances (18).

Dans le monde, très peu de peuples acceptent la présence de l'homme lors de la naissance, l'accouchement est une histoire de femme. Pour certains, ce serait même néfaste que le père y assiste. Dans la tradition juive, il ne doit pas être présent par crainte de perdre tout attrait sexuel pour sa femme. Les pères maghrébins, quant à eux, sont globalement très soutenant pendant la grossesse et après la naissance, malgré tout, en salle de travail, ils sortiront très facilement de la pièce lors des examens puis pour l'expulsion. Dans la culture gitane, la parturiente est entourée d'un nombre important de consœurs (mère, sœurs, tantes...) tandis que les hommes restent à l'extérieur. Toutefois, certaines ethnies, en Océanie ou en Amérique du Sud considèrent la présence du père comme indispensable. Il doit être présent pour soutenir sa femme et couper le cordon (16 ;19).

Le père a donc toute sa place lors de la grossesse puis au moment de l'accouchement. A l'inverse, un père absent à la maternité suscite des interrogations de la part de l'équipe soignante sur la solidité et l'avenir du couple. Après la naissance, l'homme est incité à réaliser les soins au nouveau-né, au même titre que la mère. C'est également un repère essentiel pour sa femme, souvent fatiguée et très émotive. Son rôle peut s'avérer encore plus important lors d'une césarienne (20).

2.2.2. Place et vécu du père lors de la césarienne

Une césarienne en urgence vient reconsidérer tout ce que le père a pu s'imaginer autour de la naissance de son enfant. Même sa présence auprès de sa femme est remise en question. Le fait d'être absent est source, pour lui, de déception et d'inquiétudes concernant l'état de santé de sa compagne et de son enfant. Il est donc essentiel, s'il ne peut pas accompagner sa femme pour la césarienne, de prendre le temps de l'informer sur les événements.

Dans la brochure « Césarienne » à destination des patientes, l'HAS précise qu'un accompagnant peut-être présent au bloc opératoire après accord de l'équipe médicale, selon le contexte et les pratiques de l'établissement (4).

D'après l'enquête Césarine (12), trois couples sur quatre auraient souhaité pouvoir être réunis pour la naissance. Or, les résultats montrent que seulement une femme sur quatre était accompagnée au bloc opératoire, ce chiffre passe à 38% lorsque l'intervention était programmée. Et, dans 5% des cas, un accompagnant était présent derrière une vitre.

L'étude révèle également que seules 8% des femmes ne souhaitaient pas être accompagnées, et que dans 0,3% des cas, le père était présent alors que ce n'était pas souhaité par le couple. Enfin, 20% des futurs parents disent ne pas avoir réfléchi à cette possibilité.

Après une naissance par césarienne, la place du père auprès du nouveau-né prend une importance plus grande (16). Tout d'abord, il est fréquent que le père découvre son enfant avant sa conjointe. En effet, selon l'adaptation de l'enfant à la vie extra-utérine, l'anesthésie de la patiente et les pratiques de l'établissement, le nouveau-né peut sortir de la salle sans être présenté à sa mère, ce qui concerne 20% des femmes selon l'association Césarine. Ensuite, le père assiste très souvent aux premiers soins apportés à l'enfant et peut même y participer, moment qu'il ne manquera pas de partager, par la suite, avec sa conjointe. C'est également souvent à lui que revient le droit de réaliser le premier « peau à peau », notamment quand la triade parents-enfant est séparée pour la surveillance postopératoire, ce qui est le cas dans 40% des cas (12).

Dans les jours qui suivent la césarienne, la femme ne pouvant pas se mobiliser aussi rapidement qu'après un accouchement voie basse, le père est souvent plus présent et prend davantage d'initiatives auprès du nouveau-né. Ce rôle de suppléance est généralement vécu très positivement par la mère (6).

Comment le nouveau-né établit-il les premiers liens avec ses parents ? La césarienne a-t-elle un impact sur ce processus ?

2.3. Le nouveau-né

2.3.1. La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été décrite par Bowlby en 1969 comme étant un processus ayant pour finalité la recherche et le maintien d'un lien d'attachement précoce et continu avec sa mère ou son substitut. Il s'agit d'un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui et constitue la base de la sécurité pour l'enfant.

Le nouveau-né use d'un ensemble de comportements instinctifs - pleurer, sucer, sourire - qu'il utilise au profit de l'attachement (22). Un enfant qui dispose d'une sécurité affective satisfaisante va pouvoir libérer pleinement ses émotions, ses affects et son langage et ainsi assurer ses besoins fondamentaux, son développement et sa découverte de l'environnement. Dès qu'il se sentira en sécurité, l'enfant va progressivement s'éloigner de la figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. Quand il sera inquiet, il sait que cette personne sera présente pour le rassurer et reviendra donc vers elle (21).

La notion de « caregiving » est décrite par Bowlby comme étant le versant parental de l'attachement. Elle représente la capacité à être disponible, à l'écoute des besoins de l'enfant et à savoir y répondre, que ce soit au niveau physique ou affectif (21).

Quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement sont inconstantes ou inadéquates, la base de sécurité de l'enfant, sa confiance en lui et en l'autre sont menacées. Il va alors développer un lien d'attachement inadapté mettant à mal le processus vers l'individuation (22).

2.3.2. La rencontre de l'enfant avec ses parents

Le nouveau-né humain est un être de communication dès les premiers instants de sa naissance. Il recherche dès les premières secondes, par un mouvement instinctif de la tête et des yeux, la rencontre du regard avec une personne humaine, et plus précisément sa mère. En effet, lorsque la future maman a pu nouer des liens pendant la grossesse, par la voix et par le toucher, et qu'elle est affectivement disponible, la rencontre des regards apaise quasi instantanément son enfant. Si la mère n'est pas disponible, comme lors d'une césarienne, les premiers échanges de regards avec le père peuvent produire le même effet (18).

Dès la naissance, il y a donc construction de liens de plusieurs natures entre le nouveau-né et ses parents. Pour les parents, la première rencontre des regards de leur bébé peut avoir

trois effets : elle les rend amoureux de leur bébé ; elle les transforme en maman et en papa de cet enfant ; elle déclenche le système motivationnel du caregiving qui va les aider à supporter la charge des soins qu'ils vont avoir à lui donner (22).

Lorsque ni l'un ni l'autre des parents n'est disponible, ce qui peut être le cas lors d'une césarienne, les soignants devraient être préparés à répondre aux signaux des bébés pour les apaiser.

2.3.3. L'accueil du nouveau-né lors de la césarienne

Lors de la naissance, l'enfant passe d'un monde aquatique sombre et calme à un monde aérien bruyant, lumineux et frais. Ceci est d'autant plus vrai au bloc opératoire où les conditions d'accueil du nouveau-né sont très contrastées par rapport au milieu intra-utérin. La température de la salle est idéalement réglée aux alentours de 20°C et la luminosité est très importante. L'enfant a donc davantage besoin d'être rassuré (6).

Si l'état de santé de l'enfant et de la patiente le permettent, il est nécessaire de pouvoir présenter le nouveau-né à sa mère et de réaliser quelques instants de peau à peau. L'enfant a besoin du contact avec sa mère, de sentir l'odeur corporelle de celle qui l'a porté pendant neuf mois. Ensuite, si le père est présent, le peau à peau avec le conjoint doit être privilégié en attendant le retour de la patiente.

La naissance du bébé est le point de départ du lien d'attachement, où la mère (considérée communément comme la première figure d'attachement) interagit pour la première fois avec le nouveau-né. Or, l'état psychologique de la mère joue un grand rôle dans cette interaction : une déception à la suite d'un accouchement ou une césarienne qui ne s'est pas déroulé selon ses espoirs est un des éléments rendant la mère moins disponible à son enfant (9).

Les femmes césarisées expriment fréquemment un sentiment de culpabilité à ne pas pouvoir répondre aux besoins de leur enfant dès les premiers instants. Cela peut être à l'origine de doutes sur leurs capacités maternelles et peut accentuer le risque de baby-blues. Seulement à ce jour, aucune étude n'a démontré que la naissance par césarienne serait un facteur de risque de difficultés à l'établissement de la relation mère-enfant (6).

Enfin, si l'accueil de l'enfant après une césarienne est si particulier, c'est principalement lié au lieu de naissance, le bloc opératoire.

3. Le bloc opératoire

3.1. Organisation du bloc opératoire

3.1.1. Définition

La césarienne, sauf extrême urgence, est toujours réalisée au sein d'un bloc opératoire. L'article D6124-38 du code de santé publique précise que tout secteur de naissance doit disposer d'une salle de chirurgie obstétricale permettant la réalisation d'interventions chirurgicales abdomino-pelviennes liées à la grossesse et pouvant nécessiter une anesthésie générale ou locorégionale (23).

Même si beaucoup de maternités ont aujourd'hui leur propre salle d'intervention au sein du secteur de naissance, pour un certain nombre d'entre elles, la salle de césarienne est intégrée au bloc opératoire pluridisciplinaire de l'établissement.

Le bloc opératoire est l'un des secteurs les plus complexes de l'hôpital. En effet, la diversité des interventions, la multiplicité des acteurs, le respect permanent de la réglementation et des mesures d'hygiène ainsi que la considération permanente des droits du patient sont autant d'éléments à prendre en compte dans la bonne gestion d'un bloc opératoire.

3.1.2. Pluridisciplinarité

La prise en charge optimale d'un patient au bloc opératoire implique une grande collaboration entre les différents professionnels présents lors de l'intervention. Lors d'une césarienne, l'anesthésiste surveille attentivement les paramètres vitaux de la patiente et gère l'anesthésie. Il doit être assisté au minimum par une personne compétente en anesthésie-réanimation, le plus souvent, un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) (24). Le chirurgien pose l'indication opératoire et aide à l'extraction de l'enfant. L'infirmier de bloc opératoire (IBODE) prépare la salle d'opération et sort le matériel pour l'intervention. Avec le soutien de l'aide-soignant, ils réalisent la détersion cutanée et préparent la patiente avant la sortie de la salle. Lors d'une césarienne, la sage-femme présente l'enfant à sa maman et l'emmène en salle de réanimation néonatale où seront réalisés les premiers soins.

Chaque individu travaille en complémentarité des autres. Pour permettre ce travail d'équipe, la communication est essentielle. Elle permet d'établir une relation de confiance entre tous les professionnels qui gravitent autour du patient et assure la continuité des soins (25).

3.1.3. Architecture

Lorsqu'on évoque l'organisation du bloc opératoire, il paraît évident d'aborder l'aspect architectural de ce lieu où, la prévention du risque infectieux est une priorité constante. Le bloc opératoire est un ensemble de plusieurs salles d'opération fonctionnant de manière autonome.

Le concept d'asepsie progressive est le fondement de l'organisation architecturale du bloc opératoire (26). Il a pour objectif d'obtenir la zone la plus aseptique possible à l'endroit où se réalise la chirurgie. Le passage entre deux zones de qualité septique différente est protégé par des systèmes tels que les sas pour les transferts, ou des mesures d'hygiène, comme le lavage des mains ou la préparation du champ cutané (27). En outre, il est important de veiller à regrouper les accès. De cette façon, les portes étant moins nombreuses, leur ouverture est limitée et par conséquent les mouvements d'air également (28).

3.1.4. Hygiène

Le premier risque au sein du bloc opératoire n'est pas le risque chirurgical ou anesthésiste mais bel et bien le risque infectieux. Effectivement, l'environnement est vecteur de nombreux micro-organismes saprophytes ou pathogènes provenant de plusieurs sources : le patient et le personnel, les supports inertes et les fluides (29). La quantité de particules est proportionnelle au nombre de personnes présentes dans la salle et à leurs mouvements (30). La qualité de l'air d'un bloc obstétrical est donc un élément primordial de la gestion du risque infectieux, même si en chirurgie gynéco-obstétrique, la contamination est essentiellement d'origine endogène (31).

Au sein d'un établissement de santé, on définit des zones à environnement maîtrisé ou zones propres. Selon la norme ISO 14644-1 (2015), l'objectif est de limiter l'introduction, la production et la rétention des particules à l'intérieur de ces zones. En plus de l'air, l'humidité, la pression et la température sont également contrôlées. Les zones propres sont réparties en quatre catégories en fonction du risque infectieux, il s'agit de la classification d'Altmeier. Les salles réservées aux interventions en gynécologie-obstétrique sont des zones à haut risque infectieux et appartiennent au niveau de risque trois (32).

La maîtrise de la biocontamination aéroportée repose sur plusieurs paramètres. La surpression, créée par les sas avec non ouverture simultanée des portes, évite la contamination

des germes extérieurs à la salle par les accès ou les fuites éventuelles. La filtration diminue la concentration en particules de l'air et le renouvellement de l'air permet d'éliminer les contaminants générés dans la salle (29).

L'entretien des locaux, des matériels et de l'équipement au sein de la zone propre contribue également à la maîtrise de la qualité de l'air. Des procédures de désinfection ou de stérilisation doivent être effectuées avant toute introduction. De plus, le personnel doit être habillé en cohérence avec le niveau de propreté requis au sein de la zone (29).

3.1.5. Sécurité du patient

En 2010, L'HAS a élaboré une check-list « *Sécurité du patient au bloc opératoire* » (33). Elle a pour objectif d'améliorer le partage d'informations entre les professionnels et de réaliser de façon systématique une vérification croisée des critères considérés comme essentiels (identité, risques médicaux, matériel...) avant, pendant et après l'intervention.

Cet outil, proposé par l'OMS a démontré son efficacité pour réduire de manière significative la morbi-mortalité postopératoire en diminuant les conséquences indésirables associées aux soins. En effet, selon une étude, le taux de complication postopératoire a diminué de près de 30% (34).

3.2. La lutte contre les infections nosocomiales

3.2.1. Définitions (35)

Une infection est dite associée aux soins lorsqu'elle survient au décours d'une prise en charge d'un patient ou au sein d'une structure de soins, l'infection n'étant ni présente, ni en incubation au début de la démarche de soins.

Toute infection de site opératoire (ISO) est habituellement considérée comme une infection associée aux soins (IAS) si elle survient dans les trente jours après l'intervention.

3.2.2. Facteurs de risques des ISO

La contamination du site opératoire provient essentiellement du patient lui-même, le risque est donc maximal en période péri-opératoire. Les facteurs de risque de survenue d'une ISO dépendent des caractéristiques (30) :

- du patient : l'obésité, le tabagisme, les maladies sous-jacentes, la dénutrition, une infection préexistante sont autant de facteurs de risque de survenue d'une ISO.
- liées au geste opératoire. Le caractère urgent de l'intervention, l'hémorragie, une faible expérience de l'opérateur sont également des facteurs de risques. Le non-respect des mesures de prévention est un élément décisif dans la survenue d'ISO.

Les principaux facteurs de risques spécifiques à la césarienne sont une intervention en urgence, la rupture prématurée des membranes - le risque augmentant avec la durée de rupture -, la présence d'une infection pré-existante telle qu'une chorioamniotite (36), l'obésité, les pertes sanguines importantes (37).

3.2.3. Mesures de prévention

La prévention des ISO débute avant l'entrée du patient au bloc opératoire (30). Premièrement, la présence d'une infection préexistante doit inciter, si possible, à repousser l'intervention jusqu'à son traitement. De plus, l'intérêt de la douche préopératoire est d'éliminer la flore transitoire et de réduire la flore résidente. Les modalités de la douche sont fixées par les équipes chirurgicales et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH). Si la dépilation est nécessaire, il est préférable d'utiliser une tondeuse ou une crème dépilatoire. Le rasage provoque des microlésions augmentant le risque d'infections.

La prévention peropératoire est basée tout d'abord sur l'antibioprophylaxie. Son administration permet de réduire de moitié le risque infectieux post-césarienne (38).

Selon la société française d'hygiène hospitalière, il est fortement recommandé de limiter au minimum nécessaire le nombre de personnes présentes dans la salle et les mouvements du personnel, ainsi que les ouvertures de porte dans la salle d'opération (30).

Les recommandations sur les tenues des professionnels reposent essentiellement sur des consensus. L'ensemble tunique – pantalon avec des sabots réservés au bloc et le port d'un masque chirurgical sont préconisés. La désinfection chirurgicale des mains est idéalement composée d'un lavage des mains puis d'une désinfection avec un produit hydro-alcoolique.

Les champs opératoires doivent recouvrir la totalité du champ opératoire et doivent être imperméables aux liquides et aux virus. La désinfection du champ opératoire doit se faire en quatre temps et dépasser largement la zone d'incision (30).

La prévention postopératoire repose sur une surveillance quotidienne et une hygiène rigoureuse du pansement et de la plaie (30).

3.2.4. Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales

Le dispositif de la lutte contre les infections nosocomiales voit le jour en France en 1988 via un décret imposant la création de Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) au sein de chaque établissement public de santé (39).

Dans un premier temps présent uniquement au niveau local, une organisation nationale ainsi que cinq organisations régionales - Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) - sont créées en 1992 (39). Les CCLIN sont un élément central du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. Ils assistent les établissements de santé dans l'instauration de protocoles et de mesures de prévention. Ils jouent aussi un rôle primordial dans la surveillance épidémiologique des infections (40).

En 1999, un décret oblige tous les établissements de santé, publics ou privés, à se doter d'un CLIN et d'une EOH. Cette équipe a pour mission de surveiller et de signaler la survenue d'IAS, de former les professionnels en hygiène et d'évaluer les pratiques dans ce domaine (30).

3.2.5. Surveillance des infections du site opératoire

Il est reconnu que le tandem surveillance épidémiologique et application des mesures préventives permet d'obtenir une réduction des IAS. En 2004, le ministère de la Santé a instauré cinq indicateurs pour évaluer la lutte contre les infections nosocomiales dans chaque établissement. Ils ont permis de diminuer les ISO de 3% en 1999 à 1,5% en 2013 (40 ; 41) .

Aujourd'hui les établissements poursuivent ce recueil de données et participent ainsi à l'élaboration d'un nouvel indicateur de surveillance des ISO, l'indicateur Composite de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICA-LISO), plus exigeant sur les actions et sur les résultats (30). Les résultats sont communiqués sous forme de performance par catégories d'établissements sur le site www.scopesante.fr. Les établissements ont une obligation de diffusion des résultats au public.

ETUDE

1. Présentation de l'étude

1.1. Objectifs

De nos jours, la présence du père en salle d'accouchement est acquise dans l'ensemble des maternités françaises. Nous sommes donc en droit de nous demander pourquoi cela n'est pas vrai pour une naissance par césarienne. Quels sont les obstacles à cette présence ? De plus, quel est le point de vue des professionnels sur cette question très discutée ? Qu'en est-il dans les maternités où le conjoint peut assister à la naissance au bloc opératoire ? Comment l'équipe soignante fait-elle face aux éventuelles difficultés rencontrées ?

Nous parlerons ici beaucoup du père car il s'agit de la personne la plus fréquemment présente auprès de la patiente lors de la naissance. Cependant cette problématique s'applique à toute personne accompagnante, quel que soit son lien affectif avec la femme enceinte.

1.2. Hypothèses

Plusieurs hypothèses pourraient permettre d'expliquer le refus de certaines maternités à accepter le futur père au bloc opératoire lors de la césarienne de leur conjointe :

- Premièrement, comme nous l'avons précisé précédemment, la salle d'opération est un lieu où le respect de l'hygiène et la limitation des infections sont primordiaux. Accepter une personne supplémentaire lors de la césarienne ne pourrait-il pas augmenter le risque infectieux ?
- De plus, le conjoint est généralement quelqu'un d'extérieur au monde médical, qui ne connaît pas le fonctionnement ni l'ambiance du bloc opératoire. Ceci, ajouté au stress de la naissance, pourrait par exemple être à l'origine d'un malaise du père. Est-ce une réelle appréhension de la part des professionnels ?
- En outre, les soignants craignent-ils qu'assister à la césarienne peut être traumatisant pour le père ?
- La présence d'un tiers, proche de la patiente et observateur, peut-elle être vue par les professionnels comme une évaluation de leurs pratiques ?

- Enfin, la taille et la disposition des locaux peuvent-elles être un obstacle à la présence du père en salle de césarienne ?

2. Méthodologie

2.1. Modalités de l'enquête

Pour répondre à la problématique soulevée, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de professionnels exerçant en salle de naissance ainsi que des observations de césariennes programmées.

Pour cela nous avons contacté cinq maternités en Pays de la Loire :

- Deux acceptent le père en salle de césarienne :
 - La maternité A, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)
 - La maternité B, établissement public de type IIB
- Deux autres le refusent :
 - La maternité C, établissement public de type IIB
 - La maternité D, établissement public de type III.
- La maternité E, établissement de type IIB, où le futur père assiste à la naissance au travers d'une vitre.

Ces cinq maternités ont été choisies en fonction de leur attitude vis-à-vis du père en salle de césarienne mais aussi selon leur localisation. Pour pouvoir réaliser l'ensemble des entretiens et des observations, il était important qu'elles soient facilement accessibles. Toutes ont d'emblée accepté de participer à l'étude.

2.2. Présentation des outils utilisés

2.2.1. Les observations

Dans l'ensemble des maternités citées préalablement, nous avons réalisé deux observations directes de césariennes programmées, soit dix interventions au total.

Pourquoi s'être limitée aux césariennes programmées ? Nous avons fait ce choix car d'un point de vue organisationnel cela nous paraissait plus simple, à la fois pour la sage-femme cadre du service qui organisait nos venues, pour l'équipe soignante qui était plus disponible pour répondre aux questions que dans un contexte d'urgence, et aussi pour pouvoir planifier les déplacements dans chaque établissement.

Les principaux objectifs de ces observations étaient de décrire les locaux, la disposition du matériel, et d'identifier le parcours de chaque acteur (professionnel, patiente et accompagnant) pour aboutir à la création d'un logigramme de processus de prise en charge. Nous étions également attentives aux échanges verbaux entre les membres de l'équipe médicale et le couple et à la communication entre les soignants [*Annexe 1 – Grille d'observation*].

Dans la salle de césarienne, nous étions située dans un coin de la salle dans le but de ne gêner personne et, dans l'idéal, de façon à pouvoir voir à la fois les réactions de la patiente et de l'équipe. L'observation se terminait quand la triade parents-enfant était réunie après la naissance, dans la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

2.2.2. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès de six professionnels par maternité, soit deux obstétriciens, deux anesthésistes et deux sages-femmes exerçant en salle de naissance et intervenant lors des césariennes. Au total, cela représente donc trente entretiens semi-directifs d'une dizaine de minutes. Nous avons décidé de nous focaliser sur ces trois professions pour plusieurs raisons :

- Les obstétriciens posent la décision de césarienne et réalisent le geste opératoire.
- Les anesthésistes sont présents à la tête de la patiente, ils gèrent l'anesthésie et rassurent la patiente.
- Enfin la sage-femme prend en charge l'enfant après la naissance, elle est le lien entre le nouveau-né, le père et la mère, de leur arrivée en salle de naissance à leur retour en suites de couches.

Les professionnels interrogés étaient le plus souvent ceux présents aux césariennes programmées. Cela n'a cependant pas été le cas pour trois soignants. En effet, lors des observations réalisées dans un établissement, il est arrivé qu'un même soignant soit présent lors

des deux interventions. De ce fait, le deuxième entretien a alors été réalisé avec un autre membre de l'équipe exerçant la même profession.

Les objectifs de ces entretiens étaient multiples [*Annexe 2 – Grille d'entretien*]. Tout d'abord, il nous semblait intéressant de connaître les avis des différents professionnels sur la présence du père en salle de césarienne, ainsi que sur les avantages et les difficultés qu'ils y voyaient. Cela nous a aussi permis de compléter les observations en questionnant les soignants sur les modalités de prise en charge du père avant, pendant et après la césarienne.

Les entretiens devaient également nous permettre d'évaluer l'impact de la présence du père sur les actes, les pratiques des professionnels et la communication au sein du bloc opératoire lors de l'intervention.

Enfin, nous avons essayé d'estimer, de façon indirecte, le souhait des couples puis leur degré de satisfaction sur leur accompagnement pendant l'intervention.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population interrogée

Sur l'ensemble des entretiens réalisés, deux-tiers des professionnels interrogés sont des femmes. Elles représentent la moitié des obstétriciens et sont majoritaires chez les anesthésistes (8 sur 10) et les sages-femmes (8 sur 10).

Concernant la durée d'exercice, deux obstétriciens exercent en tant que chef de clinique depuis moins d'un an et cinq professionnels interrogés ont entre un et cinq ans d'activité. Près de la moitié des soignants (14 sur 30) présentent entre cinq et dix ans d'expérience. Enfin, neuf professionnels sont en activité depuis plus de dix ans.

Avant d'exercer dans la maternité actuelle, trois professionnels déclarent avoir toujours ou majoritairement connu la possibilité pour le père d'être présent aux côtés de sa femme lors de la césarienne. Quatorze soignants interrogés ont très peu ou n'ont jamais exercé dans une maternité où le conjoint pouvait assister à la naissance par césarienne auparavant. Enfin, treize professionnels disent avoir connu les deux expériences.

3.2. Le point de vue des professionnels sur la présence du père en salle de césarienne

Tableau 1 : Avis des professionnels en fonction de leur lieu d'exercice

	Favorable	Plutôt favorable	Mitigé	Plutôt défavorable	Défavorable	Total
Maternité A	6	0	0	0	0	6
Maternité B	5	1	0	0	0	6
Maternité C	1	0	0	1	4	6
Maternité D	2	1	3	0	0	6
Maternité E	1	2	1	0	2	6
Total	15	4	4	1	6	30

Les entretiens ont montré que la moitié des professionnels interrogés étaient favorables à la présence du père en salle de césarienne [Tableau 1]. Nous pouvons malgré tout constater que près des trois quarts d'entre eux exercent dans les maternités A ou B, où la femme peut être accompagnée d'un proche au bloc opératoire. Pour un certain nombre de professionnels, cette présence est « *normale* ». Ils voient la césarienne comme une naissance et non comme un acte chirurgical. Un anesthésiste de la maternité A déclare : « *ça fait partie de notre travail* ». D'autres voient le couple comme une entité unique « *indissociable* », la famille est la priorité, ainsi elle doit être réunie. De plus, aucun professionnel exerçant au sein des maternités A ou B n'a formulé une opinion défavorable sur la question. Un seul soignant émet quelques réserves. Premièrement opposé à cette idée, il a su s'« *adapter à cette présence* » mais précise qu'il s'agit d'une pratique qui « *doit être bien codifiée pour que le père puisse trouver sa place* ».

D'autres professionnels ont un avis plus partagé, notamment selon le contexte de la césarienne. Ils exercent tous dans un établissement où le père ne peut pas assister à l'intervention. Pour eux, cette présence serait éventuellement envisageable sur des césariennes programmées, dans le cadre d'une pratique de service où tout est planifié, où l'ensemble des membres de l'équipe médicale y sont favorables et où le circuit patient est adapté. Certains appréhendent le comportement d'une minorité de pères ne respectant pas les consignes données par l'équipe, et refusent de ce fait le conjoint en salle de césarienne.

Enfin, six professionnels y sont formellement opposés. Nous pouvons constater qu'ils exercent tous dans les maternités C, D ou E. Les raisons avancées sont multiples. Un élément ressort cependant fréquemment, il s'agit du principe de précaution. Un obstétricien résume bien cette vision : « *l'obstétrique ça peut aller très vite, très mal, à partir du moment où ce n'est pas prévisible, si on fait du systématiquement absent, on règle tous les problèmes* ».

A partir des entretiens réalisés, nous constatons que les sages-femmes sont majoritairement en faveur de la présence du père en salle de césarienne. Une seule d'entre elle y est plutôt défavorable.

Dans les autres professions, anesthésistes et obstétriciens, les avis sont moins consensuels. Seule la moitié des médecins réanimateurs et des gynécologues se disent en faveur de la présence d'un accompagnant. Un obstétricien et deux anesthésistes ont un avis mitigé, les sept autres médecins y sont clairement opposés.

3.2.1. Quels avantages ?

Plusieurs bénéfices à la présence d'un accompagnant en salle de césarienne ont été spontanément cités par les professionnels :

- Premièrement, quatorze professionnels partagent le fait que cela présente un caractère rassurant pour la patiente. Selon un anesthésiste, le père est un soutien psychologique « *irremplaçable* ». En effet, il s'agit de la personne qui connaît le mieux la femme, ses craintes et les méthodes pour la rassurer. Son conjoint est pour elle un repère dans un milieu « *assez hostile...avec de nombreux médecins, beaucoup de lumière, beaucoup de matériel* » précise une sage-femme, « *elle se sent moins seule* ». Selon certains soignants, le père est donc la personne la plus efficace pour diminuer l'anxiété de la patiente. De ce fait, de l'avis de certains professionnels, il peut « *même simplifier* » le travail de l'équipe médicale qui peut ainsi se concentrer davantage sur la technicité des gestes.

Lors des cours de préparation à la naissance, quand une sage-femme évoque la possibilité pour le père d'accompagner sa femme lors de la césarienne, elle constate un soulagement de la part des couples.

De plus, lorsque l'intervention se complique, que le stress dans le bloc opératoire augmente, la patiente peut « *se focaliser sur ce que fait son conjoint* » et détourner ainsi son attention des professionnels. Dans l'établissement B, plusieurs soignants ont évoqué

l'exemple du nouveau-né nécessitant des soins de réanimation. Dans ce cas, le père reste avec la mère dans la salle de césarienne en attendant que l'état de santé de l'enfant s'améliore. Les parents vivent alors ce moment d'angoisse ensemble, ils se soutiennent et posent les questions conjointement. De surcroît, pour un obstétricien et une sage-femme, la perception du temps d'attente pour le couple semble réduite. Dans la maternité A, le père peut faire des allers-retours entre le bloc opératoire et la salle de réanimation néonatale. Il est le lien entre la mère et son enfant, il l'informe des soins réalisés, de son poids...

Enfin pour un anesthésiste, « *une des clés du succès de l'anesthésie va être l'état d'esprit du patient* », si la femme est apaisée, la rachianesthésie ou l'analgésie péridurale sera plus efficace.

- Par ailleurs, le couple vit ensemble ce moment de rencontre avec le nouveau-né qui a été au centre de leurs pensées pendant toute la grossesse. De ce fait, se créent des « *souvenirs communs* », que les parents pourront évoquer plus tard avec leur enfant. Une sage-femme pense même que le fait de partager ce moment participe à une meilleure instauration du lien familial et permettrait au nouveau-né « *de s'ancrer beaucoup plus vite dans sa vie* ».

- Un des objectifs recherchés est de rassurer le papa et de l'impliquer dès la naissance. Tout d'abord, il assiste à la venue au monde de son enfant, ainsi, « *il n'y a pas de coupure pour lui entre la grossesse et le nouveau-né dans le berceau* ». Un anesthésiste se met à la place du père : « *quand on est papa, on est complètement stressé, on n'a déjà pas sa place au cours de la grossesse* », ce n'est donc pas envisageable pour lui d'attendre à l'extérieur du bloc opératoire sans savoir ce qui se passe. Cela permet aussi au jeune père de « *prendre sa place dès le départ* », il devient acteur de la naissance de son enfant, ce qui de l'avis de certains anesthésistes, peut être important pour la gestion de sa paternité ultérieure.

- La présence du père aux côtés de sa femme lors de la naissance par césarienne de leur enfant permet, aux futurs parents, de se rapprocher de la naissance idéalisée. Certes, nous nous « *éloignons de l'accouchement rêvé car l'intimité du couple est mise à mal* » toutefois cela peut leur permettre de vivre « *une naissance comme les autres* » et d'atténuer leur déception. Cela participe à l'amélioration du vécu de la césarienne par le couple.

En répondant à une de leur demande, cela accroît la satisfaction qu'ont les parents sur

leur prise en charge et donc sur l'image qu'ils ont de la maternité. Une sage-femme, réalisant des cours de préparation à la naissance à la Maternité A, rencontre régulièrement des couples ayant vécu des césariennes sans que le père puisse être présent à la naissance : *« il s'agit d'une question récurrente en préparation »*. Un obstétricien appuie ces propos : *« j'ai fait des césariennes à des gens qui venaient d'ailleurs parce qu'ici, ça se passe comme ça »*. Il s'agirait donc d'un argument intervenant dans le choix du lieu de naissance, surtout pour les couples pour lesquels la naissance par césarienne est très probable. Pour une sage-femme et un IADE, qui exerçaient auparavant dans des cliniques parisiennes, ces établissements faisaient de la présence du père *« un pur argument commercial »*.

Certains professionnels, tout en étant favorables à la présence du père en salle de césarienne, relativisent les avantages apportés. Pour eux, il n'y a pas de bénéfices médicaux, seulement un léger impact positif au niveau psychologique. Mais quels sont les contraintes ou les inconvénients avancés par les professionnels à la présence du père en salle de césarienne ?

3.2.2. Quelles difficultés ?

Tout d'abord, il est important de noter que dans les maternités où la femme peut être accompagnée, sept professionnels sur dix n'y voient aucune difficulté. Cette présence fait partie intégrante de l'organisation de service et est aujourd'hui ancrée dans leur pratique.

.3.2.2.1 Liées à la présence d'une personne extérieure au bloc opératoire

Le principal obstacle cité par les professionnels (16 sur 30) à la présence du père en salle de césarienne est la gestion d'une personne supplémentaire extérieure au bloc opératoire. Cela est d'autant plus vrai en cas de complications, telles un contexte anesthésique compliqué, une hémorragie ou une difficulté à extraire le fœtus. Cette présence peut être compliquée à gérer pour plusieurs raisons :

➤ *Un frein la prise en charge optimale du couple mère-enfant*

Plusieurs professionnels jugent qu'en cas de complication, le fait d'avoir une tierce personne - qui peut être impressionnée, faire un malaise ou réagir de façon inadaptée peut être

« *une limite à la prise en charge optimale de la patiente* ». Un obstétricien refuse le père par « *principe de précaution* » : en interdisant systématiquement au conjoint d'entrer en salle de césarienne, il élimine ainsi tous les problèmes liés à la gestion du père dans la salle.

De plus, lors de l'intervention, l'anesthésiste surveille attentivement l'état de santé de la patiente. En fonction des caractéristiques de la femme et du contexte de la césarienne, il peut être compliqué pour lui d'octroyer du temps au père, qui nécessite aussi une certaine attention. Cela est d'autant plus vrai quand le nouveau-né a besoin de soins. En attente du pédiatre, l'anesthésiste reste l'un des premiers acteurs de la réanimation néonatale. Avant de pouvoir quitter la salle de césarienne, il doit déjà s'assurer que la patiente va bien, il est donc difficilement concevable pour lui de se préoccuper en plus du père. Ainsi, certains professionnels seraient favorables à l'entrée du père mais seulement lors d'une césarienne programmée, les risques de complications étant beaucoup plus importants lors d'une intervention en urgence.

Précédemment nous avons vu que la présence du père semblait s'avérer rassurante pour la mère. A l'inverse un anesthésiste de la maternité C s'interroge sur la capacité du conjoint à soutenir psychologiquement sa compagne. Effectivement, le père étant lui-même très stressé, ce médecin se demande si le conjoint « *peut avoir le même impact que l'anesthésiste, qui lui connaît bien l'intervention* ».

➤ *Un stress supplémentaire pour l'équipe médicale*

Le conjoint est habituellement placé près de la tête de sa conjointe, soit à proximité de l'anesthésiste et de son matériel. Certains médecins-réanimateurs (3 sur 6) peuvent donc se sentir gênés par cette présence, par cette personne qui, surtout en cas d'urgence, « *ne sait pas où se mettre* ». Le père peut « *gêner techniquement* » en empêchant un accès facile et rapide aux perfusions. De ce fait, lors d'une complication, il est fréquent qu'un membre de l'équipe médicale demande à l'accompagnant de sortir de la salle, « *on a besoin de place, d'être concentré sur ce que l'on fait* ». Mais pour certains, le fait de lui demander de quitter le bloc opératoire peut « *faire perdre une ou deux minutes essentielles* ».

Pour quelques soignants, le père peut être perçu comme quelqu'un qui est là pour juger leurs faits et gestes. Deux anesthésistes précisent que la présence d'une tierce personne, proche

de la patiente, lors de l'intervention peut être source de stress pour les professionnels et peut « perturber les équipes ».

➤ *Un risque de malaise*

Le risque de malaise du conjoint lors de la césarienne est appréhendé différemment par les soignants :

- Ceux qui ne sont pas habitués à la présence d'un accompagnant lors de l'intervention voient le malaise comme une surcharge de travail importante pour l'équipe. En effet, plusieurs professionnels doivent prendre le temps de s'en occuper et de le sortir de la salle. Un obstétricien et une sage-femme signalent que même si les malaises sont peu fréquents et souvent sans gravité, la gestion d'un malaise peut retarder la prise en charge de la patiente ou de l'enfant.

Pour un anesthésiste, la présence d'un champ opératoire n'est pas suffisante pour éviter au conjoint de voir « *ce qui se passe au niveau de l'intervention* ». Cela peut être le cas au moment d'entrer ou de sortir de la salle, ou quand un soignant, le plus souvent l'anesthésiste, demande au père de se déplacer. Le risque de malaise serait donc, selon lui, toujours présent.

- Pour la majorité des soignants exerçant dans les maternités A et B, la prise en charge du conjoint, et donc des potentielles difficultés associées, font parties intégrantes de l'accompagnement du couple à la naissance. La présence d'un accompagnant requiert évidemment du temps et de l'attention : pour l'orienter, pour l'habiller, pour l'informer mais, à un degré moindre, cela est également le cas lors d'un accouchement voie basse. Même lorsque le père n'est pas en salle de césarienne, il nécessite une certaine vigilance : dans la maternité C une aide-soignante est présente en salle de réanimation néonatale auprès du conjoint en attendant la naissance. Finalement, c'est surtout en cas de complications maternelles, néonatales ou paternelles que « *c'est plus difficile à gérer* » et que la surcharge de travail liée à cette présence est la plus importante.

En règle générale, l'équipe « *s'adapte* », « *nous savons quoi faire* » dit un anesthésiste. Dans les deux maternités où le père peut être présent lors de l'intervention, il n'y a pas de protocole écrit, « *il y a plein de monde en salle de*

césarienne, il y a toujours quelqu'un pour s'en occuper ». Lors de la césarienne, le couple est très souvent pris en charge par l'anesthésiste : c'est lui qui explique le déroulement de l'intervention, qui rassure les parents... En cas de malaise, il est donc en première ligne. Si le médecin-réanimateur est indisponible, la personne la plus proche du père, souvent l'IBODE ou l'IADE, le prendra en charge.

Les équipes limitent ce risque en demandant au père de s'asseoir aux côtés de sa femme, derrière les champs opératoires et du côté opposé au pôle anesthésie, avec les perfusions et l'ordinateur. Idéalement, le siège a un dossier. Le conjoint entre *« lorsque la rachianesthésie est posée et les champs opératoires installés »*. Enfin, les soignants doivent être vigilants aux signes de malaise, notamment à une pâleur. Lors d'un malaise, le premier réflexe des soignants est d'allonger et de lever les jambes du père. Lorsque celui-ci a récupéré, il sort de la salle, accompagné le plus souvent par l'aide-soignante.

Pour trois professionnels favorables à la présence du père lors de la césarienne, les malaises seraient plus fréquents en salle de naissance, lors d'un accouchement voie basse, qu'au sein du bloc opératoire. L'équipe est moins nombreuse et *« peut-être moins attentive aux réactions du père »*. En outre, il n'y a pas de champ empêchant au père de regarder la naissance.

Pour un obstétricien opposé à la présence du père lors de la césarienne, les malaises en salle de naissance existent mais sont plus faciles à gérer. Il demande systématiquement au conjoint de s'asseoir, et en cas de malaise, *« les renforts sont plus rapidement présents et plus nombreux »*. De plus, il est plus aisé de faire sortir le conjoint.

➤ ***Une responsabilité supplémentaire pour les professionnels***

Enfin, qu'en est-il de la question de la responsabilité en cas d'accident pour le père lors de l'intervention ? Peu de professionnels m'ont répondu avec certitude. Un obstétricien a, par exemple, vécu un événement marquant lors d'un accouchement par manœuvre instrumentale. Le conjoint a fait un malaise et est tombé sur le coin d'un lavabo. Il a dû être transféré en réanimation pour un hématome extradural (42). Aujourd'hui, ce médecin est opposé à la présence du père aussi bien en salle de césarienne que lors d'extractions instrumentales. Même si cela est rare, ce risque d'incident n'est pas à minimiser. Pour deux obstétriciens des maternités C et E, la responsabilité revient au(x) médecin(s) qui a(ont) autorisé le père en salle de césarienne. Le père *« est un visiteur, il ne relève ni de l'activité de l'obstétricien ni de*

l'anesthésiste ». Toutefois, cette problématique est également présente en salle d'accouchement mais ne semble pas interroger les professionnels.

Le malaise interfère certainement avec le travail de l'équipe médical, mais qu'en est-il du vécu du conjoint ? Peut-il être heurté par cette expérience ?

.3.2.2.2 Impact pour le père

De l'avis de quatre soignants exerçant tous dans des maternités où le conjoint ne peut être présent, assister à la césarienne de leur femme peut être choquant pour certains pères. Tout d'abord, « *l'ambiance, l'odeur et le langage utilisé au sein du bloc opératoire peuvent être impressionnants* » pour une personne extérieure au milieu médical. En outre, en cas d'urgence, le père peut être amené à sortir rapidement de la salle sans savoir exactement ce qui se passe. Cela peut être difficile à gérer et être source d'angoisse pour lui. Un anesthésiste qui a connu le père en salle de césarienne, se souvient de refus assez fréquent des conjoints d'accompagner leur femme pour la naissance.

Aucun professionnel des maternités A et B ne dit avoir été témoin de regrets d'un père ayant assisté à la césarienne aux côtés de sa femme. Mais tous admettent ne pas revoir les patients à distance de la naissance, « *on ne sait pas ce qu'ils en ont pensé six mois plus tard* » dit une sage-femme.

Une sage-femme explique que, lors d'une césarienne programmée, les conjoints se sont préparés psychologiquement à ce qu'ils pourront voir, et le plus souvent « *de façon bien pire qu'en vrai* ». Alors qu'en salle de naissance, beaucoup de couples « *ont une image un peu idyllique* » de la naissance et peuvent être confrontés à des choses auxquelles ils n'étaient pas préparés. Dans les jours suivants la naissance, les jeunes pères « *n'ont pas le recul nécessaire pour dire s'ils sont contents ou non d'avoir été présents à la naissance* ». Ils sont préoccupés par les soins de l'enfant, « *ils sont encore dans l'émotion* ». Selon les sages-femmes interrogées, il est plus fréquent qu'ils expriment des regrets lorsqu'ils n'ont pas pu être présents.

.3.2.2.3 Agencement des locaux

Neuf professionnels sur douze soignants interrogés dans les établissements C et D mentionnent les locaux inadaptés comme obstacle à la présence du père en salle de césarienne.

Dans les deux établissements, les entrées sont situées aux pieds de la patiente, l'accompagnant devrait alors contourner le champ opératoire pour pouvoir sortir. Il y a donc un risque pour qu'il voie l'ensemble de l'intervention et fasse un malaise. Toutefois, dans l'établissement B, la configuration de la salle est semblable mais le conjoint peut être présent. L'équipe doit cependant être vigilante à ce que le conjoint ne voit pas le champ opératoire. « *On essaye de lui faire regarder le mur* » quand il traverse la pièce dit un anesthésiste. Au sein de l'ESPIC, depuis un an, le père entre et sort du côté anesthésique et ne voit aucunement l'intervention. Auparavant, le père entrait, comme dans la maternité B, sur le côté mais cela n'a jamais posé de problème car les professionnels « *se positionnaient de façon à ce que ce ne soit pas trop visible* ». De plus, lors de la sortie, les pères n'étaient pas focalisés sur la césarienne, « *ils étaient avec leur bébé* »

De surcroît, dans la maternité C, les professionnels signalent un « manque de place » au niveau de la tête de la patiente. Trois soignants sont généralement présents à cet endroit-là : l'anesthésiste, l'interne en anesthésie et l'IADE. Accepter une quatrième personne, assise sur une chaise et qui peut difficilement se déplacer au risque de voir le champ opératoire, semble donc compliqué. Toutefois, lors d'un accouchement de jumeaux ou de présentation par le siège, la naissance est réalisée dans une salle du bloc opératoire au cas où une césarienne en extrême urgence est nécessaire. Lors de ces accouchements, le père peut accompagner sa femme. Les professionnels présents sont les mêmes que lors d'une césarienne : obstétricien et interne d'obstétrique, anesthésiste, interne d'anesthésie et IADE, sage-femme et aide-soignante. La question d'une salle trop petite semble donc relative.

.3.2.2.4 Le risque infectieux

Le risque infectieux demeure une des hypothèses les plus fréquentes dans l'esprit collectif, notamment sur les sites internet et les forums de patients. Toutefois, en interrogeant les professionnels, ce risque semble dérisoire.

Seul quatre professionnels pensent que la présence du père au sein du bloc opératoire augmente le risque d'infections postopératoires. Un obstétricien s'appuie sur le fait que, théoriquement, « *plus il y a de monde dans une salle, plus le risque infectieux augmente* ». Son collègue étaye ces propos : « *il faut qu'il y ait le moins de passage possible* ». Un anesthésiste rappelle que dans un contexte d'urgence, les complications per-interventionnelles sont plus nombreuses et que le risque infectieux est lui aussi augmenté. Enfin, un obstétricien estime qu'il est préférable de demander au père de prendre une douche avant d'entrer au bloc opératoire.

Pour les vingt-six professionnels restants, le risque infectieux est très faible voir non réel. Le père est vêtu de la « *même tenue que l'équipe médicale* » : un ensemble tunique – pantalon, un masque, une charlotte et des sur-chaussures. Il s'habille au même moment que les professionnels, c'est-à-dire, avant son entrée au bloc opératoire. De plus, l'aide-soignante « *reste très vigilante* » sur l'hygiène, elle lui explique les précautions à prendre dans la salle : ne rien toucher, ne pas se déplacer sans accord d'un membre de l'équipe... Avant d'entrer dans la salle opératoire, elle « *lui demande de se laver les mains à l'eau et au savon* ».

En outre, « *le père reste du côté anesthésiste* ». Il n'est jamais au contact du champ opératoire et ne déambule pas dans la salle. Lorsqu'il doit traverser la salle, comme c'est le cas dans la maternité C pour entrer et sortir, le conjoint est systématiquement accompagné d'une aide-soignante ou d'une sage-femme. Un obstétricien signale qu'il y a « *tellement d'entrées et de sorties dans la salle* » que le père, à lui seul, n'augmentera pas le risque d'infection.

Enfin, dans les maternités ,C et E, le nombre de personnes dans le bloc opératoire est similaire à celui des maternités A et B, entre six et huit professionnels en fonction du nombre d'internes de spécialité. Il reste de toute façon bien inférieur à celui de l'établissement de type III (environ dix soignants) où sont présents beaucoup d'étudiants.

.3.2.2.5 Autre difficulté citée

Une autre difficulté citée par un anesthésiste et qui se retrouve dans le témoignage d'un aide-soignant, est lié au fait que père est habillé de la même façon que les professionnels. Dans une maternité où les anesthésistes sont fréquemment des remplaçants, un membre de l'équipe médicale a, lors d'une césarienne, confondu le père avec le médecin réanimateur. De plus, cet anesthésiste craint que certains pères profitent de cette « *facilité à se faire oublier* » pour se « *promener dans la salle ou dans les couloirs du bloc opératoire sans autorisation* ».

Dans les maternités où le père peut être présent, les professionnels s'appuient sur le fait, qu'en cas de complications, il est « *toujours possible de faire sortir le père* ». Nous allons donc voir comment ces établissements prennent en charge le couple lors d'une césarienne.

3.3. L'accompagnement du couple à la naissance par césarienne dans les différentes maternités

3.3.1. Les maternités acceptant le père en salle de césarienne

3.3.1.1 Lors de l'annonce de la césarienne

Dans les deux maternités intégrées à l'étude et acceptant le père lors de la césarienne, la présence du conjoint est évoquée lors des consultations de 8^{ème} ou 9^{ème} mois, quand l'indication de l'intervention est posée. Selon un obstétricien exerçant au sein de l'ESPIC, ce n'est pas, à proprement parlé, « *une proposition* ». Lorsqu'il détaille le déroulement de l'intervention au couple, il explique que « *pendant que Madame passe au bloc, Monsieur va s'habiller* ». En fait, il ne demande pas au conjoint s'il souhaite assister ou non à l'intervention, c'est au futur père de préciser quand il ne souhaite pas être présent. Pour un autre obstétricien de la maternité B, « *c'est tellement logique* », qu'il « *n'en parle même pas* ». Nous pouvons clairement voir que la présence du père en salle de césarienne fait partie des habitudes du service, c'est la « *norme* ». Néanmoins l'obstétricien ajoute que ce n'est nullement une obligation pour le père, « *s'ils ne veulent pas, ça ne me dérange pas* ». De même, une sage-femme insiste sur le fait que le père ne doit pas se sentir obligé, « *il ne faut pas le forcer* ».

Dans la maternité A, selon les professionnels, le père peut être présent lors de la césarienne « *depuis le début* ». En effet, un soignant, présent lors des observations, exerce dans cet établissement depuis 1982. A son arrivée dans la maternité, le couple était déjà réuni pour la naissance par césarienne.

Dans le cadre d'une césarienne en urgence, le conjoint est aussi habituellement présent. Lorsque l'indication est posée, un temps de préparation est toujours nécessaire. Ainsi, le père suit sa conjointe jusqu'à l'entrée du bloc opératoire puis est orienté vers le vestiaire, accompagné par une aide-soignante. Dès que les champs opératoires sont installés, le père, habillé d'une tenue de bloc, entre dans la salle de césarienne.

Le père ne peut généralement pas être présent lors des césariennes sous anesthésie générale du fait que la patiente soit « *endormie, intubée* ». « *Cette image peut être choquante pour le père* ». En outre, l'anesthésie générale est « *source de stress supplémentaire pour les professionnels* ». Toutefois, dans la maternité B, lors d'une césarienne où l'anesthésie locorégionale ne fonctionnait pas, un anesthésiste a proposé au père de rester dans la salle opératoire pour l'anesthésie générale. « *Il lui a bien expliqué ce qui allait se passer et le père n'a pas été choqué* » relate un obstétricien. |

En cas d'extrême urgence, telle qu'une bradycardie fœtale, un hématome rétro-placentaire ou une éclampsie, le conjoint attend évidemment en dehors de la salle de césarienne. Selon un obstétricien, les pères « *s'en rendent généralement comptent tout seul* », ils comprennent très bien. Dans l'établissement A, une deuxième salle de césarienne, située à l'entrée du bloc opératoire général, est réservée aux césariennes en urgence. Selon le contexte et exceptionnellement, la présence du conjoint peut être acceptée et organisée.

.3.3.1.2 Le jour de la naissance

Dans la maternité A [Annexe 5 – Logigramme de processus de prise en charge, Maternité A], le couple arrive ensemble en salle de naissance. La patiente est le plus souvent dans son lit, brancardé par deux aides-soignantes. Lors de la première observation dans la maternité A, l'anesthésiste venait de suivre une formation sur l'hypnose. Il a accompagné le couple, du service de suites de couches jusqu'à la salle de naissance, à pieds. Selon lui, cela « *diminuerait le stress pré-opératoire, améliorerait le vécu de la césarienne et augmenterait l'efficacité de l'anesthésie* ». Par la suite, le couple se sépare lorsque la patiente entre en salle opératoire. Dans un vestiaire lui étant réservé, le conjoint s'habille en vue de la césarienne avec un pyjama de bloc, un masque, une charlotte et des sur-chaussures. Il attend dans cette pièce jusqu'à ce que l'aide-soignante vienne le chercher.

Dans la maternité B [Annexe 5 – Logigramme de processus de prise en charge, Maternité B], la patiente est emmenée par des brancardiers directement dans la salle de césarienne via le bloc opératoire général. Le père est quant à lui accompagné dans une salle de naissance par une aide-soignante. Elle lui donne de quoi s'habiller pour la césarienne et lui explique qu'un soignant viendra le chercher en temps voulu pour entrer au bloc opératoire.

Pendant ce temps, dans la salle de césarienne l'équipe d'anesthésie va poser la rachi-anesthésie, puis l'IBODE réalise la détersion et la pose de sonde urinaire. En parallèle, l'obstétricien et l'aide opératoire s'habillent en stérile. Dans la maternité A, les césariennes programmées sont généralement réalisées par le médecin ayant suivi la grossesse. Lors des deux interventions, une musique douce, provenant du portable d'un professionnel, résonnait dans la salle.

Le père n'entre qu'au moment où les champs opératoires sont posés et que l'anesthésie est efficace. Dans la maternité B, le père entre sur le côté de la salle et sort par la porte située aux pieds de la patiente, l'équipe lui conseille de regarder le mur et la personne qui l'accompagne se place entre lui et la patiente. Lors d'une observation, un conjoint ne peut

s'empêcher de jeter un regard vers le champ opératoire *''Je vous avais dit de regarder devant vous''* ironise la sage-femme. Dans la maternité A, ce problème ne se pose pas car il entre à la tête de la patiente.

Ensuite, le père s'assoit dans un fauteuil situé à la tête de la patiente, du côté opposé au pôle anesthésie. Lors d'une intervention, j'entends l'aide-soignante et l'anesthésiste expliquer au conjoint qu'en cas de vertiges ou de bouffées de chaleur, il peut soit *« venir dans la salle réservée aux premiers soins de bébé »* soit *« s'asseoir au sol »*. Si cela survient, il doit avertir un soignant.

Lors des quatre césariennes, les couples sont très proches, ils chuchotent, se prennent la main. Le couple assiste ensemble à la venue au monde de leur enfant. L'anesthésiste intervient par moment pour s'enquérir de leur bien-être ou pour leur expliquer l'intervention. Si l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né le permet, les parents découvrent ensemble leur enfant. C'est un moment de forte complicité pour le couple. Après quelques minutes, les premiers soins sont réalisés dans une pièce jouxtant la salle de césarienne.

Dans la maternité A, la porte séparant les deux salles reste ouverte. Ainsi, la mère entend ce qui est dit dans la salle de réanimation néonatale et le père peut aller et venir entre son enfant et sa femme : *« Vous pouvez aller rassurer la maman, c'est mieux si c'est vous qui le faites »* dit l'anesthésiste à un conjoint. Ensuite, le père et le nouveau-né reviennent auprès de la patiente pendant le temps de suture. Si l'enfant est en peau à peau avec sa mère, le père tient le nouveau-né, l'anesthésiste veille sur sa position et la corrige si besoin. Peu avant la fin de l'intervention, le conjoint et l'enfant quittent le bloc opératoire et sont installés par l'aide-soignante dans une salle de naissance où sera effectuée la surveillance postopératoire. La patiente les rejoint rapidement. Après l'intervention, la sage-femme est présente en continu une heure avec eux.

Dans l'établissement B, le père quitte la salle après la naissance et ne revient pas lors de la suture, il reste en salle de naissance avec son enfant. De plus, la surveillance post-interventionnelle de la patiente se fait dans la salle de réveil du bloc général, si bien que la mère est seule après la sortie du bloc opératoire. La nouvelle famille est réunie en salle de réveil environ une heure et demie après la naissance. Cette possibilité pour le père de retrouver sa femme a été difficile à instaurer. La salle de réveil étant située à l'opposé de la salle de naissance, le père doit traverser l'ensemble du couloir du bloc général, avec des salles d'opération de chaque côté. Il a donc fallu coller, sur chaque vitre, un film transparent trouble pour assurer la confidentialité des autres patients. Selon un anesthésiste, la possibilité pour le

père d'aller en salle de césarienne permet de « *contrebalancer le fait que la mère soit seule en salle de réveil quelques temps* ».

Finalement, dans l'établissement A, le père reste environ trente minutes dans la salle de césarienne avec sa femme. Le couple n'est séparé qu'au début de l'intervention, pendant environ vingt minutes, et à la fin de la césarienne, pour une dizaine de minutes. Dans l'établissement B, le couple est réuni environ cinq minutes au bloc opératoire pour le moment de la naissance. Les parents sont séparés avant la césarienne pendant quarante-cinq minutes, puis une heure dans les premiers temps de vie de l'enfant jusqu'à être rassemblés dans la salle de réveil.

.3.3.1.3 Ressenti des couples via les professionnels

Dans l'établissement A, pour l'ensemble des professionnels interrogés, un accompagnant est présent dans plus de 90% des césariennes, programmées ou en urgence. Dans la maternité B, ce chiffre varie de 70% à près de 99% selon les soignants.

Le refus de la part du conjoint est, dans les deux établissements, exceptionnel. La principale raison de son absence est « *un contexte familial compliqué* ». Si le père n'a pas été présent lors de la grossesse alors, le plus souvent il ne reconnaîtra pas l'enfant. Parfois, lors d'une césarienne en urgence, « *il arrive trop tard* ». Enfin, la dernière explication est la « *peur du milieu hospitalier* ». Ils redoutent l'ambiance du bloc opératoire, selon une sage-femme : « *ils en ont une idée hollywoodienne* ». Dans ce cas, il est absent lors de la césarienne, « *comme il serait absent en salle de naissance* ». Néanmoins, cela est assez rare, un anesthésiste exerçant depuis cinq ans ici n'a jamais été confronté à cette situation. Une sage-femme constate une certaine ambiguïté de la part des pères : ils sont soulagés de pouvoir assister à la césarienne mais appréhendent de rentrer dans le bloc opératoire. Lorsque le père ne souhaite pas assister à l'intervention, il reste dans la salle de réanimation néonatale jouxtant la salle de césarienne. Ainsi, il participe aux premiers soins de l'enfant.

Parfois, le refus vient de la patiente. Elle préfère que ce soit sa sœur, sa mère plutôt que son conjoint. « *Je pense qu'elle ne voulait pas qu'il la voit comme ça* » explique un anesthésiste en pensant à une situation concrète.

A l'inverse, selon une sage-femme, la patiente peut inciter le père à l'accompagner : « *si elle souhaite qu'il soit présent, ça peut aussi le faire changer d'avis* ».

.3.3.1.4 Vécu des couples pendant les observations

Lors des observations réalisées dans les deux maternités, j'ai interrogé les couples sur leur ressenti avant et après la naissance.

L'ainé de Mme C, la première patiente interrogée dans la maternité A, est né par césarienne en urgence pour Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF). Elle avait trouvé la présence de son mari très rassurante. Monsieur C, a lui aussi bien vécu la première naissance, il me dit ne pas avoir eu *« le temps d'appréhender la vue du sang ou des actes chirurgicaux car la décision de césarienne a été très rapide »*. Il a cependant été très impressionné par l'aspiration bucco-nasale réalisée lors des premiers gestes de réanimation néonatale. Pour cette deuxième naissance, le couple a pu se préparer à la césarienne, Monsieur C me dit *« on savait ce qui nous attendait, ce n'est pas comme une première grossesse où tout est inconnu. Je ne me sentais même pas assez stressé, c'était troublant »*. Tous les deux ont très bien vécu cette naissance, même si l'extraction a nécessité l'utilisation d'une ventouse. A ce moment-là, Monsieur C a demandé à sa femme comment elle se sentait, tout en lui caressant la tête. Selon la patiente, la présence de son conjoint *« lui a permis de se concentrer sur autre chose »* que sur l'intervention. Monsieur a apprécié pouvoir faire des allers-retours entre son fils et sa femme. Il m'assure, que de sa place, il ne pouvait pas voir ce qui se passait du côté obstétrical et qu'à aucun moment il ne s'est senti mal.

Pour Mme T, la seconde patiente, il s'agissait d'une troisième grossesse mais aussi d'une troisième césarienne. La présence du père, est pour elle, très rassurante, *« je ne me verrais pas sans lui à ce moment-là »*. Son conjoint a pu être présent lors de la deuxième césarienne, qui était programmée. Monsieur a été impressionné lorsque l'obstétricien a baissé le champ opératoire sans prévenir dans le but que le couple assiste à la naissance. Pour cette troisième césarienne, l'obstétricien a demandé au couple avant de baisser le champ, ils étaient d'accord. Lors de la suture, les parents ne regardaient que leur fille, ils chuchotaient en rigolant. Cette naissance a été très bien vécue par les parents. Cependant, en raison d'une surcharge de travail, la surveillance postopératoire maternelle a dû être réalisée au sein de la salle de réveil du bloc opératoire. Dans ce cas, le nouveau-né et le conjoint ne peuvent accompagner la maman, ce moment a été difficilement vécu par le père. La famille a été réunie en suites de couches, deux heures après la sortie de la salle de césarienne.

Une des deux patientes de la maternité B dit avoir très bien vécu la césarienne, *« j'étais stressée mais ça c'est bien passé... On ne ressent aucune douleur mais on sent quand même ce qui se passe... On peut l'entendre pleurer et la voir »*. Elle tempère tout de même ses propos

en ajoutant « *j'aurais juste aimé la voir plus longtemps, j'ai l'impression de l'avoir vue deux secondes* ». Au moment de la suture, elle dira « *j'ai envie de revoir ma fille* ».

3.3.2. Les maternités refusant le père en salle de césarienne

.3.3.2.1 Le jour de la naissance

Dans maternités C et D [Annexe 5 – Logigramme de processus de prise en charge, *Maternité C et D*], le couple arrive ensemble en salle de naissance, la patiente est en fauteuil ou en lit. Les futurs parents sont, le plus souvent, accompagnés par une aide-soignante ou un brancardier. Dans la maternité C, le couple se sépare dès son arrivée : la femme entre dans la salle de césarienne, le père attend dans la salle de naissance. Une aide-soignante viendra le chercher au moment de la naissance pour l'emmener en salle de réanimation néonatale. Dans l'établissement D, les futurs parents restent ensemble en SSPI jusqu'à ce que tout le monde soit prêt pour l'intervention. C'est ici que le père restera lors de la césarienne, en attendant son enfant. La séparation se fait à l'entrée du sas après quelques encouragements du conjoint.

Après la naissance, l'enfant reste quelques minutes avec la patiente, puis est emmené par la sage-femme auprès du père, en salle de réanimation néonatale. Elle lui propose de couper le cordon, et pèse le nouveau-né. Ensuite, la sage-femme retourne régulièrement en salle de césarienne pour rassurer la mère sur l'état de santé de son enfant mais aussi de son conjoint. Si le père le souhaite, l'aide-soignante met l'enfant en peau à peau avec lui. Dans la maternité C, à la fin de l'intervention, la patiente est installée dans une salle de naissance pour la surveillance postopératoire. La famille est généralement réunie après le premier point horaire, soit quinze minutes après la sortie du bloc opératoire de la mère. Dans l'établissement D, le couple est immédiatement ensemble.

.3.3.2.2 Ressenti des couples via les professionnels

La demande des couples d'être réuni en salle de césarienne est assez fréquente, même si très souvent ils sont informés en amont. Il leur est expliqué que « *la salle n'est pas configurée de façon à les accueillir* ». Les professionnels relativisent en leur expliquant que le père verra très rapidement l'enfant, « *parfois, même avant la maman* ». Selon un obstétricien, le fait qu'il ne puisse pas être présent lors de la césarienne n'exclut en rien le père de la naissance. Les soins après l'accouchement « *se font en présence du papa, et on pratique beaucoup le peau à peau* ». Selon une sage-femme, le rôle du conjoint serait d'autant plus important à ce moment-là, quand

la mère est absente. De surcroît, les parents et le nouveau-né seront réunis dans une salle de naissance dès la fin de la césarienne. Cela apaise leurs craintes ou leur frustration.

Alors que le conjoint pouvait être accepté dans les anciens locaux de ces établissements, la présence du père au sein du bloc opératoire est aujourd'hui quasiment inexistante dans les nouveaux bâtiments. Ce retour en arrière s'expliquerait premièrement par l'agencement des locaux, non adaptés à la présence du père. Deuxièmement, une majorité de professionnels se disent opposés à cette présence. Dans la maternité C, l'absence du conjoint en salle de césarienne, est selon un obstétricien, une « *décision collective* ». Toutefois, ce même médecin ainsi qu'une sage-femme admettent que dans certaines circonstances, lorsqu'un membre du couple « *exerce à l'hôpital ou connaît un des professionnels* » intervenant lors de la césarienne, le conjoint peut être autorisé à entrer lors de l'intervention.

.3.3.2.3 Vécu des couples

Lors des deux observations faites à la maternité D, les avis des futurs pères divergeaient. Le premier conjoint aurait souhaité pouvoir être présent mais il savait que ce c'était impossible. Sa compagne ajoute : « *Ça peut être impressionnant pour le papa, mais ça doit rassurer la maman.* ». Le second conjoint n'aurait pas voulu être présent, « *ce n'est pas mon truc, rien qu'à la vue du sang je ne me sens pas bien* » dit-il. Je lui indique que quand le père est autorisé à venir, il est assis à la tête de la patiente et ne voit donc pas le travail des obstétriciens. Il me répond « *même comme ça, je me sentirais mal à l'aise, j'aurais peur de faire un malaise* ». Toutefois, quand l'IADE lui précise que la sage-femme ou l'aide-soignante viendra le chercher pour les premiers soins à son enfant, il est ravi : « *Super, c'est le moment magique* ».

3.3.3. Dans une maternité où le père assiste à l'intervention au travers d'une vitre

Dans cet établissement de type IIb, un compromis a été trouvé. Déjà présente dans l'ancienne maternité, la vitre a été renouvelée dans le nouvel établissement. Même si, sous l'influence des « *jeunes obstétriciens* », la question de la présence du père en salle de césarienne s'est posée lors de l'élaboration des nouveaux locaux, l'équipe obstétricale a décidé de conserver ses habitudes de service.

.3.3.3.1 Le jour de la naissance [Annexe 5 – Logigramme de processus de prise en charge, Maternité E]

Le couple arrive ensemble en salle de naissance, accompagné par deux aides-soignantes. La patiente est dans son lit. Ils sont tous deux installés en SSPI. La sage-femme et l'IADE viennent se présenter au préalable. Quand toute l'équipe est prête, la patiente est conduite en salle de césarienne, située juste à côté. Une fois l'anesthésie efficace et l'équipe d'obstétrique prête, l'aide-soignante présente dans la salle d'intervention sort pour demander à une de ses collègues d'emmener le conjoint derrière la vitre. Cette dernière comporte un volet commandé par les membres de l'équipe présents dans la salle de césarienne. Il est ouvert quand les champs sont installés et peut être fermé rapidement en cas de besoin. Lors de la première observation, le père est entré dans la salle au moment de la pose de la rachianesthésie, le volet était ouvert. Une aide-soignante l'a rapidement remarqué, peut-être du fait de la présence d', puis l'a fermé. Elle l'a ensuite rouvert quand les champs furent installés.

Habituellement, une aide-soignante est toujours présente avec le père pour lui expliquer le déroulement de l'intervention, et le rôle de chaque personne dans la salle. Derrière la vitre, le conjoint ne voit pas sa compagne et n'entend pas ce qui est dit dans la salle, cela peut être angoissant pour lui. La présence de l'aide-soignante permet de le rassurer. Pour les papas les plus grands, elles leur demandent parfois de s'asseoir pour éviter qu'ils aient une vue directe sur l'incision. Une fois l'enfant né, la sage-femme récupère l'enfant, le montre à son papa à travers la vitre puis se dirige vers la patiente pour lui présenter à son tour. Après quelques minutes, la sage-femme réalise les premiers soins à l'enfant en SSPI, avec le papa, ou en salle de réanimation néonatale en cas de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (MAVEU). Si le père le souhaite, il peut prendre l'enfant en peau à peau. Ensuite, le couple est réuni dès la sortie de la patiente du bloc opératoire.

.3.3.3.2 Avis des professionnels sur la vitre

Pour beaucoup de professionnels interrogés, il s'agit, en théorie, d'une bonne solution. Cependant, dans la pratique cela semble plus compliqué du fait de la disposition de la salle. La vitre est du côté du champ opératoire, le couple ne peut se voir et le conjoint risque même d'entrevoir l'intervention. Le plus souvent, « *il ne voit pas le ventre de sa femme* » du fait de la table opératoire et du matériel. Certains professionnels émettent quelques réserves : le père est dans une « *petite pièce, étouffante* ». Un médecin utilise même le terme « *cagibi* » pour nommer la salle dans laquelle est le père. De sa position, le père peut voir tout ce qui se passe,

que « *ça remue* ». Il peut même voir « *un flot de sang ou quand on appuie sur le ventre pour faire sortir le bébé* » ajoute un obstétricien. Selon une sage-femme : « *si la dame voyait son mari à travers la vitre, ça la rassurerait peut-être plus* » et ce serait peut-être plus facile à vivre pour le père.

Lors de la création des plans, la vitre devait logiquement être à la tête de la patiente, ainsi, les futurs parents auraient pu se voir et se soutenir. Toutefois, « *pour une question de branchement* » cela ne fut pas possible. Ensuite, il a été envisagé « *d'installer la patiente perpendiculairement à l'entrée, la tête au niveau de la porte, mais c'était gênant pour les anesthésistes* » car ils devaient contourner l'ensemble du champ opératoire.

.3.3.3.3 Ressenti du couple via les professionnels

La présence du père derrière la vitre n'est pas systématique, « *ça dépend du contexte et s'il y a le temps pour qu'une aide-soignante l'accompagne derrière sa petite vitre* » explique un obstétricien. Cela représenterait tout de même près de 90% des césariennes selon une sage-femme.

Selon les professionnels, beaucoup de pères se disent satisfaits de la vitre. Ils assistent à la naissance de leur enfant, même si un anesthésiste estime que « *ce n'est pas la même chose que lorsque le futur père peut soutenir sa conjointe en étant présent à ses côtés* », lui parler pour la rassurer... Selon plusieurs aides-soignantes, assister à l'intervention peut être assez marquant pour certains pères. Le fait de voir ce qui se passe sans entendre, de ne pas pouvoir croiser le regard de sa femme peut être angoissant pour eux. Une auxiliaire de puériculture se souvient d'un papa qui a été très impressionné par le nombre d'instruments présents sur la table, « *ils ont besoin de tout ça ?* » avait-il commenté. Cependant, *a posteriori* les papas sont pour la plupart contents d'avoir pu assister à la naissance. De plus, aucun professionnel ne dit avoir entendu des regrets exprimés par des pères. Une sage-femme ajoute qu'elle n'a jamais connu de malaise derrière la vitre même si « *certains peuvent se sentir affaiblis après la césarienne* ».

L'ensemble des soignants s'accordent pour dire que la demande des couples souhaitant vivre la naissance ensemble est assez fréquente. Selon une sage-femme la question serait même de plus en plus régulière. Certains conjoints ont pu exprimer de la frustration à ne pas avoir pu aller en salle de césarienne : ils ont eu « *le sentiment de rater la naissance* » explique une sage-femme. Un obstétricien admet même avoir accepté de façon exceptionnelle le père pour des couples extrêmement demandeurs. Mais le plus souvent, cette déception est rapidement compensée par le fait qu'ils assistent à la naissance au travers de la vitre. Mais ce qui est sans

doute le plus important pour le couple c'est d'être réuni dès la fin de la césarienne dans la salle de surveillance post-interventionnelle.

.3.3.3.4 Derrière la vitre...

Lors d'une observation, je suis le père dans la petite pièce qui lui est réservée. Une aide-soignante nous accompagne. Nous avons une vue directe sur ce que fait l'équipe d'obstétrique, nous apercevons même le ventre ouvert de la patiente. Cependant, la femme est allongée derrière les champs, nous ne la voyons donc pas. Nous n'entendons pas non plus ce qui se passe dans la salle. Quelques secondes après son entrée dans la pièce, le conjoint s'exclame « *Ah oui, c'est comme ça !?... C'est un peu gore* ». L'aide-soignante conseille alors au papa de s'asseoir mais il refuse, il souhaite prendre des photos de la naissance. Elle lui demande donc de regarder ailleurs que l'opération et me dit « *habituellement, la table d'opération est moins haute, on ne voit pas tout ça* ». Puis, elle essaye de discuter avec le conjoint.

Dans la salle, la sage-femme et l'aide-soignante se mettent devant la vitre pour que nous n'apercevions plus le ventre de la patiente. Ils semblent avoir des difficultés à extraire l'enfant. L'obstétricien et l'interne appuient sur le ventre de la patiente. Cela ne semble pas suffire, l'aide-soignante donne alors une ventouse à l'obstétricien. Pendant ce temps, Monsieur ne regarde pas, il observe fixement la chaise située à droite de lui « *je vous préviendrais quand on verra sa tête* » rassure l'aide-soignante. Puis quelques instants plus tard, elle dit « *C'est bon, on voit la tête, vous pouvez regarder* », « *il me semble avoir vu une petite fille* » ajoute-t-elle. Puis nous quittons la salle.

Dans la SSPI, Monsieur assiste aux premiers soins de sa fille, puis commence à trembler. La sage-femme lui demande alors de s'asseoir dans le fauteuil : « *est-ce que vous avez des bouffées de chaleurs ? Est-ce que vous nous entendez bien ?* » demande-t-elle. Le papa acquiesce, une aide-soignante lui apporte un jus d'orange. Un quart d'heure plus tard, le conjoint va mieux, il souhaite prendre sa fille en peau à peau.

Lors de la deuxième intervention, la patiente déclare : « *Ce n'est pas facile de ne pas l'avoir avec soi juste après la naissance* ». Son conjoint me dit avoir apprécié assister à la naissance de ses enfants même s'il aurait préféré être aux côtés de sa femme lors de la césarienne. Il n'a pas été impressionné : « *j'ai l'habitude maintenant* » dit-il en rigolant.

3.4. Influence sur la pratique

Pour neuf professionnels, la présence du père lors de la césarienne a une influence sur la pratique de l'équipe soignante, que ce soit dans les actes ou dans les paroles.

Tout d'abord, le père est une personne supplémentaire à qui une attention sera portée. Par exemple, un anesthésiste a dû adapter « *sa pratique gestuelle pour avoir une organisation qui soit acceptable et convaincante* » en présence d'un accompagnant.

Quand les futurs parents sont ensemble, quelques professionnels ont constaté qu'ils communiquaient moins avec les patientes. « *J'ai tendance à faire en sorte que ce soit entre eux qu'il y ait une communication* » explique un soignant. Pour deux anesthésistes, cela est bénéfique, ainsi ils peuvent « *plus se concentrer sur la technique et la gestion de l'anesthésie* ». Toutefois, l'impact sur le déroulement de la césarienne reste nul, « *on est aussi consciencieux, on respecte autant les recommandations* » précise un obstétricien. Pour plusieurs professionnels, les échanges « *seraient également moins nombreux entre l'équipe d'obstétrique et l'équipe d'anesthésie* ». En conséquent, cela apporterait du stress supplémentaire à l'équipe.

Certains soignants notent que l'asepsie verbale est plus importante quand le père est présent. Certes, la patiente est consciente, « *elle entend ce qui se passe mais elle est centrée sur elle-même, sur ce qu'elle ressent* ». A l'inverse, le père a un regard plus extérieur, il est donc plus attentif aux échanges. Une sage-femme s'appuie sur le fait que c'est souvent le père, et non la patiente, qui fait des reproches sur les paroles qui l'ont heurté lors de l'intervention, tout en précisant que ces propos n'ont pas à être tenus au sein du bloc opératoire. Un obstétricien considère également que le père porte une attention plus grande sur les actes des professionnels. Ce médecin a « *l'impression d'être jugé sur ses capacités* ». Un obstétricien rappelle que « *l'obstétrique et l'anesthésie sont deux spécialités à risque de procès, réunies au sein d'un même bloc opératoire* », les soignants ont donc tendance à être « *plus sérieux* » quand le père est là.

L'équipe médicale doit aussi faire face aux demandes quelques fois inappropriées des couples : « *parfois, ils demandent de baisser le champ* », « *il y a des pères qui voulaient absolument être debout pour regarder* » ou encore « *il y en a un qui a tout filmé* ».

Pour quinze professionnels, la présence du père en salle de césarienne n'impacte pas les pratiques des professionnels ni le déroulement de l'intervention. La patiente est consciente, elle entend tout ce qui est dit donc le langage employé est déjà adapté. Il faut assurément savoir ne pas montrer son stress et parler de façon appropriée, par exemple un obstétricien demande « *combien il y a dans le bocal d'aspiration ?* » plutôt que « *combien ça saigne ?* », mais ceci

est identique que le père soit présent ou non.

Dans la maternité B, le conjoint n'est pas présent longtemps, « *de l'incision à quelques minutes après la naissance* », et « *cet instant de l'intervention, avant l'extraction, est stressant* », il y a donc moins de discussions. C'est au moment de la suture, qui prend plus de temps, que les échanges sont plus nombreux, mais le père est sorti. De plus, avec le bruit de l'aspiration, un obstétricien a remarqué qu'il est obligé de parler fort pour discuter avec le couple, les consignes qu'il peut donner à voix basse à l'infirmière ou à l'aide-opérateur sont donc difficilement perceptibles pour le couple. De surcroît, lorsqu'il doit parler avec l'anesthésiste, ils communiquent par gestes ou par l'intermédiaire de l'IBODE.

L'ensemble des professionnels ayant connu le conjoint en salle de césarienne pendant leurs études « *trouvent ça tellement habituel* » qu'ils « *ne réalisent pas vraiment quand il n'est pas là* ». Au niveau obstétrical, les praticiens n'ont pas noté de différence : « *le père ne voit pas ce qu'on fait, il est derrière le champ* ». Et un anesthésiste insiste sur le fait que les futurs parents ne sont pas concentrés sur les actes des soignants. Ils « *vont être dans leur monde, sans forcément voir le sang et les choses un peu désagréables* ».

Dans l'établissement E, l'ensemble des membres de l'équipe médicale interrogés se sont accordés sur le fait que la présence du père derrière la vitre n'avait aucun impact sur les pratiques des soignants.

Les autres professionnels n'ont pas su dire si la présence du père influençait leur pratique.

DISCUSSION

1. Les principaux obstacles à la présence du père en salle de césarienne

1.1. Quelles difficultés ?

Lors des entretiens, les principaux obstacles cités par les professionnels sont :

- La crainte d'un comportement ou d'une réaction inappropriés du père pouvant retarder la prise en charge de la patiente ou du nouveau-né
- Le stress supplémentaire pour l'équipe soignante et le défaut de communication entre les soignants
- Le risque de malaise du conjoint
- Les conséquences psychologiques pour le père
- Le risque infectieux
- La responsabilité en cas d'incidents

De plus, dans deux établissements, les locaux inadaptés sont fréquemment énoncés comme un obstacle à l'accueil du père au sein du bloc opératoire.

A partir des entretiens réalisés, nous avons aussi constaté que six professionnels sont plutôt défavorables ou défavorables à la présence du père et trois soignants ont un avis mitigé sur la question [Tableau 1]. Or, ils exercent tous dans des maternités où le père ne peut être présent. Nous pouvons donc nous interroger sur l'origine de ces peurs.

1.2. La genèse de ces appréhensions

1.2.1. Les événements vécus en salle de césarienne

Aujourd'hui opposés à l'accueil du père au bloc opératoire, deux professionnels exerçaient auparavant dans des maternités où le conjoint pouvait être présent lors de la césarienne. Certaines expériences vécues les ont dissuadés d'accepter le père au bloc opératoire.

Nous pouvons citer le témoignage de cet obstétricien qui, lors de son premier semestre d'internat, a assisté à un malaise du papa pendant la césarienne. Lors de la naissance, le

chirurgien a baissé le champ opératoire sans prévenir. Le père, « *un monsieur de deux mètres* », a vu le ventre ouvert de sa femme. Il « *est devenu vert et est tombé de sa chaise* ». L'équipe d'anesthésie a dû le sortir de la salle. Heureusement, cet incident n'a eu aucune conséquence physique pour le conjoint mais cet événement reste, des années plus tard, ancré dans le souvenir de ce médecin. Conscient de l'influence que cela a pu avoir sur sa pratique, il ajoute : « *je devais être plus impressionnable* ».

Dans la partie « Résultats », nous avons aussi évoqué l'expérience d'un obstétricien, qui a vécu le transfert d'un conjoint en réanimation suite à un malaise lors d'une naissance instrumentale. Depuis cet événement, ce médecin a complètement transformé sa pratique. Il n'autorise, sous aucune condition, la présence du père en salle de césarienne ou lors d'une extraction instrumentale.

A la question de la place du père lors d'un accouchement physiologique, le malaise du père est, pour lui, tout aussi « *compliqué à gérer* ». Cela va « *forcément monopoliser une, deux voire trois personne(s) pour s'occuper de papa, et pendant ce temps-là, qui s'occupe de maman ? Du bébé ?* ». Mais il ajoute que « *faire sortir les papas pour l'accouchement est compliqué* » et ne peut absolument pas être concevable pour les couples et l'image de la maternité. Selon cet obstétricien, nous pouvons donc considérer que le risque de malaise est toujours présent et les conséquences possiblement équivalentes. Ainsi, nous pouvons nous demander pourquoi il serait plus légitime de permettre à la femme d'être accompagnée lors d'un accouchement que lors d'une césarienne voire d'une naissance instrumentale ? Quelle est la limite et par qui est-elle fixée ? Enfin qu'en est-il de la volonté du couple ?

Le deuxième soignant opposé à la présence du père en salle de césarienne et ayant connu le conjoint au bloc opératoire n'a pas vécu d'événement marquant. Cependant, cet anesthésiste considère que cette présence est plus source de difficultés que de bénéfices. Pour ce médecin, ce moment peut être traumatisant pour un certain nombre d'accompagnants. Malgré toutes les précautions prises par l'équipe, le risque pour que le conjoint « *voit ce qu'il se passe de l'autre côté du champ* » persiste. Il estime, qu'environ, un père sur cinq aurait préféré ne pas être présent lors de la césarienne.

De plus cet anesthésiste considère le temps de présence du conjoint auprès de sa femme insuffisant et même inutile au vu des difficultés rencontrées quand il est là uniquement pour le moment de la naissance. Pour lui, et un de ses collègues de la maternité D, il n'y aurait un intérêt à accepter le père que dans le cas où il peut rester jusqu'à la fin de la suture et « *non seulement pour les cinq minutes de la naissance* ».

1.2.2. Des craintes...

Parmi les soignants défavorables ou plutôt défavorables à la présence du père, la majorité, cinq précisément, n'ont jamais exercé dans un établissement où cette pratique était instaurée. N'ayant jamais été confrontés à cette situation, nous pouvons donc plutôt parler de craintes que de réelles difficultés rencontrées. Toutefois, leurs appréhensions se rapprochent des difficultés évoquées par les professionnels ayant déjà connu le père en salle de césarienne.

Quelle est l'origine de ces craintes ?

- Nous pouvons évoquer la peur de l'inconnu. Certes, le père est très souvent présent lors d'un accouchement mais autoriser quelqu'un d'étranger au monde médical au sein d'une salle de césarienne peut être difficile à concevoir pour ces professionnels. Dans les représentations, le bloc opératoire est un lieu « *impersonnel, mystérieux où la technique règne en maître* » (43). C'est un lieu où chaque geste est codifié, où tout est programmé. « *Il n'y a pas de place pour l'improvisation, mais l'imprévu peut surgir à tout moment* » (44). Ainsi, les soignants peuvent avoir peur de la réaction du conjoint, peur que cela interfère avec leur pratique, peur de ne pas pouvoir être entièrement disponible pour la patiente et le nouveau-né...
- Les professionnels peuvent également être influencés par les expériences négatives de leurs collègues qui ont connu le père en salle de césarienne.

Dans les maternités A et B, nous avons questionné les professionnels sur leurs craintes lors des premières interventions en présence d'un accompagnant. Peu nous disent en avoir eues. Cependant deux obstétriciens de la maternité A nous expliquent avoir eu des appréhensions. Le premier craignait de devoir gérer une personne supplémentaire, notamment en cas de complication. Le second redoutait surtout le regard que pourrait avoir le père sur son travail, « *je me disais, il va être plus dans la surveillance de ce que je fais* ».

Un anesthésiste s'interrogeait sur sa gestion de l'espace avec « *cette personne qui est là entre nous et la perfusion* ». Il devait adapter l'ensemble « *des gestes bien codifiés* » qu'il avait appris et qu'il faisait de manière presque automatique à ce nouvel environnement réduit. Il assure qu'aujourd'hui, « *cet espace pris par le conjoint s'est réduit* ».

1.2.3. L'expérience... ou le manque de pratique

Des entretiens, ressort également le fait que les habitudes d'exercice peuvent avoir un impact sur l'avis du professionnel :

- Certains jeunes chefs de clinique peuvent être réticents à admettre le père en salle de césarienne par peur que cela interfère avec la prise en charge de la patiente. Par exemple, un obstétricien en début de clinicat craint que la présence du père le déconcentre dans ses actes. *« Du fait que je sois débutant, ça ne sera pas ma priorité que le couple soit ensemble »* précise-t-il. Ce jeune médecin précise tout de même ne pas être opposé à l'idée que les futurs parents assistent ensemble à la naissance par césarienne. Cependant, cela doit rester dans le cadre *« d'une pratique de service où tout est prévu, où l'ensemble des membres de l'équipe y sont favorables et où le circuit patient est adapté »*.
- A l'inverse, un obstétricien, avec de nombreuses années d'exercice, admet que les jeunes médecins seraient *« peut-être un peu plus penchés pour la présence du père en salle »*. Un médecin réanimateur de la maternité E précise qu'il y a *« dans cet établissement beaucoup d'anesthésistes titulaires qui ont un peu d'ancienneté et qui ont été habitué à »* la non présence du père au bloc opératoire. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cela :
 - Premièrement, nous pouvons envisager que les soignants en début d'exercice, ont, pendant leur internat, connu différentes façon d'accompagner les couples et semblent ainsi plus coutumiers de la présence du père en salle de césarienne.
 - Deuxièmement, les médecins exerçant depuis longtemps dans une maternité où le couple ne peut être réuni lors de la césarienne ne seraient pas enclin à l'évolution de cette habitude de service car, selon un anesthésiste, cela risquerait de les perturber dans leur pratique et *« ajouterait du stress à l'équipe »*.
 - Une autre raison qui pourrait expliquer ce phénomène serait liée à l'évolution des pensées et des pratiques dans le domaine médical. Selon l'HAS, il y a quelques années, le médecin *« était socialement reconnu légitime à décider seul »* (45). Il agissait au regard de ce qui lui semblait être le plus adapté pour le patient, sans concertation avec celui-ci. Ainsi, *« le médecin sait ce qui est*

le mieux pour le patient, et agit au mieux des intérêts de ce dernier ». Le patient est limité à un rôle passif.

Aujourd'hui cette vision paternaliste de la médecine tend à évoluer. Depuis la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, le patient devient l'acteur principal des décisions le concernant. Ainsi, les professionnels les plus jeunes ont construit leur pratique médicale avec cette législation. Ils ont appris à considérer l'avis du patient, et plus largement en obstétrique, du couple. Sans doute, sont-ils donc plus attentifs à cette demande émise par beaucoup de futurs parents.

2. La prise en charge du couple réuni en salle de césarienne

2.1. Quels bénéfices ?

La présence du père auprès de sa femme lors de la césarienne permet de :

- Réconforter la patiente et de la décentrer de ce que peut dire ou faire l'équipe médicale.
- Rassurer le papa et l'impliquer dès le début dans son rôle de père
- Vivre ensemble la naissance, se soutenir et créer des souvenirs communs
- Se rapprocher de la naissance attendue
- Améliorer l'image de l'établissement de soins et attirer certains couples

2.2. Faire face aux difficultés

Dans les maternités A et B, tous les professionnels sont favorables ou plutôt favorables à cette présence [Tableau 1] et pour sept d'entre eux cela n'est en aucun cas source de difficultés. Pour les cinq autres soignants, la gestion du père peut être compliquée en cas de complications de l'intervention ou lors d'un malaise du conjoint.

2.2.1. Réduire le risque de malaise

De nombreuses mesures sont mises en place par l'équipe soignante pour limiter le risque de malaise et le souvenir d'images traumatisantes pour lui :

- L'entrée du papa se fait après la pose du champ opératoire et dans l'idéal, par une porte située du côté anesthésiste, de sorte qu'il ne voit pas de l'autre côté du champ opératoire. Si cela n'est pas possible, un professionnel doit accompagner le père jusqu'à sa femme, en lui conseillant d'éviter de regarder ce que fait l'équipe obstétricale.
- Le père est assis sur un fauteuil, derrière les champs opératoires, près de la tête de sa femme. Beaucoup de conjoints regardent l'intervention au travers du scialytique, le plus souvent inconsciemment. Un anesthésiste les prévient qu'il faut éviter.
- Un membre de l'équipe soignante explique au couple le déroulement de l'intervention.
- Il est préférable de demander l'accord des futurs parents avant de baisser le champ opératoire au moment de la naissance.
- Prévenir le conjoint, qu'en cas de complication, il lui sera demandé de quitter la salle.
- La sortie se fait de façon identique à l'entrée, soit par le côté anesthésique, soit accompagnée par un soignant.

Ces précautions ne peuvent éliminer tout risque de malaise. Un obstétricien en a vécu un récemment. Le père a perdu connaissance dans le bloc opératoire et est tombé sur la sage-femme. Mais quelques heures plus tard, alors qu'il était assis dans un fauteuil en SSPI, avec son enfant dans les bras, le père a fait un deuxième malaise. Le nouveau-né est tombé. Heureusement, il n'y a eu aucune séquelle, ni pour l'enfant, ni pour le père, ni pour la sage-femme. Le praticien précise qu'un incident comme celui-là aurait pu survenir après un accouchement voie basse. Nous pouvons toutefois supposer que si le père n'avait pas assisté à la césarienne, il n'aurait pas été victime de ces deux malaises.

Pour les soignants qui estiment que le père a toute sa place lors de la césarienne, la difficulté de gérer une personne supplémentaire est relativisée. Effectivement, en cas d'urgence, l'équipe soignante peut tout à fait demander au père de sortir de la salle. De plus, un obstétricien dit avoir remarqué que les pères sont très souvent « *dans leur bulle* », *ils sont derrière le champ, concentrés sur leur femme et sur leur enfant et ne se rendent pas toujours compte des tensions présentes dans la salle* ».

2.2.2. Limiter les images traumatisantes pour le père

Tous les efforts réalisés pour limiter le risque de malaise ont également un impact sur les conséquences psychologiques pour le père. Elles semblent *a priori* minimales. Tout est fait pour qu'il ne voie pas l'intervention : il est derrière le champ, avec sa femme et est rarement focalisé sur ce que font les professionnels. Un seul médecin témoigne de regrets exprimés par des conjoints. De plus, un anesthésiste constate n'avoir jamais connu de refus pour une deuxième ou troisième césarienne : « *ils reviennent, ça veut bien dire qu'ils ne l'ont pas si mal vécu* ».

Cette question se pose également dans la maternité E où le père assiste à la césarienne au travers d'une vitre. Du fait de son orientation vers l'équipe obstétricale, le conjoint risque d'apercevoir des images impressionnantes, comme nous avons pu le constater lors d'une observation. Le père avait alors une vision du ventre ouvert de sa femme et, l'extraction fœtale étant compliquée, ce moment fut d'autant plus long et marquant pour lui. L'équipe soignante a certes essayé de diminuer le champ de vision du père en se mettant devant la vitre mais cela n'a pas permis d'éviter son malaise en SSPI.

En définitif, cette alternative exige donc que les professionnels soient vigilants au conjoint. En effet, même s'il n'est pas présent dans la salle et n'entend pas ce qu'il se passe, le père assiste à l'intervention. Il peut apercevoir des actes, des comportements, et le fait de ne pas être présent au sein même de la salle peut davantage être source d'interprétation pour lui. Les soignants s'accordent tous sur le fait que « *le compromis de la vitre est très bien mais ça serait parfait si c'était plutôt côté maman et la femme pourrait voir qu'il y a son mari pas loin, qu'il est là* ».

2.2.3. Le risque infectieux

Le risque infectieux est en réalité un risque très limité pour une majorité de professionnels dans la mesure où le conjoint respecte les conditions d'hygiène s'appliquant également aux membres de l'équipe soignante.

Pour avoir un avis objectif sur la question, nous avons contacté le CCLIN Ouest. Il confirme fait que le risque infectieux est associé au nombre de personnes dans la salle. Toutefois, la césarienne est une intervention peu sensible à l'aérocontamination. Selon un médecin hygiéniste interrogé, la présence est donc envisageable « *à partir du moment où le père se plie aux règles d'habillement (pyjama de bloc, masque correctement adapté et charlotte)* ».

pour rentrer en salle d'opération et effectue une désinfection hygiénique des mains par frictions ». De plus, *« le père reste, en général à la tête de l'accouchée et ne bouge pas, il n'est donc pas une source de contamination majeure ».*

Dans la maternité D, la salle de césarienne est intégrée au sein des blocs opératoires de gynécologie mais aussi d'orthopédie infantile, chirurgie très sensible à l'aérocontamination (46). Pour un obstétricien, cela implique donc une hyper-asepsie au sein du bloc opératoire. Cependant, selon un médecin hygiéniste du CCLIN, si le père est accompagné jusqu'en salle de césarienne et qu'il respecte les conditions préalables citées, il peut tout à fait être présent lors de l'intervention.

2.2.4. L'impact sur l'équipe soignante

Pour beaucoup de soignants, la présence d'un individu qui ne connaît pas l'organisation du bloc opératoire peut être source d'inquiétudes voire de stress.

La principale crainte est la réaction du père en cas de complication. Cette appréhension prédomine chez les professionnels exerçant dans les maternités où le père est habituellement absent en salle de césarienne, elle est citée par quatre soignants. Dans les maternités D et E, beaucoup de professionnels se disent favorables à la présence du père lors de la césarienne. Toutefois, cette possibilité ne *« peut être envisagée que dans le cadre de césariennes programmées, où le risque de complications est moindre »*. Dans l'idéal, cela doit faire partie d'une pratique de service clairement défini et où tous les professionnels appliquent le même protocole.

Plusieurs professionnels ont peur d'être jugés par le conjoint. Même si la patiente est éveillée lors de l'intervention, le père est bien plus attentif à ce qui se passe. Selon un anesthésiste, il *« regarde partout, essaye de tout comprendre, il est en mode hypervigilance »*. Certains vont donc avoir tendance à être plus prudents, surtout dans leurs paroles. A l'inverse, d'autres ne changeront rien à leur pratique car *« la femme est elle aussi consciente »*.

2.2.5. La responsabilité

La responsabilité est un élément qui revient fréquemment. Notamment de la part des médecins : obstétriciens et anesthésistes. En effet, c'est à eux que revient la décision d'accepter

ou non le père et c'est donc à eux que s'applique éventuellement la responsabilité en cas d'incident. Qu'en est-il réellement ?

- Dans le cas où le règlement intérieur d'un établissement, public ou privé, stipule que le père ne peut entrer en salle de césarienne, la responsabilité repose sur le ou les professionnel(s) ayant autorisé la présence de l'accompagnant. Leur responsabilité peut donc être engagée en cas d'accident du père dans la salle de césarienne.
- A partir du moment où aucune indication n'est précisée dans le règlement intérieur à propos de la présence d'un accompagnant, rien n'interdit le professionnel de permettre au père d'assister à l'intervention. Toutefois, il a, vis-à-vis du conjoint, un devoir d'information sur les potentiels risques et conduites à tenir le concernant en cas de complications. Le père est alors averti et aucune responsabilité ne pourra être engagée sauf en cas de faute détachable du professionnel ou de l'établissement (exemple : chute car sol glissant)

La question de la responsabilité peut être un élément explicatif de la différence flagrante entre l'avis des sages-femmes et celui des médecins, notamment des obstétriciens, sur la place du père en salle de césarienne. Lors de la césarienne, la sage-femme, a un rôle très différent en fonction de chaque établissement :

- Dans la maternité A, la sage-femme joue le rôle d'aide-opérateur
- Dans les maternités C et E, elle réalise la déterision pré-opératoire et prépare le matériel. Elle remplace l'IBODE.
- Dans les maternités B et D, elles ne sont présentes que pour montrer l'enfant à sa mère et l'emmener auprès de son père pour les premiers soins.

Dans chacun des cas, elle n'a qu'un rôle d'exécutante et non une fonction décisionnelle. Sa responsabilité lors d'une césarienne ne peut donc pas être engagée. Même si cela semble intervenir dans cette différence de point de vue nous ne pensons pas que cela puisse être le seul argument. La sage-femme suit le couple de son arrivée en salle de naissance jusqu'à son départ en suites de couches. Elle assiste aux premiers échanges entre les parents et l'enfant, elle accompagne le couple lors de la première alimentation, lors des premiers soins. Et dans les suites du séjour à la maternité, la sage-femme reste, avec l'aide-soignante, le professionnel le plus disponible et le plus à l'écoute. C'est donc elle qui va recueillir les témoignages, positifs comme négatifs des jeunes parents. Ainsi, elle est un témoin privilégié du vécu de la naissance.

2.3. Le rôle de l'anesthésiste

Le principal professionnel impacté par la présence du père au sein du bloc opératoire est l'anesthésiste. Ceci est principalement dû au fait que l'accompagnant est placé au niveau de son champ d'action, à la tête de la patiente.

Le premier rôle de l'anesthésiste est d'instaurer puis de vérifier l'efficacité de l'anesthésie et des paramètres vitaux de la patiente. La pose de rachianesthésie est réalisée avant l'entrée du père en salle de césarienne. Le médecin-réanimateur réalise son geste technique et *« attend d'être sûr que la gestion tensionnelle soit bonne et que la situation soit stabilisée »* avant de le faire entrer. Ainsi pour un anesthésiste, l'impact de la présence du conjoint lors de l'intervention est faible.

De plus, il est généralement le premier interlocuteur des futurs parents lors de l'intervention. Il explique le déroulement de la césarienne, rassure la patiente ou le couple. Lors d'une observation, une patiente semblait très stressée. L'anesthésiste n'a alors cessé de discuter avec elle. Il lui a expliqué l'intervention, lui a demandé comment s'étaient passées les naissances précédentes, ont discuté de la météo... Puis tous deux ont évoqué le conjoint de la patiente : *« le papa est dans la salle de réveil en ce moment, il attend...Ils le vivent de façon différente, mais tout aussi intense »* dit l'anesthésiste.

En cas de malaise, le médecin-réanimateur est très fréquemment cité comme la personne le prenant en charge avec l'IADE.

Un obstétricien résume bien la situation : c'est l'équipe d'anesthésie qui *« est la plus à même de prendre en charge le père et doit lui laisser une place physique »*. Ainsi, selon lui, c'est l'anesthésiste qui est avant tout décisionnel sur la question de la présence du père en salle de césarienne.

3. La considération du couple

3.1. Les attentes des futurs parents

La possibilité pour le couple d'être réuni pour la naissance, quel que soit le mode d'accouchement, semble être un souhait très important des futurs parents :

- Dans les établissements A et B plus de trois pères sur quatre sont présents au bloc opératoire, quel que soit le contexte de l'intervention. Lors des quatre césariennes

auxquelles j'ai pu assister dans ces maternités, tous les conjoints étaient présents dans la salle. Malgré quelques inquiétudes pour certains, aucun n'a exprimé de regrets *a posteriori*.

- Dans les maternités C et D, la demande est assez fréquente et selon une sage-femme, le serait même de plus en plus. Le plus souvent, les couples sont déjà avertis avant même le jour de l'accouchement. Un obstétricien essaye « *d'anticiper leur demande en leur annonçant dès l'indication de césarienne* ». La décision est très souvent bien comprise et les parents insistant sont rares. L'absence du père en salle de césarienne est compensée par sa présence lors des premiers soins du nouveau-né. Ils sont « *contents d'avoir pu être présents, d'avoir pu faire le relai peau à peau et d'être en SSPI* » avec leur conjointe et leur enfant.
- Dans la maternité E, les conjoints se disent plutôt satisfaits d'avoir pu assister à la naissance derrière la vitre. Néanmoins, certains soignants sont plus sceptiques sur la question. L'orientation de la vitre vers le champ opératoire peut être source de malaise ou être marquant pour le père. Le plus souvent, il est accompagné d'une aide-soignante. Mais lors de la première observation, le père s'est retrouvé seul pendant quelques minutes dans la petite pièce au moment de la pose de la rachianesthésie, le volet était resté ouvert. Une sage-femme pense que parfois le conjoint « *serait mieux en salle de réveil à attendre* ».

3.2. La volonté du père

Un conjoint se souvient de la première césarienne à laquelle il a assisté lors de la naissance de son aîné. « *J'appréhendais la vue du sang et l'ambiance du bloc obstétrical* » mais « *mon rôle était d'être aux côtés de ma femme* » ajoute-t-il. Cette dernière phrase nous permet d'aborder la volonté du père.

Il est important de considérer le fait que le conjoint puisse ne pas vouloir être présent au bloc opératoire. « *Certains papas se sentent obligés, culpabilisent de laisser leur femme toute seule* », donc selon une sage-femme, la question doit leur être posée avant, lorsqu'ils sont seuls.

Un anesthésiste explique que si le conjoint hésite, a peur de ce qu'il va pouvoir voir, il lui détaille le déroulement de l'intervention. Il essaie de le rassurer en lui disant « *qu'il sera derrière le champ et qu'il ne verra pas ce qui se passe* ». Il ajoute que s'il veut sortir, il peut le faire à tout moment et aller dans la salle de réanimation néonatale pour assister aux premiers soins de son enfant. Ces arguments suffisent le plus souvent à « *le faire changer d'avis* ». Mais

en aucun cas le père ne doit se sentir obligé d'être présent. Son choix doit être respecté et l'équipe doit « *lui laisser prendre la place que le père veut prendre* ». Si le conjoint ne souhaite pas être présent, la patiente peut être accompagnée par un autre proche.

3.3. Améliorer le vécu de la naissance par césarienne

Pour certains couples, la césarienne peut être vécue difficilement. Les parents peuvent ressentir un sentiment d'échec voire de culpabilité. Cela est d'autant plus vrai lors d'une intervention en urgence. Le couple n'a pas eu le temps de se préparer psychologiquement à la césarienne. Parfois, cette possibilité n'a même pas été imaginée pendant de la grossesse.

La présence du père, comme on l'a vu précédemment peut permettre de rassurer le couple et de faciliter le vécu de cette naissance particulière. Quels sont les autres moyens qui peuvent être utilisés pour améliorer la satisfaction des couples ?

Pendant la grossesse :

- Aborder la possibilité d'une césarienne lors des cours de préparation à la naissance. Selon une sage-femme, les patientes « *qui l'ont le moins bien vécu sont souvent celles pour qui la césarienne n'a jamais été évoquée* ».
- Construire un projet de naissance lors d'une césarienne programmée
 - venir à pied au bloc opératoire
 - musique choisie par le couple...

Pendant la césarienne :

- Prendre le temps d'expliquer au couple les raisons de cette décision et répondre à l'ensemble de leurs questions en cas de césarienne en urgence. Si cela n'est pas envisageable *a priori*, les soignants doivent en discuter avec le couple après l'intervention. Le couple doit avoir « *bien compris ce qui s'est passé* » et être « *capable de l'expliquer par la suite* ». La césarienne doit être envisagée comme « *un des outils pour une naissance sereine et harmonieuse* », et en aucun cas comme un échec.
- Si possible, « *la césarienne doit être faite par l'obstétricien qui a suivi la grossesse* ».
- « *Eviter les entrées et sorties intempestives dans la salle* »

- Avoir anticipé et expliqué à la patiente ou au couple l'ensemble des étapes de l'intervention, le ressenti lié à l'anesthésie...
- Montrer la naissance de l'enfant en baissant le champ opératoire. Cependant, le professionnel doit toujours demander l'accord des parents avant. En effet, deux obstétriciens expliquent avoir vécu un malaise du père après qu'un soignant ait baissé le champ sans prévenir.
- Présenter l'enfant à la maman voire le mettre en peau à peau quelques minutes avant de quitter la salle si son adaptation à la vie extra-utérine le permet. Une sage-femme constate une grande évolution de ce point de vue depuis ses débuts : « *le bébé reste plus longtemps avec maman à la naissance, papa est présent plus rapidement* ».

Après l'intervention :

- Les premiers soins puis le peau à peau avec le papa suffisent bien souvent à compenser l'absence du père à la naissance. Cela est réalisé par toutes les maternités incluses dans l'étude.
- Réunir, dès la fin de l'intervention, la triade parents-enfant, dans une salle où leur intimité peut être respectée. Dans cette étude, quatre maternités sur cinq le pratiquaient. Dans la maternité B, la patiente est seule pendant une heure en salle de réveil, le père reste en salle de naissance avec le nouveau-né.
- La réhabilitation précoce

4. **Limites et biais**

4.1. Limites

Cette étude comporte certaines limites.

Tout d'abord, les observations ont été restreintes à cinq établissements. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'organisation et les habitudes des services sont très disparates selon les maternités. Chaque établissement à sa propre vision de la naissance et de l'accompagnement des parents, les différentes prises en charge des couples évoquées ci-dessus sont donc loin d'être exhaustives.

Ensuite, seulement trente soignants, représentant trois professions, ont été interrogés. Les résultats qui ressortent de cette étude ne sont bien sûr pas statistiquement représentatifs de

l'ensemble des professionnels exerçant en salle de naissance, que ce soit dans l'établissement d'exercice ou dans la population générale.

4.2. Biais

Premièrement, notre étude présente un biais de sélection. Les maternités intégrées à l'étude n'ont pas été sélectionnées aléatoirement mais en fonction des caractéristiques liées à la présence ou non du père en salle de césarienne et de leur facilité d'accès.

Il en est de même pour les professionnels. Les soignants interrogés étaient ceux présents lors des interventions observées. Nous avons considéré ce choix du fait de la difficulté à mettre en œuvre un tirage au sort pour chaque établissement. Cela aurait nécessité d'adapter chaque entretien au planning de chacun des trente soignants, ce qui nous paraissait inenvisageable. Sur une journée de garde, il a toujours été possible pour les soignants de consacrer un quart d'heure de leur temps pour un entretien.

Un autre biais concerne le recueil de données et est présent quel que soit l'outil méthodologique utilisé :

- A propos des observations, nous avons choisi de réaliser des observations directes non participantes pour que notre présence interfère le moins possible avec les pratiques des professionnels. Néanmoins, un biais de désirabilité sociale (47) a pu être noté. Certains soignants, certaines patientes ou certains accompagnants ont très probablement été influencés, par instants, par la présence d'un observateur. Nous pouvons prendre l'exemple de la maternité E. Lors de la première observation, pendant la pose de la rachianesthésie, l'aide-soignante croise mon regard et s'oriente ensuite vers la vitre où le père assiste habituellement à l'intervention. Elle s'aperçoit alors que le conjoint est déjà présent et que le volet est resté ouvert. Elle se dépêche donc de le fermer. Ainsi, nous pouvons légitimement nous demander si, du fait de la présence d'un observateur, l'aide-soignante n'a pas accéléré la fermeture du volet et donc modifié ce qu'aurait pu apercevoir le père.
- Concernant les entretiens, il existe un biais déclaratif. Les données sont recueillies directement auprès des professionnels. Ces derniers étaient libres de répondre ou non aux questions, de développer ou non leurs témoignages. Peut-être que, par manque de temps, par choix, certains n'ont-ils pas donné une réponse complète et totalement en adéquation avec leurs idées.

CONCLUSION

Depuis les années 1950, l'implication du père lors de la naissance ne cesse de s'accroître. Lors d'une césarienne, la patiente est souvent momentanément indisponible. Le père est alors un relai entre sa femme et son enfant, un intermédiaire entre l'équipe soignante et sa compagne.

Des solutions existent pour favoriser la création précoce de liens familiaux et améliorer le vécu de cette naissance particulière et souvent inattendue. Parmi elles, accepter le père en salle de césarienne semble être une alternative intéressante. Effectivement, ce moment partagé peut permettre de rassurer les futurs parents.

Cette question reste néanmoins très débattue et, si des établissements offrent cette possibilité aux couples depuis déjà plusieurs années et ont su très bien s'y adapter, certains professionnels s'opposent toujours à cette pratique. Notre étude a permis de révéler que les difficultés évoquées sont multiples et principalement liées à l'acceptation d'une personne extérieure au monde médical au sein d'un bloc opératoire. Beaucoup craignent qu'un malaise d'un conjoint puisse retarder la prise en charge de la patiente ou du nouveau-né. Les données sur les risques et les avantages associés à la présence du père en salle de césarienne restent toutefois peu nombreuses, sûrement du fait de la difficulté à mettre en œuvre des études objectives mais aussi du fait du peu d'intérêt que cela suscite chez les soignants.

La loi du 4 mars 2002 place le patient, et dans notre cas les futurs parents, au cœur de la prise en charge médicale. Cependant, l'évolution souhaitée par la législation reste lente, l'équipe médicale demeurant encore bien souvent seule décisionnaire des actes réalisés. Aujourd'hui, il paraît essentiel de prendre en considération la volonté des couples et de les informer, de façon complète et éclairée, pour qu'ils puissent figurer au centre de ce dispositif. Toutefois, même si les futurs pères souhaitent majoritairement être présents lors de la césarienne, les professionnels doivent prendre en compte la demande d'un conjoint préférant attendre en dehors du bloc opératoire. En effet, assister à l'intervention d'un proche n'est jamais un événement anodin et peut modifier l'image que le conjoint porte sur sa femme. L'équipe soignante doit donc rester vigilante à la place que prend le père dans la salle et à ses réactions.

Enfin, si cette pratique est un souhait exprimé par une majorité de parents et par le personnel, il pourrait être intéressant de faire appel aux compétences d'un psychologue, ou d'un ergonome, formé en analyse du travail, pour permettre aux professionnels d'adapter leur pratique et accompagner au mieux les couples réunis en salle de césarienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blondel B, Kermarrec M. Les enquêtes nationales périnatales. [En ligne]. 2010. Disponible sur : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf> (Consulté le 10/06/2016).
2. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. [En ligne] 2014. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf (Consulté le 10/06/2016)
3. Haute Autorité de Santé. Césarienne programmée à terme. [En ligne]. 2012. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programme_-_argumentaire.pdf (Consulté le 23/07/2016)
4. Haute Autorité de Santé La césarienne. La césarienne, ce que toute femme enceinte devrait savoir. 2013. (Consulté le 14/06/2016)
5. Université Médicale Virtuelle Francophone. Césarienne. [En ligne] 2013. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/cesarienne/site/html/1.html> (Consulté le 25/06/2016)
6. Vendittelli F., Racinet C. La césarienne. Montpellier, Sauramps Medical. 2013.
7. Dugnat M. Devenir père, devenir mère. Toulouse, ERES. 2004.
8. Cesbron P. Préparation à la naissance. Spirales (n°47). 2008/3, p.15-20
9. Dessureault AM. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. Devenir (vol 27). 1/2015, p72
10. Solis-Ponton, L. La parentalité : défi du troisième millénaire. Presses universitaires de France, 2002.
11. Deluca RS., Lobel M. Psychosocial sequelae of cesarean delivery : review and analysis of their causes and implications. Social Science and Medicine. 64, 2007.
12. Association Césarine. Déroulement de votre accouchement par césarienne, en France [En ligne]. 2016. Disponible sur : http://www.cesarine.org/quest/stats.php?QUESTIONNAIRE_ID=1 (consulté le 07/07/2016)
13. Verjus A. La paternité au fil de l'histoire. Informations sociales (n° 176). 2/2013, p.14-22.
14. Durand G. Eclairage philosophique et éthique sur la place du père. 20ème Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance. 25 novembre 2016.
15. INPES. Le vécu de la grossesse par les hommes. *INPES*. [En ligne] 2010. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3t.pdf> (Consulté le 16/07/2016)
16. Marciano P. Le père, l'homme et le masculin en périnatalité. Toulouse, ERES. 2012.
17. Briex M. Présence du père pendant une césarienne. Spirales (n°25). 2003.
18. Morel MF. Accueillir le nouveau-né : d'hier à aujourd'hui. Toulouse, ERES, 2013.
19. Bartoli L. Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents. Paris, Plon, 1998.

20. Noël E. La place du père en maternité. *20ème Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance*. 25 novembre 2016.
21. Observatoire National de l'Enfance en Danger. La théorie de l'attachement. [En ligne] 2010. Disponible sur : http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/dossierthematique_theoriedelattachement_5.pdf (Consulté le 16/07/2016)
22. Barbey-Mintz AS., Dugravier R. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. Toulouse, ERES, 2015.
23. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. [En ligne] 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf. (Consulté le 29/06/2016)
24. Réanimation, Société Française d'Anesthésie et de. Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale. [En ligne] 2014. Disponible sur : http://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/RPOrgaARO_final_15012016.pdf (Consulté le 29/06/2016)
25. Delmas E. Bloc opératoire, un modèle d'organisation de l'interdisciplinarité. Profession Santé Infirmier Infimière (n°19). 2000.
26. Hoet T. Le concept de l'asepsie progressive et son impact sur le comportement dans le bloc opératoire. Inter Bloc (n°13). 1994.
27. Réseau Comité de Lutte des Infections Nosocomiales - Antenne Régionale de Champagne-Ardenne. Les circuits au bloc opératoire. [En ligne] 2010. Disponible sur : http://www.resclin.fr/formation_congres/18-les-circuits-au-bloc.pdf (consulté le 03/08/2016)
28. Buisson P., Gunepin F-X, Levadoux M. Organisation du bloc opératoire. [En ligne] 2009. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-generale/enseignement/bloc/site/html/cours.pdf> (consulté le 04/08/2016)
29. Saire-Mauffrey P. and al. Hygiène en anesthésie. 4ème edition, Arnette, 2010.
30. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. [En ligne] Sept 2010. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2010_recommandations_SFHH.pdf (Consulté le 04/08/2016)
31. Hygis N. Hygiène hospitalière. Montpellier, Sauramps Médical. 2010.
32. Adjide C. Maîtrise du risque infectieux associé aux soins. [En ligne] 2013. Disponible sur : http://ccclin-sudest.chu-lyon.fr/Antennes/RA/Journees/2013/jr_es/3_CC_Adjide.pdf (Consulté le 05/08/2016)
33. Haute Autorité de Santé. La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire". 2015.
34. Hayness MD and al. Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.. New England (Vol. 380. 9). 2009.
35. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Définition des infections associées aux soins. [En ligne] 2007. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Ministere_Sante/2007_defIN_vcourte.pdf (Consulté le 16/08/2016)
36. Killian CA. and al. Risk factors for surgical-site infections following cesarean section. Infect Control Host Epidemiol. 2001, 22(10) : 613-7.

37. Tran TS and al. Risk factors for postcesarean surgical site infection.. Obstet Gynecol. 2000, 95(3) : 367-71.
38. Société Française d'anesthésie et de réanimation. Antibiotoprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle.. [En ligne] 2010. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfar/2010_Antibiotoprophylaxie_SFAR_V2.pdf (Consulté le 26/08/2016)
39. Cclin et Arlin du Sud-Est. Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. [En ligne] 2013. Disponible sur : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/LIN/organisation.html> (Consulté le 28/08/2016)
40. Cclin et Arlin du Sud-Est. Le dispositif de lutte contre les Infections Nosocomiales. [En ligne] 2014. Disponible sur : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/LIN/Dispositif.html> (Consulté le 28/08/2016)
41. RAISIN. Surveillance nationale des ISO dans les établissements de santé. [En ligne] 2015. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence> (Consulté le 02/09/2016)
42. Collège des Enseignants de Neurologie. Traumatisme cranio-facial. [en ligne] 2012. Disponible sur : <http://www.cen-neurologie.fr/2eme-cycle/Items%20inscrits%20dans%20les%20modules%20transversaux/Traumatisme%20cranio-facial/index.phtml> (Consulté le 03/11/2016)
43. BAEV D, L'anxiété préopératoire en chirurgie. Interbloc (tome XXIV). Mars 2005, p 21.
44. GOSSELIN S. Le bloc : théâtre des ombres. Infirmière magazine (n°255). Décembre 2009, p38.
45. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. [en ligne]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf (Consulté le 15/11/2016)
46. Aho-Glelé LS and al. Emissions de micro-organismes dans les établissements de santé. *Salles propres* n°61- Avril/Mai 2009.
47. Giezendanner FD. Enquête : principaux biais dans les questions. [en ligne] 2012. Disponible sur : <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765> (Consulté le 22/11/2016)

ANNEXE 1 - GRILLE D'OBSERVATION

Quels sont les obstacles à la présence du père en salle de césarienne ?

Grille d'observation d'une césarienne

Objectif principal de l'étude : Identifier les obstacles à la présence des conjoints en salle de césarienne.

Objectif secondaire de l'étude : Envisager des mesures pour faire face à ces difficultés.

Objectifs de l'observation directe :

- Décrire les locaux et la disposition du matériel.
- Identifier le parcours de chaque acteur (professionnel, patiente accompagnant) et aboutir à la création d'un logigramme de processus de prise en charge.
- Décrire et analyser les transmissions interprofessionnelles et la communication envers le couple.

Lieux de l'entretien : Salles de naissance des maternités incluses dans l'étude

Durée de l'observation: Durée de l'intervention

Types et nombres d'observations : 10 observations non participantes de césariennes programmées (2 par maternités)

Thème 1 : Le lieu et le matériel

- Plan de la salle de naissance
- Plan de la salle de césarienne + organisation du matériel dans l'espace.

Thème 2 : L'intervention

- Indication de la césarienne :
- Durée et déroulement :
 - Heure d'/de sortie de la patiente de la salle de naissance :
 - Heure d'entrée/de sortie de la patiente de la salle de césarienne :
 - Moyen d'arrivée :
 - Moyen de départ :
- Anesthésie :
- Musique

Thème 3 : Les personnes

- Nombre de personnes
- Tenues vestimentaires

ANNEXE 2- GRILLE D'ENTRETIEN

Quels sont les obstacles à la présence du conjoint en salle de césarienne ?

Grille d'entretien auprès des professionnels

Objectif principal de l'étude : Identifier les obstacles à la présence des accompagnants en salle de césarienne.

Objectif secondaire de l'étude : Envisager des mesures pour faire face à ces difficultés.

Objectifs de l'entretien individuel semi-directif :

- Connaître l'avis du professionnel de santé exerçant au bloc opératoire sur la présence du père lors de l'intervention.
- Sonder les professionnels sur les avantages et les inconvénients à cette présence.
- Définir les modalités d'admission du père pour minimiser le risque relatif à cette présence
- Evaluer l'impact de la présence du père sur les actes, les pratiques et la communication employée par les professionnels et donc sur la réalisation de l'intervention.
- Estimer, de façon indirecte, l'avis et la satisfaction des conjoints lorsque leur présence a été acceptée.

Lieux de l'entretien : Salles de naissance des maternités incluses dans l'étude

Durée de l'entretien : 10 minutes

Types et nombres d'entretiens : 30 entretiens semi-directifs individuels

- enregistrement audio avec l'accord de l'interviewé
- prises de notes au cours de l'entretien
- anonymisation des données

Population : Échantillon de 30 professionnels de santé (Anesthésistes, obstétriciens, et sages-femmes) exerçant au sein de la salle de naissance et intervenant lors des césariennes des maternités A, B, C, D et E.

Thème 1 : Présentation

Attendus : Permettre l'instauration d'un climat de confiance, propice aux échanges.

Obtenir des informations sur les caractéristiques des professionnels intervenant au sein du bloc opératoire lors des césariennes (formation, nombres d'années d'exercice, compétences et activités...).

Question : Pouvez-vous, s'il vous plaît, présenter brièvement votre parcours professionnel ?

Thème 2 : Bénéfices et inconvénients à cette présence

Attendus : Connaître l'avis des professionnels sur la présence du père lors de la césarienne.

Identifier les bénéfices/inconvénients à l'admission du conjoint auprès de la future mère et repérer les potentiels obstacles rencontrés lors de l'intervention.

Question : Que pensez-vous de la présence du conjoint en salle de césarienne ?

Relances : Quelles peuvent-être les difficultés rencontrées ? (Locaux ? Hygiène ? Responsabilité ? Surcharge de travail ? Crainte du jugement ? Malaise du père ? Mauvais vécu du père ?...)

Pensez-vous qu'il y ait des bénéfices (pour la mère, le père et la relation parents-enfant) ? Quels seraient-ils et pourquoi ? (Instauration du lien ? Vécu de la césarienne ? Implication du père ?...)

Thème 3 : Mesures nécessaires à instaurer

Attendus : Définir les indications et les contre-indications à la présence du père lors de la naissance par césarienne.

Identifier les mesures à instaurer pour que l'intervention soit sécurisée et que les

parents, et surtout le père, se sentent à l'aise.

Questions : Seriez-vous favorable à la présence du père en salle de césarienne ? Si oui, quels sont les obstacles rencontrés dans cette maternité ?

Quels pourraient-êtré les critères d'éligibilité (césarienne programmée, selon l'anesthésie, en avoir discuté au préalable,...) à remplir pour que le père puisse accompagner sa femme ?

Quels doivent être les mesures à mettre en place par l'équipe médicale pour permettre au père d'être aux côtés de sa compagne en toute sécurité lors de la césarienne ? (A quel moment entre-t-il et sort-il ? Qui l'accompagne et l'habille ? Qui est responsable de lui, le prend en charge en cas de malaise ? Où se met-il dans la pièce ?)

Thème 4 : Conséquences sur les pratiques, l'attitude et la communication entre soignants

Attendus : Impact de la présence d'un tiers, extérieur au milieu médical et observateur, sur les actes et l'attitude du professionnel.

Questions : Pensez-vous que l'admission du père lors de l'intervention peut influencer vos pratiques ? Si oui de quelle façon ? (Retenue dans les paroles et/ou dans les actes, plus grande communication avec la patiente et son conjoint...)

Selon vous, la présence d'un accompagnant a-t-elle un impact sur le déroulement de la césarienne ? Si oui, de quelle manière ?

Relances : Avez-vous déjà travaillé dans un hôpital où le père pouvait assister à la césarienne ? Avez-vous noté une différence dans vos pratiques, dans les échanges entre les professionnels ou avec la patiente ? Quels souvenirs en gardez-vous (craintes, difficultés, sentiments...) ?

Thème 5 : Implication du père à la naissance et relation parents-enfant

Attendus : Identifier des moyens pour améliorer le vécu de la naissance par césarienne pour le couple.

Questions : Quels peuvent être les autres moyens pour que le père puisse se sentir davantage impliqué à la naissance ?

La césarienne peut provoquer chez certaines mères un sentiment d'échec et de culpabilité, auriez-vous des idées de mesures à mettre en place pour améliorer le vécu de la césarienne par les femmes ?

ANNEXE 3 – OBSERVATIONS

Observation n°1 – Maternité A

1 **07h30** : J'arrive en salle de naissance de la Maternité A avant le changement d'équipe.

2 **07h50** : Je descends en suites de couches pour faire la connaissance de Mme C. Elle est
3 allongée sur son lit, la sage-femme vient de poser la perfusion. La patiente porte une
4 chemise opératoire. Après lui avoir présenté mon projet, Mme C accepte ma présence en
5 salle de césarienne. Il s'agit d'une deuxième césarienne, la première avait été faite en
6 urgence. aussi dans cette maternité et Monsieur avait pu y assister. La patiente avait trouvé
7 sa présence rassurante d'autant plus que l'intervention était inattendue et donc stressante.
8 Pour cette naissance, la patiente est assez confiante, elle dit savoir comment se passe une
9 césarienne.

10 **08h05** : Je retourne en salle de naissance et me présente à la sage-femme qui sera là pour
11 la césarienne. Elle me fait visiter les locaux et m'explique le fonctionnement du service.
12 Dans le sas séparant la salle de naissance et le bloc opératoire, nous nous habillons en vue
13 de la césarienne avec une tenue de bloc, des sur-chaussures, un masque et une charlotte. Je
14 me présente ensuite à l'obstétricien. Elle me synthétise le dossier de la patiente : il s'agit
15 d'une deuxième césarienne, la première avait été réalisée en urgence pour une Anomalie
16 du Rythme Cardiaque Fœtale (ARCF).

17 **08h22** : Le couple, accompagné par l'anesthésiste, arrive à pied en salle de naissance. Le
18 médecin réanimateur vient de terminer une formation professionnelle sur l'hypnose :
19 « *Aller chercher les patients à pied, quand c'est possible, diminuerait le stress pré-*
20 *opératoire, améliorerait le vécu de la césarienne et augmenterait l'efficacité de*
21 *l'anesthésie* ». Monsieur porte un sac contenant les futurs habits de bébé, il est installé dans
22 le vestiaire accompagnant par l'aide-soignante. Elle lui demande de mettre une tenue de
23 bloc opératoire identique à la nôtre, ainsi qu'un masque, une charlotte et des sur-
24 chaussures. Le vestiaire est une petite pièce située juste à côté du bloc opératoire, elle
25 comprend une chaise et des casiers. Le papa reste ici jusqu'à ce que la patiente soit
26 anesthésiée puis allongée. Je me présente à lui et essaye de recueillir son ressenti. Il a pu
27 assister à la première césarienne de sa femme mais il n'a « *pas eu le temps de stresser à*
28 *propos de la vue du sang, des actes chirurgicaux tellement la décision d'une césarienne a*
29 *été rapide* ». Au final, il a bien vécu cette naissance.

30 **08h24** : Madame entre en salle opératoire par une petite pièce comprenant une table de
31 réanimation néonatale et le nécessaire pour prendre en charge le nouveau-né à la naissance.
32 La salle de césarienne est rectangulaire, la patiente est installée dans le sens de la longueur,
33 à sa gauche, le scope est éteint. Elle s'assoit au bord de la table. Sont présents l'anesthésiste,

34 l'IBODE et la sage-femme, tous sont vêtus de la même manière. La sage-femme se charge
35 de remplir les armoires et vérifie le fonctionnement de la table de réanimation du nouveau-
36 né. Une porte coulissante, ouverte aujourd'hui, sépare les deux salles. L'IBODE réalise
37 une détersion du dos de la patiente.

38 **08h30** : L'obstétricien entre dans la salle. Dans la maternité A, en cas de césarienne
39 programmée, l'intervention est le plus souvent réalisée par le médecin qui a suivi la
40 grossesse. Elle discute avec la patiente, lui rappelle que l'opération sera sans doute plus
41 longue que la dernière fois, en effet il se peut que l'utérus soit très cicatriciel du fait de
42 l'antécédent d'abcès. L'obstétricien tient à me montrer la deuxième salle de césarienne,
43 réservée aux urgences. Elle est située juste à côté, dans le bloc général. Les pères y sont
44 également acceptés, sous réserve du mode d'anesthésie. En effet, en cas d'anesthésie
45 générale, l'équipe demande au père de sortir de la salle. Dans ce cas-là, le bébé rejoint son
46 papa le plus rapidement possible après la naissance.

47 **08h37** : Je rejoins le bloc opératoire. L'anesthésiste vient de poser la rachi-anesthésie. La
48 patiente est allongée et l'IBODE commence la détersion du ventre et du périnée de la
49 patiente puis pose la sonde urinaire à demeure. L'anesthésiste discute avec Madame C. des
50 tenues du bébé.

51 **08h41** : Le médecin essaie de détendre la patiente « *Imaginez votre conjoint mettre le*
52 *même pyjama violet que nous et la charlotte* ».

53 **08h43** : Tension artérielle = 89/51, la patiente a des vertiges. L'anesthésiste la rassure
54 « *Ca va passer, c'est fréquent avec l'anesthésie* ». Elle augmente le débit du Ringer
55 Lactate. La salle est silencieuse, j'entends une musique douce en fond qui provient d'un
56 portable, il appartient à l'anesthésiste.

57 **08h44** : L'IADE et l'AS habillent respectivement la sage-femme et l'obstétricien avec une
58 casaque et des gants stériles. Toute l'équipe est prête, nous pouvons aller chercher le papa.
59 Je suis donc l'AS dans le vestiaire accompagnant où Monsieur nous attend assis avec son
60 portable. Elle lui explique que la rachi-anesthésie a été posée et que sa femme est allongée.
61 Nous entrons par la salle de réanimation néonatale. L'AS lui précise que, s'il ne se sent pas
62 bien, il peut venir dans cette pièce.

63 **08h47** : L'AS lui demande de mettre son masque et Monsieur entre dans la salle de
64 césarienne, le champ a été dressé. Le père s'assoit dans un fauteuil de bureau aux côtés de
65 sa femme, qui a un drap sur la poitrine. Je me positionne derrière les parents afin de pouvoir

66 entendre les interactions avec l'anesthésiste. De ma position et *a fortiori* de celle du papa,
67 il est impossible de voir l'obstétricien opérer. L'anesthésiste explique au papa qu'en cas
68 de vertiges ou de bouffées de chaleur, il doit la prévenir et s'asseoir au sol. L'AS appelle
69 une sage-femme en salle de naissance pour qu'elle vienne réaliser les premiers soins au
70 bébé si nécessaire.

71 **08h48** : Incision. Nous sommes neuf dans la salle : l'obstétricien, aidé de la sage-femme,
72 réalise l'hystérotomie, l'IBODE les sert. L'AS est à gauche de Mme, prête à récupérer
73 l'enfant. L'anesthésiste est debout à la tête de la patiente. Monsieur, assis de l'autre côté,
74 chuchote avec sa conjointe. Enfin la deuxième sage-femme et moi sommes à la porte de la
75 salle de réanimation. « *Ça prend du temps pour ouvrir, c'est normal* » dit l'obstétricien.
76 « *Ça va ?* » demande Monsieur à sa conjointe en lui caressant la tête. Elle acquiesce, ferme
77 les yeux et souffle. L'obstétricien demande la ventouse, l'IBODE lui apporte rapidement.
78 « *On appui sur votre ventre, vous pouvez souffler* » signale l'anesthésiste à la patiente. « *Il*
79 *est tout prêt, il a une bonne tête et des bonnes joues* » déclare l'obstétricien.

80 **8h55** : Naissance. L'obstétricien montre le bébé aux parents au-dessus du champ. Puis il
81 clampe le cordon et donne l'enfant à l'aide-soignante. Celle-ci fait le tour de la salle pour
82 présenter le petit garçon aux parents. La maman lui fait un bisou, puis l'AS reprend l'enfant
83 assez rapidement car il semble hypotonique pour l'emmener dans la salle de réanimation.
84 Le papa les suit. Le pédiatre, qui a été appelée du fait de l'utilisation d'une ventouse aspire
85 le bébé qui récupère rapidement. « *Vous nous présentez qui ?* » demande-t-il au père.
86 « *Léandre* » répond-t-il. Monsieur ne souhaite pas couper le cordon, la pédiatre lui met un
87 clamp puis l'ausculte. Le nouveau-né pleure, Monsieur lui dit « *Tout va bien, papa est*
88 *là* ». L'anesthésiste entre dans la petite salle et dit au père « *Vous pouvez aller rassurer la*
89 *maman, c'est mieux si c'est vous qui le faites* ». Le père retourne donc dans la salle
90 opératoire rassure sa compagne.

91 **09h00** : Monsieur se rassoit aux côtés de sa conjointe, il tient Léandre qui est posé en peau
92 à peau avec sa maman. L'anesthésiste veille à la position de l'enfant et la corrige quand
93 cela est nécessaire. Les parents parlent tout bas, ils rigolent. Le père fait des caresses à son
94 enfant, qui est calme.

95 **09h05** : « *Je termine, je suture la peau* » déclare l'obstétricien. L'équipe discute avec le
96 couple de la précédente césarienne. La décision de césarienne avait été prise rapidement,
97 les parents n'avaient pas bien compris ce qu'il se passait.

98 **09h10** : L'intervention est presque terminée. Le père part s'installer dans la salle où aura
99 lieu la surveillance postopératoire. Monsieur s'assoit dans le fauteuil, avec Léandre dans
100 les bras. L'AS lui dit d'appeler au moindre problème avec la sonnette.

101 **09h14** : Au bloc opératoire, l'anesthésiste et l'obstétricien évoquent la réhabilitation
102 précoce avec la patiente. L'obstétricien passera dans l'après-midi prendre des nouvelles.

103 **09h20** : La patiente est prête pour retrouver son conjoint et Léandre. Nous l'aidons à
104 changer de lit dans le sas juxtaposant le bloc opératoire. Puis nous l'emmenons jusque dans
105 la salle où aura lieu la surveillance postopératoire. Une fois arrivée, la sage-femme installe
106 Léandre en peau à peau avec sa maman.

107 **09h45** : La sage-femme doit rester avec la patiente pendant une heure après l'arrivée en
108 salle pour effectuer la surveillance. Quand je reviens dans la chambre, Léandre tête.
109 Monsieur est assis à côté du lit. J'échange quelques instants avec le couple. Mme me dit
110 être satisfaite de la naissance. L'obstétricien l'avait averti que ça pouvait être assez long et
111 compliqué mais il n'en a rien été. De plus, elle, qui avait connu une césarienne en urgence
112 pour sa première grossesse à beaucoup mieux vécu cette naissance. En effet, le fait que ça
113 soit programmé a permis au couple de s'y préparer. La présence de Monsieur a été très
114 rassurante et a permis à la femme de se concentrer sur autre chose. Monsieur à lui aussi
115 très bien vécu la naissance. Il me dit qu'il savait ce qu'il l'attendait, il n'avait donc que très
116 peu d'appréhension : « *Je savais ce qui nous attendait, ce n'est pas comme une première*
117 *grossesse où tout est inconnu. Mais je ne me sentais même pas assez stressé, c'était*
118 *troublant* ». Il a apprécié pouvoir être là pour la césarienne et pouvoir faire des allers-
119 retours entre sa femme et son fils dans la salle de césarienne. Il me certifie que, de sa place,
120 il ne pouvait pas voir ce qu'il se passait du côté obstétrique et qu'à aucun moment il ne
121 s'est senti mal.

Observation n°2 – Maternité A

1 **07h30** : J'arrive en salle de naissance. Je descends dans le service de suites de couches pour
 2 me présenter à la patiente. La sage-femme est dans la chambre, j'attends donc dans le
 3 couloir. Le conjoint de Mme T, un café à la main, arrive lui aussi. Je lui explique la raison
 4 de ma venue, puis nous entrons dans la chambre. La patiente est allongée sur son lit et
 5 discute avec la sage-femme. J'expose à la patiente le sujet de mon mémoire et lui demande
 6 si elle accepte que je sois présent lors de la césarienne. Elle me demande : « *Si vous venez*
 7 *mon mari pourra quand même être présent ?* », je la rassure : « *C'est le but de mon travail,*
 8 *observer comment ça se passe quand le père est là, je serais dans un coin de la pièce, je*
 9 *n'aurais qu'un rôle d'observation* ». Elle accepte. Je l'interroge sur ses sentiments vis-à-
 10 vis de la présence de son conjoint, elle me dit trouver ça très rassurant. Elle ne se verrait
 11 pas sans lui à ce moment-là. Il s'agit d'une troisième grossesse et d'une troisième
 12 césarienne. La première césarienne avait été réalisée en urgence dans un contexte
 13 d'hématome rétro-placentaire, monsieur n'avait pas pu être là. Lors de la deuxième
 14 césarienne, qui était programmée, il était présent. Avant la naissance, il appréhendait un
 15 peu la vue du sang et l'ambiance du bloc obstétrical, mais son rôle « *était d'être aux côtés*
 16 *de sa femme* ». Finalement, il a apprécié être présent pour la naissance même s'il a été
 17 impressionné quand l'obstétricien a baissé le champ séparant la tête et le ventre lors de la
 18 naissance. La sage-femme termine la préparation de la patiente pour l'intervention, je
 19 retourne en salle de naissance.

20 **08h24** : Mme T arrive dans le service. Elle est accompagnée par son conjoint, deux aides-
 21 soignantes roulent le lit. Le couple se dit à plus tard et Monsieur est dirigé vers le vestiaire
 22 accompagnant où l'AS lui donne une tenue à sa taille, une charlotte, un masque et des sur-
 23 chaussures. Madame est transférée sur la table d'opération dans le sas par une aide-
 24 soignante, l'anesthésiste et l'IBODE. L'équipe entre dans la salle de césarienne.

25 **08h31** : La patiente est assise par pour la pose de la rachi-anesthésie, l'IBODE réalise la
 26 détersion en quatre temps du dos de la patiente. L'obstétricien, qui a suivi la grossesse de
 27 Madame, entre dans la salle. Il lui réexplique le déroulement d'une césarienne.

28 **08h34** : L'anesthésiste a posé la rachi-anesthésie. Mme T est allongée sur la table
 29 d'intervention avec l'aide de l'obstétricien et de l'IBODE. Cette dernière nettoie le ventre
 30 de la patiente et pose la sonde urinaire à demeure. La femme demande : « *Le papa viendra*
 31 *après ?* ». L'obstétricien lui répond : « *Oui nous irons le chercher, sa présence n'est pas*
 32 *idéale pendant toute la phase de préparation, ni pour lui, ni pour vous* ».

33 **08h37** : Madame a chaud, elle est crispée. L'anesthésiste essaie de détendre la patiente en
 34 plaisantant. L'obstétricien demande si quelqu'un a de la musique, elle sort ensuite son
 35 portable et met une musique douce. Puis, elle est habillée de façon stérile par l'anesthésiste.

36 **08h41** : La sage-femme entre dans la salle, l'IBODE l'aide à mettre sa casaque et ses gants
 37 stériles.

38 **08h45** : Le champ opératoire est installé, l'aide-soignante part chercher le papa dans les
 39 vestiaires. Il marche dans le couloir, nous lui demandons de l'accompagner. Il passe dans
 40 la salle de réanimation du nouveau-né et s'assoit à la tête de sa conjointe.

41 **08h47** : L'anesthésiste réexplique au couple les effets de l'anesthésie. Elle peut persister
 42 jusqu'à trois heures après la naissance, les sensations tactiles sont conservées mais la
 43 patiente ne ressentira pas la douleur. La chute de tension et les vertiges sont courants. Puis
 44 le couple discute en chuchotant.

45 **08h50** : Incision. Nous sommes neuf autour de la patiente : l'obstétricien, l'anesthésiste,
 46 deux sages-femmes, deux IBODE, l'aide-soignante, le papa et moi. Madame sent que ça
 47 tire, elle est tendue. L'utérus est ouvert.

48 **08h54** : L'obstétricien demande à la patiente de pousser, nous entendons alors le premier
 49 cri de l'enfant. L'anesthésiste, après avoir obtenu l'accord des parents, abaisse le champ.
 50 Ils peuvent alors voir leur petite fille, la sage-femme clampé le cordon et l'aide-soignante
 51 récupère le bébé. L'anesthésiste remonte le champ opératoire.

52 **08h55** : L'enfant va très bien, il est donc posé donc sur la poitrine de maman pendant
 53 quelques minutes. Le couple chuchote et embrasse leur petite fille. Elle s'appellera Maëva.

54 **08h59** : L'aide-soignante reprend l'enfant et la pose sur la table de réanimation pour réaliser
 55 les premiers soins : la peser, couper le cordon et mettre une couche. Monsieur
 56 l'accompagne, elle ressemble à sa sœur. Maëva pèse 2 850g.

57 **09h05** : Le papa retourne s'asseoir sur le fauteuil auprès de sa femme, Maëva dans les bras.
 58 L'obstétricien réalise la suture. La cicatrice étant verticale, elle a dû réaliser la même
 59 hystérotomie. La suture sera donc plus longue.

60 **09h13 :** L'activité en salle de naissance étant importante, la sage-femme et l'aide-soignante
61 félicitent les parents et quittent la salle. La majorité des salles de naissance sont occupées.
62 Du fait de ce souci de capacité, l'anesthésiste demande à la patiente s'il est possible de
63 réaliser la surveillance postopératoire en salle de réveil, au sein du bloc opératoire. La sage-
64 femme sera occupée avec la prochaine césarienne programmée donc seul là-bas la patiente
65 pourra bénéficier d'une surveillance rapprochée, Maëva devra cependant rester en salle de
66 naissance avec son papa. La famille sera réunie dans deux heures, dans la chambre en suites
67 de couches.

68 **09h30 :** L'AS revient, il est temps pour Monsieur et Maëva de quitter la salle de césarienne.
69 Un dernier bisou à maman puis Monsieur est installé dans un fauteuil d'une petite salle, elle
70 lui donne la sonnette. Il peut nous appeler à la moindre question. Maëva tâte le doigt de
71 papa.

72 **09h40 :** La suture est terminée, la patiente est réinstallée. J'accompagne l'anesthésiste et
73 Mme T. jusqu'en salle de réveil. Pour cela, il nous faut traverser le bloc opératoire. Une
74 fois arrivée, la patiente est transférée sur un lit, beaucoup plus confortable. La surveillance
75 sera réalisée par les IBODE. La patiente pourra regagner sa chambre dans une heure et
76 demi.

77 **10h20 :** Maëva et son papa retournent en suites de couches. Monsieur a très bien vécu la
78 césarienne, il a apprécié pouvoir profiter de son enfant dès la naissance. Cependant, il est
79 déçu que sa femme soit partie en salle de réveil, Maëva n'a pas pu faire de peau à peau avec
80 sa maman et n'a toujours pas tété.

Observation n°1 – Maternité B

1 **08h15 :** J'arrive en salle de naissance accompagnée par la cadre du service, elle me
2 présente à l'équipe. Je m'habille directement en tenue de bloc opératoire : un ensemble
3 bleu foncé jetable. Je me présente à la sage-femme qui prendra en charge Mme C. Il s'agit
4 d'une césarienne pour présentation du siège. La patiente est arrivée hier soir et est
5 actuellement en suites de couches.

6 **08h25 :** Un brancardier prévient l'équipe qu'il vient d'installer la patiente en salle de
7 césarienne et que le père attend dans le couloir de la salle de naissance. Dans cet
8 établissement, les brancardiers emmènent les patientes en salle de césarienne via le couloir
9 du bloc général, elles ne passent pas par la salle de naissance. Une aide-soignante part à la
10 rencontre du père et l'accompagne dans un vestiaire qui leur est destiné à l'entrée de la
11 salle de naissance. Elle lui donne une tenue jetable identique à la mienne ainsi que des sur-
12 chaussures, une charlotte et un masque. Le conjoint se change puis l'aide-soignante revient
13 le chercher cinq minutes plus tard. Je lui explique la raison de ma présence ici, il me confie
14 être stressé. C'est une première grossesse, et ils attendent un petit garçon.

15 **08h40 :** Le père est installé dans une pièce de la salle de naissance. Il donne les futurs
16 habits du bébé à l'aide-soignante qui les met sous la table chauffante de la salle. Puis
17 s'assoit dans le fauteuil. La sage-femme se présente et lui explique que quelqu'un viendra
18 le chercher lorsque la rachianesthésie agira et que tous les champs seront en place.

19 **08h50 :** Dans un vestiaire faisant interface entre le bloc général et la salle de naissance,
20 j'enfile des sur-chaussures, une charlotte et un masque, je me lave les mains, puis j'entre
21 dans le couloir du bloc opératoire. La salle de césarienne est la salle la plus proche de la
22 salle de naissance. Mme C et déjà dans la pièce, allongée sur la table opératoire. L'IADE,
23 l'IBODE ainsi que l'anesthésiste et l'interne d'anesthésie discutent avec la patiente. Je me
24 présente à Mme C. Elle accepte ma présence lors de la césarienne. La salle est grande, des
25 fenêtres, à gauche de Mme donnent sur la cour intérieure de l'hôpital. Je remarque deux
26 portes, celle par laquelle je suis rentrée, à gauche de la patiente, donne accès au couloir du
27 bloc opératoire. Une autre porte, aux pieds de Mme C, communique avec la salle de
28 réanimation néonatale de la salle de naissance. Une seule armoire est présente dans la salle,
29 le reste du matériel est dans le couloir du bloc. L'ensemble du matériel pour la césarienne
30 est sorti et posé sur une table.

31 **08h54 :** L'anesthésiste demande à la patiente de s'asseoir au bord de la table pour la pose
32 de la rachianesthésie. L'interne enfle des gants stériles, elle va réaliser l'anesthésie, elle
33 est servie par l'IADE. L'IBODE aide la patiente à garder la bonne position pour la mise en

34 place du cathéter. L'anesthésiste discute avec la patiente, ils évoquent les signes du
35 zodiaque, son petit garçon sera gémeau : « *Ils sont cool les gémeaux, non ?... Vous nous le*
36 *direz demain matin, après une première nuit* », plaisante l'anesthésiste.

37 **08h59 :** Le cathéter est en place, Mme C s'allonge. Un drap est dressé sur deux potences
38 au niveau de la poitrine de la patiente pour qu'elle ne puisse pas voir ce qu'il se passe au
39 niveau de son ventre. L'IBODE commente la détersion pour la pose de la sonde urinaire.
40 L'anesthésiste lui dit qu'il lui demandera toutes les minutes comment elle se sent. Il
41 explique à la patiente le déroulement de l'intervention ainsi que les sensations qu'elle peut
42 ressentir. Il la rassure : « *Ça peut être normal qu'il ne pleure pas dès la naissance... Si tout*
43 *va bien, on prend le temps pour vous le montrer* ».

44 **09h06 :** L'obstétricien et l'interne en obstétrique entrent dans la salle et se présentent à la
45 patiente. Elles mettent toutes les deux une casaque stérile, avec l'aide de l'IBODE, et deux
46 paires de gants stériles. « *Dès que le champ sera mis, on ira chercher Monsieur*
47 *tranquillement* » dit l'anesthésiste à Mme C. La sage-femme et une étudiante sage-femme
48 entrent dans la salle.

49 **09h12 :** L'équipe obstétricale installe le champ stérile. La sage-femme va chercher le père
50 resté dans la chambre de salle de naissance.

51 **09h13 :** Monsieur entre dans la salle par la porte située à gauche de la patiente. La sage-
52 femme conseille au conjoint de regarder vers le mur. L'anesthésiste s'approche de lui et
53 l'accompagne rapidement vers une chaise située à la tête de la patiente. Ils sont tous les
54 deux derrière le champ et ne peuvent pas voir les gestes de l'équipe d'obstétrique.

55 **09h13 :**Incision. Les obstétriciens débute l'hystérotomie. L'anesthésiste parle avec le
56 couple, je ne peux entendre leur discussion.

57 **09h14 :** Le couple discute. Monsieur caresse la tête de sa conjointe. A cet instant, 8
58 professionnels sont présents dans la pièce : l'anesthésiste et l'interne, l'IADE, l'IBODE,
59 la sage-femme et une étudiante sage-femme, l'obstétricien et l'interne en obstétrique. Il y
60 a en plus, le père et moi.

61 **09h15 :** Naissance. L'enfant crie, l'interne coupe le cordon et l'obstétricien donne le bébé
62 à l'étudiante sage-femme. Celle-ci s'approche des parents et leur montre leur garçon.
63 « *Comment va-t-il s'appeler ?* » demande-t-elle. « *Mylan* » répond le papa.

64 La sage-femme propose à la maman de faire un bisou à son fils avant de l'emmener dans
65 la pièce à côté pour réaliser les premiers soins.

66 **09h17** : La sage-femme, l'étudiante qui tient dans ses bras Mylan, et le père quitte la salle.
67 La porte est située au niveau des pieds de la patiente, ils doivent donc traverser la pièce.
68 La sage-femme lui dit de ne pas regarder, cependant Monsieur ne peut s'empêcher de jeter
69 un regard « *Je vous avais dit de regarder devant vous* » ironise la sage-femme.

70 **09h18** : Mylan est allongé sur une des trois tables de réanimation néonatale. L'étudiante
71 le stimule, le bébé pleure. Le papa souhaite couper le cordon. Puis l'aide-soignante prend
72 l'enfant et le pose sur la balance, elle laisse le père annoncer le poids : '*2870g*'.
73 L'étudiante réalise ensuite un rapide examen clinique de Mylan, il était en siège
74 décomplété, ses jambes remontent presque jusqu'aux oreilles. La sage-femme rassure
75 Monsieur : '*C'est lié à sa position, c'est jambes vont revenir en position normale d'ici*
76 *quelques jours*'. Tout va bien, le papa va pouvoir le prendre en peau à peau.

77 **09h25** : L'aide-soignante, avec Mylan dans les bras, accompagne le papa dans la salle où
78 il a attendu auparavant. Monsieur enlève son tee-shirt, s'installe dans le fauteuil et prend
79 Mylan contre lui. Le papa qui tient fermement son enfant ne pourra pas, en cas de besoin,
80 appuyer sur la sonnette, l'aide-soignante laisse donc la porte entre-ouverte.

81 **09h30** : Je retourne dans la salle de césarienne. L'étudiante sage-femme entre à son tour
82 pour rassurer la maman. Elle lui explique que le papa a coupé le cordon et qu'il est
83 actuellement en peau à peau avec Mylan. Elle lui dit qu'elle a réalisé un rapide examen et
84 que tout paraissait normale, '*Il y a juste les jambes qui sont levées, mais ça va vite revenir*
85 *normal*'. La patiente veut connaître le poids.

86 **09h33** : La pièce est silencieuse, seul le discret bruit du scope résonne. Quatre
87 professionnels sont dans la pièce pour la suture, l'obstétricien et l'interne, l'IADE et
88 l'IBODE. L'anesthésiste fait des allers-retours pour s'enquérir du bien-être de la patiente.
89 L'IADE demande à la patiente comment elle se sent « *Ca va* » répond-elle. L'IADE lui dit
90 qu'elle peut fermer les yeux si elle en a envie.

91 **09h37** : La patiente ferme les yeux. Elle semble endormie. L'équipe obstétricale discute à
92 voix basse.

93 **09h52** : La suture est terminée. L'anesthésiste entre dans la salle et explique à la patiente
94 le fonctionnement du cathéter péri-cicatriciel. L'IBODE nettoie la bétadine sur le ventre
95 de la patiente. Une aide-soignante du bloc général amène le lit et aide l'IBODE et l'IADE
96 à installer la patiente.

97 **10h02** : J'accompagne la patiente et l'IADE et en salle de réveil. Ce dernier explique à
98 Mme C que la sage-femme va venir la voir et qu'ensuite Mylan et son conjoint vont pouvoir
99 la rejoindre.

100 **10h09** : Je retourne voir Monsieur, il est toujours en peau à peau avec Mylan. La sage-
101 femme me dit que l'enfant était pâle, elle vient de l'aspirer.

102 **10h25** : L'étudiante sage-femme réalise le point horaire de la patiente, tout va bien.

103 **10h40** : L'étudiante accompagne Monsieur et Mylan en salle de réveil. La patiente n'est
104 pas douloureuse et les saignements sont normaux. La maman va pouvoir prendre son enfant
105 dans les bras.

Observation n°2 – Maternité B

1 **08h15** : Aujourd'hui, une seule césarienne programmée est prévue. Il s'agit de Madame T,
2 primipare. Le fœtus est en siège et la patiente présente un bassin rétréci.

3 **08h32** : Le conjoint de la patiente arrive en salle de naissance accompagné par le
4 brancardier. L'anesthésiste, présent à ce moment-là, emmène Monsieur dans une grande
5 salle quasiment vide réservée à l'accueil des papas. Elle lui donne une tunique jetable, une
6 charlotte et un masque.

7 **08h35** : La sage-femme se présente au conjoint. Elle viendra le chercher en temps voulu,
8 quand les champs seront installés et que toute l'équipe sera prête. Monsieur s'installe dans
9 un fauteuil. Je me présente au futur père, il me dit qu'il se sent très bien qu'il n'est pas être
10 stressé. Il est rassuré de pouvoir assister à la césarienne.

11 **08h40** : Le brancardier emmène Mme T dans son lit en salle de césarienne via le couloir du
12 bloc général. La patiente est accueillie par l'IADE et l'IBODE.

13 **09h04** : L'anesthésiste vient chercher le père. Ils passent tous deux par un vestiaire où le
14 père enfle des sur-chaussures. Je mets à mon tour une charlotte, des sur-chaussures et un
15 masque.

16 **09h12** : Le père entre dans la salle. L'équipe médicale est au complet, ils sont 7 dans la
17 salle : l'obstétricien et l'interne en obstétrique, l'anesthésiste, l'IADE, l'IBODE, la sage-
18 femme et une étudiante infirmière. L'anesthésiste conseille au conjoint de regarder vers le
19 mur pour rejoindre sa chaise. Le champ stérile n'est pas encore installé mais un drap est
20 dressé au-dessus de la poitrine de la patiente pour éviter que le couple puisse voir les actes
21 de l'obstétricien. Le père s'installe sur le fauteuil, il pose sa main sur le bras de sa conjointe.
22 Ils discutent. Pendant ce temps, l'IADE et l'anesthésiste parlent du cathéter péricatrical.

23 **09h16** : '*Est-ce que ça va ?*' demande l'obstétricien. La patiente confirme que tout va bien.

24 **09h17** : '*Incision*' déclare l'obstétricien. L'anesthésiste s'approche de la patiente. Elle lui
25 demande comment elle se sent et lui explique les sensations qu'elle pourra ressentir « *Vous*
26 *sentirez qu'il se passe des choses, ils vont appuyer sur votre ventre* ». L'anesthésiste
27 demande au papa comment il va. Monsieur répond qu'il se sent bien.

28 **09h20** : Naissance. L'interne clamp le cordon et la sage-femme récupère l'enfant. Elle
29 s'approche du couple. La maman lui fait un bisou. C'est une petite fille, elle s'appellera
30 Camille. L'anesthésiste explique à la patiente que son conjoint va accompagner la sage-

31 femme dans la salle juste à côté pour réaliser les premiers soins : « *Ils vont la peser, mettre*
32 *un clamp à son cordon...* ».

33 **09h22** : Le père et la sage-femme, qui porte Camille dans les bras, sortent de la salle. La
34 sage-femme se place entre le père et la patiente afin d'éviter que Monsieur soit tenter de
35 regarder le ventre de sa femme.

36 **09h23** : Camille est posée sur la table de réanimation néonatale. Monsieur lui caresse la
37 tête pendant que la sage-femme la stimule. '*Voulez-vous couper le cordon ?*' propose-t-
38 elle au papa, il accepte. L'aide-soignante demande au père le mode d'alimentation, puis elle
39 pèse l'enfant, '*2 650g*' annonce le père. Pendant ce temps, l'IBODE reste à l'entrée de la
40 salle pour que la porte du bloc opératoire reste ouverte. Camille crie, « *Elle a de la voix* »
41 déclare l'anesthésiste.

42 **09h30** : Je retourne dans la salle de césarienne. Des larmes coulent sur les joues de la
43 patiente. La sage-femme se dirige vers la patiente, lui explique que tout va bien et lui
44 annonce le poids. Madame demande combien elle mesure, « *On ne les mesure pas à la*
45 *naissance, ils sont encore tout recroquevillés, en plus Camille était en siège. On le fera plus*
46 *tard* » explique la sage-femme.

47 **09h36** : Après un rapide examen clinique, l'aide-soignante a accompagné monsieur en salle
48 Coquelicot. Il est installé dans le fauteuil et porte Camille en peau à peau. Celle-ci prend
49 déjà son pouce. La porte reste entre-ouverte en cas de besoin.

50 **09h40** : En salle de césarienne, l'anesthésiste est assise sur la chaise et discute avec la
51 patiente, « *j'ai envie de revoir ma fille* » dit-elle. Je m'approche ensuite de Madame, la
52 félicite et lui explique que Camille est en peau à peau avec son conjoint, sa fille va très bien
53 et elle tâte déjà son pouce.

54 **09h44** : L'anesthésiste demande à l'obstétricien comment ça se passe. '*Tout va bien, et au*
55 *niveau des saignements on est parfait*'. Elle quitte la salle pour s'assurer de l'efficacité
56 d'une péridurale pour une autre patiente. L'IADE s'enquiert du bien-être de la patiente,
57 « *C'est génial la césarienne, on ne ressent aucune douleur mais on sent quand même ce*
58 *qu'il se passe... On peut l'entendre pleurer et la voir même si c'est rapide*' dit-elle, '*Oui,*
59 *on peut rester parti prenant de la naissance* » répond l'IADE.

60 **09h54** : La suture est terminée, l'obstétricien colle les strips tandis que l'interne réalise la
61 première injection via le cathéter péri-cicatriciel. L'IBODE prévient ses collègues du bloc

62 général que la patiente va pouvoir passer en salle de réveil. Une aide-soignante arrive alors
63 avec le lit pour transférer la patiente. L'IADE qu'elle part en salle de naissance. Après le
64 premier point horaire de la sage-femme pour vérifier que tout va bien, Camille et son
65 conjoint la rejoindrons. *“Vous serez dans un coin qui vous est réservé, au calme, dans la*
66 *salle de réveil”*.

67 **10h15 :** La sage-femme vient vérifier les saignements, c'est parfait. Elle demande à Mme
68 T comment elle a vécu la césarienne : *“C'était très bien, j'étais stressée mais ça c'est bien*
69 *passé. J'aurais juste aimé la voir plus longtemps, j'ai l'impression de l'avoir vu deux*
70 *secondes”*. *“C'est l'inconvénient avec les césariennes, mais il fait un peu froid dans le*
71 *bloc”* explique l'interne d'obstétrique.

72 **10h20 :** La sage-femme va voir Monsieur et lui explique que la césarienne est terminée et
73 que sa conjointe est en salle de réveil. Elle vient le chercher dans quinze minutes pour
74 l'emmener auprès d'elle.

75 **10h40 :** La sage-femme accompagne Monsieur en salle de réveil, Madame prend Camille
76 en peau à peau.

Observation n°1 – Maternité C

1 **07h50** : J'arrive en salle de naissance en même temps que l'équipe de garde de jour. La
2 patiente qui va être césarisée est dans sa chambre en suites de couche.

3 **08h25** : Mme G. descend dans un fauteuil poussé par une aide-soignante. Son conjoint
4 l'accompagne. Ils sont accueillis par la sage-femme. La patiente est en larme, elle se dit
5 stressée. Il s'agit d'une cinquième césarienne, elles ont toutes eu lieu dans cet établissement.
6 Il est l'heure pour le couple de se séparer, l'aide-soignante accompagne Monsieur vers la
7 SSPI en attendant la naissance de l'enfant.

8 **08h37** : Dans le sas d'entrée au bloc opératoire, la patiente, qui porte une charlotte et une
9 chemise de bloc, est installée sur la table d'opération par l'IADE. Pendant ce temps avec
10 la sage-femme, nous partons nous habiller pour l'intervention. Nous mettons une tenue
11 verte foncée, un masque, une charlotte et des sur-chaussures.

12 **08h40** : Après un lavage des mains, j'entre dans la salle de césarienne. L'IADE pose la
13 perfusion de la patiente.

14 **08h43** : L'anesthésiste, accompagnée de l'interne, entre à leur tour dans la salle. La patiente
15 est très stressée et appréhende la pose de la rachi-anesthésie. Le médecin essaye de rassurer
16 la patiente. Elle accepte l'anesthésie locale qui lui est proposée. L'équipe d'anesthésie
17 ressort de la salle pour se préparer. Pendant ce temps, la sage-femme prépare le matériel
18 pour la césarienne. La porte d'entrée est située à la droite de la patiente. Un accès aux pieds
19 et à gauche de Mme donne sur la salle de réanimation néonatale.

20 **08h47** : L'équipe d'obstétrique entre dans la salle, l'obstétricien et l'interne se présentent à
21 la patiente puis sortent de la salle.

22 **08h50** : L'interne d'anesthésie qui vient d'entrer à nouveau enfle des gants stériles pour la
23 pose de la rachi-anesthésie. Elle est secondée par l'anesthésiste et l'IADE. L'auxiliaire de
24 puériculture se charge de maintenir la position de la patiente pour faciliter la pose du
25 cathéter. L'anesthésiste continue de rassurer la patiente « *tout se passe bien pour l'instant* ».

26 **08h55** : La rachianesthésie est posée. Mme G. est allongée et semble plus détendue. La
27 sage-femme et l'auxiliaire réalise la détersion et posent la sonde urinaire à demeure.

28 **08h56** : L'interne d'obstétrique entre dans la salle habillée en stérile, elle prépare les
29 instruments pour l'intervention avec l'infirmière de bloc opératoire.

30 **08h57** : « *Est-ce que vous sentez la chaleur ?* » demande la sage-femme. « *Non mais je sens*
31 *que vous me touchez* » dit la patiente. L'anesthésiste rassure Mme G. « *Vous pouvez*
32 *toujours avoir des sensations de touché sans que vous n'ayez des sensations*
33 *douloureuses* ».

34 **08h59** : L'anesthésiste tient la main de Mme G, elle lui conseille de se détendre, « *J'ai*
35 *chaud* » répond -elle. « *C'est l'un des effets indésirables de l'anesthésie, on va vous trouver*
36 *un brumisateur* ». Elle débute une conversation avec la patiente en lui demandant l'âge de
37 ses quatre enfants. La patiente répond rapidement en citant les quatre âges.

38 **09h03** : L'obstétricien entre dans la salle habillée en stérile. La sage-femme, quant à elle,
39 sort de la salle. Les champs opératoires sont installés.

40 **09h07** : Incision. Nous sommes 8 dans la salle sans compter la patiente : l'IADE,
41 l'anesthésiste et l'interne anesthésie, l'auxiliaire de puéricultrice, l'IBODE, l'obstétricien
42 et l'interne.

43 **09h09** : Le téléphone de l'anesthésiste sonne, elle sort de la salle. L'IBODE la suit. A
44 l'inverse, la sage-femme entre dans la salle habillée en stérile. La salle est silencieuse, seul
45 le scope résonne dans la salle.

46 **09h10** : L'IADE et l'anesthésiste, qui vient de rentrer, discutent à voix basse. L'interne
47 d'anesthésie tente de détendre la patiente, elle lui parle, lui explique ce qu'il se passe et
48 l'asperge de brumisateur, « *Ca a très bien commencé, tout se passe bien* ».

49 **09h14** : Une deuxième aide-soignante entre dans la salle. Je me présente, elle me parle de
50 la présence du père en salle de césarienne et m'explique que dans l'ancienne maternité le
51 père était plus souvent présent qu'ici. Cela est dû à l'installation de la salle et de sa grandeur.
52 En effet l'espace au niveau anesthésie est assez étroit. De plus, la porte d'accès à la salle de
53 réanimation néonatale est aux pieds de la patiente, il doit donc contourner toute la salle
54 d'opération pour en sortir.

55 **09h20** : Naissance. L'obstétricien donne l'enfant à la sage-femme qui le sèche rapidement
56 avant de l'amener à sa maman. La place au niveau anesthésie est trop étroite, je ne peux les
57 suivre. Elle place le petit garçon contre la poitrine de sa maman, elles chuchotent. Le bébé
58 pleure.

59 **09h25** : La sage-femme dit à la maman : « *vous me dites quand je peux aller le montrer à*
60 *son papa* ». Quelques instants et un bisou plus tard la patiente dit « *vous pouvez aller lui*
61 *montrer* ». « *Je reviens vous voir pour vous dire son poids* » enchérit la sage-femme.

62 **09h26** : Le papa nous attend assis sur une chaise dans la salle de réanimation néonatale. Il
63 est accompagné de l'aide-soignante. La sage-femme pose le garçon sur la table de
64 réanimation. Il pleure de plus belle. La sage-femme tente de rassurer le papa : « *il pleurait*
65 *autant avec maman* » puis « ce n'est pas le sang du bébé »... « *Ça ne lui fait pas mal* » dit-
66 elle en coupant le cordon. Ephraïm est pesé, 2 820g. L'auxiliaire lui met une couche et un
67 bonnet, le nouveau-né pleure toujours. Le papa ne se sent pas à l'aise pour prendre son
68 enfant dans les bras, il préfère qu'on le mette dans le berceau.

69 **09h36** : La sage-femme entre de nouveau dans la salle. Elle va voir la patiente, « *2 820g*
70 *pour ce petit bouchon* », « papa est statufié, il préfère le mettre dans le berceau pour
71 l'instant ». La patiente rigole. On entend Ephraïm qui continue de pleurer dans la pièce à
72 côté, « *il a de la voix cet enfant* » dit l'anesthésiste.

73 **09h47** : La fin de l'intervention se termine en silence, la sage-femme et l'aide-soignante
74 commence à ranger le matériel. L'obstétricien quitte la salle. L'interne termine la suture
75 avec des agrafes.

76 **09h50** : La suture est terminée, la sage-femme nettoie la patiente et l'ensemble de l'équipe
77 la réinstalle dans une blouse et des draps propres.

78 **09h58** : La patiente quitte la salle après avoir changé de lit. Deux IADE accompagnent la
79 patiente en salle de réveil.

80 **10h05** : La sage-femme vient voir la patiente. Elle relève ses constantes et vérifie les
81 saignements ainsi que la tonicité du globe utérin. Tout est parfait, elle annonce à la patiente
82 qu'elle va chercher son conjoint et son fils.

83 **10h10** : Nous les accompagnons tous deux auprès de Mme G. Ephraïm à une température
84 assez basse, il était sous rampe chauffante mais maintenant il va pouvoir aller se réchauffer
85 dans les bras de maman. Monsieur s'assoit à leur côté dans un fauteuil.

Observation n°2 – Maternité C

1 **08h00** : J'arrive en salle de naissance.

2 **08h17** : Avec la sage-femme, nous partons nous habiller pour l'intervention dans le
3 vestiaire. Nous mettons une tenue de bloc verte, une charlotte, un masque et des sur-
4 chaussures. Après s'être lavées les mains, nous entrons dans la salle de césarienne. L'IADE
5 est déjà présent et vérifie l'ensemble du matériel d'anesthésie. La sage-femme contrôle le
6 fonctionnement de la salle de césarienne puis ressort de la pièce pour accueillir la patiente.

7 **08h22** : Mme L. arrive en fauteuil, poussé par une aide-soignante. Son conjoint
8 l'accompagne, il est pris en charge par une aide-soignante qui l'installe dans une salle
9 d'attente. La sage-femme se présente et donne une charlotte à la patiente puis l'accompagne
10 dans la salle de césarienne. Je me présente à mon tour. Mme G s'allonge sur la table, la
11 sage-femme pose sur elle un drap chauffé. Elle lui explique qui seront les différents
12 professionnels présents lors de la césarienne. L'IADE entre dans la pièce. Il vérifie l'identité
13 de la patiente, ses antécédents médicaux et ses allergies. Il pose la perfusion et tente de
14 rassurer la patiente « *Tout ce qu'on fait en ce moment, c'est quelques choses de normal pour*
15 *nous* ». Il installe le scope et demande à la patiente de le tenir informer si elle ressent la
16 moindre inquiétude. L'aide-soignante entre dans la salle, vérifie que tout est prêt et sort par
17 la salle de réanimation néonatale.

18 **08h30** : La tension est normale, Mme L. peut s'asseoir. L'IADE appelle l'anesthésiste pour
19 la prévenir que tout est prêt pour la rachianesthésie. L'aide-soignante qui vient d'entrer dans
20 la salle prépare le matériel pour l'intervention puis se place devant la patiente.

21 **08h36** : L'anesthésiste entre dans la salle, elle se présente, récupère le bilan sanguin de la
22 patiente puis sort de la salle pour se laver les mains. L'interne d'obstétrique entre à son tour
23 dans la salle pour se présenter à Mme L.

24 **08h40** : L'IADE nettoie le dos de la patiente.

25 **08h42** : L'anesthésiste entre dans la salle et vérifie son matériel.

26 **08h45** : Tout est prêt pour la pose de la rachianesthésie. Le médecin indique à la patiente
27 la position à prendre. L'aide-soignante tient les épaules de la patiente.

28 **08h49** : Après trois tentatives, l'injection pour la rachi-anesthésie est effectuée. « *Voilà, ça*
29 *y est, ça n'a pas été simple mais c'est bon* » rassure l'anesthésiste.

30 **08h50** : La patiente est allongée. « *Si la tête tourne, si vous avez envie de vomir, vous nous*
31 *le dites... Vous nous tenez au courant de ce qu'il se passe* » dit l'IADE à Mme L. Pendant
32 ce temps, la sage-femme et l'aide-soignante nettoie le ventre de la patiente. L'IADE discute
33 avec la patiente, elle lui demande si elle est partie en vacances.

34 **08h53** : La sage-femme pose la sonde urinaire. La patiente fait un malaise, la tension baisse
35 et elle vomit. Une injection d'éphédrine est réalisée, l'IADE conseille la patiente « *respirez*
36 *bien, isolez-vous* ».

37 **08h57** : L'interne d'obstétrique entre dans la salle habillée en stérile. L'IADE explique à la
38 patiente le déroulement de l'intervention.

39 **09h01** : La sage-femme sort de la salle. L'interne d'obstétrique prépare le matériel.

40 **09h03** : L'obstétricien entre dans la salle habillée en stérile. Elle discute avec la patiente,
41 lui demande le sexe de l'enfant. Une deuxième aide-soignante entre dans la salle, elle restera
42 dans la salle pendant que l'autre aide-soignante ira chercher le papa puis prendra en charge
43 l'enfant.

44 **09h05** : Toute l'équipe est prête pour l'intervention, les champs sont installés. L'IADE assis
45 sur une chaise parle avec la patiente.

46 **09h07** : Incision, la salle est silencieuse hormis les deux aides-soignantes qui discutent dans
47 un coin de la salle. Nous sommes 8 dans la salle : l'anesthésiste et l'IADE, l'obstétricien et
48 l'interne, la sage-femme, les deux aides-soignantes et moi.

49 **09h15** : Il s'agit d'une troisième césarienne, l'hystérotomie est donc plutôt longue. Puis
50 l'obstétricien déclare : « *J'ouvre la piscine* ». Il y a beaucoup de liquide amniotique,
51 l'enfant a du mal à sortir. « *J'appuie un peu sur le ventre* » prévient-elle. Cela ne suffit pas,
52 elle utilise les forceps.

53 **09h18** : Naissance. La sage-femme récupère l'enfant, l'essuie et la montre à sa maman. Elle
54 lui explique qu'il y avait beaucoup de liquide et qu'il n'a pas été facile de la faire naître. Ils
55 ont donc utilisé des forceps, elle aura des bleus aux oreilles qui disparaîtront en quelques
56 jours. Elle demande à la patiente comment elle va s'appeler « *Lilou* » répond Mme L. La
57 sage-femme la pose sur sa poitrine.

58 **09h22** : L'aide-soignante demande à la sage-femme si elle peut aller chercher le papa pour
59 l'installer en salle de réanimation néonatale. Elle quitte ensuite la salle de césarienne.

60 **09h25** : La sage-femme sort de la salle avec Lilou dans les bras et entre dans la salle de
61 réanimation néonatale. Papa est assis sur une chaise, l'aide-soignante lui tenait compagnie.
62 La sage-femme pose la petite fille sur une des deux tables. Elle explique à Monsieur les
63 difficultés de la naissance. Elle coupe le cordon et pèse Lilou : 3 190g. La sage-femme dit
64 « *Madame m'a fait comprendre que vous auriez souhaité faire du peau à peau avec votre*
65 *petite fille* », « *Ca m'est égal* » répond-il. « *C'est vous qui voyez, si vous préférez on peut*
66 *la mettre dans un berceau à côté de vous* » « *Oui je préfère autant* » ajoute-il.

67 **09h36** : La sage-femme entre dans la salle de césarienne. Elle annonce le poids. « *Ah c'est*
68 *le record* » dit la patiente. Je remarque que l'anesthésiste a quitté la salle.

69 **09h42** : L'obstétricien dit « il fait chaud ici non ? J'ai l'impression d'être dans un sauna ».
70 Puis la suture se termine en silence.

71 **09h47** : La suture de l'utérus est terminée. L'obstétricien enlève sa casaque stérile et va
72 voir la patiente, la félicite et lui dit que tout s'est bien passé. Elle quitte ensuite la salle
73 pendant que l'interne pose les agrafes.

74 **09h54** : La suture est totalement finie. L'interne sort de la salle. L'AS et la sage-femme
75 enlèvent les champs et nettoie la bétadine sur le ventre de la patiente. L'IADE apporte un
76 lit. Tous les trois réalisent le transfert de la patiente. La sage-femme lui explique qu'on va
77 l'installer dans la salle de réveil et que son conjoint et Lilou la rejoindra rapidement.

78 **10h06** : La patiente est installée en SSPI. L'IADE installe le scope.

79 **10h09** : L'aide-soignante accompagne Monsieur et la petite fille dans la salle. Elle installe
80 Lilou en peau à peau. Puis la sage-femme arrive pour faire le point sur les saignements.
81 Tout est parfait, nous les laissons profiter de ce moment tous les trois.

Observation n°1 – Maternité D

1 **La veille de la césarienne** : Je rencontre Madame et Monsieur L. en suites de couches. Je
2 me présente et leur explique brièvement mon projet, la patiente accepte immédiatement ma
3 présence pour la césarienne. Je discute ensuite avec le couple. Il s'agit d'une troisième fille,
4 et d'une troisième césarienne. Madame dit être habituée aux césariennes, elle appréhende
5 moins que pour les naissances précédentes. Elle est fatiguée et est pressée de pouvoir tenir
6 sa petite fille dans ses bras. Par curiosité, je demande au père s'il aurait souhaité pouvoir
7 être présent lors de l'intervention. Il me répond « *J'aurais bien aimé, mais*
8 *malheureusement ce n'est pas possible.* ». Mme ajoute : « *Ça peut être impressionnant pour*
9 *le papa, mais ça doit rassurer la maman.* ».

10 **Le lendemain matin, 07h45** : J'arrive en salle de naissance lors des transmissions. La
11 patiente est à 39SA et le fœtus est estimé macrosome.

12 **08h37** : Le couple arrive en salle de naissance. La patiente est dans son lit, amenée par deux
13 brancardiers. Monsieur l'accompagne. Le couple est installé en SSPI. L'équipe d'anesthésie
14 les accueillent. La perfusion est posée et un verre d'eau avec un comprimé d'Azantac® sont
15 donnés à la patiente. Je discute un court instant avec le couple. Ils ont eu des difficultés à
16 trouver le sommeil la nuit dernière. Puis, la sage-femme vient se présenter, Madame lui
17 donne les habits du bébé pour qu'elle puisse les mettre sur la table de réanimation.

18 **09h06** : L'ensemble de l'équipe médicale est prête, il est l'heure de rejoindre la salle
19 d'intervention située juste à côté. Un dernier bisou, Mr dit « *Ça va bien se passer, à tout à*
20 *l'heure* ». Nous accompagnons Mme L. dans le sas séparant la salle de naissance et le bloc
21 opératoire de gynécologie-obstétrique. La patiente quitte son lit pour être installée sur la
22 table d'opération. Avant d'entrer dans le bloc gynécologique, tous les professionnels
23 s'équipent d'une tenue verte foncée, d'un masque, d'une charlotte et de sur-chaussures puis
24 effectuent un lavage simple des mains. La salle de césarienne est la toute première pièce.

25 **09h09** : La porte coulissant s'ouvre. En face, 3 grandes vitres offrent une vue imprenable
26 sur la Loire. Juste devant ces fenêtres, se trouve le matériel d'anesthésie avec le scope. Mme
27 L. est placée au centre de la salle, la tête au niveau des fenêtres, les pieds vers la porte. A
28 sa droite, une grande étagère contient les gants stériles, les tubes de prélèvements sanguins
29 et le matériel de détersion. A côté de l'entrée, une 2^{ème} étagère comporte l'ensemble du
30 matériel nécessaire à la réalisation de l'hystérotomie et à sa suture. L'équipe demande à la
31 patiente de s'asseoir sur le bord du lit pour poser la rachianesthésie. La patiente est scopée.
32 Dans la pièce, sont présents, l'anesthésiste et l'interne d'anesthésie, l'IBODE, l'AS et un

33 interne en anesthésie en stage d'observation. La patiente craint la pose de la rachianesthésie.
34 Lors de sa dernière césarienne, le cathéter avait été installé après trois tentatives.

35 **09h18** : L'IADE réalise une détersion en quatre temps du dos de la patiente. Pendant ce
36 temps, l'IBODE explique à Madame les différentes étapes de la phase de préparation.

37 **09h20** : L'interne d'obstétrique et l'externe entrent dans la pièce, l'IBODE les aide à
38 s'habiller de façon stérile. Ils portent une casaque et deux paires de gants stériles. Mme
39 discute avec l'aide-soignante. Elle demande pourquoi le père ne peut être présent dans la
40 salle. L'aide-soignante lui explique que c'est lié à l'agencement de la pièce. La seule entrée
41 dans la salle est à l'opposé de la tête de la patiente, le père serait donc obligé de traverser
42 l'ensemble de la pièce. Mme tremble, elle a légèrement froid et est stressée.

43 **09h23** : L'interne d'anesthésie s'habille en stérile pour la pose de la rachianesthésie.
44 Pendant ce temps, l'interne d'obstétrique prépare le matériel pour la césarienne. Un champ
45 stérile est installé dans le dos de la patiente. L'anesthésiste et l'aide-soignante guident
46 Madame pour qu'elle prenne la meilleure position et facilite ainsi la mise en place du
47 cathéter.

48 **09h26** : L'interne d'anesthésie injecte l'anesthésie locale, installe le cathéter et administre
49 le produit anesthésiant.

50 **09h28** : La patiente s'allonge sur la table d'opération. Un oreiller est placé sous sa tête, un
51 drap recouvre sa poitrine, la chemise de l'hôpital est enlevée.

52 **09h30** : L'IBODE réalise une détersion en quatre temps de l'abdomen et du haut des cuisses
53 de la patiente. Mme demande à l'anesthésiste, restée à la tête de la patiente, « *Mes bras ne*
54 *sont pas anesthésiés tout de même ?* » L'obstétricien entre dans la salle, il s'habille en stérile
55 avec l'assistance de l'aide-soignante. La tension artérielle de Mme chute, une injection
56 d'éphédrine est réalisée.

57 **09h33** : La sonde urinaire à demeure est posée. La patiente se sent faible, elle vomit. Le
58 silence règne dans la salle, seul le scope résonne. L'IADE rassure la patiente « *ça va*
59 *passer* ».

60 **09h35** : La tension est toujours basse (TA = 92/55). L'anesthésiste et l'aide-soignante
61 lèvent les jambes de la patiente. L'ensemble des professionnels restent silencieux. Nouvelle
62 prise de tension, 12/7. L'anesthésiste dit : « *Quand le bébé sera sorti, ça ira mieux* ». La
63 femme répond : « *Ça ira mieux quand je serais sortie de la salle, surtout* ».

64 **09h38** : Nouvelle prise de tension, 13/7, la tension est correcte, l'équipe médicale installe
65 les champs opératoires. Un d'entre eux sépare la tête de la patiente, où est placée l'équipe
66 d'anesthésie, et le ventre de Mme, où s'exécutent l'obstétricien et l'interne d'obstétrique.

67 **09h40** : Incision. La salle est silencieuse, l'obstétricien guide par moment l'interne.
68 L'anesthésiste discute avec la patiente : « *Il fait un temps magnifique dehors, le ciel est bleu*
69 *et sans nuage* ». Elle explique également à la patiente que l'ouverture de l'utérus sera plus
70 longue que pour les grossesses précédentes. Elles évoquent les césariennes précédentes. La
71 patiente est soulagée que la rachianesthésie est été aussi bien et aussi rapidement posée.
72 L'anesthésiste la rassure : « *Tout se passe bien... Le papa est dans la salle de réveil en ce*
73 *moment, il attend* ». « *Il n'a pas dormi cette nuit* » répond Madame. Le médecin enchérit :
74 « *Ils le vivent de façon différente, mais tout aussi intense* ».

75 **09h44** : Nouvelle hypotension, une 2^{ème} injection d'éphédrine est réalisée. La sage-femme
76 entre alors dans la salle, elle a pour rôle de récupérer le bébé et de l'emmener en salle de
77 réanimation pédiatrique, où le papa attend. Nous sommes onze dans la salle.

78 **09h46** : L'anesthésiste signale : « *Tout va bien, la tension est bonne et ils progressent bien*
79 *de leur côté* » en désignant l'équipe obstétricale.

80 **09h47** : « *On ouvre l'utérus* » déclare l'obstétricien. L'anesthésiste dit à la patiente « *Vous*
81 *devriez pouvoir la voir, on va vous l'approcher* ». Un bruit d'aspiration résonne « *Là, ils*
82 *aspirent le liquide amniotique* ». Le gynécologue demande une ventouse à l'IBODE, il
83 appui sur le fond utérin.

84 **09h48** : Naissance. Le bébé crie. L'interne explique : « *On commence le clampage retardé*
85 *du cordon. On leur redonne une partie du sang que contient le placenta. C'est un énorme*
86 *bénéfice pour eux, même si ça ne dure qu'une minute* ». L'anesthésiste dit à la maman :
87 « *C'est un beau bébé, je dirais 4kg100 à peu près* ».

88 **09h51** : Clampage du cordon. La sage-femme récupère le bébé, s'approche de la maman et
89 la met sur la poitrine de Mme. « *Comment s'appelle-t-elle ?* » « *Capucine* » répond la
90 patiente. « *C'est un vrai nom de printemps* » déclare l'anesthésiste.

91 **09h53** : La sage-femme prend le bébé et dit : « *On l'apporte au papa* ». L'IADE vient
92 féliciter la patiente.

93 **09h57** : L'aide-soignante, qui était sortie en même temps que la sage-femme et le bébé
94 revient. Elle dit à la maman : « *Capucine pèse 4 665g, elle va bien* ». La femme demande

95 si le papa va bien, l'aide-soignante répond « *Oui il va bien aussi, il était impatient* ». Mme
96 ferme les yeux, le sourire aux lèvres.

97 **10h00** : Mon regard croise celui de la patiente, je me rapproche d'elle et la félicite. Je lui
98 demande comment ça va. Elle me répond « *Tout va bien, je savais que c'était un gros*
99 *bébé* ». Elle me demande ensuite si j'ai réussi à avoir toutes les informations que j'attendais.
100 Je la remercie et lui réponds que c'est le cas.

101 **10h13** : La patiente déclare : « *J'ai envie de dormir mais je n'y arrive pas* ». L'anesthésiste
102 l'encourage « *Laissez-vous aller... Dans vingt petites minutes, vous serez aux côtés de votre*
103 *mari et de Capucine* ». « *Elle va bien ?* » demande Mme à l'aide-soignante qui vient
104 d'entrer une nouvelle fois dans la salle. « *Oui, elle est en train de boire un petit peu de lait*
105 *avec une seringue* », lui répond-elle.

106 **10h15** : L'obstétricien signalent qu'ils ont terminé la suture de l'utérus et rassure la
107 patiente : « *Il n'y a pas de soucis* ». La patiente demande si la cicatrice sera faite avec des
108 fils ou des agrafes. On lui répond que ce sera des fils résorbables. « *On a jamais été aussi*
109 *près de la fin* » dit l'anesthésiste. « *Chaque seconde qui passe nous en rapproche* » ajoute
110 l'obstétricien.

111 **10h30** : L'obstétricien s'approche de la patiente et lui dit « *Félicitations, on a fini, il n'y a*
112 *pas eu de soucis. L'interne termine juste de suturer la peau* », puis, il quitte la salle.

113 **10h34** : « *C'est normal que mon pied recommence à bouger ?* » questionne Madame.
114 L'IADE la rassure « *Oui, du moment que vous ne ressentiez rien. C'est même bien, vous*
115 *récupérerez plus vite de l'anesthésie* ». La suture est terminée, les champs sont retirés.
116 L'interne d'obstétrique fait une expression utérine pour vérifier l'absence d'hémorragie,
117 puis elle quitte à son tour la salle, accompagnée de l'externe.

118 **10h45** : « *On va vous nettoyer, vous allez pouvoir voir votre petite fille, puis vous reposer* »
119 dit l'IADE. La bétadine est enlevée, une chemise propre est donnée à la patiente. On quitte
120 la salle.

121 **10h50** : Nouveau transfert dans le sas. Cette fois, la patiente retrouve son lit. La patiente
122 regagne la SSPI où attend son conjoint, en peau à peau avec sa petite fille depuis 10h10.
123 Capucine a déjà bu dix centilitres de lait à la seringue.

Observation n°2 – Maternité D

1 **La veille de l'intervention** : Je rencontre Mme A. dans sa chambre, en suites de couches.
2 Je me présente et lui explique mon travail. Mme accepte ma présence pour la naissance. Je
3 discute avec elle, c'est une quatrième césarienne. Elle a trois garçons, et pour cette
4 grossesse, c'est une fille. Elle connaît bien le déroulement d'une césarienne mais elle
5 appréhende toujours autant l'intervention. Mr est absent, il garde les aînés, il sera là demain.

6 **Le lendemain matin**, l'activité en salle de naissance est importante. Le dossier est très
7 rapidement évoqué lors des transmissions.

8 **09 h 30** : Madame A. arrive enfin en salle de naissance, dans son lit. Le brancardier l'installe
9 en SSPI. Monsieur les suit mais il n'est pas habillé de façon adéquate pour le bloc
10 obstétrical. Une étudiante sage-femme l'accompagne donc vers les vestiaires et lui donne
11 des sur-chaussures ainsi qu'une sur-blouse. La patiente est accueillie par l'interne
12 d'anesthésie, la sage-femme l'IADE qui lui pose la perfusion. Monsieur rejoint sa conjointe
13 et s'assoit dans le fauteuil. L'obstétricien est occupé à un accouchement, il va falloir
14 patienter. Je discute avec le couple. Monsieur me confie qu'il n'aurait pas voulu, s'il avait
15 pu, accompagner sa femme : « *ce n'est pas mon truc, rien qu'à la vue du sang je ne me sens*
16 *pas bien* ». Je lui dis que quand le père est autorisé à venir, il se met à la tête de la patiente
17 et ne voit donc pas le travail des obstétriciens, il me répond « *même comme ça, je me*
18 *sentirais mal à l'aise, j'aurais peur de faire un malaise* ». L'IADE explique au papa qu'il
19 restera dans cette salle lors de l'intervention. Dès que le bébé sera né, on viendra le chercher
20 pour qu'il puisse voir sa petite fille. Il répond « *super, c'est le moment magique* ».

21 **10h23** : L'obstétricien est disponible, nous pouvons installer la patiente au bloc opératoire.
22 Monsieur souhaite « *bon courage* » à sa conjointe juste avant l'entrée dans le sas séparant
23 la salle de naissance et le bloc gynécologique. L'équipe transfère la patiente sur la table
24 opératoire. J'ai déjà enfilé ma tenue de bloc opératoire, il me reste donc la charlotte, le
25 masque et les sur-chaussures à mettre et à réaliser un lavage des mains.

26 **10h26** : Nous entrons dans la salle de césarienne. Quatre professionnels sont
27 présents : l'anesthésiste et l'IADE préparent les solutés et scopent la patiente, l'IBODE et
28 l'aide-soignante sortent le matériel des armoires.

29 **10h31** : Les internes d'anesthésie et d'obstétrique entrent dans la salle, ils sont habillés en
30 stérile par l'IBODE. L'aide-soignante aide la patiente à s'asseoir pour la pose de la rachi-
31 anesthésie. Puis l'IADE nettoie le dos de Mme A. et assiste l'interne d'anesthésie. L'interne
32 d'obstétrique prépare la table d'opération.

33 **10h37** : La rachi-anesthésie est posée. La patiente est allongée, on installe ses bras sur les
34 appui-bras. L'IBODE commence la détersion de l'abdomen et du périnée.

35 **10h40** : Le GO entre dans la salle, il est habillé par l'aide-soignante. Il se présente à la
36 patiente, puis se dirige vers la table opératoire et explique le rôle de chaque instrument à
37 l'interne d'obstétrique.

38 **10h43** : L'IBODE a terminé la détersion et pose la sonde urinaire à demeure.

39 **10h44** : On attend la prise de la tension artérielle, la salle est silencieuse.

40 **10h45** : La TA est prise et est correcte (12/8), l'équipe d'anesthésie installe le champ
41 séparant la tête de la patiente et le reste de son corps. La sage-femme entre dans la salle.
42 L'équipe d'obstétrique termine la préparation du matériel et pose le champ stérile sur
43 l'abdomen.

44 **10h50** : Incision. L'anesthésiste explique à Mme qu'elle peut sentir ce qu'il se passe mais
45 que ce ne sera pas douloureux. La sage-femme ressort de la salle

46 **10h51** : L'étudiante sage-femme (ESF) entre à son tour dans la salle, elle enfle des gants
47 stériles et pose un drap stérile sur ses bras. C'est elle qui récupérera le bébé.

48 **10h52** : L'IDG d'anesthésie explique le déroulement de l'intervention à la patiente, il
49 essaye de la rassurer. L'obstétricien prévient Mme A : « *C'est une quatrième césarienne,*
50 *ça sera sans doute un peu plus long que les précédentes* »

51 **10h57** : Hystérotomie puis naissance. Le bébé crie immédiatement, un sourire apparaît sur
52 le visage, auparavant crispé, de Madame. L'obstétricien réalise un clampage retardé du
53 cordon, la petite fille continue de pleurer. « *Elle va bien ?* » demande la maman, « *Très*
54 *bien, elle se manifeste déjà bien* » répond l'IADE, « *On attend pour le clampage du cordon,*
55 *que tout le sang du cordon passe dans votre bébé* ».

56 **11h00** : L'interne d'obstétrique donne le bébé à l'étudiante sage-femme. Celle-ci se dirige
57 vers la patiente, pose la petite fille sur la poitrine de Madame, et demande à la maman son
58 prénom, « *Inès* » répond-elle.

59 **11h02** : Mme A fait un dernier bisou à son enfant, l'étudiante récupère la petite fille et
60 quitte la salle. Elle rejoint la salle de réanimation néonatale située à gauche juste après la
61 deuxième porte coulissante du sas. Je l'accompagne. La sage-femme nous attend et l'aide-

62 soignante part chercher le papa qui est resté en SSPI. Inès est posée sur la table de
63 réanimation, elle est toute rose et continue de pleurer. L'étudiante sage-femme lui coupe
64 son cordon, met un clamp et rassure le papa : « *Madame l'a vu et lui a fait un bisou* ».
65 « *Impeccable* » répond Mr. Il observe sa fille puis quitte la salle sans dire un mot.

66 **11h04 :** Inès est pesée : 2875g. La sage-femme repose la petite fille sur la table de
67 réanimation et lui met une couche, le papa revient et dit : « *la première d'une longue série* ».
68 On lui annonce le poids et la SF lui demande s'il préfère la prendre en peau à peau ou la
69 mettre en couveuse. Il opte pour le second choix. Inès continue de pleurer : « *Elle préférerait*
70 *son cocon, elle était au chaud. Mais il était temps pour elle d'en sortir* » déclare Monsieur.

71 **11h12 :** L'aide-soignante installe Inès dans la couveuse et accompagne le père dans la salle
72 de SSPI. La salle est vide, le papa et sa petite fille ne sont que tous les deux. L'étudiante
73 sage-femme dit à Monsieur d'appeler au moindre problème et quitte la pièce. Le papa reste
74 debout, à côté de la couveuse à regarder Inès, « *elle ressemble à ses frères* » me dit-il.

75 **11h46 :** Les portes du sas s'ouvrent, l'équipe du bloc gynécologique aide Madame à
76 regagner son lit. Ils entrent dans la salle de SSPI, scopent de nouveau la patiente et félicitent
77 les parents. La petite fille est éveillée et semble vouloir téter. Dès que l'IADE a terminé
78 l'installation de la patiente, l'aide-soignante prend Inès de la couveuse et la pose dans les
79 bras de la patiente. Je félicite une nouvelle fois les parents et les remercie d'avoir accepté
80 ma présence.

Observation n°1 – Maternité E

1 **13h00** : J'arrive en salle de naissance. Je suis accueillie par une aide-soignante qui
2 m'explique que la patiente est installée dans sa chambre en suites de couches en attendant
3 l'intervention. La césarienne est prévue à 14h. Mme A. est arrivée dès 10h00 au bloc
4 obstétrical pour faire un contrôle monitoring et compléter le dossier médical.

5 **13h20** : Je monte donc au premier étage pour rencontrer la patiente. Elle est allongée sur
6 son lit. Mr, assis sur le fauteuil, lit le journal. Je me présente et leur explique la raison de
7 ma venue. Ils acceptent tout deux que je sois présente lors de la césarienne. Mme A.
8 m'explique qu'il s'agit d'une troisième césarienne. La patiente a déjà eu deux césariennes
9 en urgence, dans l'ancienne maternité de l'hôpital, pour non mise en travail. Mr avait pu
10 assister à l'intervention derrière la vitre, comme ça se fait toujours aujourd'hui. Il me dit
11 avoir apprécié assister à la naissance de ses enfants même s'il aurait préféré être aux côtés
12 de sa femme lors de la césarienne.

13 **14h08** : La patiente arrive en salle de naissance. Elle est allongée sur son lit poussé par une
14 aide-soignante et le conjoint. Mme A. est installée en salle de réveil où elle est accueillie
15 par la sage-femme. Une perfusion de Voluven est branchée.

16 **14h15** : L'ensemble de l'équipe est prête. Dans le vestiaire, je m'habille d'une tenue
17 pourpre spécifique du bloc de césarienne. Puis après avoir mis une charlotte, un masque,
18 des sur-chaussures et m'être lavé les mains, j'entre dans la salle de césarienne.

19 **14h17** : Accompagnée de l'anesthésiste, la patiente entre dans la salle en marchant et
20 s'installe sur la table d'opération. La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture sortent
21 l'ensemble du matériel, l'IADE prépare des solutés, l'anesthésiste branche le scope. Ils
22 discutent des aînés de Mme A. La porte est située sur le côté gauche de la patiente. Au
23 niveau de ses pieds se trouvent deux vitres. La première donne sur la salle de réanimation
24 néonatale. La deuxième, plus petite, dans l'angle droit communique avec la salle réservée
25 au papa.

26 **14h19** : L'anesthésiste sort de la salle pour se laver les mains.

27 **14h21** : L'obstétricien et l'interne entre dans la salle, se présentent à la patiente puis
28 ressortent pour se laver les mains. L'anesthésiste entre de nouveau dans la salle, l'IADE lui
29 présente des gants stériles et lui sert le matériel pour la rachianesthésie.

30 **14h23** : J'aperçois Mr qui entre dans la petite salle qui leur est réservée, le volet est ouvert.
31 Il n'a pas eu besoin de s'habiller en tenue de bloc car l'accès à la pièce est au niveau de la
32 salle de naissance.

33 **14h24** : L'aide-soignante remarque le père derrière la vitre, elle ferme les volets et
34 m'explique qu'elle les ouvrira une fois que les champs seront installés. Pendant ce temps,
35 la sage-femme aide les obstétriciens à mettre leur casaque stérile.

36 **14h28** : La rachianesthésie est posée, la patiente s'allonge. L'anesthésiste dit à la patiente :
37 " la tension peut chuter, si vous ne vous sentez pas bien, vous nous le dites".

38 **14h30** : La sage-femme, aidée par l'auxiliaire, pose la sonde urinaire puis réalise la
39 détersion. L'obstétricien ironise sur la petite taille de la sage-femme qui doit monter sur un
40 marchepied pour pouvoir réaliser le sondage.

41 **14h35** : Les champs sont installés. L'auxiliaire ouvre les volets. Aux côtés de Monsieur,
42 une deuxième auxiliaire discute avec lui. Le conjoint, situé au niveau des pieds la patiente
43 ne peut pas voir sa compagne cachée par les champs.

44 **14h37** : La patiente fait un malaise, elle a envie de vomir. L'anesthésiste lui met un masque
45 d'oxygène.

46 **14h38** : Incision. Nous sommes sept dans la salle : l'obstétricien et l'interne, l'anesthésiste,
47 l'IADE, la sage-femme, l'auxiliaire et moi. L'obstétricien donne des conseils à l'interne.
48 L'IADE met des lunettes O2 à la patiente qui va mieux.

49 **14h43** : « *Il y a du liquide* » dit l'obstétricien, « *l'aspi ne marche pas* » ajoute-t-il. La sage-
50 femme règle le problème d'aspiration et l'IADE rassure la patiente, c'est le liquide
51 amniotique que l'on aspire.

52 **14h44** : Naissance. La patiente ne connaît pas le sexe de l'enfant, l'obstétricien lui montre
53 donc au-dessus du champ opératoire. La sage-femme récupère le garçon et le montre à son
54 papa derrière la vitre. Le papa sourit et quitte la salle pour retourner dans la salle de réveil
55 réservée au bloc obstétrical, où seront réalisés les premiers soins. La sage-femme
56 s'approche de Mme et lui pose son enfant sur sa poitrine. Elle explique à la patiente qu'elle
57 va lui mettre un clamp au niveau du cordon et le peser puis ensuite, elle revient la voir avec
58 bébé. Des larmes coulent sur le visage de la patiente.

59 **14h47** : La sage-femme quitte la salle avec l'enfant dans les bras et rejoint la salle de réveil
60 où l'attend le papa. Celui-ci préfère que la sage-femme coupe le cordon. Lois est pesé,
61 3 450g.

62 **14h53** : La sage-femme retourne en salle de césarienne avec le garçon pour le montrer à
63 nouveau à sa maman et lui annoncer le poids. Elles chuchotent, je ne peux entendre ce qui
64 est dit.

65 **14h56** : La sage-femme sort de la salle avec Lois dans les bras. Il va être installé en peau à
66 peau avec son papa en attendant la fin de la césarienne.

67 **14h59** : Je félicite la maman, nous discutons de sa grossesse qui s'est bien passée et de ses
68 autres enfants, âgés de 4 et 7ans.

69 **14h03** : L'anesthésiste quitte la salle.

70 **14h05** : L'obstétricien et l'interne continuent la suture. Avec l'IADE, ils discutent des
71 bêtises que peuvent faire les enfants.

72 **14h23** : L'obstétricien quitte la salle, l'interne termine la suture de la peau. La pièce est
73 silencieuse.

74 **14h34** : La césarienne est terminée. Mme est réinstallée sur son lit. Elle rejoint Lois et son
75 conjoint dans la salle de réveil. La sage-femme reviendra dans un quart d'heure pour le
76 mettre en peau à peau avec elle.

77 **15h30** : Lois est au sein, il tète efficacement. Je discute avec les parents. Madame me dit
78 avoir bien vécu sa césarienne. Cependant, elle a trouvé le temps de la suture assez long,
79 « *Ce n'est pas facile de ne pas l'avoir avec soi juste après la naissance* ». Monsieur me dit
80 ne pas avoir été impressionné par l'intervention, « *j'ai l'habitude maintenant* » dit-il en
81 rigolant.

82 En attendant de pouvoir faire des entretiens, je discute avec les aides-soignantes. Ce sont
83 elles qui restent aux côtés du conjoint lors de la césarienne. Je leur demande ce que
84 ressentent les papas derrière la vitre. La plupart du temps, ils sont accompagnés par une
85 auxiliaire qui leur explique le rôle de chaque personne dans la salle et ce qu'il se passe. Cela
86 permet de les rassurer car derrière la vitre, ils ne voient pas leur compagne et n'entendent
87 pas ce qu'il se passe dans la salle. Pour les papas les plus grands, elles leur demandent
88 parfois de s'asseoir pour éviter qu'ils aient une vue directe sur l'incision. Elles me disent que
89 pour certains ça peut être assez impressionnant mais qu'à posteriori les papas sont pour la
90 plupart contents d'avoir pu assister à l'intervention. Une auxiliaire se souvient d'un papa

91 qui a été très impressionné par le nombre d'instruments présents sur la table, « *ils ont besoin*
92 *de tout ça ?* » avait-il commenté.

93 Une aide-soignante me dit qu'ils ont essayé de faire entrer le père. Le problème est que
94 dans cette maternité, les anesthésistes changent très souvent, ils sont remplaçants et ne sont
95 donc pas connus des autres professionnels, obstétriciens et sage-femme. Lors d'une
96 césarienne, le père a été confondu avec l'anesthésiste, depuis ils n'ont pas voulu réessayer.

Observation n°2 – Maternité E

1
2
3 **13h15** : J'arrive en salle de naissance. La césarienne est prévue pour 14h. Je me présente à
4 l'IADE. Il m'explique qu'il travaillait à Paris auparavant et que le père pouvait être présent.
5 Pour lui, c'est important pour l'image de la maternité, c'est une demande de la part des
6 couples et ça permet d'attirer de nouvelles patientes.

7 **13h25** : Je monte en suites de couches pour me présenter à la patiente. Une sage-femme
8 m'interpelle et me demande de descendre la patiente au bloc obstétrical. Je prends donc un
9 fauteuil. Mme A. et son conjoint rangent leurs affaires dans le placard. Monsieur me
10 demande si elle doit emmener les habits de bébé, je lui réponds affirmativement. Je me
11 présente, Mme A. accepte ma présence dans la salle. Elle porte une blouse d'opération et
12 est perfusée. Mme A. s'assoit dans le fauteuil, Mr nous suit. Je discute avec le couple, il
13 s'agit de leur troisième enfant et de la troisième césarienne. Ils ont déjà deux garçons, cette
14 fois « *il paraît que c'est une fille* » dit la patiente. La grossesse s'est bien passée. Nous
15 entrons au sein du bloc obstétrical, je demande à Mr d'enfiler des sur-chaussures puis nous
16 nous dirigeons vers la salle de réveil. Tous deux s'installent dans la salle, je prévient la sage-
17 femme que la patiente est arrivée.

18 **13h55** : La sage-femme part se présenter à la patiente puis l'installe sur le lit avec le soutien
19 de l'aide-soignante. Elle lui pose le bracelet d'identification et lui donne un verre avec un
20 comprimé de Ravitidine®. L'aide-soignante demande au papa s'il souhaite voir la
21 naissance par la vitre, il répond que oui.

22 **14h12** : L'ensemble de l'équipe est prête, nous partons nous habiller dans le vestiaire. Je
23 suis la sage-femme et l'IADE jusqu'à la salle de réveil, ils aident la patiente à s'asseoir au
24 bord du lit puis l'accompagnent en marchant jusqu'en salle de césarienne. L'interne et
25 l'anesthésiste sont déjà présents, ils préparent le matériel pour la pose de la rachianesthésie.
26 Mme A. s'assoit au bord du lit, l'IADE nettoie le dos de la patiente. Pendant ce temps, la
27 sage-femme, tout en préparant le matériel pour la césarienne, discute avec la patiente. Elle
28 lui demande combien elle a d'enfants, leur âge et leur sexe... Puis Mme A. se retourne vers
29 les anesthésistes. L'IADE lui conseille de regarder devant elle. Elle répond « *Je voulais voir*
30 *l'aiguille pour l'anesthésie, vous m'avez dit qu'elle était fine* ». L'IADE, avec l'accord de
31 la patiente, lui montre une aiguille. L'aide-soignante entre dans la salle.

32 **14h15** : L'interne en obstétrique entre dans la salle, met une casaque stérile avec l'aide de
33 la sage-femme, puis enfle des gants stériles. Elle prépare ensuite son matériel.

34 **14h16** : L'obstétricien entre dans la salle, s'habille à son tour en stérile puis aide l'interne.

35 **14h18** : L'interne d'anesthésie réalise l'anesthésie locale puis se prépare pour la
36 rachianesthésie. La patiente est crispée, l'IADE tente de la rassurer. L'interne a des
37 difficultés à trouver l'espace, l'anesthésiste prend le relais. La sage-femme aide la patiente
38 à tenir la position. L'aide-soignante et l'IADE essaient de rassurer la patiente, lui
39 demandent où elle a mal. Mme A ne répond pas, elle crie par moment.

40 **14h34** : A la quatrième tentative, la rachianesthésie est posée. La patiente se détend, toute
41 l'équipe la rassure et la félicite d'avoir tenue la position. L'anesthésiste lui explique que ça
42 n'a pas été facile car sa colonne vertébrale n'est pas droite. Mme A. s'allonge sur la table.
43 La sage-femme et l'aide-soignante réalisent la toilette périnéale et posent la sonde urinaire.

44 **14h40** : Les champs sont installés. "Incision" déclare l'obstétricien. J'accompagne l'aide-
45 soignante en salle de réveil. Elle demande au papa de la suivre et appelle une de ses
46 collègues. Je les suis tous deux dans la petite pièce d'où on peut voir l'intervention. Quand
47 on arrive, les volets, commandés par l'aide-soignante présente dans la salle, s'ouvrent. Nous
48 avons alors une vue directe sur ce que font les obstétriciens, nous apercevons même le
49 ventre ouvert de la patiente. Nous ne voyons pas la patiente, elle est derrière les champs et
50 n'entendons pas ce qu'il se passe dans la salle.

51 Ils sont sept dans la salle : l'obstétricien et l'interne, l'anesthésiste, l'interne, l'IADE et la
52 sage-femme et l'aide-soignante. Le conjoint dit "Ah oui... C'est comme ça... C'est un peu
53 gore". L'aide-soignante conseille au papa de s'asseoir mais il ne veut pas, il souhaite prendre
54 des photos de la naissance. Elle lui demande alors de regarder ailleurs que l'opération et
55 déclare "Habituellement, la table d'opération est moins haute, on ne voit pas tout ça". Elle
56 tente de faire la conversation avec le conjoint, elle lui demande le sexe. Dans la salle, la
57 sage-femme et l'aide-soignante se mettent devant la vitre, ainsi, on ne voit plus le ventre de
58 la patiente. Ils semblent avoir des difficultés à sortir l'enfant. L'obstétricien et l'interne
59 appuient sur le ventre de la patiente. Cela ne semble pas efficace, l'aide-soignante donne
60 donc une ventouse à l'obstétricien. Monsieur ne regarde pas, il est concentré sur la chaise
61 située à droite de lui "je vous préviendrais quand on verra sa tête" rassure l'aide-soignante.

62 **14h47** : La ventouse lâche une première fois puis enfin, nous voyons la tête de l'enfant.
63 L'aide-soignante dit "C'est bon, on voit la tête, vous pouvez regarder" "Il me semble avoir
64 vu une petite fille" ajoute-t-elle. La sage-femme récupère l'enfant qui ne crie pas, elle sort
65 immédiatement de la salle sans la montrer à la maman. L'aide-soignante et Monsieur sortent
66 de la salle « *On va retourner en salle de réveil, vous allez pouvoir votre petite fille* ».

67 **14h50** : Arrivés en salle de réveil, je conseille au papa de s'asseoir en attendant que la sage-
68 femme et son enfant arrivent. En effet, comme il n'a pas crié à la naissance, la réanimation
69 a été commencée dans la salle réanimation néonatale accolée à la salle de césarienne. Nous

70 entendons le nouveau-né crié, je rassure le papa « *C'est votre petite fille, elle va bientôt*
71 *arrivée* ». En effet, quelques instants plus tard, la sage-femme entre dans la salle de réveil
72 avec l'enfant dans les bras. Elle la pose sur la table chauffante. Après avoir félicité le papa
73 et lui avoir montré que c'était bien une petite fille, elle lui demande s'il veut couper le
74 cordon. Le papa accepte et me demande de les prendre en photo. Monsieur tremble, la sage-
75 femme lui demande de s'asseoir sur le fauteuil : « *est-ce que vous avez des bouffées de*
76 *chaleurs ? Est-ce que vous nous entendez bien ?* » demande-t-elle. Le papa acquiesce, une
77 aide-soignante lui apporte un jus d'orange.

78 **14h56** : La sage-femme pose Emna sur la balance, 3380g. Puis après lui avoir mis une
79 couche et l'avoir emmitouflée dans des couvertures, elle prend la petite fille pour la montrer
80 à sa maman qui n'a pas encore pu la voir. Je l'accompagne donc en salle de césarienne.
81 L'équipe d'obstétrique réalise la suture. Elle pose Emna sur le ventre de la maman, la
82 félicite et lui confirme que c'est bien une fille.

83 **14h59** : La sage-femme quitte la salle pour retourner en salle de réveil, elle met Emna dans
84 les bras de papa.

85 **15h16** : La suture est terminée. L'obstétricien quitte la salle, l'aide-soignante et la sage-
86 femme nettoient la patiente puis l'installe au propre. L'IADE part chercher le lit puis après
87 avoir fait le transfert, l'installe en salle de réveil où elle retrouve son conjoint et son enfant.
88 Elle prend Emna en peau à peau.

ANNEXE 4 – ENTRETIENS

Entretien anesthésiste n°1 – Maternité A

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*
3 Donc j'ai fait l'internat puis mon clinicat à Paris. Et après j'ai travaillé comme praticien
4 hospitalier dans un hôpital à Saintes. C'était un bloc général, où il y avait un peu toutes les
5 chirurgies et notamment de l'obstétrique. Après j'ai déménagé à la Réunion, j'ai
6 essentiellement travaillé en chirurgie thoracique. J'ai aussi travaillé pendant deux ans au
7 Cambodge. Et là je viens d'arriver à la Clinique, c'est ma première garde en maternité.

8 *Et quand vous travailliez en maternité, est-ce que le père pouvait être présent en salle de*
9 *césarienne ?* Eh bien... La plupart du temps, oui, sauf s'il y avait un problème médical.

10 *Que pensez-vous de la présence des pères en salle de césarienne ?*
11 Moi je trouve ça très bien, parce que ça permet aux femmes de se sentir en confiance... J'ai
12 rarement vu des situations où ça c'est mal passé. Effectivement, une fois à Saintes, on a eu
13 un papa qui est tombé dans les pommes. Mais bon... globalement, on n'a jamais eu de
14 soucis particuliers et de toute façon, souvent, les pères nous préviennent quand ils ne veulent
15 pas venir, ils nous le disent avant. Après, on leur explique bien que s'il y a le moindre
16 problème ils ne vont pas rester. Globalement, ça c'est toujours très bien passé et pour les
17 femmes c'est vraiment plus agréable...

18 *Pensez-vous qu'il y ait d'autres difficultés lorsque le père est présent ? Hormis le risque*
19 *de malaise ?* Non... Je ne vois pas trop.

20 *Sa présence peut-il être un risque infectieux ?* Ah non, non pas du tout.

21 *Parce que c'est souvent un argument avancé par les opposants à la présence du père.* Non

22 *Est-ce que ça peut-être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?*
23 Eventuellement. Ça peut rajouter un petit peu de stress quand les parents sont extrêmement
24 stressés. Mais bon, je pense que ça fait partie de notre travail et ce n'est pas très gênant.

25 *Est-ce que sa présence modifie vos pratiques en tant qu'anesthésiste ?*

26 Non, je ne pense pas. Je ne vois pas trop pourquoi.

27 *Les discussions entre vous ou la patiente restent-elles les mêmes ?*

28 Eh bien... Oui... Peut-être qu'on parle un petit peu moins aux femmes que quand le papa
29 n'est pas là. Je pense qu'on est peut-être un peu plus présent à la tête s'il n'y a personne
30 d'autre. Alors que si le papa est là, on se décharge peut-être un petit peu, au niveau de
31 dialogue... au niveau contact. Ça c'est possible. On a moins à rassurer la maman. Le papa
32 est plus efficace que nous. Et nous, nous avons un rôle en moins à jouer, on peut plus se
33 concentrer sur ce qu'on fait... sur la technique et la gestion de l'anesthésie.

34 *Quand les pères refusent d'accompagner leur conjointe, quelles sont les raisons*
35 *évoquées ?*

36 Je pense essentiellement la peur. Parfois les mères ne veulent pas. Je me rappelle, une fois,
37 d'une dame qui n'a pas voulu et qui a même demandé à sa maman à elle d'être présente.

38 *Pour quelle raison? Elle avait peur de l'image qu'aurait pu avoir son conjoint d'elle ?*

39 Oui je pense, oui elle ne voulait pas qu'il la voit comme ça. Mais c'est pareil en salle
40 d'accouchement je pense. On peut avoir les mêmes problèmes.

41 *Est-ce que vous avez déjà eu écho, a posteriori, d'un mauvais vécu par le père ?*

42 Non, personnellement non. Mais c'est vrai que ce n'est pas ma pratique principale ces
43 derniers temps donc je ne m'en rappelle pas.

44 *Vous m'avez parlé du malaise d'un père à Saintes, est-ce qu'il y a d'autres images où la*
45 *présence du père vous a marqué ?*

46 Non, ce que j'aime bien c'est de voir l'émotion des deux. Mais sinon, des problèmes
47 particuliers, non, je ne m'en souviens pas.

48 *Parfois, la césarienne peut-être mal vécue par le couple. Est-ce que vous voyez d'autres*
49 *moyens d'améliorer ce vécu, que ce soit pour la mère ou pour le père ?*

50 Alors... je n'ai jamais vu faire en maternité, mais au bloc cardiaque, on utilisait beaucoup
51 l'hypnose. Il y avait pas mal d'infirmières qui étaient formées à l'hypnose et je pense que
52 ça, dans une salle de césarienne, ça pourrait être très bien aussi. Mais il faut avoir du monde
53 disponible et du monde formé.

Entretien anesthésiste n°2 – Maternité A

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 J'ai fait mon internat à Toulouse, puis j'ai travaillé pendant quatre ans à la Clinique
4 Mutualiste de Grenoble. J'ai essentiellement travaillé en salle de naissance dans ces deux
5 centres. Puis, je suis arrivée ici. Au final, j'ai toujours connu les pères en salle de césarienne.

6 ***Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?*** C'est normal.

7 ***Vous pensez donc qu'il y a des bénéfices ? Quels sont-ils ?***

8 Je pense qu'il y a un bénéfice pour la famille, on ne les remplacera pas. Ça rassure les
9 patientes, et c'est un lien familial. C'est une naissance, ce n'est pas une opération. Il n'y a
10 pas de raison qu'il n'y ait pas les familles, c'est dans l'ordre des choses.

11 ***Rencontrez-vous des difficultés lorsque le père est présent ? Quelles sont-elles ?***

12 Non, on s'adapte. S'il faut que l'on endorme la patiente, on leur demande de sortir. Ils s'en
13 rendent en général compte tout seul et demandent seul à sortir. Pour moi, il n'y a aucune
14 difficulté. Je n'ai jamais rencontré de difficultés.

15 ***Le fait qu'il soit présent est-il selon vous un risque infectieux supplémentaire ?***

16 Je ne pense pas. Il porte un masque et une charlotte. Il a la même tenue que nous, donc je
17 ne vois pas pourquoi sa présence serait à l'origine d'infections.

18 ***La présence du père peut-elle être une surcharge de travail pour l'équipe ?***

19 Je ne pense pas non plus, on s'adapte.

20 ***Ici, c'est proposé systématiquement lors des césariennes programmées. Comment ça se***
21 ***passe lors des césariennes en urgence ?***

22 Alors si les patientes ont des anesthésies locorégionales, on les fait entrer. Si on endort les
23 patientes, en général, ils ne viennent pas avec nous. Mais sinon, on essaye au maximum
24 qu'ils soient là.

25 ***Une des difficultés évoquées est la peur du malaise, comment gérez-vous cette situation ?***

26 Je leur dit de s'asseoir par terre, je pense qu'il ne faut pas qu'ils essayent de partir. Il y en a
27 qui font des malaises, ils s'assoient par terre et ça passe.

28 ***Du coup, qui est-ce qui s'en occupe ?***

29 S'ils ne tombent pas droit debout, on n'a pas vraiment besoin de s'en occuper. Sinon ça
30 dépend, nous, l'auxiliaire, la personne qui est autour.

31 ***Avez-vous une estimation du pourcentage du père présent lors de la césarienne ?***

32 Ça va faire trois ans que je suis ici, et je dirais qu'ils sont toujours là. Ceux qui ont peur, je
33 leur dit qu'ils ne verront pas. Ils peuvent venir voir et je leur dit que s'ils veulent sortir ils
34 peuvent sortir. Moi depuis que je suis là, je dirais qu'ils étaient toujours là. Sauf pour une
35 patiente, qu'on a endormi en salle de naissance et non en salle de césarienne.

36 ***Avez-vous déjà eu écho d'un père qui a un mauvais souvenir de la césarienne ?***

37 Il y en a qui ne vivent pas bien le fait qu'on baisse le champ, c'est pour ça que moi je leur
38 pose la question. Je pense que pour baisser le champ, il faut leur laisser le choix. Parfois,
39 certains professionnels le baisse complètement et systématiquement, je ne suis pas sûr que
40 ça soit bien vécu par tout le monde. Après, il y en a qui ne le vivent pas bien parce qu'ils
41 regardent dans le scialytique. Donc moi je leur dit juste qu'il ne faut pas regarder dans le
42 scialytique si cette vision-là les gênent. Et, nous on ne les revoit pas en post-partum, donc
43 peut-être qu'il y en a qui l'ont mal vécu et que je ne suis pas au courant. Cependant, je n'ai
44 jamais vu un père refuser complètement. J'ai eu des pères réticents, mais jamais
45 complètement opposé, alors que pour un certains nombres de patientes il s'agit d'une
46 deuxième ou d'une troisième césarienne. Donc ils l'ont déjà vécu et ils reviennent, ça veut
47 bien dire qu'ils ne l'ont pas si mal vécu.

48 ***Pensez-vous que le père, du fait de sa présence, modifie la pratique des professionnels ?***

49 Je ne pense pas. Personnellement, non. Après j'ai toujours travaillé comme ça, j'ai été formé
50 comme ça donc je ne vois pas ce que ça peut changer. Je ne vois pas comment on peut faire
51 différemment, ce qu'on peut dire différemment. Les patientes sont réveillées donc il y a
52 toujours quelqu'un qui entend ce qu'il se passe.

53 ***La césarienne peut être mal vécu par les patientes, voyez-vous d'autres moyens de***
54 ***rassurer la patiente et de favoriser l'implication du père ?***

55 Les faire venir à pied (*rires*). C'est une naissance. La réhabilitation précoce ça améliore les
56 choses, enlever les sondes, les déperfusion. Après, je pense que ça s'entoure, c'est une
57 naissance. Il faut leur expliquer comme ça aussi. Il ne faut pas prendre ça comme un échec.
58 Si l'équipe autour vit ça comme un échec, notamment en cours de travail, forcément la
59 patiente va le vivre comme un échec. Pour les césariennes programmées fixées à la
60 consultation du 8^{ème} mois, on essaye de rencontrer les patientes qui seront césarisées le jour
61 de nos gardes lors de la consultation d'anesthésie. Il est plus intéressant pour tout le monde,
62 à la fois pour nous mais aussi pour la patiente, de se rencontrer avant

Entretien obstétricien n°1 – Maternité A

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Eh bien, j'étais interne en région parisienne, j'étais chef de clinique à la faculté Paris-Ouest
4 et à l'hôpital Foch. Et je suis arrivé ici en avril 2011.

5 *Et à Paris, est-ce que le père pouvait aller en salle de césarienne ?* Non

6 *Qu'est-ce que vous pensez de la présence du père en salle de césarienne ?*

7 Que c'est très bien, ça permet que les choses se fassent calmement, de rassurer la maman.

8 *Est-ce que vous pensez qu'il y ait des difficultés, des obstacles ?*

9 Oui, les obstacles c'est... l'anesthésie générale dans les contre-indications. Et puis, s'il y a
10 un contexte anesthésique un peu compliqué : hypertension très importante, des risques
11 d'hémorragies importants, des choses comme ça.

12 *Est-ce que vous pensez que ça puisse être un risque infectieux supplémentaire ?* Non

13 *Est-ce que ça peut être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?*

14 Non, du tout. On a l'aide-soignante ou l'auxiliaire puéricultrice qui fait habiller le père, elle
15 en a pour trente secondes pas plus.

16 *Est-ce que l'agencement des locaux est important dans l'acceptation du père en salle de*
17 *césarienne ? Ici, vous avez deux portes, dont une au niveau de la tête de la patiente, où le*
18 *père peut entrer, était-ce nécessaire pour autoriser le père ?*

19 Je ne pense pas, il y a toujours moyen...

20 *Ici, c'est une proposition systématique faite aux pères, vous l'évoquez lors des*
21 *consultations de grossesse ?*

22 Sur une césarienne programmée mais si c'est une césarienne en cours de travail, on le fait
23 au moment de la proposition de césarienne.

24 *Est-ce que vous avez une estimation du pourcentage de pères présents en salle de*
25 *césarienne ?* Plus de 90%.

26 *Et quand le père refuse, est-ce que vous avez une idée des raisons ?*

27 Alors déjà, c'est rare qu'ils refusent. C'est qu'ils ont peur de la vue du sang ou d'être dans
28 un bloc opératoire, essentiellement.

29 *Est-ce que c'est arrivé que des pères aient exprimé des regrets à avoir assisté à la*
30 *césarienne ?* En tout cas, pas devant moi.

31 *Est-ce que vous pensez que ça présence peut influencer vos pratiques ?*

32 Oui parce que parfois, ils demandent qu'on baisse le champ au moment de la naissance du
33 bébé, c'est essentiellement ça.

34 *En ce qui concerne l'expression verbale ?*

35 Eh bien... peut-être qu'on parle moins aux patientes, parce que justement ils sont entre-eux,
36 tous les deux, avec l'anesthésiste aussi. Peut-être qu'on communique un petit peu moins
37 avec la présence du père.

38 *Est-ce que ça vous permet d'être plus concentré sur vos actes ?* Non, pas forcément.

39 *Vous me disiez que le père ne pouvait pas être présent quand vous étiez sur Paris, quand*
40 *vous êtes arrivé ici, est-ce que vous aviez des craintes face à cette présence ?*

41 Oh oui, peut-être un peu, effectivement. Comme je n'avais pas l'habitude, oui.

42 *Quelles étaient ces craintes ?* C'est le fait qu'il soit présent si les choses se compliquent

43 *Devoir faire face à sa réaction ?*

44 Oui tout à fait, d'être obligé de gérer une personne supplémentaire en cas de complication
45 de la césarienne.

46 *Est-ce que vous avez en tête des images où la présence du père vous a marqué ?*

47 Eh bien, ça se passe globalement très bien mais on a eu, il y a un mois, un père qui est tombé
48 dans les pommes. Un père qui est tombé sur la sage-femme, donc au bloc... Au final, il ne
49 s'est rien passé d'extraordinaire. Mais il a fait un malaise vagal deux heures après. Après la
50 césarienne, encore, et il a fait tomber le bébé...

51 *Il y a eu des conséquences ?*

52 Il n'y a pas eu de séquelle, rien du tout mais voilà. On a eu peur. Ça peut arriver quand
53 même, un malaise vagal d'un papa, comme ça arrive sur un accouchement voie basse.

54 *Il y avait quelqu'un avec le papa à ce moment-là ?*

55 Oui, la sage-femme. Alors au bloc, il ne s'est rien passé. Le souci, ça été justement, il était
56 tranquillement assis, deux heures après l'accouchement avec son bébé, sur la chaise et
57 même dans un fauteuil, il a réussi à tomber du fauteuil...

58 *Ah oui quand même...* Ah oui, c'est fort. Ce n'est a priori pas lié à la césarienne...

59 *Le fait qu'il a eu un malaise en salle de césarienne ne peut-il pas avoir un lien avec ce*

60 *deuxième malaise ?* Peut-être, on ne sait pas.

61 *Parfois, la césarienne peut être mal vécu par les patientes, quelles peuvent être les autres*

62 *méthodes pour améliorer se ressenti ?* Là, on est en dehors de la présence ou non du père ?

63 *Oui* Alors, je pense qu'il faut d'abord bien leur expliquer. Il faut répondre à leurs questions

64 avant de partir en césarienne. Voilà... Après la présence de la musique pendant la

65 césarienne, ça peut être pas mal aussi.

Entretien obstétricien n°2 – Maternité A

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
 2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*
 3 Donc moi je suis angevine de formation, j'ai fait toutes mes études à Angers, mes deux ans
 4 de clinicat à Angers, j'ai remplacé à la Clinique de l'Anjou. J'ai eu mon clinicat, 2ans, et
 5 après je suis arrivée à Saint Sébastien, quand on était à St Sébastien. Et après, ici, ça fait
 6 treize ans que je travaille à la Clinique.

7 *Vous avez connu des césariennes sans papa à Angers ?* Oui.

8 *D'accord. Qu'est-ce que vous pensez de la présence du père en salle de césarienne ?*
 9 Eh bien, moi je trouve que c'est très apaisant pour les mamans, c'est rassurant. Le fait de
 10 se dire, que dès les premiers contacts avec le bébé, le papa va être présent puisqu'elles,
 11 elles ne peuvent pas être là. C'est important pour elles. C'est avant tout rassurant, tu vois.
 12 Le fait que, quand on commence il est là, ça détourne leur attention de ce que l'on fait nous.
 13 Et puis, tu vois bien, même si j'ai un peu de temps d'extraction, pour celui-là où le bébé
 14 sort vite, la maman se concentre sur ce que fait son conjoint. Souvent, eh bien, tu as vu,
 15 c'est ce qu'il a fait, il revient pour lui dire que tout va bien, qu'il est beau... Et moi, je trouve
 16 que ça dédramatise toute la césarienne, tu vois, là elle dit '*Ce n'est pas comme en*
 17 *urgence*', même si en urgence je pense qu'il était là aussi son conjoint. Je pense que
 18 vraiment... Ce n'est pas gênant pour moi, ce n'est pas gênant pour l'anesthésiste. Bon,
 19 quand il tombe dans les pommes, ça arrive, mais en général on arrive à peu près à savoir
 20 qui fait quoi. On se débrouille bien. Tu as vu, ils ont un siège avec un dossier, on a vraiment
 21 fait attention à ça. Et puis, on a beaucoup travaillé sur l'accueil du bébé en césarienne, à
 22 savoir que ça reste le moment de la naissance de leur bébé, un moment... Voilà ce n'est
 23 pas intime parce qu'il y a plein de monde mais c'est un moment important, on essaie,
 24 surtout sur les césariennes programmées, où ça se passe tranquillement, de prendre notre
 25 temps. Après qu'ils soient tous les trois, deux heures en surveillance, le conjoint est là, si
 26 la maman est fatiguée, c'est lui qui fait du peau à peau. Là elle va faire du peau à peau et
 27 le mettre au sein dès qu'il veut. C'est aussi important.

28 *Souvent, le risque infectieux est un risque évoqué par ceux qui sont contre...*

29 Eh bien, je ne vois même pas. On a pas plus d'infections que les autres et je ne vois pas
 30 pourquoi... Tu vois, il est en tenue comme nous, ils ne sont pas plus sales que nous, les
 31 gens globalement. Après, dire qu'on n'a pas la même population qu'ailleurs, je crois que
 32 c'est n'importe quoi, ce n'est pas vrai. Et puis, non, il s'est lavé les mains, il s'est désinfecté

33 les mains puis il est passé. Les filles [aides-soignantes] sont très vigilantes. Dès qu'il va
 34 toucher bébé, il faut que ses mains soient propres et puis les gens, ils ne sont pas stupides,
 35 ils savent bien. Et je pense que ce n'est pas un argument.

36 *En cas de malaise, qui est-ce qui s'en occupe ?*

37 C'est la panseuse en général... ou l'anesthésiste. Tu vois dans la salle, on a la panseuse qui,
 38 elle, est un peu disponible, l'anesthésiste qui peut faire, l'auxiliaire-puéricultrice et il y a
 39 une sage-femme qui accueille le bébé. Ça fait quand même du monde pour s'en occuper.
 40 Et quand c'est de jour, il y a le bloc à côté, il y a plein de monde au bloc, on peut toujours
 41 appeler une deuxième panseuse si besoin.

42 *C'est proposé systématiquement à tous les couples ?*

43 Eh bien... A la limite, je dirais, ce n'est pas proposé c'est comme ça. Je dis... Quand
 44 j'explique, en général, je pose la date de césarienne au 8^{ème} mois et à la visite du 9^{ème} mois,
 45 j'explique comment vont se passer toutes les étapes. Je dis '*Donc voilà, Mme va passer au*
 46 *bloc, Mr va aller s'habiller, vous allez venir à tel moment*'. Ce n'est pas que je ne veux pas
 47 leur laisser le choix, s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas, ça ne me dérange pas. Mais
 48 c'est vraiment dans nos habitudes. Et moi, j'ai déjà fait des césariennes à des gens qui
 49 venaient d'ailleurs parce qu'ici, ça se passait comme ça. C'était un argument que le papa
 50 soit là. Après, quand je sens bien qu'il ne veut pas, c'est rare, c'est vraiment très rare... Je
 51 ne me souviens pas de beaucoup de papas qui ont dit '*Je ne mettrais pas les pieds au*
 52 *bloc*'. Ils sont dans la petite salle de réa bébé, ils sont avec leur bébé et voilà.

53 *Vous m'avez parlé de l'anesthésie générale, où le père ne peut pas être présent...*

54 L'extrême urgence et l'anesthésie générale, oui. C'est-à-dire, par exemple, on peut faire
 55 une césarienne sous péridurale et puis ça ne marche pas bien, elle a un peu mal. Auquel
 56 cas, on l'endort et à ce moment-là, le papa, il ne reste qu'avec son bébé. On ferme la porte,
 57 il y a une porte entre les deux, on ferme la porte. Mais là, ils le savent, mais c'est rare, c'est
 58 1%.

59 *Est-ce que le fait que le père soit présent en salle de césarienne peut modifier vos*
 60 *pratiques ?*

61 Non, du tout. Au début, je m'étais posée la question. Après, tu vois, là c'était une extraction
 62 pas très difficile, on a pire. Mais, ça veut dire, non, parce qu'on a aussi une façon de parler
 63 très soft parce que de toute façon la maman est là. Alors lui est plus... Je ne sais pas si tu

64 as vu, à un moment, il me regardait, il est grand en plus ce papa donc il voyait au-dessus.
65 Non, on s’habitue, ça ne me gêne pas. Après, moi je parle, je leur dit, ils savaient que ça
66 pouvait être compliqué. Je leur aurais dit au fur et à mesure si ça avait compliqué. Je pense
67 que c’est important de savoir ne pas trop montrer son stress, quand c’est des extractions
68 instrumentales, de savoir, par exemple, demander ‘ ‘*combien il y a dans le bocal ?*’ ’ pour
69 que l’anesthésiste l’entende et ne pas dire ‘ ‘*combien ça saigne ?*’ ’... Enfin, tu vois, il y a
70 une façon de parler mais franchement que le père soit là ou pas, ça ne change pas... Il y a
71 la maman qui entend et... Non... Après il y a des pères qui voulaient absolument être
72 debout pour regarder, ça, je trouve ça un peu voyeur, je n’aime pas beaucoup. J’en ai un
73 qui a tout filmé, la césarienne. Bon, je ne vois pas l’intérêt.

74 ***Vous acceptez quand même ?***

75 Oui, je leur dis en général de rester assis, point (*rires*). Mais ça m’est arrivé et je n’ai pas
76 dit non.

77 ***Aux toutes premières césariennes où le père pouvait être présent, aviez-vous des***
78 ***crainces ?*** C’était il y a treize ans, alors j’ai oublié. A Angers, quand j’étais chef, il y a un
79 monsieur, qui est quelqu’un de très sympa et qui acceptait, lui, de temps en temps,
80 d’accepter qu’il y ait un père. Et puis, oui je pense que j’ai dû avoir une certaine
81 appréhension, de se dire, il va être plus dans la surveillance de ce que je fais, et puis voilà.
82 Mais vraiment, ça n’a pas duré longtemps. Et puis, ils sont un peu impressionnés quand
83 même d’aller au bloc donc... Sauf quelqu’un qui sont vraiment très attentifs à tout, mais
84 globalement, ils sont avec leur femme, ils ne sont pas tellement avec nous.

85 ***Pensez-vous que la disposition des locaux peut être un frein ? Par exemple, si vous***
86 ***n’aviez la porte à la tête de la patiente, est-ce que ça pourrait remettre en question la***
87 ***présence du père ?***

88 Alors, nous, on a quand même un accès sur le côté, sans passer par le bloc. C’est sûr que
89 s’il faut... C’est hors de question, parce que les portes du bloc, sont tout le temps ouvertes,
90 enfin pas tout le temps, mais... C’est hors de question, que s’il fallait traverser le bloc, ce
91 n’est pas possible. Il faut qu’on est notre bloc dédié, et on a notre bloc dédié, sur le côté
92 pour nous et ils ont leur passage spécifique, c’est important.

93 ***Et s’il n’y avait pas ce passage ?*** On le ferait quand même, mais ça serait moins bien.

94 ***La césarienne peut-être difficilement vécue par les patientes, est-ce que vous voyez***
95 ***d’autres moyens de faciliter ce vécu ?***

96 C’est un peu ce qu’on a fait. A savoir, c’est important que ce soit le gynéco qui connaisse
97 bien la femme qui fasse la césarienne. Tu vois, j’ai mis de la musique. Il n’y a pas pleins

98 de gens qui rentrent et qui sortent. C’est important ça. Et puis, montrer le bébé qui sort...
99 Et moi je trouve, ce qui est fondamental, c’est d’avoir anticipé toutes les étapes, dire que
100 ça va bouger, qu’elles vont sentir des choses, etc., pour qu’elles ne soient pas stressées.
101 Bon, elle n’était pas très stressée la patiente aujourd’hui, on a pire.

102 ***Et le faite que ce soit une deuxième césarienne, qu’elle soit programmée...***

103 Oui, et puis ça c’était vraiment compliqué la première, donc voilà.

Entretien sage-femme n°1 – Maternité A

Est-ce que tu peux rapidement me raconter ton parcours professionnel – votre formation, les différents lieux où vous tu as travaillé ?

Alors, moi j'ai fait ma formation à Nantes, donc je suis diplômée depuis 2011. Ensuite j'ai travaillé un an au CHU entre le service de grossesses à haut risque et la salle de naissance. Je suis arrivée ici en juillet 2012. Ici, je tourne sur la salle de naissance, les suites de couches, la préparation à la naissance, et cet été je commence les consultations de grossesse et les consultations d'acupuncture aussi.

Ça tourne pas mal entre vous, c'est bien. Qu'est-ce que tu penses de la présence du père en salle de césarienne ?

Eh bien... J'ai envie de dire que c'est un luxe, mais en même temps, ça ne devrais pas être un luxe. Ça change vraiment le rapport avec le couple. Quand je parle de ça avec les patientes, en cours de préparation à la naissance, quand tu leur dis que le conjoint peut venir, tu sens qu'il y a un soulagement. Le père peut se dire : « Ah oui, je serais quand même là pour mon bébé, je serais là pour ma femme ». Et la femme, elle se sent moins seule. Et en même temps, ils ont peur de rentrer dans un bloc, il y a cette ambiguïté-là. Mais globalement, c'est plutôt très bien reçu par les patients. Et moi, ça me semble un vrai confort, ça rassure la patiente, et le papa aussi je pense.

Pensez-vous qu'il y ait des difficultés ?

Eventuellement, la difficulté à laquelle on pourrait penser c'est lors des urgences, par exemple, ça commence à saigner, les hémorragies. Mais au final, ils sont dans leur bulle, dans la découverte de leur bébé donc même si on sent que ça commence à devenir un peu plus compliqué, qu'il y a plus de surveillance médicale à mettre en place, on peut aussi lui dire : « ça commence à faire un peu plus frais dans le bloc, on va vous installer à côté avec votre bébé ». Et puis au final, le papa il n'a pas forcément perçu qu'il y avait des tensions. Je n'ai pas cette impression-là. Ils ne se rendent pas forcément compte de ce qu'il se passe autour d'autant plus qu'ils sont derrière le champ, en fait, il ne faut pas oublier ça.

Oui, ils sont vraiment juste à côté de leur conjointe. Qui s'occupe du père s'il fait un malaise ? Alors ça, c'est toujours pénible (rires).

Ça arrive souvent ?

Non, mais quand ça arrive... Alors souvent, il y a l'auxiliaire qui est là pour récupérer le bébé, et il y a toujours une sage-femme qui se détache de l'équipe pour faire l'accueil du bébé. Donc au final, tu as deux personnes qui sont au niveau de la tête, il y a aussi l'anesthésiste, l'IBODE. Donc il y a quand même du monde. Ce n'est pas instauré qui fait

quoi quand il y a un papa qui fait un malaise, c'est qui est à côté quand le papa fait un malaise, c'est plutôt ça.

Est-ce que tu penses que c'est une surcharge de travail, La présence du père ?

Eh bien, non. Non, enfin, je n'en ai pas l'impression.

S'il n'y avait pas la porte au niveau de la tête de la patiente, est-ce que ça serait gênant qu'ils doivent entrer par la porte située sur le côté ?

C'est assez récent en fait que l'installation de la salle est comme ça, en fait. On était perpendiculaire, ce qui veut dire que le père rentrait sur le côté [et non à la tête] et en fait, ça fait peut-être un an qu'on s'est dit, c'est stupide d'être installé comme ça. Ce n'est pas pratique pour faire entrer les papas, donc on a changé. Mais ça faisait des années que c'était dans l'autre sens. Et ils entrent quand le champ est installé, donc il n'y a pas de sang, il n'y a rien.

Oui, ce n'est pas commencé quand il entre. Après la naissance, il fait quand même des allers-retours [entre sa femme et son bébé]...

Oui, c'est plus après. Du coup, il faisait des allers-retours vers la partie réanimation néonatale, et où du coup, potentiellement, il voyait du sang. Mais après ils étaient avec leur bébé, et nous, on se positionnait de façon à ce que ça ne soit pas trop visible. Mais il y avait beaucoup plus de choses à voir. Là je pense que c'est quand même moins impressionnant.

Comment ça se passe en cas de césarienne en urgence ? Il peut aussi entrer en salle de césarienne ?

Oui. Sauf si c'est une anesthésie générale, dans ce cas-là c'est la seule raison pour laquelle le papa n'entre pas. Sinon, s'ils le souhaitent, même en urgence, ils suivent le brancard quand on va en salle de césarienne. On leur dit de s'arrêter à la porte, le temps que l'auxiliaire revienne, et hop, on les accompagne vers leur vestiaire. Et ils rentrent quand les champs sont mis. Même sur des césariennes en urgence, tu as toujours un temps de préparation, détersion, habillage... Donc lui il a le temps de s'habiller et il arrive quand les champs mis. J'ai toujours vu des papas qui voulaient être présent lorsqu'il n'y avait pas d'anesthésie générale, ils ont toujours pu être là. Ce n'était pas... Ce n'est pas trop le bazar en fait. Ils sont grands, ils se prennent en charge.

Est-ce que tu penses que sa présence peut changer les pratiques des professionnels ? Est-ce que quand il n'est pas là ça se passe différemment ?

J'ai envie de dire que je ne ressens pas ça ici, parce qu'en fait, c'est tellement habituel d'avoir le père qu'on ne réalise pas vraiment quand il n'est pas là. Mais je pense effectivement que si tu compares à d'autres endroits où les pères ne sont jamais là... il y a

69 peut-être une asepsie verbale... et encore, je ne sais pas, parce que la patiente elle est tout
70 de même consciente. Je ne sais pas si ça change vraiment quelque chose. Après
71 évidemment, tu prends une certaine attention parce qu'il y a une personne supplémentaire
72 et que tu veux savoir comment elle va, tu lui proposes de faire des choses, tu l'accompagnes
73 dans les soins avec son bébé. C'est plus dans ce sens-là que ça change nos pratiques, mais
74 c'est tout.

75 ***Est-ce que tu as une estimation du pourcentage de pères qui viennent en césarienne ?***
76 Quasiment tous je dirais.

77 ***As-tu déjà eu des pères qui refusaient d'aller en salle de césarienne ?***
78 Oui, enfin très rarement, c'est pour ça que je dis quasiment tous. J'en ai deux en tête qui
79 n'ont pas voulu.

80 ***Quelles sont les raisons évoquées par ces papas ?***
81 Souvent c'est la phobie des hôpitaux. Déjà, d'être là, c'est compliqué, d'être dans un milieu
82 hospitalier. Donc là, d'aller dans un bloc, c'est encore plus compliqué. Mais c'est vraiment
83 des peurs très avancées parce que souvent quand les femmes disent « Non, moi j'ai envie
84 que tu sois là », nous on leur dit « Vous serez derrière le champ, vous n'allez rien voir, vous
85 ne voyez pas de sang ». Au final, au fond d'eux, ils ont envie quand même d'y aller. Ils ne
86 savent pas s'ils en sont capables mais si on les rassure sur ça, ils y vont sans hésiter.

87 ***As-tu connaissance de pères qui ont mal vécu le fait d'avoir assister à la césarienne ?***
88 Je n'ai pas reçu ce genre de témoignage mais on ne sait pas ce qu'ils en ont pensé six mois
89 plus tard.

90 ***Te souviens-tu des premières césariennes, ici, où le père était présent ? Comment l'as-tu***
91 ***vécu ? Avais-tu des craintes ?***
92 Oui, j'ai trouvé que c'était bien. Ici, on fait l'aide opératoire donc j'étais plus là-dedans
93 (*rires*)... Mais je trouve que ça apporte une sérénité pour les patientes en fait et du coup, à
94 partir de là, même notre travail à nous il est plus simple. Tu peux aussi être plus concentré
95 sur la technicité de tes gestes, parce que l'accompagnement psychologique il est soutenu
96 par le papa, quoi. Moi c'est ce que je ressens en tout cas.

97 ***Oui c'est vrai, là, la patiente était toujours avec le papa, elle pense à autre chose, il n'y***
98 ***pas besoin de beaucoup lui parler. Et il y a l'anesthésiste au cas où...***

99 ***Parfois, la césarienne peut-être mal vécu par les patientes, voire par le père, as-tu des***
100 ***idées d'améliorer ce ressenti ?***

101 Je pense que sur les césariennes en urgence, quand tu sens que ça été moyennement bien

102 accepté, un truc qui va vraiment changer la donne, c'est de repasser les voir en suites de
103 couches. C'est vraiment d'en rediscuter, « Vous avez bien compris ce qu'il s'est passé ?
104 Pourquoi la prise de décision ? ». Sur des anomalies de tracés, leur dire si on a trouvé une
105 cause à ça, est-ce qu'il y avait un circulaire... Que les patients aient bien compris que ce
106 n'était pas une décision arbitraire et qu'ils soient maître de ça et qu'ils soient capables
107 d'expliquer ensuite. Parce que, parfois, en cours de préparation ou même en consultation,
108 quand elles t'expliquent pourquoi elles ont eu une césarienne, t'es là « Ouah, ce n'est pas
109 possible, on n'a pas pu lui dire ça ». Après ce n'est pas ce qu'on lui a dit mais c'est ce
110 qu'elle a reçu, elle. Donc c'est intéressant d'en rediscuter avec eux. Et ça, je pense que
111 déjà, ça change la donne... Et puis un truc qui, à mon avis, aussi est essentiel, c'est les
112 mots qu'on emploie quand on est dans la salle, le ton qu'on emploie. Une césarienne
113 physiologique, programmée, avec quelqu'un qui est en train de s'agiter, courir partout, ça
114 devient une césarienne en urgence. Et une césarienne en urgence avec des gens, du
115 personnel calme, c'est une césarienne qu'il faut faire rapidement, mais tu n'as pas le côté
116 urgence, stress...

117 ***Oui, ce stress n'est pas ressenti par les parents.***

118 On a le droit d'avoir du stress en tant que soignant mais on a le devoir de ne pas le
119 transmettre.

Entretien sage-femme n°2 – Maternité A

1 ***Est-ce que tu peux expliquer ton parcours professionnel, les lieux où tu as exercé***

2 Moi ça va faire 25ans que je suis diplômé. J'ai travaillé d'abord dans le privé à but lucratif,
3 pendant huit. Puis après j'ai fait de l'intérim, histoire de voir ce qu'il se faisait à gauche, à
4 droite pendant cinq, six ans. Ça fait 13 ans que je suis ici.

5 ***Du coup, tu as déjà été confronté à pleins de choses différentes pour ce qui est de la***
6 ***présence du père en salle de césarienne ?*** Oui, oui

7 ***Que penses-tu de la présence du père en salle de césarienne ?***

8 Je pense que sa place est en salle de césarienne. On accompagne des couples pour la
9 naissance de leur enfant et la césarienne est un mode de naissance comme un autre. Je pense
10 qu'il est déplacé d'écarter le mari... L'argumentaire qui est très souvent servi dans les
11 établissements où les pères ne peuvent pas assister aux césariennes, n'est qu'un prétexte
12 sans fondement. On parle de..., comment dirais-je ? D'une question d'asepsie mais on fait
13 rentrer en salle d'intervention, nombres d'étudiants, secrétaires et autres, qui ne sont pas, à
14 connaissance, plus propres que le père. A partir du moment où on lui a mis un masque, un
15 chapeau et une tenue de bloc, je ne vois pas où est le souci. C'est plus pour un confort du
16 personnel et par une peur, je pense, du personnel de la réaction possible du père qu'on va
17 l'écarter. Pour moi, c'est absolument inadmissible d'empêcher le père d'assister à la
18 naissance de son enfant, quel que soit le mode de naissance. Sauf, bien entendu, dans les
19 cas d'urgence extrême, de césariennes faites à la volée...

20 ***Qu'entends-tu par réaction du père : peur du malaise, peur du jugement du***
21 ***professionnel ?***

22 Je pense que très, très longtemps, tout ce qu'on pouvait faire au niveau médical, sans
23 témoin, c'était quand même beaucoup plus confortable. La présence du père renforçant les
24 besoins d'une aseptie verbale, une aseptie de geste et que l'on aime, bien souvent, ne pas
25 être vu dans ce qu'on fait. Mais on peut avoir presque le même débat, alors là je sors un
26 peu de la présence du père, mais... La présence de la famille, pour les gens du voyage par
27 exemple, on sait que ce sont des jeunes femmes, enfin quand elles sont jeunes, qui
28 accouchent beaucoup mieux si elles sont entourées de la mère, de la grand-mère, de la tante
29 et de la sœur et que l'idée, qu'on entend régulièrement, de la présence d'une seule personne
30 en salle de naissance, et là encore, n'est basée sur rien d'autre que sur le confort du
31 personnel. Après, tout dépend de qui on met au centre du système : est-ce que l'on met le
32 patient où est-ce que l'on met le personnel soignant ?

33 ***Du coup, ce n'est pas selon toi, une surcharge pour l'équipe soignante ?***

34 Non, de faire mettre à quelqu'un un pyjama, de l'accompagner... Enfin, ce n'est pas une
35 surcharge, c'est, il faut, je pense, arrêter de penser que le couple est dissociable. Ça ne doit
36 pas être une surcharge, ça fait partie de la prise en charge normale. Est-ce que ça donne un
37 peu plus de travail que s'il n'est pas là ? Oui, mais quand la femme accouche, ça donne
38 plus de travail que quand elle n'accouche pas.

39 ***Tu as évoqué l'asepsie verbale, la femme pendant la césarienne, elle entend ce qu'il se***
40 ***passé, penses-tu que le fait qu'il y ait le père en plus ça a un impact ?***

41 La femme, elle entend mais souvent il y a une personne qui lui parle. C'est souvent
42 l'anesthésiste ou l'IADE suivant les structures et donc elle va être quand même plus
43 centrée. Et puis elle est dans le vécu, dans la sensation. Je ne dis pas que le père n'y est pas
44 mais il a un regard quand même plus extérieur. Donc, il va être beaucoup plus attentif aux
45 échanges qui vont se faire entre le chirurgien et l'aide-opératoire, l'IBODE, l'aide-
46 soignante qui passe. Et c'est souvent le père qui fait des reproches parce que des choses
47 l'ont heurté. Alors que la femme, elle est tellement souvent accaparée parce qu'elle vit
48 qu'elle est peut-être un petit peu moins sensible à ce qu'il se passe autour.

49 ***Donc pour toi, la présence du père a tendance à changer les pratiques des***
50 ***professionnels ?***

51 Alors, ce n'est pas que ça va les changer, ça ne doit pas les changer parce que ces pratiques
52 n'ont pas à être. Maintenant, ça va pour certains, être un argumentaire supplémentaire pour
53 ne pas accepter le père parce que ça va limiter ces échanges-là. Je pense que les gens vont
54 être un peu plus vigilant, plus il y a de témoins, plus on est vigilant. Ce qui est dommage
55 puisque que la vigilance, on doit l'avoir et l'asepsie verbale, elle est primordiale à la base.

56 ***Selon toi, la présence du père améliore-t-elle la césarienne ?***

57 Bien sûr, sa présence l'améliore considérablement : puisque la femme est quand même plus
58 rassurée, parce que, pour l'accueil de cet enfant, accueilli par ses deux parents... L'enfant
59 est un être humain, c'est une personne, et qu'il soit accueilli par ses deux parents paraît
60 quand même d'être quelque chose là encore, de rassurant pour l'enfant. On a l'impression,
61 que sur l'accueil de l'enfant, quand le père est là pour le stimuler, pour le toucher... et si
62 ça peut être le père qui le touche que l'aide-soignante, ça me paraît quand même beaucoup
63 mieux... de s'ancrer beaucoup plus facilement dans sa vie, quoi tout simplement.

64

65 ***Donc un meilleur lien parents-enfant ?***

66 Oui, un meilleur lien parents-enfant, et puis tous les anesthésistes sont d'accord à dire que,
67 une des clés du succès d'une anesthésie va être l'état d'esprit du patient. On sait que quand
68 on endort un patient stressé, il va se réveiller plus difficilement. Et on sait aussi que les
69 [anesthésies] locorégionales fonctionnent beaucoup mieux quand la femme est détendue.

70 ***Ici, il s'agit d'une proposition systématique faite aux pères ?*** Oui

71 ***En cas d'anesthésie générale ?***

72 Alors, en cas d'anesthésie générale, on fait sortir le père, à tort ou à raison d'ailleurs. Plus
73 pour ne pas qu'il soit choqué de voir sa femme avec un tube dans la gorge, avec
74 éventuellement un sparadrap sur les paupières. Ce sont des images qui peuvent quand
75 même être violentes. On le fait sortir mais on le fait sortir juste dans la pièce contiguë et il
76 accueillera son enfant de la même façon, on ne l'expédie pas hors bloc. Mais on ne le garde
77 pas dans la pièce, c'est plus pour préserver sa sensibilité, parce que c'est vrai ça reste quand
78 même une image qui peut être extrêmement choquante.

79 ***Est-ce que tu as une estimation du pourcentage de père qui accompagne leur conjointe***
80 ***en salle de césarienne ?*** Plus de 90%, c'est la quasi-totalité.

81 ***Quand les pères refusent, quelles sont les raisons évoquées ?***

82 Eh bien, ça ne se passe tant comme un refus... Sur les césariennes programmées, on leur
83 dit qu'elles peuvent être accompagnées par une personne de leur choix. Donc, il n'y a pas
84 vraiment de refus, on ne va pas forcément inciter le père de manière à ce qu'il ne se sent
85 pas non plus obligé. Sur une césarienne en cours de travail, on va toujours demander au
86 conjoint 'Est-ce que vous voulez assister ?'. Les refus sont vraiment archi exceptionnels.
87 Et les rares fois où l'on en a, ce sont des maris qui n'étaient déjà pas forcément très, très
88 désireux à la base d'assister à l'accouchement et qui ont peur. C'est une peur pour eux,
89 peur du sang, peur de l'ambiance, ils ont une idée un peu idée hollywoodienne de ce qu'est
90 un bloc opératoire, le bruit, les odeurs, les discussions, c'est Urgence, quoi.

91 ***Est-ce qu'il y a une enquête de satisfaction réalisée auprès des couples ?***

92 Il y a des enquêtes de satisfaction... des feuilles de sorties de séjour... sur la prise en charge
93 globale, où ils peuvent témoigner du vécu qu'ils peuvent avoir, de l'ensemble de la prise
94 en charge. Plus spécifiquement sur la césarienne, je ne crois pas.

95 ***As-tu en esprit une ou deux images où la présence du père a été marquante ?***

96 Pas plus que ça... On a vu des pères vraiment dans l'émotion, dans l'accueil, d'autres
97 beaucoup moins, mais pas de manière si différente que ça peut l'être en salle de naissance.

98 ***As-tu déjà été confronté à un malaise des pères en salle de césarienne ?***

99 Eh bien... De voir un père s'allonger ou de sortir, oui, mais en salle de césarienne comme
100 en salle de naissance. Et plus en salle de naissance presque qu'en salle de césarienne.

101 ***On fait peut-être plus attention à eux en salle de césarienne ? Et ils sont à la tête de la***
102 ***maman...***

103 Ils sont à la tête, ils sont assis, ils sont plus accompagnés, là encore par l'anesthésiste qui
104 fait le lien. Et quand l'anesthésiste commence à voir que là ça va moins bien, on va lui
105 proposer de sortir ou de s'allonger. Alors qu'en salle, parfois, et comme on est moins
106 nombreux, on peut être éventuellement moins attentifs à sa réaction et parfois, il y en a qui
107 tombent. Mais j'ai vu plus de malaises en salle de naissance qu'en salle de césarienne.

108 ***Est-ce qu'il arrive que des pères expriment des regrets à avoir assisté à la césarienne ?***

109 Eh bien... Exprimé, non. Moi je n'ai pas été confronté à ce cas de figure. On sent, en
110 consultation, je revois assez facilement les gens aussi en visite post-natale, et on retrouve
111 des témoignages extrêmement positifs à avoir pu assister à la césarienne. De temps en
112 temps, certains disent avoir été choqués par des gestes, par des actes mais c'est presque
113 plus souvent sur les voies basses que sur les césariennes. Quand ils vont assister à une
114 césarienne, ils savent qu'ils vont assister à une intervention chirurgicale. Ils se préparent,
115 en règle générale, à quelque chose de bien pire que ce qu'ils vont vivre. Alors qu'en salle
116 de naissance, on a plus une idée parfois d'image d'Epinal, un peu idyllique et ils sont
117 parfois confrontés à des choses qui ne s'attendaient pas. Je pense qu'il y a plus de pères qui
118 ont pu regretter d'être présent à une naissance sur une voie basse que sur une césarienne.

119 ***Et pour les femmes, le retour est-il tout aussi positif ?***

120 Pour les femmes, il y a un bien meilleur retour quand leur conjoint était présent auprès
121 d'elle. Pour beaucoup de femmes d'ailleurs qu'on va voir, qui viennent accoucher ici, qui
122 viennent être césarisées ici après une expérience ailleurs, ce sont souvent des témoignages
123 extrêmement douloureux qu'elles ont quand elles ont été séparées de leur mari. Elles ont
124 l'impression d'avoir été prises en otages et se sont souvent des vécus extrêmement
125 douloureux qu'ont ces femmes.

126 ***Ça peut donc être une raison pour que les femmes viennent faire suivre leur grossesse***
127 ***ici ?***

128 Parfois, il y a des femmes qui viennent... On fait une réunion de présentation mensuelle
129 aux femmes qui ne savent pas trop si elles veulent venir accoucher ici ou pas, et ça fait
130 partie des questions récurrentes : 'En cas de césarienne, est-ce que mon mari pourra être
131 présent ?'. Ça fait partie pour elles des conditions *sine qua non* au fait de venir dans une
132 structure plutôt que dans une autre.

133 ***Je reviens sur ce que tu as dit tout à l'heure, sur l'anesthésie générale. Tu as dit que vous***
134 ***faites sortir le père "à tort ou à raison". Quelles seraient les bonnes raisons pour***
135 ***lesquelles le père pourrait être présent ?***

136 Oui, bonne ou mauvaise raison par ce que c'est celle qui est avancée de dire que c'est une
137 image choquante. Après est-ce qu'il nous appartient de juger que c'est une image choquante
138 ou pas ? C'est un débat beaucoup plus vaste. C'est pour ça que je dis ça. C'est l'argument
139 qu'on a aujourd'hui, est-ce que cet argument est aussi évident que ça... Pour donner un
140 exemple, même si ça n'a absolument rien à voir, il y a vingt ans, les gens qui prétendaient
141 mettre dans un service de maternité, des femmes qui avaient subi des interruptions de
142 grossesses, qu'elles soient volontaires ou médicales, étaient considérés comme totalement
143 inhumain. Aujourd'hui, les psychologues disent qu'il ne faut absolument pas faire
144 autrement. Les modes changent, les regards changent, les sensibilités changent. Et ce qui
145 était asséné hier comme une vérité dogmatique peut très bien être remis en question voire,
146 avoir un avis totalement opposé demain. Donc bonne ou mauvaise raison.

147 ***La césarienne peut être ressentie comme un sentiment d'échec par les patientes. Quelles***
148 ***peuvent être les autres moyens, hormis la présence du père, pour améliorer ce vécu ?***

149 Je pense que la césarienne n'a pas à être vécue comme un sentiment d'échec par les
150 patientes, car ce n'est pas un échec. Si la césarienne est vécue comme un échec, c'est en
151 règle générale de la faute du personnel, où l'on a présenté ça presque comme une sanction.
152 On a entendu parfois, pas ici j'ose espérer, on a entendu des femmes témoigner et dire "J'ai
153 eu une césarienne parce que je ne poussais pas bien". C'est absolument intolérable. Si on
154 arrive à requalifier avec une patiente ou avec un couple, pendant le travail ou avant, pendant
155 la grossesse, que l'idée au final, c'est une naissance sereine et harmonieuse et qu'il y a un
156 certain nombre d'outils, la césarienne étant un de ces outils, il n'y a plus d'échec.

157 ***Comment favoriser, accentuer l'implication du père ?***

158 Est-ce qu'il faut l'accentuer ? Je pense qu'il ne faut pas l'accentuer. Il faut, dans la mesure
159 du possible, lui laisse prendre la place qu'il veut prendre. On ne lui demande pas demain
160 de faire l'aide-opérateur. L'accentuer ? Non. Il a envie d'être là, c'est bien. Il ne faut pas
161 le forcer. De même qu'il ne faut pas le forcer à être présent en salle de naissance. Mais le
162 débat est le même que pour la voie basse. C'est-à-dire lui permettre d'occuper la place qui
163 est la sienne. Et la place qui est la sienne, c'est celle qu'il veut prendre. Il n'y a pas une
164 place idéale. Et ce n'est pas, même si aujourd'hui, on a tendance à le constater que c'est
165 une bonne idée qu'il soit là... Et peut-être qu'on devrait reformuler, c'est une bonne idée
166 qu'il puisse être là à sa demande. Après, si ce n'est pas son truc, on sait qu'en fonction des
167 cultures, en fonction du passé de chacun... Il y a des gens qui ont eu affaire à des
168 hospitalisations dans la prime enfance, et qui vont assez facilement développer des phobies

169 du milieu hospitalier entre guillemets. C'est gens-là, les pousser à être présents sur une
170 césarienne, on est à la limite de l'inhumain. Ça peut être le mari, ça peut être la mère, ça
171 peut être la sœur, ça peut être la copine, ça peut être je ne sais qui. Eh bien... Ce qui est
172 important, c'est comment le couple et la femme ont défini les conditions idéales pour
173 l'accueil de ce bébé.

174 ***Ça serait respecter les volontés des patients ?***

175 Tout à fait, dans la mesure du possible. Bien entendu, en gardant intact les conditions
176 idéales d'asepsie ou autre. Mais pas en s'en servant comme prétexte pour refuser... Alors
177 après, tu dis pour améliorer le vécu de la césarienne... Si pour la dame, c'est lui mettre un
178 fond de musique, si c'est de lui mettre un écran de portable ou d'Ipad, parce qu'elle veut
179 regarder, je ne sais pas moi, la reproduction de la seiche dans le Pacifique Nord, pourquoi
180 pas... Enfin, si c'est de lui lire une histoire, on s'en fout. Mais voilà, il faut essayer au
181 maximum de rentrer dans son projet. Et déjà de lui demander, pour elle, ce qui pourrait être
182 un confort.

183 ***C'est demandé en cas de césarienne ?***

184 Eh bien, on essaye, c'est plus en amont. Ce n'est pas sur une décision de césarienne sur une
185 souffrance fœtale aigue qu'on a le temps de lui demander si elle veut écouter Mozart. Par
186 contre, sur les césariennes programmées, il y a toujours une information qui est faite sur le
187 champ des possibles. Et on leur rappelle toujours, pendant la grossesse, sans se projeter sur
188 le mode d'accouchement qu'on sera toujours ouvert à essayer de coller au plus près à leur
189 projet d'accouchement au sens large, c'est-à-dire, qu'est-ce qui pour elle serait idéal en
190 terme d'atmosphère et d'accompagnement pour une naissance.

191 ***Donc respecter le plus possible leur projet...***

192 Et ne surtout pas en imposer un avec une check-list : lumière tamisée, musique de Mozart...
193 Parce que ça ne correspond pas à tout le monde. Et puis de quel droit dire "ça c'est bien,
194 ça ce n'est pas bien". A partir du moment où l'on ne met pas en danger les fondamentaux
195 de la sécurité médicale, il n'y a pas de raison de refuser quoi que soit. Mais il ne faut pas
196 que cette dérive sécuritaire ou que cette sécurité soit un prétexte à ne plus réfléchir et à
197 autoriser ou à interdire tout et n'importe quoi. Ce qui est souvent le cas malheureusement.

Entretien anesthésiste n°1 – Maternité B

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 Alors, médecin anesthésiste, formation externe à Angers, interne à Poitiers et Tours, post-
4 internat sur le CHU de la Réunion, St Pierre. Clinicat, puis PHC [Praticien Hospitalier
5 Contractuel] et concours de PH [Praticien Hospitalier], puis mutation ici depuis trois ans.

6 ***Essentiellement de la maternité, ou vous avez changé ?***

7 Non, de tout, de la maternité, un peu de tout. Et très sur l'analgésie, la prise en charge de
8 la douleur, que ce soit par anesthésie loco-régionale ou par autre(s) moyen(s). Et utilisation
9 de l'hypnose quand ça s'avère nécessaire.

10 ***Avez-vous connu des maternités où le père ne pouvait pas être présent ?***

11 Oui, il y a des maternités où le père n'est pas présent. Il y en a plus où le père n'est pas
12 présent que de maternités où le père est présent, donc...

13 ***Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?***

14 Eh bien, si elle est codifiée, ça va. Il faut que qu'il y ait un chemin bien codifié pour que le
15 père puisse trouver sa place... Après, lorsque l'on sait que la césarienne est une césarienne
16 classique, sans difficultés prévisibles etc., ça semble être un bon intérêt pour la présence du
17 papa. Et pouvoir comme ça aussi accompagner la maman et avoir la sensation d'un
18 accouchement, même si c'est une césarienne, un accouchement à trois, ce qui est pas mal.
19 Après, voilà, il faut que ça reste dans quelque chose qui, à mon avis, est une césarienne
20 classique, et pas sur une césarienne qui semble être compliquée. Auquel cas, on peut
21 effectivement, avoir la difficulté d'un papa qui ne trouve pas sa place, des difficultés sur la
22 maman puis le papa qui s'inquiète, etc... Avec la gestion de deux personnes au lieu d'une.
23 Mais en règle générale, quand ça se passe comme ça, secondairement, on fait sortir le papa.

24 ***Lors des césariennes en urgences, le père peut-il être présent ?***

25 Oui le père peut venir aussi... ça va dépendre vraiment du critère de l'urgence. Si c'est une
26 urgence concernant le fœtus, il n'y a pas de soucis, en règle générale. Après, si c'est une
27 urgence concernant la maman, un problème hémorragique etc., on a tendance à plus
28 facilement faire sortir le papa, puisqu'on peut partir sur une anesthésie générale auquel cas,
29 c'est moins agréable pour le papa de voir sa femme endormie avec un tuyau et tout le
30 monde qui s'excite autour.

31 ***Quels sont les avantages, les bénéfices, à la présence du père ?***

32 Eh bien, la présence du père, je pense, va permettre des souvenirs communs. Mère, père,

33 vont pouvoir tous deux parler de manière commune de l'accouchement, que ce soit un
34 accouchement par voie basse ou par césarienne, donc ça c'est important. Donc construire
35 des souvenirs communs, et puis, aussi, une implication du papa dès le père qui peut être
36 intéressante pour la gestion de sa paternité future. Voilà.

37 ***Quelles peuvent être les difficultés rencontrées ?***

38 C'est surtout la gestion d'une situation qui peut être à risque et qui peut partir... Tout peut
39 bien se passer et puis tout d'un coup tout peut mal se passer. Et donc, c'est vrai qu'avoir le
40 regard d'une troisième personne, extérieure à tout ça, ça peut, pour les professionnels de
41 santé gêner, on a besoin de place, on a besoin d'être concentré sur ce que l'on fait dans les
42 moments d'urgence graves. Et ce père présent, peut être vu comme un jugement, comme
43 quelqu'un qui est là pour juger ce qui se passe, alors que ce n'est pas du tout le cas mais ça
44 peut être interpréter comme ça par certains professionnels de santé. Ça peut être aussi un
45 père qui risque du coup d'avoir des soucis de malaises vagues ou autre, et donc la gestion
46 d'une troisième personne, si on manque de bras déjà pour gérer la maman, ça va être
47 difficile de gérer le papa. C'est les deux grands obstacles. Après, il peut y avoir le circuit
48 pour l'habiller, et tout ce qui est gestion de la propreté qui peut être aussi énoncée. Après
49 ça, je pense que c'est plus facile à gérer ce circuit-là.

50 ***Comment ça se passe en cas de malaise dans la salle ? Qui s'en occupe ?***

51 Eh bien c'est l'anesthésiste, c'est la personne qui est là qui allonge la personne et puis gère
52 le malaise... Voilà, en le rassurant. Il faut communiquer, il faut que la femme aille bien
53 aussi, que l'enfant aille bien. Quelques fois, l'enfant peut naître un petit peu secoué, auquel
54 cas, l'anesthésiste va se déplacer, apporter les premiers soins et donc quitter la maman. La
55 maman peut être au contact de l'IADE mais quelques fois l'anesthésiste est seul donc ça
56 fait déjà deux personnes à gérer, donc une troisième, ça peut être compliqué. S'il y a trois
57 personnes qui ne vont pas bien, la gestion est compliquée du coup. On préfère plus
58 facilement, à ce moment-là, exclure le papa uniquement pour cette raison-là.

59 ***Il y a le risque infectieux qui est parfois évoqué, qu'en pensez-vous ?***

60 Non, moi je ne pense que non. A partir du moment que la personne a suivi le protocole de
61 changement d'habits comme c'est le cas pour tous, *a priori* non.

62 ***Ici, la présence du père en salle de césarienne est proposée à tous les couples ?***

63 Oui, ça peut être le père, un membre de la famille, une personne tierce qui souhaite assister
64 à l'accouchement, surtout avec, bien sûr le consentement de la dame concernée.

65 ***Est-ce que vous avez une estimation du pourcentage de pères présents en salle de***
66 ***césarienne ?***

67 Plus de 90%, il y a toujours quelqu'un, c'est rare qu'il n'y ait pas de papa, ou pas de
68 personne. Généralement, quand il n'y a personne, on se demande pourquoi, on ne creuse
69 pas de trop, des fois, ça peut être un petit peu compliqué. Ce n'est pas le moment de creuser,
70 le moment où l'on est sur la césarienne.

71 ***Quand ils refusent, quelles sont les raisons ?***

72 Je n'ai pas eu beaucoup de refus ici en fait. Non ça va être éventuellement, la peur du sang,
73 mais encore une fois c'est très peu fréquent parce qu'avec les champs etc, le papa ne voit
74 pas directement ce qu'il se passe. Il est avec la maman, ils sont dans une espèce de bulle à
75 deux que l'anesthésiste peut éventuellement organiser, donc ils vont être dans leur monde
76 et suivre à deux l'accouchement, sans voir forcément le sang, les choses désagréables.

77 ***Avez-vous déjà fait face à des couples qui ont regretté ?***

78 Non, mais il faut dire que je discute peu avec eux, je fais un petit débriefing en salle de
79 réveil dans les deux heures qui suivent. Je les revois le lendemain aussi éventuellement et
80 pour ces deux fois où je les vois, je n'ai jamais eu de regrets. Après, à une semaine, dix
81 jours, un mois, six mois je ne sais pas mais à vingt-quatre heures *a priori* non.

82 ***Est-ce que pour vous la présence du père peut influencer le déroulement d'une***
83 ***césarienne ?***

84 *A priori* non. Je pense que les professionnels de santé sont quand même habitués. Mais
85 effectivement, quand ça se passe mal, ça peut influencer peut-être un petit peu le regard du
86 papa sur la pratique des choses, et encore. Mais c'est peut-être plus quelque chose de
87 positif, oui, pour le souvenir maternel, paternel, de couple, et de la naissance. Je ne sais pas
88 si j'ai répondu à la question ?

89 ***Est-ce que cette présence peut avoir un impact sur les pratiques des professionnels ?***

90 Alors, au niveau des mots, moi du coup, je communique moins peut-être avec la mère.
91 C'est-à-dire que si la maman n'est plus seule... Si je la sens très angoissée je vais avoir
92 tendance à une relation plus hypnotique avec elle, à la mettre sur une *safe place*, sous une
93 anticipation sur le futur etc... Quand il y a le papa qui est là, j'ai tendance, moi, à moins
94 interférer finalement et plus, faire en sorte que ce soit entre eux qu'il y ait une
95 communication. Donc moi j'ai plutôt un recul relationnel avec la patiente, je suis plus sur
96 le technique et un petit peu moins sur la relation, en tout cas, à ce moment-là. Donc là, oui
97 j'ai un changement de pratique professionnelle. Et en cas de problèmes majeurs, si le
98 problème peut être non contrôlé immédiatement, de toute façon je ferai sortir le père à ce
99 moment-là pour éviter de... voilà.

100 ***Lors des toutes premières césariennes où le père pouvait être présent, aviez-vous des***
101 ***craintes vis-à-vis de cette présente ?***

102 Eh bien... Oui, éventuellement... On a chacun sa place au bloc opératoire, on a sa place
103 entre les champs et le respirateur, entre le respirateur et nos produits d'anesthésie, et les
104 produits d'anesthésie et le patient. Et donc du coup, une personne qui est là, qui va se
105 manifester à un seul endroit, entre nous et la perfusion, ça peut être un peu gênant quelques
106 fois puisque l'accès à la perfusion peut nécessiter un « *Excusez-moi, s'il vous plaît, est-ce*
107 *que vous pouvez vous décaler ?* », et donc il faut gérer l'espace différemment. Notre espace,
108 c'est très classique, nous, quand on se déplace dans notre espace, les gestes sont très
109 codifiés, on va d'un endroit à l'autre, donc là, effectivement, on doit prendre en compte un
110 élément qui est fixe, qui est là, et quelques fois, oui au début, ce n'est pas facile de trouver
111 son espace. Et après, une fois qu'on l'a intégré dans la césarienne, cet espace-là se restreint,
112 et on a trouvé des solutions pour aller d'un endroit A à un endroit B plus facilement. Mais
113 au tout début, oui ça peut être un peu gênant.

114 ***Est-ce qu'il y a une ou deux césarienne(s) où la présence du père a été marquante pour***
115 ***vous ? De façon positive ou négative ?*** Eh bien, là je n'ai pas d'idée...

116 ***Avant d'avoir le père en salle de césarienne, étiez-vous favorable ou défavorable à***
117 ***l'idée ?***

118 Plutôt favorable dans l'idée, mais peu favorable en pratique, du fait de ce que je vous ai dit,
119 de la gestion, etc. Et en pratique maintenant, je me rends compte, que... en adaptant sa
120 pratique à la présence du père, on peut rapidement changer sa pratique gestuelle pour avoir
121 une organisation qui soit acceptable et convaincante.

122 ***Est-ce que vous voyez d'autres moyens pour améliorer le vécu de la césarienne pour le***
123 ***couple, hormis la présence du père ?***

124 La présence du père...Moi, je pense que c'est ça, c'est intégrer tout le monde le plus tôt
125 possible, dès la naissance de l'enfant pour que cette naissance soit vécue par les deux, enfin
126 par tout le monde en même temps, et puis voilà, fabriquer des souvenirs en commun. Et
127 bien insister sur toutes les choses positives au cours de la césarienne.

Entretien anesthésiste n°2 – Maternité B

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 J'ai commencé mon internat à Angers du coup. Par contre, en tant qu'interne je n'ai pas
4 fait tout de suite de maternité. J'ai fait de la maternité que ma deuxième année d'anesthésie
5 au Mans. Donc la première fois que j'ai fait de l'anesthésie obstétricale c'était à l'hôpital
6 du Mans. Après, j'ai été formé à l'hôpital d'Angers et comme périphériques j'ai fait que de
7 l'obstétrique et de la Maternité, donc du coup qu'au Mans et à Angers. Et après... Je suis
8 arrivée ici où j'ai refait de l'obstétrique.

9 ***Au Mans et à Angers, est-ce qu'ils acceptaient le père en salle de césarienne ?***

10 Alors, de souvenirs, parce que c'est pareil... Au Mans, ils acceptaient le papa. A Angers,
11 je n'ai pas de souvenirs, je travaillais surtout sur les gardes en tant qu'interne et je n'ai pas
12 de souvenir d'avoir eu le papa en salle, je ne pense pas qu'il y avait le papa en salle de
13 césarienne. A l'époque, parce que ça peut changer.

14 ***Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?***

15 Alors du coup, finalement, je pense que ça paraît maintenant indispensable. Bon alors après
16 certains centres, je pense, sont un peu réticent à cause de la gestion un peu difficile parfois
17 du papa qui peut faire des malaises, il y a eu des cas, oui de malaises. Après, moi je trouve
18 qu'elle est assez indispensable parce que c'est quand même... ça permet de déstresser la
19 maman, enfin je trouve, de lui faire penser à autre chose, de ne pas être centrée sur
20 l'anesthésie, le stress et d'avoir... d'être occupée par quelqu'un d'autre qui peut la rassurer,
21 c'est une présence rassurante. Alors certains papas, c'est vrai, sont un peu spectateurs de la
22 scène mais bon, je pense que ça rassure les mères et puis ça donne un taux de satisfaction
23 plus acceptable pour les césariennes. C'est une question qu'ils posent souvent, d'ailleurs,
24 à la consultation d'anesthésie, quand on sait d'emblée qu'il y aura une césarienne. C'est
25 souvent une question que les papas posent, enfin que les couples posent au moment où on
26 les voit. Ils sont assez satisfaits de pouvoir être présents en fait, au moins, ils sont un peu
27 acteurs de l'accouchement.

28 ***Les principales difficultés, c'est donc pour vous les malaises ?***

29 Alors j'en ai pas eu mais oui, après certains sont un peu... Alors c'est vrai qu'on est très
30 vigilants quand ils arrivent à ne pas les mettre en face du champ opératoire. Alors nous, ici,
31 on essaye de les faire regarder le mur, qu'ils ne voient pas quoi que ce soit de la préparation,
32 donc ils ne voient pas du tout le champ opératoire, ils voient finalement le mur et ils arrivent
33 directement derrière le champ, directement à la tête de la maman et justement pour éviter
34 toutes ses sensations qui entraînent les malaises qui peut y avoir les certaines fois. On

35 essaye d'être assez réceptif, oui, quand on voit qu'ils peuvent devenir pâle ou pas bien. On
36 essaye d'être aussi vigilant. C'est sûr que par contre, il ne faut pas, quand il y a une situation
37 un petit peu embêtante à gérer pour nous, c'est sûr que s'il y a le papa à gérer en plus, ça
38 peut être compliqué [*téléphone*].

39 ***Du coup, on parlait du malaise...***

40 Alors, oui, moi j'en ai jamais eu à gérer en salle de césarienne. Après, ça arrive parfois en
41 salle d'accouchement, mais en salle de césarienne j'en ai jamais eu à gérer.

42 ***Et quand ça arrive, qui s'en occupe ? C'est la première personne qui est là ?***

43 Oui, de toute façon, oui. Après, il y aura toujours quelqu'un pour s'en occuper mais après,
44 il ne faut pas qu'il y ait de saignements à ce moment-là, il ne faut pas qu'il y ait de
45 problèmes majeurs à gérer. Mais bon, je n'en ai pas eu à gérer personnellement en salle de
46 césarienne, par contre en salle d'accouchement, il peut y en avoir aussi.

47 ***C'est vrai qu'on peut-être plus vigilant en salle de césarienne qu'en salle***
48 ***d'accouchement...***

49 Alors, on essaye de l'être, je pense que c'est individuel quoi, chaque personne est plus ou
50 moins sensible, mais on essaye d'être vigilant en tout cas à ce qu'ils n'aient pas de malaise.

51 ***Est-ce que ça peut-être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?***

52 Du coup, ça peut être une surcharge si... Enfin, s'il n'y a pas de malaise non. Finalement,
53 on va les chercher, après, nous on les gère pas de trop. Enfin globalement, non, je dirais.

54 ***Et le risque infectieux peut-être évoqué par ceux qui sont réticents, qu'est-ce que vous***
55 ***en pensez ?***

56 Alors, je ne pense pas au final qu'on est plus de risque d'infections de sites opératoires avec
57 la présence des papas alors qu'on ne prend pas non plus des précautions drastiques. Ils ne
58 prennent pas de douche ni rien avant de venir, on n'a pas plus d'infections de sites
59 opératoires après césarienne, surtout qu'on est un peu suivi par le CCLIN sur ce sujet-là,
60 pour les césariennes, on n'a pas plus d'infections de sites opératoires alors qu'on accueille
61 des papas à chaque fois pour les césariennes.

62 ***Avez-vous une estimation du pourcentage de pères qui acceptent d'être présent lors de la***
63 ***césarienne ?*** Je pense qu'on n'est pas loin des 100% je pense.

64 ***Ça arrive qu'ils refusent ?***

65 Moi, je n'ai pas été, non... Je n'ai pas connu comme ça de cas où le père refusait de venir.

66 ***Et a posteriori, est-ce que certains couples, certains pères ont exprimé des regrets ?***
67 A mon niveau non. Je ne pense pas que... Après quand on les revoit après, ils ont souvent
68 le bébé sur eux. Enfin, ils n'ont pas le recul pour dire s'ils sont contents ou pas d'avoir été
69 là. Après, peut-être qu'ils le retranscrivent après en suites de couches. Mais en tout cas non,
70 nous, ils sont déjà préoccupés, ils ne savent déjà pas comment tenir le bébé quand il est sur
71 eux. Je pense qu'on est beaucoup trop tôt, nous quand on les voit tout de suite après, ils
72 sont encore pleins d'émotions, ils ne savent pas, ils ne sont pas capables de savoir s'ils sont
73 satisfaits je pense.

74 ***Ici, c'est proposé de façon systématique aux pères ? Poudrer toutes les césariennes ? Oui***

75 ***Pour les césariennes en urgences, ça se passe comment ?***

76 Pareil, on essaye que quelqu'un va aller le chercher mais on essaye au mieux de les prendre
77 en charge aussi, de les emmener en salle.

78 ***Et en cas d'anesthésie générale ?*** Eh bien, ils ne sont pas présents dans ces cas-là.

79 ***Pensez-vous que la présence du père peut influencer la pratique des professionnels ?***

80 Nous on fait le geste technique avant, en tout cas à mon niveau, je vais chercher le papa
81 quand le geste pour la rachianesthésie est fait. J'attends d'être sûre que la gestion
82 tensionnelle est bonne et qu'on n'est pas en pleine hypotension avec des sensations de
83 malaises par la patiente. Donc j'attends vraiment que la situation soit stabilisée avant d'aller
84 chercher le papa, donc déjà, quand le père est là, c'est qu'à notre niveau, au niveau
85 anesthésique, c'est que voilà, c'est à peu près stable et qu'on n'a pas de situations
86 anesthésiques un peu stressantes à gérer et après au niveau des obstétriciens, je ne pense
87 pas. Je ne pense pas parce que comme le papa ne voit pas ce qu'ils font, il est derrière le
88 champ, il ne juge pas ce qu'ils peuvent faire. Je ne pense pas que ça puisse influencer, enfin
89 ça faudrait leur poser la question, mais je ne pense pas que ça puisse influencer leur geste.

90 ***Il n'y a pas une aseptie verbale dans la salle quand le père est là ?***

91 Non, parce qu'après, la césarienne, c'est quand même un geste assez court. Il faut quand
92 même que l'extraction soit faite de manière assez urgente, donc il n'y a pas... Et au pire,
93 quand on discute, après quand on peut parler c'est au temps de fermeture, quand ça ne
94 saigne pas... Mais non, je pense que les discours sont les mêmes qu'il y ait le père ou pas.
95 Enfin, évidemment, on ne va pas parler des choses privées... Mais en césarienne, je trouve
96 qu'on parle moins que dans d'autres opérations, on est plus centré, c'est quand même des
97 interventions un peu stressante, déjà avant l'extraction, on veut tous que l'extraction se
98 fasse au plus vite. On cherche tous à ce que ça se passe au mieux, au plus vite et puis, après

99 il y a toujours la vigilance quant aux saignements, c'est toujours un peu... On est toujours
100 un peu sur nos gardes.

101 ***Est-ce que vous vous souvenez des premières césariennes où les pères étaient présents***
102 ***en salle ? Aviez-vous des craintes ?*** Non, à vrai dire je ne m'en souviens pas.

103 ***Est-ce que vous gardez en tête une ou deux images où la présence du père vous a marqué,***
104 ***que ça soit positivement ou négativement ?***

105 Ils sont généralement assez effacés les pères, donc non, je n'ai pas de souvenirs, vraiment,
106 que ce soit dans un sens ou dans un autre. Et même dans les situations... Enfin, je pense
107 que pour la mère, ce n'est on ne plus rassurant mais il y a des mères qui sont très stressées,
108 et c'est vrai que les pères... C'est rassurant pour les mères qui soient là, s'ils n'étaient pas
109 là, je pense que ce serait pire. Et je les trouve assez spectateurs, en fait. Ils ne savent pas ce
110 qui est normal ou pas, ils ne savent s'ils peuvent rassurer parce qu'ils ne savent pas, ils sont
111 stressés autant que la mère en fait, donc... Après, je pense que c'est bien, parce que ça
112 déstresse la maman, chez les dames stressées, je pense que ça serait encore pire s'ils
113 n'étaient pas là. Mais je n'ai pas de cas à parler d'un père qui nous a aidé à gérer une
114 situation stressante parce que la mère était complètement anxieuse en ayant réussi
115 complètement à la rassurer. Mais après, ils ont parfois des gestes, ils peuvent caresser un
116 petit peu la mère, lui prendre la main, des choses, voilà, un petit peu plus personnelles, qui
117 peuvent être rassurantes. C'est vrai qu'ils sont quand même eux aussi très stressés d'être
118 là, il y en a qui sont très zen mais il y en a qui sont aussi stressés que la maman et puis,
119 dans le stress, ils ne savent pas s'ils peuvent rassurer parce que la situation est normale.

120 ***Hormis le geste technique, est-ce que ça modifie la relation avec la patiente ?*** Non.

121 ***La césarienne peut être une situation stressante, mal vécue par les patientes, voyez-vous***
122 ***d'autres moyens d'améliorer ce vécu ?***

123 Eh bien, si, il y a des voix faites, si je me forme, on peut les rassurer par l'hypnose, des
124 choses comme ça, conversationnelles, après il faut y être réceptive et il faut y être formé,
125 mais oui il y a des moyens autres.

126

127

Entretien obstétricien n°1 – Maternité B

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 J'ai été interne à Nantes, donc j'ai été surtout beaucoup au CHU de Nantes et dans les
4 maternités périphériques. Et puis je suis praticien hospitalier depuis un mois ici.

5 *Est-ce que l'une de ses maternités accepte le père ?*

6 A Challans, il me semble qu'il y avait le père, alors après c'était au tout début de mon
7 internat. Il me semble que si et même, ils avaient un petit peu des pratiques où ils faisaient
8 pousser la maman pendant la césarienne, enfin, ils étaient très axés là-dessus. Et
9 effectivement, c'est probablement après le seul endroit où l'on accepte les papas en salle
10 de césarienne, les autres je ne crois pas ...Et donc, ici, on s'est rendu compte que ça
11 rassurait les mamans, ça permettait d'avoir un peu une rencontre simultanée des deux
12 parents avec le bébé, même si finalement, après c'est le papa qui accueille le bébé pour les
13 soins et qui fait sa séance de peau à peau avec le bébé pendant que l'on s'occupe de la
14 maman, mais ils apprécient en tout cas beaucoup ce moment de découverte ensemble du
15 bébé. Et on s'est rendu compte, en tout cas les anesthésistes car c'est eux qui ont les papas
16 à côté d'eux, c'est eux qui sont très favorables à ce que le papa soit là, ils ne se trouvent
17 pas gêner. C'est vrai qu'en situation d'urgence, si jamais il y a besoin d'une anesthésie
18 générale, on fait sortir le papa, et encore il y a certains anesthésistes qui disent "Monsieur,
19 si vous voulez rester, alors on va endormir votre femme, mais si vous voulez rester, vous
20 pouvez rester", si ce n'est pas une situation d'hémorragie de la délivrance ou quelque chose
21 comme ça, mais si c'est parce que la rachi-anesthésie ne marche pas bien, voilà. Et donc
22 c'est déjà arrivé, que le papa reste alors que la maman était intubée... C'est un peu
23 particulier mais *a priori*, le monsieur n'était pas choqué, on lui a expliqué pourquoi,
24 comment etc et ça n'a pas été embêtant. Après, c'est vrai que ça se passe globalement plutôt
25 bien... Même en urgence on a tendance à faire venir les papas en salle de naissance sauf
26 quand c'est hyper, hyper urgent auquel cas ils arrivent un petit peu après la bataille, mais
27 bon...

28 *Les malaises, est-ce que c'est fréquent ?*

29 Des papas ? Non, enfin, pour moi non. Ils sont assis, on les assoit, on leur dit de bien
30 prévenir si tout jamais ça ne va pas mais moi, je n'en ai jamais vu des malaises de papa,
31 pas plus qu'en salle d'accouchement en tout cas. Et puis, sinon, non en tout cas, ça rassure
32 beaucoup les mamans d'avoir leur conjoint avec elle.

33

34 *Le risque infectieux, lié à cette présence, est souvent évoqué, qu'en pensez-vous ?*

35 Après c'est vrai qu'on les habille, on leur fait se laver les mains et mettre du manugel, ils
36 sont habillés en tenues de bloc, ils mettent des sur-chaussures, ils ont un masque et une
37 charlotte... Ils ne sont pas plus septique que l'anesthésiste, que l'infirmier anesthésiste ou
38 que l'étudiant que l'on fait venir, donc voilà quoi... On n'a pas l'impression... On n'a pas
39 plus d'abcès ou de choses comme ça, rien d'inhabituel, en plus ils ne sont pas sur le champ
40 opératoire, ils sont vraiment du côté anesthésie... On les fait passer loin des champs, on ne
41 laisse pas bouger dans la salle, ils sont assis, ils restent à leur place et quand on les fait
42 marcher pour les faire sortir avec le bébé, on est avec eux. On les empêche de toucher à
43 tout ce qui pourrait être, à tout ce qui est censé être stérile.

44 *En cas de césarienne programmée, c'est proposé lors des consultations de grossesse ?*

45 Oui. On leur dit que c'est possible, et souvent, ça dédramatise la décision de césarienne qui
46 a été posée. Ça fait partie des questions des patientes : "est-ce que mon conjoint va pouvoir
47 être avec moi quand même ? ", du coup ça les rassure, en tout cas, on a l'impression que
48 ça les rassure.

49 *Est-ce que vous, en tant qu'obstétricien, ça change les pratiques ?* Non, pas du tout.

50 *Il n'y a pas une certaine aseptie verbale ?*

51 Alors... Non, parce que finalement, le papa n'est là qu'au début, au moment de l'incision,
52 à la découverte du bébé, après il s'en va finalement. Après quand on parle, on sait qu'en
53 plus avec l'aspiration etc., ils n'entendent pas vraiment beaucoup ce qu'on dit, on est obligé
54 de parler fort pour qu'ils nous entendent, donc ce qu'on peut dire comme consignes à notre
55 aide ou à l'infirmière etc. ça ne change rien. Après quand on communique avec les
56 anesthésistes, du coup on parle aussi un peu plus fort, mais en gros, on peut faire des signes
57 pour dire "voilà, là ça saigne" soit voilà, on va essayer de dire à la panseuse qui va se
58 rapprocher et pour lui dire "est-ce que tu peux faire venir l'anesthésiste ?" des choses
59 comme ça, pour qu'on parle de l'autre côté de champ et éventuellement qu'on dise "il vaut
60 mieux faire sortir le papa". Mais c'est assez rare. En soit, ça ne change pas grand-chose,
61 parce qu'on se rend compte qu'ils nous entendent pas beaucoup, et puis de toute façon, on
62 n'a pas tendance à... quand la patiente est elle-même réveillée, on reste prudent dans ce
63 qu'on dit, ça ne change pas grand-chose que le conjoint soit là ou pas puisque la patiente
64 elle-même est consciente. Enfin, je trouve que ça ne change rien.

65

66 ***Etiez-vous favorable à la présence du père avant d'arriver ici ?***

67 Eh bien, pas spécialement. C'est vrai, qu'au CHU moi j'ai été bien formaté que ce n'était
68 pas une bonne idée, qu'en cas d'urgence etc. ce n'était pas bien. Après, finalement comme
69 ici, tout le monde le faisait, j'ai suivi le mouvement et je trouve ça hyper bien.

70 ***Aviez-vous des craintes particulières ?***

71 Pas spécialement parce que, comme je disais, la maman étant elle-même réveillée, on n'a
72 pas... Je pense qu'il n'y a pas de grosses différences de comportements ou de messages,
73 on sait qu'on reste prudent sur ce qu'on dit...Voilà quoi, ça ne change pas que ce soit le
74 monsieur ou la dame...

75 ***Avez-vous une estimation du pourcentage de pères qui sont présents en salle de***
76 ***césarienne ?***

77 Eh bien je dirais 99%, il y en a très, très peu qui ne veulent pas et même souvent, quand ce
78 n'est pas le papa, par exemple ça arrive parfois qu'il n'y ait plus de papa présent, on accepte
79 que ce soit la sœur de la patiente ou quelqu'un de proche [téléphone].

80 ***La césarienne peut être mal vécu par les parents, ça peut être du stress...est-ce qu'il y a***
81 ***d'autres moyens pour améliorer le vécu, améliorer le vécu de la maman et l'implication***
82 ***du papa ?***

83 Moi j'ai l'impression qu'en tout cas, quand ils sont présent en salle de césarienne, ils se
84 disent qu'ils ont un petit plus vécu l'accouchement ensemble en tout cas plus qu'on leur
85 avait volé leur accouchement et qu'ils ont ce moment de découverte ensemble. Bon après
86 ça ne marche pas quand le bébé n'est pas en grand forme et qu'il est confié au pédiatre
87 immédiatement. Mais ils sont quand même ensemble pour partager un peu l'angoisse de ce
88 dire 'est-ce que le bébé va bien ou pas ?' Ils posent les questions ensemble, après je pense
89 que pour eux c'est important de vivre ce moment-là ensemble. On a l'impression, entre
90 guillemets, qu'on leur vole moins leur accouchement aux patientes. Après, je ne sais pas,
91 peut-être que ça ne change rien mais c'est vrai que du coup, ils ont quand même leur
92 découverte ensemble.

Entretien obstétricien n°2 – Maternité B

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Moi je viens du CHU d'Angers, j'étais interne, chef de Clinique pendant quatre ans là-bas
4 après la Clinique du Jardin des Plantes et ici depuis trois ans. Et il y a toujours eu le père
5 présent en salle de césarienne

6 *Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?*

7 ... C'est bien, il n'y a aucun souci, il n'y a pas de problème. Il participe à la naissance, ce
8 n'est pas un problème.

9 *Est-ce qu'il y a des bénéfices à sa présence ?*

10 Ici chez nous, oui il y a des bénéfices parce que c'est lui qui peut s'occuper principalement
11 du bébé et commencer le peau à peau en fait, parce qu'avec la césarienne la patiente va en
12 salle de réveil et c'est un peu compliqué au début. Au moins ça comme bénéfice.

13 *Est-ce que ça peut-être un avantage pour l'image de la maternité ?*

14 Oui je pense, elles sont contentes d'avoir le père avec elle.

15 *Est-ce que c'est un risque infectieux supplémentaire ?* Non

16 *Est-ce que c'est une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?* Non

17 *Comment ça se passe en cas de malaise ? Avez-vous déjà été confronté à ça ?*

18 Oui, mais on s'en occupe. Il y a plein de monde, il y a des infirmières de réveil, des aides-
19 soignantes et la salle de césarienne est quand même attouchant à la salle de naissance donc
20 en cas de besoin tout le monde est là. Il n'y a pas de problème.

21 *A combien estimez-vous le pourcentage de présence du père lors de la césarienne ?* 70%

22 *Et quand il n'est pas là, quelles sont les raisons ?*

23 Soit il n'y a pas de papa, soit il arrive en retard sur une césarienne urgence, soit il n'a pas
24 envie d'y aller. Il n'y a pas d'obstacle particulier pour lui.

25 *Il peut être présent sur toutes les césariennes ? Programmées comme en urgence ?*

26 Oui à 99%, ça peut arriver que vraiment exceptionnellement si vraiment il y a un souci, un
27 imprévu qu'on le fasse sortir.

28 *Pour les césariennes programmées, vous en parlez lors des consultations de suivi de*
29 *grossesse ?*

30 Non, on n'en parle même pas, c'est tellement logique et évident.

31 *Est-ce que ça vous ai déjà arrivé que des pères expriment des regrets à avoir assisté à la*
32 *césarienne ?* Non

33 *Est-ce que sa présence peut modifier les pratiques des professionnels présents dans la*
34 *salle ?* Non je ne crois

35 *Il n'y a pas une certaine asepsie verbale ?*

36 Si il y a une asepsie verbale, il y a des choses qu'on ne dit pas mais non ça ne change rien,
37 c'est la même chose avec la maman. Non il n'y a pas de choses différentes.

38 *Est-ce que vous aviez des appréhensions au début, lors des premières césariennes où le*
39 *père était présent ?* Non, parce que je l'ai toujours connu.

40 *Est-ce que vous voyez d'autres moyens pour améliorer le vécu de la maman et*
41 *l'implication du papa ?* Non

Entretien sage-femme n°1 – Maternité B

Est-ce que tu peux rapidement expliquer ton parcours professionnel, ta formation, les différents lieux où vous tu as travaillé ?

Je suis formé de l'école de Nantes, de 2012 et je n'ai exercé qu'ici depuis.

Et du coup, tu as connu le CHU où le père ne peut pas être présent et ici où le père peut être présent ? Oui

Qu'est-ce que tu penses de la présence du père en salle de césarienne ?

Eh bien... Je pense qu'elle est intéressante pour le bien-être de la maman, je pense que c'est assez... Ca lui permet d'être plus détendu pendant la césarienne j'ai l'impression. Et je ne trouve pas que ça pénalise l'exercice que ce soit du chirurgien ou de l'anesthésiste. Ils n'ont pas l'air gêné par la présence du père. Après, il y a le champ quand même qui cache bien ce qui se passe au niveau du ventre de la femme et même quand il y a des complications, comme tout à l'heure où ça été un peu difficile de le sortir, le papa, au final, les ressent très peu ces difficultés, donc. Comme on le prévient avant d'entrer en salle de césarienne, que soit on lui montre tout de suite son enfant, soit on préfère s'en occuper d'abord, il n'est pas non plus surpris qu'à la naissance on l'emmène tout de suite à côté. Je ne vois pas d'inconvénients à la présence du père en salle de césarienne, je n'y vois que des avantages. Après, les avantages sont relatifs, c'est juste le bien-être de la maman, lui permettre d'être un petit plus détendu, c'est vrai que ce n'est pas un avantage énorme, au niveau médicale il n'y a pas d'avantage en soin mais en tout cas je n'y vois pas d'inconvénient.

Ça ne peut pas être une surcharge pour l'équipe médicale ? Non, je n'ai pas l'impression que ça en soit une.

En cas de malaise, comment ça se passe ? Qui s'occupe du papa ?

Je n'ai jamais été confronté à un malaise du papa en salle de césarienne. Il ne voit pas du tout ce qu'il se passe au niveau du ventre de sa femme donc il n'a pas non plus de raison de faire un malaise en soit, moins qu'à un accouchement, où il peut voir un petit peu ce qu'il se passe. Là, lui il est derrière le champ avec sa femme qui est consciente, il n'y a pas de raison pour qu'il fasse un malaise. Alors, c'est déjà arrivé qu'on est nécessité de passer en césarienne sous anesthésie générale, après souvent, on s'en rend compte avant de faire entrer le papa. C'est déjà arrivé qu'on s'en rende compte alors que le papa était déjà présent, parce qu'il y avait des complications, parce que la rachianesthésie ne fonctionnait pas suffisamment bien. Dans ces cas-là, on lui explique, on le fait sortir et ça se passe bien aussi dans ce genre de situation.

Lors d'une césarienne, on est peut-être aussi plus vigilant à ce que le papa ne regarde pas ?

Oui... oui on fait bien attention à ce qu'il ne regarde pas, ça c'est sûr, par rapport à un accouchement, c'est sûr qu'on fait bien attention.

C'est proposé de façon systématique ici ?

Que le père soit présent ? Oui. De façon systématique pour les césariennes programmées et quasiment systématique même pour les césariennes en urgence, lorsque ce n'est pas de grosses urgences, lorsque ce n'est pas une bradycardie, lorsque ce n'est pas un HRP [Hématome Rétro-Placentaire] par exemple, quand c'est sur des stagnations de la dilatation ou non progression du mobile fœtal dans ces cas-là on leur propose aussi d'assister à la césarienne, pour ce genre d'urgence.

Est-ce que tu as une estimation du pourcentage de pères qui acceptent d'être présents en salle de césarienne ?

Eh bien, pas du tout. J'ai l'impression que c'est une majorité, c'est plus de 50%. Après je ne peux pas te donner du tout de chiffre. Là, ce matin c'était les deux-tiers, je ne sais pas si c'est représentatif... Je pense que c'est au moins les deux-tiers.

Et quand les pères refusent, quelles sont les raisons évoquées par ces papas ? ...

C'est le fait de ne pas se sentir bien dans le milieu hospitalier, dans un bloc opératoire. C'est surtout ça, la peur justement de faire un malaise, ou de ne pas avoir sa place dans un bloc opératoire. C'est souvent ça.

Est-ce que c'est déjà arrivé que le couple et surtout le père, exprime des regrets à avoir été présent lors de la césarienne ? Non

Ici, la surveillance ce fait toujours en salle de réveil ? Oui, toujours.

Est-ce que tu penses que la présence du père lors de la césarienne peut influencer la pratique des professionnels ? ...

Est-ce qu'il y a une asepsie verbale ?

Eh bien, non. Non parce que de toute façon la femme est consciente, donc on fait déjà attention à ce qu'on dit étant donné qu'elle entend ce qu'il se passe, donc je pense que la présence du père en soit ne change pas ça non.

Est-ce qu'en arrivant ici, tu avais une crainte par rapport à cette présence lors de la césarienne ? Non plus, non.

65 ***Est-ce que tu te souviens des premières césariennes où le père était présent ?***
66 C'était un peu moins pratique dans l'ancien hôpital. Moi j'ai commencé, et on avait encore
67 l'ancien hôpital donc le bloc n'était pas fait de la même manière, mais déjà le père pouvait
68 être présent, pourtant c'était beaucoup moins bien fait, la disposition de la salle pour que le
69 père puisse passer, se glisser à la tête de sa femme, c'était moins bien fait, c'était un peu
70 plus complexe. Et pourtant, on le faisant déjà... C'était quoi la question déjà ?

71 ***C'était, est-ce que tu te souviens des premières césariennes où le père était présent ?***
72 Bah du coup, les premières fois je trouvais ça un petit peu compliqué, un petit peu
73 encombrant, ce qu'on ne ressent pas du tout ici parce que la salle d'opération est vraiment
74 grande, le père est présent aux côtés de sa femme avec l'équipe d'anesthésie bien délimitée
75 donc on ne ressent pas du tout cette gêne qu'ou pouvait avoir, où l'on devait se glisser entre
76 deux appareils, entre l'aspirateur, entre le matériel d'aspiration, les scopes et tout ça. On
77 avait vraiment besoin de se glisser un petit peu, se faufiler là-dedans alors que là, il n'y a
78 pas cet encombrement et du coup c'est beaucoup moins gênant. Enfin, ce n'est plus du tout
79 gênant alors que ça l'était avant. Le fait de rentrer dans la salle avec le père et d'en ressortir
80 alors que c'était encombré, c'est ça qui était un peu petit gênant.

81 ***Est-ce que tu avais des craintes ? Sur la réaction du père ... ?***
82 Non pas du tout, parce qu'au final, le père reste à côté de sa femme. Si c'est compliqué, si
83 on a des complications pédiatriques, le père reste aux côtés de sa femme. Donc, la seule
84 crainte quand on fait une césarienne c'est de devoir réanimer l'enfant derrière et pour le
85 coup, que le père soit présent ou pas avec la femme, ça ne change rien. Au contraire même,
86 c'est même mieux parce que du coup, peut être que le temps leur semble moins long, à la
87 mère et à lui. A partir du moment où l'enfant est né, quand on s'en occupe à côté, comme
88 ils sont deux, le temps peut-être semble moins long même si on met dix minutes à réanimer
89 leur enfant.

90 ***Et dans tous les cas, le père part après avec l'enfant dans une autre salle, il ne revient***
91 ***jamais en salle de césarienne avec son bébé ?***
92 En salle de césarienne, non jamais. C'est déjà arrivé exceptionnellement, je ne sais même
93 plus pour quelles raisons, c'est déjà arrivé exceptionnellement mais normalement il sort et
94 il retrouve sa femme simplement en salle de réveil ensuite.

95 ***As-tu d'autres idées de moyens qui peuvent améliorer le vécu de la césarienne par le***
96 ***couple ?***
97 ... Euh non, je ne vois pas. Peut-être cette attente là, au moment de la suture, ça peut prendre
98 quand même parfois quarante-cinq minutes, donc c'est vrai que c'est peut-être un peu long
99 pour la mère et le père, d'être séparé et la mère notamment d'être séparée de son enfant,

100 peut-être qu'à ce moment-là c'est un peu long. Et en effet, pourquoi le père ne pourrait pas
101 revenir ? Il pourrait revenir et puis ça raccourcirait, en tout cas dans l'impression, ça
102 raccourcirait un petit peu ce temps de séparation, donc peut-être que ça, ça serait pas mal.
103 Mais à part ça, je ne vois pas quelles améliorations pourraient être apportées, c'est déjà pas
104 mal ce qui est fait, actuellement.

Entretien sage-femme n°2 – Maternité B

1
2 ***Est-ce que tu peux expliquer ton parcours professionnel, les lieux où tu as exercé ?***
3 Alors moi, ça fait vingt que je suis sage-femme, j'ai été sage-femme pendant plus de dix
4 ans à Nîmes, au CHU. Et puis après j'ai fait deux ans de remplacements pendant deux trois
5 ans, et puis j'ai été reprise en mutation ici à l'hôpital.

6 ***A Nîmes et lors des remplacements, est-ce que le père pouvait être présent en salle de***
7 ***césarienne ?*** A Nîmes, le père venait.

8 ***Que penses-tu de la présence du père en salle de césarienne ?***

9 Eh bien, je pense que c'est indispensable.

10 ***Pour quelle(s) raison(s) ?***

11 C'est important parce qu'ils sont ensemble comme lors d'un accouchement. C'est vrai que
12 c'est un geste plus médical que l'accouchement mais s'il n'y a pas vraiment de raison
13 médicale pour qu'il ne soit pas là c'est important pour la maman qu'il soit là, et pour lui
14 aussi. Ça leur fait un vécu ensemble, un peu comme si c'était une voie basse quoi.

15 ***Est-ce que ça facilite le déroulement de la césarienne ?***

16 Oui, ça déstresse la maman, ça lui permet d'avoir quelqu'un qu'elle connaît à côté d'elle
17 dans un milieu qui est quand même assez hostile qui est la salle de césarienne, qui est déjà
18 un peu différente d'une salle d'accouchement avec quand même pas mal de médecins, pas
19 mal de lumière, pas mal de matériel et d'avoir quelqu'un qu'elle connaît et en plus son
20 conjoint, c'est quand même super important.

21 ***Est-ce qu'il y a des difficultés quand le père est là ?***

22 Non, non je n'en vois pas. Après, si vraiment il y a des complications pendant la césarienne,
23 on est toujours à même au dernier moment de lui demander de sortir et puis voilà. On a
24 toujours le temps de le faire sortir s'il a un souci, une complication, une hémorragie, mais
25 c'est très rare.

26 ***En cas d'hémorragies, vous le faites systématiquement sortir ?***

27 Oui, mais moi, en quatre ans ici, j'en ai jamais vu. J'ai dû le voir une fois à Nîmes où il y
28 avait une hémorragie qui était importante et du coup ils ont fait sortir le papa. C'est
29 extrêmement rare.

30 ***Ce n'est pas une surcharge pour l'équipe médicale ?***

31 Non, pas du tout, non. Ici, c'est vraiment très bien prise en charge, très bien organisé. Il est
32 habillé avant et on vient le chercher une fois que les champs sont mis et du coup, c'est

33 souvent l'IBODE ou l'interne qui vient le chercher, il passe derrière, juste derrière les
34 champs. Il a juste sa chaise à côté des anesthésistes, à la tête de la patiente et ça ne gêne
35 personne.

36 ***Est-ce que tu as une estimation du pourcentage de père qui accompagne leur conjointe***
37 ***en salle de césarienne ?*** Je dirais 95-96% chez nous, oui. Minimum, 95-96%.

38 ***Et quand ils refusent, qu'elles sont les raisons évoquées ?***

39 Eh bien, je pense que quand ils ne sont pas présents c'est parce qu'ils ne sont pas là, ils ne
40 sont pas arrivés à tant, quand c'est une césarienne en urgence. Mais les raisons évoquées,
41 j'en ai eu très peu, je ne serais pas dire, où la peur du milieu hospitalier quoi, comme ils
42 seraient absents en salle de naissance, mais il n'y aurait pas de différence entre l'absence
43 en salle de naissance et l'absence en salle de césarienne.

44 ***Est-ce qu'il arrive que des pères expriment des regrets à avoir assisté à la césarienne ?***

45 Non, jamais. Ils exprimeront des regrets s'ils n'y ont pas été mais jamais d'y avoir participé.
46 Ils sont tous très contents, puis ça leur donne déjà une place, ça leur donne leur place de
47 père, dès le départ donc ils n'ont pas eu de coupure entre la grossesse et...comme peuvent
48 l'avoir les mamans sous AG [Anesthésie Générale] et là ils n'ont pas de coupure entre la
49 grossesse et puis leur bébé qui arrive comme ça dans un berceau quoi.

50 ***En cas d'anesthésie en urgence, il n'y a pas de problème, le père peut aussi être présent ?***

51 Non, non, sauf si c'est sous AG il n'est pas présent. Après, ça dépend du cadre de l'urgence,
52 si c'est vraiment une grosse urgence, il ne participera pas, si c'est un hématome-
53 rétroplacentaire, s'il y a vraiment des risques, mais c'est assez rare quand même.

54 ***Ici, le papa, après la césarienne retourne systématiquement...***

55 Ici ? En salle de réveil. En fait le papa, il est avec nous, après la naissance, souvent il vient
56 avec nous, s'occuper du bébé dans la salle qui est réservée pour la réa[nimation] du bébé
57 où l'on fait juste une aspiration simple et à ce moment-là, soit il retourne avec la maman
58 mais souvent en fait, on le met dans une salle d'accouchement à côté où il prend le bébé en
59 peau à peau et dans 90% des cas, ça se passe comme ça.

60 ***Il y a des raisons pour lesquelles il ne retourne pas avec le bébé à la tête de la***
61 ***maman après la naissance ?***

62 Après, une fois que la maman est en salle de réveil, on amène immédiatement le papa et le
63 bébé en salle de réveil pendant les deux heures de surveillance. Là c'est le laps de temps
64 entre le fait qu'il soit né, l'incision et la suture finale de la césarienne. Donc une demi-heure
65 à peu près.

66 ***Ça n’a jamais été évoqué que le papa puisse rentrer en salle de césarienne avec le bébé***
67 ***dans les bras ?***

68 Alors non, mais par contre nous avant de... dès que le bébé, on le met à la maman, on
69 l’aspire un petit peu et souvent on y retourne avec le papa ou sans le papa pour deux-trois
70 minutes pour que maman revoie son bébé, quoi.

71 ***Pour une césarienne programmée, la présence du père est évoquée lors des consultations***
72 ***par le gynéco ?***

73 Je ne sais pas quand est-ce qu’on lui propose au papa. Je pense que c’est dit à la maman,
74 ou alors c’est peut-être les mamans qui posent les questions lors de la consultation
75 d’anesthésie, ou avec l’obstétricien. C’est vrai que quand ils arrivent, ils le savent déjà,
76 c’est dit en amont déjà.

77 ***Est-ce que tu penses que la présence du père en salle de césarienne peut changer les***
78 ***pratiques des professionnels ?***

79 Peut ? Alors, ce serait plutôt à demander peut-être aux anesthésistes parce qu’ils sont plus
80 à côté, ils sont vraiment à côté des anesthésistes. Du côté obstétrical, il y a les champs donc
81 je ne pense pas que pour les obstétriciens ça change quoi que soit, après ça sera plus dans
82 l’asepsie verbale il faut faire attention à ce qui est dit comme il y a le papa qui est présent.

83 ***Il y a une plus forte asepsie verbale lorsque le père est présent ?***

84 Non, enfin, là dans notre équipe, non je ne vois pas de personne qui change comportement
85 parce que les papas sont là, sauf quand il y a une urgence, on lui demande de sortir. Mais
86 c’est vrai qu’il y a le papa, il faut faire attention à ce qu’on dit.

87 ***Tout à l’heure, tu me disais que ça avait été dur à instaurer la présence des pères ici...***

88 En fait, ce qui a été dur à instaurer ce n’est pas la présence du père en salle de césarienne,
89 c’est la présence du père en salle de réveil. Parce que comme les locaux ont été très mal
90 fait, la salle de réveil est à l’opposé à la salle de césarienne, en fait, le bloc s’opposait à ce
91 que le père traverse le long couloir où il y a les salles d’opérations des deux côtés. Donc du
92 coup, ils ont mis un film qui est transparent sur les vitres de chaque côté des salles
93 d’opération pour pouvoir l’emmener là-bas. Mais sinon, non, il était quand même présent,
94 sauf les premiers mois, les premières semaines de déménagement mais voilà.

95 ***La césarienne, ça peut être mal vécu par certaines patientes, est-ce que vous voyez***
96 ***d’autres moyens pour améliorer ce vécu ?***

97 Non, mais je pense, ça c’est surtout le cas quand il y a des césariennes en urgence quoi.
98 Moi je pense que oui, il y a un moyen... Souvent les patientes ne sont pas préparées à tout ce
99 qui est être pathologie, tout ce qui va mal se dérouler en salle, des fois, par les sages-femmes

100 libérales qui je le comprends, voulant protéger les patientes pendant la préparation, leur
101 parle de tout sauf de ce qui peut aussi leur arriver. Beaucoup, il y a beaucoup de patientes
102 qui nous en parlent après en disant “j’aurais vraiment aimé qu’on nous en parle sans
103 s’étendre dessus mais qu’on nous dise qu’à tout moment on peut avoir une césarienne, à
104 tout moment on peut saigner aussi à la fin”. Ça c’est une notion assez générale, qui, je
105 trouve n’est pas assez abordée par les sages-femmes libérales parce que la préparation
106 psychologiques c’est très important, même si tout va bien, il faut savoir que ça peut... après,
107 ça dépend comment c’est présenter, comment c’est dit mais qu’on peut passer en salle de
108 césarienne à tout moment et ça peut changer beaucoup de choses, parce que dans mon
109 expérience, surtout dernièrement, les patientes qui ont un mauvais vécu c’est celles pour
110 qui on a jamais, jamais évoqué, à aucun moment pendant la grossesse, une possibilité de
111 césarienne, donc ça été un choc. Il ne s’y attende pas du tout.

Entretien anesthésiste n°1 – Maternité C

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Moi je suis anesthésiste, ça fait une dizaine d'années. Après j'ai travaillé à l'hôpital, j'ai
4 fait des remplacements en Clinique. J'ai travaillé dans la région, j'ai été à la Polyclinique
5 de l'Atlantique, à Nantes. J'ai fait les DOM-TOM aussi.

6 *Beaucoup de maternité ?* Eh bien dans chaque structure il y avait des maternités.

7 *En ce qui concerne la présence des pères en salle de césarienne, vous avez connu un peu*
8 *de tout ?*

9 Alors, il me semble qu'essentiellement il n'y avait pas les pères dans les salles d'opération.
10 J'ai peu de souvenirs où il y en ait.

11 *Que pensez-vous de sa présence en salle de césarienne ?*

12 Moi, personnellement, en tant qu'anesthésiste je suis bien plus tranquille si le père n'est
13 pas là parce qu'à la tête on n'a pas beaucoup de place et du coup on est déjà trois en général.
14 Enfin deux en minimum et trois en général parce qu'on a souvent un interne donc c'est
15 largement suffisant à la tête donc une personne en plus techniquement c'est gênant. Après,
16 il y a le confort de la mère auquel il faut faire attention, si elle se met à vomir, si elle n'est
17 pas bien... la rassurer c'est déjà une chose à faire alors quand en plus quand il y a le père...
18 je ne sais pas s'il pourra avoir le même rôle, la rassurer. Lui, il doit probablement être
19 stressé aussi. Enfin, moi je suis assez contente qu'on ne les prenne pas. Sur le plan
20 personnel, mon mari a été là la première fois pour la première césarienne. Il était un peu
21 perdu aussi et la deuxième fois, il n'a pas voulu venir. Il était très bien de l'autre côté. Et
22 après en pratique, quand on leur explique qu'ils vont voir vite le bébé, qui le vont voir
23 même parfois avant la maman... Je pense que eux, c'est vrai que c'est dans la relation de
24 couple, être là tous les deux, se rassurer... Mais bon ce n'est pas non plus insurmontable.

25 *Donc oui, ce n'est pas non plus que la salle le principal problème. Si la salle était plus*
26 *grande sa présence peut interférer avec votre travail ?*

27 Oui, bon après il y a les césariennes qui sont programmées où là c'est tranquille, le climat
28 est plutôt cool. Tous ce qui est césariennes en urgences, vraiment là, on a autre chose à
29 faire qu'être préoccupé par le papa. Je n'ai pas envie d'avoir des gens qui ne servent "à
30 rien".

31 *Est-ce que vous pensez que c'est un risque infectieux supplémentaire ?*

32 Ca je ne m'en occupe pas du tout. Peut-être mais en même temps je ne vois pas pourquoi,
33 ils sont en pyjama, ils ont le masque, ils ont la charlotte, non je ne crois pas.

34 *C'est une demande fréquente ici de la part des couples ?*

35 Ça arrive mais ce n'est pas fréquent.

36 *D'accord, ils sont au courant qu'ici le père ne peut pas être présent ?*

37 Oui, ils sont informés. De temps en temps, en consultation d'anesthésie, mais c'est très
38 rare, ils redemandent. Je leur réexplique et en fait ils ne repartent pas en étant énervés parce
39 qu'une fois qu'on a expliqué pourquoi ici ça se passait comme ça, voilà...

40 *Les sages-femmes de l'équipe me disaient que le père pouvait plus souvent être présent*
41 *dans l'ancienne maternité, est-ce que vous avez exercé là-bas ?*

42 Oui, je ne sais plus. Je ne pourrais pas dire. Peut-être qu'à l'heure actuelle il y a plus
43 d'obstétriciens et peut-être plus d'anesthésistes qui sont contre qu'avant. Et du coup, on en
44 fait une règle générale.

45 *Sa présence dans la salle peut-elle modifier la pratique des professionnels ?*

46 Moi je pense que ça peut nous gêner, matériellement ça peut nous gêner donc globalement
47 oui, ça va m'embêter dans ma pratique.

48 *Est-ce que vous voyez des moyens pour rassurer la maman lors de la césarienne ?*

49 Donc ça effectivement, c'est nous qui nous en occupons. Il n'y a personne d'autre qui est
50 dédié à ça, donc on fait ce qu'on peut. On lui prend la main, on discute avec elle, on
51 l'informe de comment ça avance.

Entretien anesthésiste n°2 – Maternité C

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 Alors j'ai été étudiante à Brest. Mon internat d'anesthésie-réanimation à Tours où là je suis
4 allée au CHU de Tours, au centre hospitalier de Blois, au centre hospitalier d'Orléans et là
5 depuis quatre ans je suis ici et j'attends ma titularisation.

6 ***Et en ce qui concerne la présence du père en salle de césarienne, est-ce que vous avez***
7 ***connu des maternités où le père pouvait être présent ?***

8 Oui, à Tours. Et mauvaise expérience, non vraiment. Soit c'est qu'ils ne sont pas là
9 longtemps, ils sont là jusqu'à la naissance et après souvent il partait avec le bébé, ils étaient
10 là quatre-cinq minutes maximum. Et beaucoup de papa ont mal vécu puisqu'ils ont vu ce
11 qu'il se passait de l'autre côté du champ, et donc c'est les papas eux-mêmes qui soit
12 faisaient des malaises soit qui disaient ne plus vouloir revivre ça... Donc voilà, mauvaise
13 expérience.

14 ***Parce qu'ils voyaient ce qu'il se passait ?***

15 Ils voyaient le champ opératoire. Ça arrivait en fait qu'ils voient le champ opératoire.
16 Normalement, on leur disait de rester à côté de la tête mais les salles de césariennes sont
17 tellement petites ou quand ils circulent... Nous on leur demande de se pousser où des
18 choses comme ça, c'est arrivé plus d'une fois ce qu'il se passait.

19 ***Ils n'étaient pas forcément assis...***

20 On essayait de les mettre assis mais c'est vrai que suivant comment ça se passe, quand nous
21 on a des choses à injecter, des ceci et des cela, le bébé est là, on fait beaucoup moins
22 attention au papa et du coup ça arrive que le papa, les champs ne sont pas non plus immense
23 donc le papa peut voir même sans faire exprès. Et au final, ils avaient un temps de présence
24 qui était très limité d'où un bénéfice... Oui moi je ne trouve pas qu'il y avait un super
25 bénéfice. Et puis, ça perturbe toutes les équipes, tout le monde est stressé. S'il y a le
26 moindre souci, on demande au papa de partir en vitesse donc ce n'est pas bien non plus
27 pour lui.

28 ***C'est assez fréquent que les pères expriment un mauvais vécu ?***

29 C'est fréquent, je ne sais pas... Je dirais bien un sur cinq quand même qui au final aurait
30 préféré attendre dehors. Surtout que moi je leur explique, parce qu'ils nous demandent tous
31 donc je leur explique : "Vous savez ce n'est que quelques minutes, on vous montre le bébé
32 tout de suite après, vous ferez le peau à peau..." et du coup, ils prennent les choses plutôt
33 bien. Parce que au final, ce qu'il serait bien c'est qu'ils restent tout du long avec le bébé

34 pour reproduire l'accouchement voie basse. C'est ça qu'il faudrait faire, c'est que le papa
35 et le bébé restent avec la maman pendant toute la césarienne. Sauf qu'en théorie, dès que
36 le bébé est né, le papa suit le bébé pour aller faire les soins donc elle se retrouve quand
37 même toute seule. Donc je trouve que c'était plus d'inconvénients que d'avantages. Et puis,
38 nous à la tête, on n'a pas de place donc avec le papa en plus... Ici, la configuration fait que
39 ce n'est pas possible. Même, côté anesthésie, on a juste les bras et la tête donc si on a le
40 papa en plus d'un côté, on est vite bloqué.

41 ***Est-ce que vous pensez que c'est un risque infectieux supplémentaire ?***

42 Non... Parce que logiquement, on les faisait se changer, ils étaient habillés en tenue de
43 bloc, on les faisait se laver les mains et puis ils ne touchent rien donc souvent ils restaient
44 sur leur petit tabouret. Souvent, ils n'osent même pas toucher leur femme donc...

45 ***Ils sont stressés eux aussi ?*** Oh oui

46 ***Est-ce que vous pensez que ça change la pratique des professionnels que le père soit là ?***

47 Oui, je pense. C'est plus stressant et du coup on communique moins entre obstétricien et
48 anesthésiste, je trouve qu'il y a moins de communication parce qu'on ne peut pas dire tout
49 et n'importe quoi et qu'il faut...

50 ***Même si la patiente est consciente et qu'elle entend ce qu'il se passe ?***

51 Oui parce que la patiente, elle ce n'est pas grave, est pleine d'hormones, elle est en train
52 d'avoir son bébé. Ce n'est pas pareil je trouve que le père qui a un regard complètement
53 extérieur. La patiente, on s'occupe d'elle, du coup elle ne fait pas attention à tout ça alors
54 que le papa est en mode "hypervigilance", à regarder tout ce qu'il se passe à essayer de
55 tout comprendre, "Est-ce qu'il y a un problème ? Est-ce qu'il n'y a pas de problème ?". Je
56 pense que la maman ne se pose pas la question de savoir si ça se passe bien, enfin ça se
57 passe et voilà. Alors que le papa est un peu extérieur... Oui je trouve qu'il y a moins de
58 communication.

59 ***Est-ce que ça vous est arrivé d'avoir des malaises de papas en salle de césarienne ?***

60 Oui, mais aussi pendant les poses de péridurale.

61 ***Vous acceptez le père pendant la pose de péridurale ?***

62 Ça dépend, souvent, ils sont contents de sortir. Quand les papas demandent de temps en
63 temps ou quand les patientes ne parlent pas français pour que les papas traduisent, ou alors
64 quand il y en a qui sont complètement flippées au final, le papa permet de rassurer. Mais
65 c'est exceptionnel parce qu'ils font des malaises et qu'ils sont contents d'aller boire un
66 café, de faire un petit tour, souvent ça ne les dérange pas, c'est le début du travail, ça dure
67 un quart d'heure... Et souvent il y a des papas qui disent "ah oui, je ne veux pas voir ça".

68 Et puis je pense que ça les angoisseraient parce que parfois, les patientes elles crient, même
69 si elles n'ont pas super mal, elles crient super fort... Du coup ça peut...

70 ***Rajouter du stress... Et en cas de malaise, quand le père était en salle de césarienne, qui***
71 ***est-ce qui s'en occupait ? Comment vous le preniez en charge ?***

72 Souvent, on le mettait allongé par terre, les pieds en l'air et souvent ils récupéraient
73 rapidement comme ça. Après du coup, souvent c'était l'aide-soignante qui le sortait pour
74 qu'il aille s'allonger quelque part dans le couloir en attendant qu'on finisse mais c'était
75 plutôt comme ça. Il n'y a jamais eu de trucs graves.

76 ***Si le débat était relancé vous seriez plutôt défavorable ?***

77 Oui. Le bénéfice, je le trouve vraiment limité.

78 ***Et le bénéfice serait ?***

79 Que la maman et le papa vivent la naissance ensemble. Mais il ne reste pas pendant une
80 heure, ils se voient trois minutes et après il part donc...

81 ***Ça ne serait pas envisageable qu'ils reviennent, le papa et le bébé, dans la salle avec la***
82 ***maman ?***

83 Eh bien, on n'a vraiment pas de place quand même. Enfin, nous d'un point de vu
84 anesthésie... Et puis ce qui est mal vécu aussi, c'est que s'il y a le moindre souci, nous on
85 expulsait le papa. On n'expliquait rien, on le mettait à la porte parce qu'on n'a pas le temps
86 de l'informer, il n'y a pas le temps de s'en occuper et au final, c'était hyper angoissant pour
87 le papa puisqu'il savait que quelque chose se passait, sans savoir quand et sans savoir ce
88 que s'allait donner. Alors que quand ils attendent tranquillement dehors, que nous ça saigne
89 mais qu'on maîtrise et qu'on fait ce qu'il ce qu'il faut, le papa ne ressent pas tout ce stress-
90 là, donc je pense que ça peut être une source d'angoisse pour eux.

Entretien obstétricien n°1 – Maternité

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Alors moi je suis praticien hospitalier en gynécologie-obstétrique, au CHD depuis 2011.
4 Avant, j'étais cinq ans praticien hospitalier à Paris, j'ai fait sept ans à Paris. Et encore avant
5 j'étais interne à Reims, au CHU. Et là, je suis arrivé en septembre 2011, je suis chef de pôle
6 depuis juillet 2014, et responsable du bloc obstétrical ici.

7 *Est-ce qu'à Paris le père pouvait assister aux césariennes ?*

8 Alors là où j'étais non, le chef de service s'y était opposé.

9 *Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?*

10 Alors, moi personnellement... Je vous donne mon avis personnel et puis après je vous
11 donnerais un peu l'avis du service, parce que globalement les deux sont assez facilement
12 proches. C'est-à-dire que moi, mon expérience personnelle, on est toujours nourri par ses
13 expériences professionnelles, personnelles, c'est que je suis contre la place... enfin, la place
14 non. La place du père, je n'en sais rien, mais je suis contre la présence du père au cours
15 d'une césarienne. L'obstétrique, ça peut aller très, très vite très, très mal. C'est rare, mais
16 ce n'est surtout pas prévisible. Donc à partir du moment où ce n'est pas prévisible, si l'on
17 fait du systématiquement absent, on règle tous les problèmes. Et mon expérience
18 personnelle, c'est que j'ai eu à affronter deux cas de malaises de papa au cours d'extractions
19 instrumentales. Je sors du sujet mais c'est un peu pareil, parce que moi personnellement, je
20 fais sortir tous les papas sur les extractions instrumentales. Je suis le seul du service, tous
21 mes collègues laissent, c'est leur choix, il n'y a aucun problème. Mais c'est un peu la même
22 problématique et personnellement j'ai eu deux soucis. Un, une fois, où le papa est tombé
23 gentiment par terre, et un autre fois, où il est tombé beaucoup moins gentiment sur le petit
24 lavabo, il s'est fait très, très mal, au point de terminer en réanimation avec un hématome
25 extra-dural donc voilà... Ça m'a un peu refroidi sur la présence des papas. On est dans une
26 situation de stress ? Non pas de stress, mais si en plus on doit gérer un papa, moi je ne peux
27 pas. Donc personnellement, extractions instrumentales, césariennes, c'est : pas de papa
28 dans la salle. On a, à la disposition ici, le papa il est juste derrière la porte, donc la porte
29 s'ouvre, bébé passe et papa est là. Les soins sont avec papas. Ici on pratique beaucoup le
30 peau à peau. Le peau à peau c'est papa et bébé. Donc je ne vois pas en quoi le papa est
31 exclu d'un acte chirurgical, il n'est pas exclu de la naissance, au contraire, et tout le temps
32 où maman est en salle de césarienne, bébé est sur papa, à condition où bébé va bien, bien
33 sûr. Et après, les trois sont réunis en salle de surveillance qui est au sein du bloc obstétrical.
34 Il n'y a pas de réveil central, on n'a pas une maman délocalisée avec un bébé qui est dans

35 un sens et un papa dans l'autre, non. C'est : elle sort de la salle de césarienne, papa là rejoint
36 en salle de SSPI qui est à côté de la salle de césarienne, au sein du bloc obstétrical, et tout
37 le monde fait du peau à peau, et tout le monde est bien, et honnêtement, on n'a pas de retour
38 négatif sur... Oui, on a des dames qui demandent la présence du père, mais quand on leur
39 explique que c'est une décision d'équipe et que, elles ont toutes connu une dame où la
40 césarienne ne s'était pas si bien passée que ça et elles comprennent très bien que c'est un
41 choix, que c'est comme ça. On n'a pas de gens frustrés.

42 *Le principal obstacle pour vous semble plutôt le malaise, est-ce qu'il y en a d'autres ?*

43 Le principal obstacle pour nous, c'est principalement la gestion du papa. C'est
44 éventuellement, parce que je vois que vous l'avez noté [*il tient dans ses mains le synopsis*
45 *du mémoire*], on va en parler. Le risque infectieux, eh bien oui on le sait très bien, mais ça,
46 ce n'est pas à moi de le dire parce que je ne suis pas compétent. Plus il y a de monde dans
47 une salle d'intervention chirurgicale, plus le risque augmente. Donc si vous rajouter une
48 personne supplémentaire, vous rajouter un risque supplémentaire. Ce n'est pas parce que
49 c'est le papa, c'est une personne supplémentaire, si c'est un externe, un machin, un truc,
50 c'est pareil. Donc, plus on augmente le nombre de personnes, pire c'est. Manque de place ?
51 Parce que je vois que vous l'avez évoqué. Nous on a des grandes salles de césariennes donc
52 non ce n'est pas un obstacle. Vous verrez quand vous viendrez visiter... Installations mal
53 adaptées ? Si on le fait, il est de l'autre côté du champ, du côté anesthésie donc nous en
54 terme de chirurgie, il ne nous poserait pas de problème. Au niveau anesthésie par contre,
55 c'est un peu ric-rac, un peu étroit parce qu'ils ont leurs machines, ils ont leur respirateur,
56 ils ont leur chariot de drogues. Ça peut être un peu compliqué, on le voit bien parce qu'en
57 salle de césarienne, on a pris le parti aussi, ça c'est une politique d'équipe de faire les
58 sièges et les jumeaux. Et là, les sièges et les jumeaux, papa est là. Il est dans la salle avec
59 maman, il lui tient la main, il lui tient la tête, enfin bref, il assiste à l'accouchement. Si on
60 fait des manœuvres, il sort de même principe. S'il n'y a pas de manœuvre, c'est un
61 accouchement brillamment voie basse, spontané, de base de jumeaux ou de base de siège.
62 Eh bien le papa et avec maman, l'accouchement se fait parce qu'on a pris le choix de faire
63 ces accouchements en salle de césarienne. Donc, on voit bien que la place n'est pas un
64 problème. L'infectieux, eh bien oui, mais c'est une personne en plus ce n'est pas non plus,
65 il y en aurait quinze, je ne dis pas... Le jugement des professionnels par le père, puisque
66 vous l'avez mis... Peut-être que je suis en avance sur vos questions, mais comme ça, ça sera
67 tout fait... Crainte du jugement des professionnels par le père ?... Pas plus que... non. Moi
68 ça ne me choque pas, ce n'est pas plus que ça. Ce qu'on ne supporte pas, non ce n'est pas
69 supporté. Ce qu'on n'admet pas et ce qu'on demande, parce que malheureusement, on a
70 parfois des hurluberlus, ils filment l'accouchement. Mais ils filment l'accouchement, ils ne
71 filment pas la maman entrain de pousser. Ils viennent de l'autre côté, en train de filmer le

72 périnée et le gamin qui sort, eh bien non. Ca non. La responsabilité en cas de malaise ? Ça
73 c'est clair et je peux vous dire, pour l'avoir vécu, comme je l'ai raconté, on ne le vit pas
74 parce qu'on s'inquiète plus pour le papa que pour la maman et l'enfant. Et le traumatisme
75 pour le père ? Eh bien... oui ça c'est vrai. Je ne sais pas comment fonctionne les autres
76 mais ça m'étonnerait qu'il soit du côté du champ où on voit le ventre ouvert. La surcharge
77 de travail, oui, ça c'est... mais comme on a pris le parti de dire non systématiquement, on
78 a réglé le problème. Je pense que les endroits où c'est accepté c'est sous couvert que ça soit
79 faisable. Je ne sais pas mais je pense.

80 ***Oui, il y a quelqu'un qui prend en charge le père, l'habille...***

81 Voilà. Ça fait beaucoup de choses, j'ai répondu à toutes les questions mais... Et puis après,
82 c'est important, je ne sais pas comment sont les autres mais nous c'est une décision
83 collégiale. Il y en a qui étaient pour, d'autres qui étaient contre et collégialement, on a dit
84 que ça serait non. Maintenant, au cas par cas, c'est-à-dire que certaines de mes collègues –
85 je dis "certaines" car je suis le seul garçon – ont tendance parfois à se laisser un peu
86 craquer. C'est essentiellement parce que c'est des gens que l'on connaît, des gens du métier,
87 de l'hôpital, éventuellement, soit le papa est médecin, maman est médecin et papa je ne
88 sais pas quoi, bref. C'est des gens de la spécialité et qui travaillent ici à la rigueur et c'est
89 au cas par cas et voilà, c'est rare. Ce n'est vraiment pas généraliste.

90
91 ***J'avais une question sur la responsabilité, s'il y a un malaise en salle de césarienne et***
92 ***qu'il arrive quelque chose au papa, à qui revient la responsabilité ?***

93 A celui qui a autorisé la présence du papa. Personnellement je n'ai pas de formation
94 médico-légale mais j'aurais tendance à dire à celui qui a autorisé que le papa soit là. Ça me
95 paraît du bon sens.

96
97 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père en salle de césarienne peut influencer la***
98 ***pratique des professionnels ?***

99 Eh bien... Je ne sais pas parce que je ne l'ai jamais eu moi personnellement parce que
100 partout où je suis passé ça été pas de père en salle de césarienne donc je ne peux pas vous
101 raconter si moi ça peut... enfin voilà, moi je ne l'ai pas vécu... Ça peut influencer... Encore
102 une fois je ne l'ai pas vécu, mais j'imagine que ça peut influencer et pas en positif. Après,
103 quand on en vraiment l'habitude, j'imagine peut-être que ça ne fait plus rien d'avoir un
104 papa mais quand c'est exceptionnel et que vous l'avez, forcément vous n'êtes pas naturel,
105 en mon sens.

106 ***Il peut également y avoir des malaises lors d'un accouchement voie basse.***

107 Oui, tout à fait, on en a régulièrement. On en a régulièrement, et voilà, c'est ce que je vous
108 disais, personnellement, c'est extraction instrumentale égal dehors, pareil juste derrière la
109 porte, il n'y a pas de soucis.

110 Et malaise et accouchement voie basse, oui. Et puis, se pose toujours la question que ça va
111 forcément monopoliser une, deux voire trois personne(s) pour s'occuper de papa et pendant
112 ce temps-là, qui s'occupe de maman ? Qui s'occupe du bébé qui est un train de sortir, ou
113 pas ? Donc à mon sens, c'est compliqué. Après, faire sortir les papas pour l'accouchement
114 c'est compliqué aussi. Mais en tant que responsable de la salle de naissance, j'ai demandé
115 et c'est appliqué qu'à partir du moment où il y a un geste, où quelque chose, libre à chacun
116 de faire ce qu'il veut mais la consigne est de facilement proposer à monsieur d'aller à côté.
117 Et spontanément, certains vont dire "Vous commencez à sortir des trucs, à faire du bruit,
118 je m'en vais". Très bien, parfait. Et puis il y a des messieurs supers courageux, souvent
119 c'est les plus costauds, les plus hauts, qui veulent absolument rester et ce sont eux qui nous
120 font les plus gros malaises et le plus de malaises. Donc ce n'est pas forcément l'idéal.

121
122 ***Aux endroits où j'ai été pour mon mémoire, le père était assis derrière le champ.***

123 Ça n'empêche pas de tomber assis, cela n'a jamais empêcher de tomber. C'est bien pour ça
124 que quand on voit que vous commencez à blêmir, on vous fait allonger par terre. Vous
125 tombez de moins haut et sur une chaise ça n'a jamais empêché de tomber. Je pense qu'il
126 faut être attentif et prudent et, je ne sais pas si c'est déjà arrivé, j'espère que non mais on
127 peut imaginer la présence d'un père au cours d'une césarienne avec, je ne sais pas, quelque
128 chose de dramatique, le décès du papa sur un problème neurologique, une convulsion, une
129 inhalation, un arrêt cardiaque, je n'en sais rien. Et qu'est-ce qu'on fait dans ces cas-là ?
130 Tout le monde s'occupe de papa et laisse maman, ventre ouvert ? C'est l'exceptionnel, mais
131 c'est ça le problème, c'est que l'exceptionnel, on ne peut pas le prévoir. Mais encore une
132 fois, le discours que j'ai c'est le discours de quelqu'un qui a pris le parti de ne pas avoir le
133 papa. Je pense que quelqu'un qui a pris le parti d'avoir un papa n'aura pas du tout ce
134 discours-là, il dira le contraire. Il utilisera le même argument : c'est tellement exceptionnel
135 que je ne vois pas pourquoi je priverai 99,999 fois sur mille mes papas d'être présent à la
136 césarienne de leur femme. C'est vrai, ils ont raison aussi.

137
138 ***C'est donc plus par précaution ?*** Oui, principe de précaution

Entretien obstétricien n°2 – Maternité C

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 Alors moi je suis gynécologue-obstétricien, je fais surtout de la cancérologie mammaire.
4 Donc je suis PH depuis deux ans, j'ai fait mon assistantat ici.

5 ***Est-ce que vous avez connu des maternités où le père pouvait être présent ?***

6 Oui c'était à Challans, mon premier semestre où effectivement les papas étaient présents
7 en salle de césarienne.

8 ***Qu'est-ce que pensez de la présence des pères en salle de césarienne ?***

9 Je n'en garde pas un souvenir forcément très bon, j'en garde un souvenir de réanimation de
10 papa qui était parterre où ça n'allait pas trop et où on se retrouvait à gérer et la césarienne
11 qui parfois était un peu compliqué, et le bébé et le papa qui était parterre.

12 ***Donc une surcharge de travail pour l'équipe ?***

13 Ce n'est pas une surcharge de travail, c'est surtout compliqué à gérer tout en même temps
14 et ce n'est pas forcément très pratique. Après quand ça se passe bien, ça se passe bien et
15 quand ça ne se passe pas bien, ça peut se compliquer, et ça se passe parfois très mal.

16 ***Est-ce que vous pensez que ça peut être un risque infectieux supplémentaire ?***

17 Je pense que le bloc opératoire c'est un endroit où il faut qu'il y ait le moins de passage
18 possible et où ce n'est pas la place de quelqu'un qui est étranger au bloc et qui ne sait pas
19 comment ça se passe. Ce n'est pas vraiment sa place.

20 ***C'est une demande fréquente de la part des couples ?***

21 Alors je pense que les gens sont au courant que chez nous ça ne se pratique pas mais c'est
22 vrai que de temps en temps, oui. Mais de toute façon, chez nous, les blocs sont faits de telle
23 façon que ce n'est pas possible donc le problème est assez vite résolu.

24 ***La salle n'est pas très grande ici...***

25 Oui et c'est surtout qu'en fait, elle faite de telle façon que si le père est présent en salle de
26 césarienne il ne peut pas ne pas voir ce qu'il se passe dans le ventre de sa femme. Les portes
27 d'entrées sont piles en face du champ donc soit il est là et il reste longtemps, soit il est
28 obligé de voir ce qu'il se passe donc c'est compliqué.

29 ***Du coup, ça s'est passé comment ?***

30 J'en garde un souvenir assez difficile parce qu'en plus c'était mon premier semestre donc
31 je pense que je devais être plus impressionnable. C'était un monsieur qui faisait deux

32 mètres qui s'est retrouvé parterre les jambes en l'air. Ça été très difficile pour lui aussi je
33 pense.

34 ***Il était assis ?***

35 Oui et il est carrément tombé. On l'a vu tombé. Je n'en garde pas un souvenir très bon. Le
36 chirurgien a baissé le champ lors de la naissance, le père a donc vu tout le ventre de sa
37 femme et n'a pas supporté.

38 ***Qui est-ce qu'il l'a pris en charge ?***

39 C'est l'équipe d'anesthésie qui du coup a pris en charge le monsieur, l'a fait sortir. Mais je
40 pense qu'il n'en garde un bon souvenir. En plus c'était un monsieur qui était black, on l'a
41 vu, il est devenu vert, il est tombé.

42 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père dans la salle peut modifier les pratiques***
43 ***des professionnels ?***

44 Oui, je pense que quand on a quelqu'un qui est à côté on a toujours l'impression d'être jugé
45 sur ses capacités et que quand il y a quelque chose qui ne va pas bien on n'ose peut-être
46 pas trop communiquer avec l'équipe d'anesthésie. Oui c'est un frein. Quand ça se passe
47 bien, ça se passe toujours bien. Quand ça se passe mal, je pense que c'est compliqué parce
48 qu'il faut faire sortir le monsieur. Faut gérer ça en même temps que gérer ce qu'il ne se
49 passe pas bien. Et je pense qu'on n'ose pas dire les mêmes choses parce qu'on sait que le
50 monsieur est là. Ça peut être un frein à la communication.

51 ***D'accord, même si la patiente est consciente sous rachianesthésie?***

52 C'est différent, parce qu'elle de toute façon, elle ne voit pas ce qu'il se passe et quand ça
53 commence à saigner la dame elle ne se rend plus trop compte de ce qu'il se passe. Je pense
54 que c'est plus pour les messieurs... On le voit même quand il y a des hémorragies en salle,
55 c'est plus difficile généralement pour le père que pour la mère.

56 ***Des malaises peuvent survenir également en salle d'accouchement...***

57 Oui tout à fait. Sauf que je pense que c'est plus facile à gérer. Moi généralement quand je
58 suis en salle, monsieur je le fais asseoir comme ça si jamais il fait son malaise, il est déjà
59 assis. On n'est pas dans un bloc opératoire donc ça veut dire que sortir monsieur c'est plus
60 facile et qu'on peut avoir des renforts, des gens, des aides-soignantes qui viennent, tout le
61 monde qui est là pour sortir monsieur et l'allonger si besoin. Alors que dans un bloc
62 opératoire, on est fermé, on ne peut pas entrer comme ça, on ne peut pas faire des allers-
63 retours un peu comme on veut.

Entretien sage-femme n°1 – Maternité C

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***
3 J'ai été seize ans en garde au bloc obstétrical ici. Et ensuite, il y a un médecin gynécologue-
4 chirurgien qui est arrivé ici et qui a demandé à ce qu'il y ait quelques sages-femmes de
5 formées au bloc opératoire pour servir d'aide opératoire ?

6 ***Donc en ce qui concerne la présence du père en salle de césarienne, vous avez connu sa***
7 ***présence, vous me disiez, dans l'ancienne maternité ?***

8 Oui dans l'ancien bloc ça été plus facile parce que la salle était beaucoup plus adaptée à
9 l'entrée des papas, côté tête de la maman sans avoir de visuel sur le champ opératoire et
10 surtout la salle était plus grande.

11 ***Vous me disiez que le papa rentrait après que le bébé soit né ?***

12 Non ça dépendait et des médecins et des anesthésistes et du contexte de la césarienne. Nous
13 ici, on avait commencé à y réfléchir et le peu de personnel en salle fait qu'on ne peut pas
14 dédier quelqu'un à la prise en charge du papa, parce que malheureusement et on le sait, il
15 y en beaucoup qui supportent mal la charge émotionnelle puis qui ont des baisses de tension
16 et qu'on retrouve par terre régulièrement. Donc, nous, la présence du papa en salle de
17 césarienne est d'abord liée à l'accord donné par l'anesthésiste et/ou le gynécologue-
18 obstétricien et si possible qu'ils soient d'accord tous les deux. Ensuite, le contexte d'une
19 césarienne programmée, je pense qu'on pourrait même pour les sièges et les jumeaux et
20 puis le frein qu'on a actuellement, c'est l'installation, l'ergonomie en salle ce qui fait que
21 la salle d'accueil des nouveau-nés se trouve complètement à l'opposé de l'endroit où se
22 trouverait le papa. Donc, soit il faut le faire sortir de salle par l'extérieur pour entrer dans
23 la salle d'accueil des nouveau-nés, soit passer devant le champ opératoire ce qui est
24 impossible soit admettre qu'on laisse bébé, maman et papa tous les trois tout le long de la
25 césarienne. Le problème des césariennes sous rachi-anesthésie c'est quand on fait la toilette
26 péritonéale, les femmes sont très mal, elles ont souvent des nausées, des vomissements. Et
27 puis, il faudrait une personne dédiée à s'occuper du trio papa, maman, bébé.

28 ***Oui, à les rassurer...***

29 Et puis la sécurité, dans le peau à peau. Ce sont des bébés. L'adaptation... Moi ce sont les
30 seuls obstacles que je vois. Il y a des endroits où ça été réfléchi et je pense que là, dans la
31 construction des bâtiments, ça n'a pas été réfléchi dans cette optique-là. C'est dommage.

32 ***Ça n'a pas été discuté dans l'équipe lors de la mise en place du bloc ?***

33 Le problème c'est que quand on construit des bâtiments neufs, les gens qui ont discuté de
34 ce qu'il fallait, de ce qu'il ne fallait pas, ne sont pas les gens qui sont sur le terrain...

35 ***Ils ne se rendent pas compte...***

36 Je ne sais pas s'ils ne se rendent pas compte... Tout est construit pour la sécurité des gens
37 qui travaillent et des patients. Et après, l'option confort, famille... Eh bien, il faut s'adapter
38 en fonction de ce qu'il existe. Sinon je pense que la salle serait complètement dans l'autre
39 sens, la tête de la maman côté porte de la salle d'accueil des nouveau-nés.

40 ***Il n'aurait pas été possible de faire "une salle sécurisée" tout en permettant au père***
41 ***d'être présent ?***

42 Peut-être, ça ne nous appartient pas ce genre de décision.

43 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père dans la salle est risqué***
44 ***infectieux supplémentaire ?*** Pas du tout, vraiment pas.

45 ***Vous l'estimez à combien le pourcentage de père présent ici en salle de césarienne ?***

46 Il est quasi-nul, il n'y a pas de protocole d'écrit donc on ne fait pas.

47 ***Il y en avait un dans l'ancienne maternité ?***

48 Il était tacite entre le chef des anesthésistes et la plupart des médecins. Mais il y aura
49 toujours des médecins qui refuseront, et toujours des anesthésistes qui refuseront. Ce n'est
50 pas aux sages-femmes de demander si le papa à son intérêt ou non en salle de césarienne.
51 Elles vont toutes répondre oui ou quasiment toutes. C'est sont les médecins, les décideurs.

52 ***La demande est fréquente de la part des couples ?***

53 La question est posée, surtout pour les césariennes programmées et ils sont avertis qu'au
54 jour d'aujourd'hui, il n'y a pas de possibilité, qu'on compense en faisant en sorte que la
55 famille soit réunie le plus rapidement possible en salle de soin postopératoire.

56 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père dans la salle peut modifier la pratique***
57 ***des professionnels ?*** En aucun cas.

58 ***Il n'y a pas une aseptie verbale ?***

59 Eh bien... on ne raconte pas trop de bêtises quand même ? Déjà la patiente est consciente,
60 apte à nous parler, donc l'asepsie verbal... On peut dire après « Ecoutez, on a un petit souci,
61 ça saigne, je pense que ça serait mieux que vous ne restiez pas en salle. On vous tient au
62 courant ».

63 ***Ils comprennent bien ?***

64 Eh bien, à partir du moment où l'on explique aux gens, ils comprennent bien. Après la
65 notion du temps n'est pas la même pour eux que pour nous.

66 ***Quels sont les avantages à avoir le père dans la salle ?***

67 De faire de la césarienne une naissance comme les autres malgré la frustration liée à l'acte
68 opératoire. De faire une prise en charge des familles, on a évolué.

69 ***C'est un critère pour les couples ? C'est important pour l'image de la maternité ?***

70 Oui, tout à fait. Ça fait partie de la publicité, on vante ce qu'on a de meilleur.

71 ***Je reviens au malaise, s'il se passe quelque chose, la responsabilité incombe à qui, à
72 celui qui fait entrer la personne en salle ?***

73 Non, je pense que c'est réellement au médecin, de toute façon, ce n'est pas la sage-femme
74 qui fait entrer le père. Mais je ne me suis jamais posée la question...

75 ***Si la place du père serait rediscutée, ça serait premièrement sur des césariennes
76 programmées ?***

77 Oui, si le médecin veut le mettre sur des programmées, il n'y a pas de problème pour après
78 avoir une liberté d'action. La grande urgence, non, ce n'est pas possible... Et est-ce qu'on
79 parle des papas qui ne sont pas demandeurs ? Parce qu'il y en a qui se sentent obligés.

80 ***Où c'est un des arguments aussi le traumatisme du père...***

81 La culpabilité de laisser sa femme toute seule. Il ne veut pas et tout, elle le force à venir et
82 il n'a pas envie. Ne pas forcer, ne jamais forcer. Le B.a.-ba c'est "Vous êtes d'accord ?
83 Vous n'êtes pas d'accord ?".

84 ***Est-ce que vous avez connu des papas qui ont exprimé des regrets dans l'ancienne
85 maternité d'avoir assisté à la césarienne ?*** Non, je ne crois pas. Je n'ai pas le sentiment.

86 ***Vous l'estimez à combien environ le pourcentage de présence du père dans l'ancienne
87 maternité ?***

88 On faisait souvent entrer le papa après, avec le bébé dans les bras. A la fin c'était à 80%
89 sur les programmées.

90 ***Et s'il fallait rajouter une personne dans la salle pour prendre en charge le papa, ça
91 serait une sage-femme, une aide-soignante ?***

92 On est polyvalente, les aides-soignantes sont formées à la salle d'op. La plupart sont des
93 auxiliaires de puériculture. Là j'avoue qu'avant de réfléchir à ce genre de choses...

94 ***Il faut déjà réfléchir à l'agencement des locaux...***

95 Oui, franchement je pense. Si on rentre dans cette politique, il faut que tous les cas de figure
96 soit bien listés et également les médecins qui sont d'accords et ceux qui ne sont pas
97 d'accords parce qu'il y a des obstétriciens qui sont formellement opposés, certains
98 anesthésistes qui sont formellement opposés et les autres, ils s'arrangent.

99 ***Est-ce que vous voyez d'autres moyens d'améliorer le vécu de la césarienne de la part du
100 couple ?***

101 Est-ce que la présence des papas est complètement curative ? Je ne sais pas. Est-ce qu'elle
102 adoucit ? Je n'en sais rien. Et puis les patientes juste après la césarienne, elles ont surmonté
103 une épreuve, elles ont vécu la naissance. Peut-être leur demander ça à trois mois, six mois.
104 Moi je pense que ça me paraît un peu tôt dans le séjour à la maternité. Forcément, avant
105 elles sont tristes, mais est-ce que ce n'est pas plus tôt la peur d'être seules dans un monde
106 inconnu ? Pendant, ça se passe bien, il y a des gens qui leur parlent, qui leur expliquent, on
107 leur décrit succinctement le déroulement et après c'est l'euphorie du bébé. Les papas sont
108 drôlement contents d'avoir pu être présent là, d'avoir pu faire le relai peau à peau et d'être
109 en SSPI où ils ont pu assister à la mise au sein, à plein de choses comme ça. Ils en font
110 partie intégrante. Et puis, attention, il y en a qui en n'ont rien à faire, qui sont assis dans
111 une chaise et qui passe la journée à téléphoner, à envoyer des textos, à prendre des photos
112 du bébé. Et une fois qu'ils ont pris leurs photos, ils n'ont plus un coup d'œil ni à la maman
113 ni au bébé. Tout est relatif quoi. Mais je pense que même si c'est protocolisé, ça doit être
114 discuté à chaque fois et ne pas faire quelque chose de systématique et comme un dû.

115 ***Au cas par cas ?***

116 Oui, franchement, au cas par cas. Je pense qu'il faut aussi demander au papa tout seul, hors
117 de la présence de sa femme.

118 ***Qui peut l'influencer...***

119 Oui, elles se retrouvent dans une détresse liée à "Zut, j'ai une césarienne. C'est une
120 opération, je vais être en salle toute seule..." Forcément, on peut l'analyser sous un tas de
121 forme. Il y en a qui vont se contenir parce que le mari n'est pas là, elles ont un peu d'orgueil,
122 un peu de tenue et dès qu'elles les voient, elles fondent en larme. On ne peut plus poser une
123 rachi... De toute façon les papas ne sont pas admis lors de la pose de rachi ici, ni à la pose
124 de péridurale. Et je ne pense pas que dans les autres maternités...

125 ***Non, dans les maternités où j'ai été, il entraînait après la rachianesthésie, une fois que les
126 champs étaient posés.***

Entretien sage-femme n°2 – Maternité C

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel ?*** Donc je été diplômée depuis 2002 et depuis je travaille ici.

3 ***D'accord, donc vous n'avez jamais connu le père en salle de césarienne ?***

4 Il y a eu un moment où ici ils ont laissé entré les papas un petit peu, vraiment à la demande,
5 et puis ça n'a pas forcément continué.

6 ***Quelles étaient les raisons ?***

7 Je pense que les chirurgiens et les anesthésistes n'étaient pas toujours d'accord.

8 ***Que penses-tu de la présence des pères en salle de césarienne ?***

9 Moi je pense que ça peut être un peu choquant pour eux après ce n'est pas forcément ce
10 qu'ils décrivent eux. Les fois où il y a eu des papas en salle de césarienne, ils n'ont pas fait
11 le retour que ça c'est mal passé par contre moi je ne suis pas convaincue que ça soit tout à
12 fait souhaitable parce qu'il se dit des choses. J'ai toujours peur que ce soit un peu
13 traumatisant pour eux, ça reste des odeurs, une ambiance qui est assez particulière quand
14 même, ça reste une opération... Après dans des cas où la maman, pour des raisons
15 psychologiques, dans des situations particulières qui a besoin d'avoir son mari à côté d'elle,
16 je pense que ça peut aider là par contre. Le bénéfice apporte plus pour la maman, dans
17 l'histoire du couple, peut être supérieur au risque que le papa soit traumatisé...

18 ***Ça peut rassurer la maman ?*** Voilà

19 ***Est-ce que tu penses qu'il y a risque infectieux supplémentaire quand le père est là ?***

20 Je ne suis pas convaincu qu'il y ait un risque supérieur à partir du moment où on l'habille,
21 qu'il reste à la tête et qu'il ne touche à rien.

22 ***Est-ce que ça peut-être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?***

23 Eh bien forcément parce qu'il faut l'habiller, il faut s'en occuper, il faut quand même être
24 à peu près attentif. Puis s'il ne va pas bien en salle de césarienne, il faut s'en occuper. Après
25 c'est vrai qu'on les habille aussi pour aller en salle d'accouchement, ils n'ont pas forcément
26 le même habillage que nous, mais il faut quelqu'un qui soit là, qui s'occupe du papa un
27 petit peu plus même s'il n'est pas présent.

28 ***C'est une demande régulière de la part des couples ?*** Ça arrive.

29 ***Comment vous leur expliquez le fait qu'ils ne puissent pas aller en salle ?***

30 Que d'abord ce n'est pas le protocole du service, que chez nous les papas ne sont pas
31 acceptés en salle de césarienne. Qu'il y a un risque qui ne soit pas forcément très à l'aise,

32 que nous on préfère qu'ils attendent... surtout que nous on les fait entrer en salle de
33 néonatalogie quasiment aussitôt du coup sa présence à la limite est peut-être plus
34 importante à ce moment-là. Ils sont rapidement là.

35 ***As-tu une idée des raisons évoquées par les obstétriciens et les anesthésistes pour***
36 ***expliquer que le fait que le père a pu être présent et plus maintenant ?***

37 Ce qu'ils évoquent au papa ou eux ce qu'ils pensent vraiment ?

38 ***Non leurs raisons à eux ?***

39 Je pense qu'ils sont plus à l'aise à travailler sans que le papa soit là. Malgré tout, les
40 anesthésistes, s'il y a un petit souci sont plus tranquille à travailler si le papa n'est pas là et
41 puis je pense qu'ils sont comme nous, ils doivent se dire que ce n'est pas très simple pour
42 le papa non plus.

43 ***Est-ce que sa présence dans la salle peut modifier la pratique des professionnels, aussi***
44 ***bien verbale que dans les gestes ?*** Ah oui je pense oui...

45 ***Même si la patiente est...***

46 Oui, c'est ça, j'étais en train de réfléchir en même temps. En même temps, la patiente est
47 consciente aussi. Peut-être quand même. Dans les gestes ça ne change rien. Verbal, je ne
48 sais pas.

49 ***Quels peuvent être les moyens d'améliorer le vécu de la césarienne par le couple ?***

50 Par rapport à quand moi j'ai débuté, on met le bébé bien plus longtemps contre la maman
51 que ce qu'on faisait, on essaye d'emmener le papa beaucoup plus vite près de son bébé. Je
52 pense qu'on a fait des progrès déjà, par rapport à il y a dix ans. Après, oui, peut-être un peu
53 moins parler d'autres choses pendant qu'on fait une césarienne, expliquer un peu plus ce
54 qu'on fait mais en même temps est-ce que la patiente à envie de savoir ce qu'on fait de
55 notre côté ? Je ne suis pas sûre.

56 ***La présence des pères, c'est un sujet que vous abordez parfois entre vous ?***

57 Oui, ça arrive. On se pose la question, quand les papas nous posent la question, forcément
58 on s'interroge. Après, en définitif, c'est toujours le chirurgien et l'anesthésiste qui décide.
59 C'est arrivé quelquefois que pour des raisons que le papa rentre.

60 ***Du coup, la raison c'est surtout le soutien psychologique de la maman ?***

61 Oui. Ou après quelqu'un qui travaille là aussi.

Entretien anesthésiste n°1 – Maternité D

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel et si vous avez connu le père en salle de césarienne ?*

3 Oui, dans la vieille maternité on mettait les pères en salle de naissance et en salle de
4 césarienne.

5 *Qu'est-ce que vous pensez de la présence du père en salle de césarienne ?*
6 *(Haussement d'épaules)*

7 *Est-ce que vous y voyez des avantages ?*

8 Des avantages et des inconvénients. Mais sincèrement, moi je n'ai pas d'avis là-dessus, je
9 ne suis ni pour ni contre. S'il faut les mettre, on les mettra. S'ils ne veulent pas venir, on
10 ne les mettra pas.

11 *Quels sont les difficultés rencontrées du fait de cette présence ? ...*

12 *Est-ce que pour vous c'est un risque infectieux supplémentaire ?*

13 Risque infectieux j'en sais rien. Le CCLIN avait dit risque infectieux, c'est pourquoi ils
14 n'ont pas été admis ici. Risque infectieux, je n'en sais rien. C'est plutôt... C'est que ça fait
15 une personne de plus, oui ça peut jouer sur le risque infectieux. Ça peut compliquer un petit
16 peu, on est un peu moins... Tant que ça va bien, tout va bien mais dès que ça tourne un peu
17 vinaigre, on a peu moins les coudées franches. Il est hors de question que le père soit là
18 quand on pique. Parce que ça je pense que c'est un gros facteur de malaises, de malaises
19 vagues avec le père. Ils ne doivent pas voir ça mais s'ils veulent rentrer juste après, c'est
20 possible.

21 *Dans l'ancienne maternité, ils rentraient après la pose de la rachianesthésie ? Oui*

22 *Et le fait que le CCLIN interdise la présence du père, c'est du fait des autres salles*
23 *d'intervention ?*

24 Je n'en sais rien. C'était à la création. Nous on passait d'un statut de pères en salle de
25 césarienne à une interdiction. Et c'était aussi parce qu'il y avait le CCLIN et que l'ancien
26 chef de clinique qui s'y opposait formellement, donc c'était clair.

27 *Est-ce que ça peut être une surcharge de travail pour l'équipe ? Non*

28 *Est-ce que c'est une demande fréquente, ici, de la part des couples ?*

29 ... Fréquente ? Non pas très fréquente, mais je pense que si ça commence à se faire, ça sera
30 fréquent. Maintenant, ça se sait. Les sages-femmes elles le disent, les patientes ne nous le

31 demandent pas parce que je pense qu'elles demandent aux sages-femmes en consultation.
32 Les sages-femmes disent niet.

33 *Est-ce que vous pensez que ça peut modifier vos pratiques ? Non*

34 *Il n'y a pas une aseptie verbale ?*

35 Non, là je suis formelle. Moi je parle beaucoup aux patientes et je leur explique en temps
36 réel alors que le père soit là ou pas, ça ne change rien.

Entretien anesthésiste n°2 – Maternité D

1 ***Est-ce que vous pouvez rapidement commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel et si vous avez déjà connu le père en salle de césarienne au cours de votre***
3 ***exercice ?***

4 Oui, moi je suis praticien hospitalier en anesthésie. J'ai travaillé dans d'autres CHU, dans
5 d'autres maternités et j'ai connu, effectivement, le père en salle de césarienne. Les locaux
6 étaient conçus différemment avec un petit sas et une porte d'accès latérale pour l'entrée du
7 papa en salle de césarienne. Et juste à côté, c'était le sas où il y avait la réanimation bébé.
8 Donc le père entraît une fois que la rachianesthésie était posée, une fois qu'elle fonctionnait.
9 Il s'asseyait à côté de la maman... Et puis, ce qu'on constate, c'est qu'une fois que le bébé
10 est né, on montre le bébé à la maman puis il part rapidement ensuite avec le pédiatre ou la
11 sage-femme. Et le papa part avec le bébé. Donc, la durée de présence du père en salle de
12 césarienne est quand même relativement courte. Ça n'empêche pas la solitude de la maman.

13 ***Après, lors de la suture ?***

14 Voilà, à la suture et puis tout le reste. Donc bon... C'est une demande, ce n'est pas
15 impossible à exécuter. Il faut avoir quand même des locaux pensés pour. Moi je m'interroge
16 sur l'intérêt réel de la chose parce que la durée de présence est quand même très, très courte.

17 ***Dans certains hôpitaux, les pères pouvaient-ils revenir après la naissance ?***

18 Non, je n'ai pas vu ça. Il reste avec le bébé. Je n'ai pas vu le papa revenir. Après peut-être
19 que ça peut se faire. Après, ça fait des allées et venues dans la salle. Il faut qu'on reste
20 quand même un peu en condition d'asepsie. Ce n'est pas une chirurgie à haut risque
21 infectieux, mais quand même, il faut y penser.

22 ***Est-ce que la présence du père est un risque infectieux supplémentaire ?***

23 Les allées et venues ne sont pas recommandées dans les salles de césarienne.

24 ***Est-ce que ça peut être une surcharge de travail pour l'équipe ?***

25 Pour l'équipe d'anesthésie, oui je pense. Oui, ça nous rajoute une présence, des questions.
26 Côté anesthésie, c'est plus contraignant que côté chirurgical d'avoir le papa parce qu'il est
27 de notre côté. Il est souvent... Quand on veut faire le syntocinon®, il est à côté, il faut
28 qu'on accède à la perfusion. Il faut aussi qu'on lui parle, qu'on lui explique comment c'est
29 fait chez nous, voilà. C'est un peu à nous de prendre en charge le papa et quand... C'est un
30 peu facile pour le chirurgien, il est derrière le champ, il fait son truc, il fait son geste
31 technique mais nous, on a en plus une présence externe, une présence qui peut être
32 maladroite parce qu'il ne sait pas où se mettre, qu'il ne sait pas quoi toucher. Voilà, ça nous
33 entrave.

34 ***Est-ce que ça peut aussi être à l'origine d'une asepsie verbale supplémentaire dans la***
35 ***salle ?***

36 Je ne pense pas. Je pense qu'on fait déjà attention parce que la maman est consciente, vigile
37 sous rachianesthésie donc on est déjà prudent aux expressions verbales. Je ne sais pas.
38 Enfin, non je ne pense pas, comme la maman est déjà consciente... La difficulté aussi c'est
39 de bien leur dire que si ça ne se passe pas bien, on est amené à endormir la maman et qu'ils
40 sortent. C'est toujours des grands moments de tension, c'est en urgence, c'est du stress
41 d'endormir une maman pour nous. En plus, faire sortir le papa qui... IL faut bien poser les
42 règles avant et ce n'est pas évident.

43 ***Ça prend du temps supplémentaire et pour le papa ça ne doit pas être facile à vivre...***

44 Ça stresse le papa alors que, quand on fait une anesthésie générale alors que le papa est
45 resté en salle de réveil, il n'a pas cette conscience que les choses ne se sont pas très bien
46 déroulées et qu'on a été amené à endormir sa femme. On peut aller le rassurer après, « *tout*
47 *c'est bien passé, on a pu l'endormir* » alors que si on lui explique alors qu'il est en salle...
48 Et je trouve, qu'ici ce n'est vraiment pas bien conçu avec un accès par le couloir du bloc.

49 ***Il n'y aurait pas moyen de tourner la maman pour que le papa entre dans la salle au***
50 ***niveau de la tête ?***

51 Ça, je ne pense pas, non. C'est des histoires de socle, de bloc de table. Non, ce n'est pas
52 possible, enfin, je ne crois pas. Ils ont conçu la maternité avec un seul accès, c'est
53 dommage. Il faudrait faire une porte côté salle de réveil... Alors, l'autre jour, il y avait une
54 demande... Bon c'était compliqué... L'autre jour, une demande, on nous dit que la maman
55 aimerait bien que le papa vienne...OK. C'était écrit dans le dossier. Puis, la veille au soir,
56 à l'anesthésiste qui était là, elle dit, ça sera une copine. Puis à moi le matin, elle me dit que
57 ce ne sera plus une copine mais la mère. Donc j'ai fini par lui dire, « *écoutez, ça ne sera*
58 *personne* ». C'est le papa ou personne, mais ça ne peut pas être la copine, la cousine, la
59 mère, celui qui est là qui passe... Ça allait être celui que serait là qui allait être avec elle.
60 Non, ce n'est pas un cirque, on est pas au spectacle. Les gens sont quand même... C'est
61 éventuellement le papa, parce que c'est le papa, mais, finalement, c'était personne, parce
62 qu'elle a compris qu'on ne pouvait pas mettre la cousine, la copine... Ce n'est pas possible.

63 ***Sa demande aurait été constante pour le père, ça aurait été possible ?***

64 Oui, on l'a déjà fait ici. Ça reste très peu contraignant pour nous mais assez peu intéressant
65 pour la maman parce qu'il y a une présence paternelle très courte. Alors oui, soit disant que
66 ça la rassure mais je ne suis pas perturbée que... Les moments de stress, c'est quand ils
67 font mal. Quand ils font la toilette des gouttières, quand elles se mettent à frissonner en fin

68 de césarienne, mais on ne peut rien y faire. Et là non , il n’y a pas le papa. Il est reparti à
69 côté, il est en peau à peau avec le bébé en salle de réveil et voilà.

70 ***Est-ce que vous avez des images, des souvenirs marquants du fait de la présence du père***
71 ***en salle de césarienne ?... Comme des malaises ?***

72 Eh bien, pas des malaises paternels. J’ai vu des gros malaises maternels avec le papa à côté
73 puisqu’elles font des malaises sous rachianesthésie. Ce n’est pas toujours facile de dire
74 « *poussez-vous, on s’en occupe* ». Ce n’est pas évident. Ça lui rajoute du stress, ça nous fait
75 quelqu’un en plus dans les pattes.

76 ***Et dans ce cas-là, le papa comprend assez facilement ?*** Oui

77 ***C’est une demande fréquente, ici, de la part des couples ?***

78 Je ne dirais pas si fréquente que ça. On l’a, à peu près... C’est dur de quantifier, peut-être
79 une fois par mois maximum, pour moi qui ne vient pas tous les jours. Il y a certains
80 gynécologues qui sont très opposés, il y en a d’autres qui ne sont pas opposés. C’est très
81 variable. Ça dépend aussi qui est le gynécologue présent.

82

Entretien obstétricien n°1 – Maternité D

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Alors du coup moi je suis actuellement en premier semestre de mon clinicat. J'ai fini mon
4 internat en mai 2016. J'ai fait mon internat à Nantes et j'ai fait sept semestres en milieu
5 obstétrical, quatre au CHU et deux semestres dans les hôpitaux périphériques.

6 *Qu'est-ce que vous pensez de la présence du père en salle de césarienne ?*

7 Alors, c'est vrai que j'avais oublié que j'ai fait des césariennes avec le père en tant
8 qu'interne et ça ne m'avait pas posé de soucis dans la mesure où la décision avait été faite
9 en amont par la pratique du service et du coup je n'avais pas remis en question cette pratique
10 là et que maintenant, en tant que jeune praticien j'avais un peu pris le parti de dire qu'il n'y
11 avait pas de place pour le père si une urgence se mettait en place en présence du père en
12 salle de césarienne, je trouvais que c'était une petite limite à la prise en charge optimale de
13 la patiente. Peut-être dû à mes débuts de praticien sénior. Mais c'est vrai qu'en tant
14 qu'interne je l'ai fait et ça ne m'avait pas interpellé.

15 *De quelle façon ça pourrait poser des limites à la prise en charge ?*

16 Je me dis : si on devait endormir en urgence, s'il se passait un aléa sur l'anesthésie
17 péridurale ou rachi-anesthésie ou anesthésie générale avec un père à gérer en plus, un père
18 impressionné, un père qui fait un malaise ou un père qui déconnecte un peu de la situation
19 ça pourrait être une petite chose en plus à prendre en charge, la détresse du père en cas de
20 complication. Mais peut-être qu'en fait qu'en pratique, sur des césariennes programmées
21 où tout est prévu, l'entrée du père se fait après la mise en place des champs, comme j'ai vu
22 faire, c'est possible.

23
24 *Quels sont le ou les obstacle(s) ici, au CHU à votre avis ?*

25 Eh bien, pendant très longtemps, je me suis dit l'équipe ne veut pas, l'équipe d'anesthésie
26 ne veut pas. Techniquement, on n'a pas un circuit patient adapté... on sera obligé de faire
27 entrer le père dans le sas, le même sas où l'on se change nous, les praticiens. Il rentrerait
28 dans le bloc à côté des blocs gynécologiques de chirurgie programmée et effectivement, il n'arrive
29 pas par la tête mais il arrive par les pieds de son épouse et donc il ressortirait par le même
30 circuit et donc du coup, il y a un petit frein au niveau de l'infrastructure.

31

32 *Et pour les anesthésistes quels seraient les difficultés ?*

33 Moi j'avais l'impression qu'on tenait le discours du risque d'AG [anesthésie en urgence]
34 et que du coup, gérer le père en plus, devoir le faire sortir, faire perdre une minute ou deux
35 minutes.

36

37 *C'est donc plus par précaution ?* Oui voilà, par précaution

38

39 *Du coup, est-ce que ça peut être une surcharge de travail pour l'équipe ?*

40 Oui, c'est dans ce sens-là qu'on y mettait des limites.

41

42 *Est-ce que vous y voyez des bénéfices à la présence du père ?*

43 Alors, oui. Le premier bénéfice s'est quand même de répondre à une de leur demande. On
44 a l'impression quand même, même s'ils l'expriment peu, d'avoir une déception quand on
45 leur dit que le père va rester en salle de réveil. Même si moi, dans ma pratique, ils
46 l'entendent très bien, ils ne redemandent jamais si c'est possible. Mais on voit un peu une
47 déception et j'ai l'impression que le soutien psychologique.

48

49 *C'est une demande fréquente de la part des couples ?*

50 J'ai l'impression, et alors parfois je n'attends pas leur demande et je leur dit d'emblée que
51 les pères ne peuvent pas aller en salle de césarienne.

52

53 *D'accord, vous anticiper leur demande. Est-ce que la présence du père a déjà été évoquée*
54 *au sein de l'équipe médicale ici ?*

55 Moi, je n'ai pas l'impression, quand j'ai commencé mon internat les pères n'étaient pas
56 autorisés à entrer en salle de césarienne, voilà, point final. Mais probablement que ça avait
57 été discuté avant parce que moi je suis arrivée en cours...

58

59 *Si le débat était relancé pour la maternité du nouveau CHU, vous seriez donc plutôt*
60 *contre ?*

61 Eh bien... Je n'ai pas envie de dire que je serais contre, mais si on réfléchit au problème et
62 qu'on analyse les situations, notamment les césariennes programmées où c'est le plus
63 favorable et si tout le monde est d'accord et si on a un circuit patient favorable pourquoi
64 pas. Je pense qu'une césarienne en urgence, j'aurais du mal à dire au père "Vous allez
65 pouvoir venir".

66

67 *Quelle que soit l'urgence ?*

68 Pour l'instant oui, j'ai l'impression que le fait que je sois débutante, ça ne sera pas ma
69 priorité que le couple soit ensemble, mais sur des césariennes programmées c'est vrai

70 qu'avec du recul on peut se dire qu'il y a peut-être une place à laisser rentrer le père dans
71 ce type de naissance.

72

73 ***Et selon vous, qui devrait prendre en charge le père pendant la césarienne ?***

74 Du coup, moi et mon aide opératoire on n'a pas quatre mains et du coup, je pense que dans
75 ces cas-là, la vraie volonté et la décision revient peut-être à l'équipe d'anesthésie qui
76 s'occuperait et qui est le plus à même de s'occuper du père pendant la césarienne et qui
77 aussi leur laisse une place physique à la place de la patiente. C'est donc eux qui restent
78 décisionnel.

79

80 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père dans la salle peut influencer vos***
81 ***pratiques ?*** Non

82

83 ***Et lors des premières, on en a déjà un peu parlé mais aviez-vous des craintes face à cette***
84 ***présence ?***

85 Quand j'ai fait des césariennes en présence du père, j'avais tellement l'impression que
86 c'était une habitude du service que non, ça ne m'a pas posé question. Sauf je pense vraiment
87 quand c'est une césarienne non prévue et très urgente où je pense que là le père peut être
88 très impressionné et n'a peut-être pas trop sa place.

89

90 ***D'accord, ça peut être un choc pour lui aussi ?*** Oui

91

92 ***Est-ce que vous avez en tête des images où la présence du père a pu être marquante, que***
93 ***ça soit positivement ou négativement ?***

94 Non, pas dans mes souvenirs. J'ai souvenir que certaines fois que le père ne voulait pas. Il
95 faut leur laisser le choix. Je n'ai pas souvenir de situations où ça a été compliqué.

96

97 ***Quels sont les raisons évoquées par les pères ?***

98 Je ne sais plus, mais peut-être que le milieu chirurgical peut-être impressionnant et de prime
99 abord ils ne voulaient pas entrer dans la salle opératoire surtout qu'ils peuvent voir... J'ai
100 souvenir, le père comme ici si on le faisait, sortait à côté des champs donc on lui disait de
101 tourner le dos et il ne regardait pas mais c'est quand même un peu impressionnant, il y a
102 un champ opératoire, il y a un ventre ouvert. Idéalement, moi j'ai connu une maternité à
103 Brest où les salles de réveil, peut-être pas les salles de césariennes, où il y avait un circuit
104 où les pères ne rentraient que par l'extérieur de toutes les salles et donc ils ne traversaient
105 pas la salle. On pourrait imaginer une salle de césarienne où l'on puisse avoir une porte
106 d'entrée ou de sortie que par la tête.

107

108 ***Dans l'idéal, à quel moment le papa entre et sort de la salle ?***

109 Eh bien, on le faisait entrer, et je trouve que c'est très bien comme ça, quand les champs
110 étaient mis et c'est vrai que par contre je trouvais ça particulier de dire "incision", c'est
111 une pratique qu'on fait en chirurgie et devant le père c'est un peu... nous ça nous choque
112 pas mais ça peut choquer les papas. Mais bon la mère, elle l'entend systématiquement
113 quand elle n'est pas endormie. Et donc, oui, on le faisait rentrer une fois les champs mis, il
114 ne voit pas la pose de la sonde urinaire et il sortait avec son enfant une fois les présentations
115 faites à la maman. Et comme ça on finissait la césarienne sans le papa et le bébé.

116

117 ***Et en cas de malaise, ça serait donc les anesthésistes qui le prennent en charge ?***

118 Oui, parce que ni l'équipe obstétricale ni la sage-femme ni l'obstétricien n'est disponible.
119 C'est pour ça que je pense que vraiment la question revient à l'équipe d'anesthésistes. Mais
120 c'est vrai que dans d'autres maternités ça se fait très bien. Les anesthésistes sont d'accord.

121

122 ***Est-ce que la question de la responsabilité en cas de malaise peut-être un obstacle***
123 ***supplémentaire ?***

124 Oui, probablement. C'est assez légitime pour l'équipe d'anesthésie de dire que c'est un
125 visiteur, ça ne relève pas de mon activité, je ne prends pas le risque de le prendre en charge
126 en plus de la mère. Même si c'est rare, une césarienne, ça peut se compliquer.

127

128 ***Est-ce que vous voyez d'autres moyens pour impliquer le père lors de la naissance par***
129 ***césarienne ?***

130 Je pense que c'est déjà fait, c'est l'accueil la plus rapide possible du nouveau-né avec la
131 sage-femme dès la sortie de la salle de césarienne, et ça, je pense que c'est déjà très bien
132 fait

Entretien obstétricien n°2 – Maternité D

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 Donc j'étais externe à la Salpêtrière après j'étais interne de spécialité gynécologie ici puis
4 j'ai fait un assistantat partagé entre Chateaubriand et le CHU de Nantes. Et j'ai déjà bossé
5 dans des hôpitaux acceptant le père.

6 ***Qu'est-ce que vous pensez de la présence du père en salle de césarienne ?***

7 Ça ne me dérange pas, peut-être que ça rassure la maman mais il faut que la structure soit
8 organisée pour que ça soit fait.

9 ***Ici, pourquoi pensez-vous que la présence du père en salle de césarienne n'est pas***
10 ***possible ?***

11 Voilà, il faut... Moi ce que j'ai entendu c'est que le principal obstacle c'était pour des
12 raisons d'asepsies parce qu'il y a la chirurgie orthopédique infantile et effectivement, il y
13 a besoin d'une asepsie hyper-stricte. Et deux, la salle de toute façon n'est pas adaptée, ou
14 alors il faut la changer de sens, parce que le papa du coup n'est pas du bon côté de la porte
15 et donc ça l'oblige à passer devant le ventre. Alors qu'au Mans et à Chateaubriand, la tête
16 de la maman donnait sur une porte où le père pouvait sortir, sans passer devant le champ
17 opératoire où ça baigne dans le sang et tout.

18 ***Donc, ici s'il n'y avait pas la chirurgie orthopédique, ça serait envisageable de tourner***
19 ***la maman ?***

20 Alors si c'est envisageable de tourner la salle, ça il faut avoir avec les anesthésistes, mais
21 du coup je pense que ça serait possible oui.

22 ***Vous ne voyez pas d'autres obstacles à la présence du père en salle de césarienne ?***

23 A part l'orthopédie et la salle, non. Après, il faut que tout le monde soit d'accord aussi.

24 ***Est-ce que vous pensez que sa présence peut-être une surcharge de travail pour l'équipe***
25 ***médicale ?***

26 Pas sur une césarienne qui va bien, effectivement, sur un code rouge mais dans les autres
27 maternités, on ne le faisait pas entrer, parce qu'on ne peut pas gérer en plus le papa etc.
28 Mais ce n'est pas tant une surcharge de travail parce que celui qui accompagne le bébé gère
29 aussi le papa en fait.

30 ***Le papa suit la sage-femme ?***

31 Oui, en fait il suit le bébé au lieu de l'attendre en salle de réveil, il est là tout de suite. Juste
32 faire attention à ce qu'il n'y ait pas l'anesthésiste qui dise "regardez votre enfant naître"
33 comme j'ai vu au Mans

34 ***Là, ça peut être compliqué pour le papa...Il peut y avoir des malaises ?***

35 Voilà. Carrément, c'est impressionnant. Et c'est l'anesthésiste qui gère.

36 ***Au niveau des bénéfices, vous avez parlé du côté rassurant, est-ce que vous voyez autre***
37 ***chose ?***

38 Non je ne sais pas. Oui, c'est un meilleur vécu de l'accouchement par les parents.
39 Médicalement, tu n'as aucun avantage, c'est plus psychologiquement. Et effectivement, ce
40 n'est pas aberrant de laisser le papa en salle de césarienne, comme ce n'est pas aberrant
41 qu'il reste en salle de réveil. Il attend juste deux minutes de plus. Je ne trouve pas que ça
42 soit quelque chose de forcément nécessaire qu'il y ait le papa en salle de réveil. Ça apporte
43 un petit plus qui est bien vu, qui donne une bonne image mais il faut que ça soit organisé
44 quand même.

45 ***Du coup, si le père devait entrer en salle de césarienne ? Quels seraient les critères***
46 ***d'éligibilité ?***

47 N'importe quelle césarienne du moment qu'elle n'est pas en code rouge.

48 ***Et les mesures prises par l'équipe médicale pour assurer sa sécurité ? Qui s'occupe de***
49 ***lui ?***

50 Qui va s'occuper de lui ? A ce que j'ai vu, quand il arrive c'est plutôt l'équipe d'anesthésie
51 parce que c'est du côté de la tête et pour le faire sortir c'est la sage-femme ou l'étudiante
52 qui est avec le bébé. Ce qui est sûr que moi ça ne va pas trop m'apporter une surcharge de
53 travail dans la mesure où moi je m'occupe déjà du bloc, de la table et de la chirurgie.

54 ***Est-ce que vous savez si c'est une demande fréquente de la part des couples ici ?***

55 Oui, alors la chiffrer non. Assez régulièrement, il y a des patientes qui demandent si le papa
56 peut être là. Bon après, quand on leur dit que la salle n'a pas été prévue pour ça et que ce
57 n'est pas possible, vu qu'ils ont une salle à côté ça passe même s'ils sont un peu déçus.

58 ***Avez-vous déjà évoqué la présence du père en salle de césarienne avec d'autres***
59 ***obstétriciens ?*** Non

60 ***Est-ce que vous pensez que la présence du père peut modifier vos pratiques***
61 ***professionnelles ?*** Non, ça ne changera pas.

62 ***Il n'y a pas une asepsie verbale supplémentaire ?***

63 Dans la mesure où la patiente déjà est sous rachianesthésie ou sous péridurale, il y a déjà
64 une certaine asepsie verbale donc non, ça ne changera pas les choses. Ce que je disais avant,
65 je le dirais toujours pareil sauf sur une anesthésie générale, où le papa par définition, n'a
66 pas besoin d'être là donc ça ne change rien.

67 ***Vous avez déjà travaillé dans des maternités où le père pouvait être présent, est-ce que***
68 ***vous aviez des craintes lors des premières césariennes face à cette présence ?***

69 Ça m'a paru bizarre au début et puis assez rapidement, comme ça se passe très bien... Mais
70 je rappelle que la salle a été faite pour ça. Et quand l'anesthésiste qui ne dit pas de se lever
71 pour regarder l'enfant naître, ça va.

72 ***Est-ce que vous voyez d'autres moyens qui peuvent permettre au père de se sentir plus***
73 ***impliqué dans la naissance pour une césarienne ?***

74 Il le récupère dès qu'il est né, je ne vois pas ce qu'on peut faire de plus, il est en peau à
75 peau. Peut-être demander aux pédiatres. Non moi je n'ai pas d'idée comme ça.

76 ***Ça ne vous ait pas arrivé un malaise d'un papa en salle de césarienne ?***

77 Non, les deux fois où ça aurait pu arriver c'est quand les deux papas ont regardé mais très
78 vite, on leur a dit de se rasseoir. Surtout, ils ne voient rien. Tant qu'ils sont assis derrière
79 les champs, qu'on les retourne pour sortir, il n'y a pas de soucis.

Entretien sage-femme n°1 – Maternité D

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Alors moi j'ai fait mes études à Nantes, ensuite je suis partie deux ans à Paris, j'ai fait des
4 vacances dans du privé et dans du public. Après je suis partie en Nouvelle-Calédonie
5 pendant un an et demi et je puis je suis venue ici. Donc je vais être diplômée cette année je
6 pense depuis sept ou huit ans.

7 *Est-ce que t'as connu des hôpitaux où le père pouvait être présent en salle de*
8 *césarienne ?* Oui.

9 *Qu'est-ce que tu penses de la présence en salle de césarienne ?*

10 Je pense que c'est une très bonne chose. Je pense que c'est important. C'est déjà frustrant
11 pour les patientes d'avoir une césarienne mais alors quand elles ne peuvent pas accueillir
12 leur bébé avec le papa à côté.

13 *Donc pour toi, ça des avantages pour la maman...* Oui pour le vécu.

14 *Quelles peuvent être les difficultés rencontrées ?*

15 Le fait de devoir s'occuper du papa qui ne va pas bien pendant la césarienne alors qu'on
16 s'occupe de la maman. Mais voilà, sinon. Sur les césariennes que j'ai vues avec les papas
17 en salle de césarienne je n'ai jamais eu de souci.

18 *La disposition des locaux peut-elle être importante ? Ici, c'est un obstacle avancé...*

19 Oui, ici, c'est sûr que ce n'est pas une bonne idée, ici, au CHU les papas dans les salles
20 parce qu'ils sont obligés de passer par la maman, ils voient tout quoi.

21 *Est-ce que c'est une demande fréquente ici de la part des couples ?*

22 Oui, souvent, il y en a plein qui ne savent pas que les papas n'ont pas le droit d'y aller, qui
23 sont étonnés et du coup qui sont désagréablement surpris moi je trouve. Et souvent elle
24 demande : "est-ce que mon mari pourra être là ?". Souvent, on est obligé de dire non.

25 *Tu leur expliques comment ?*

26 Je leur explique la configuration de la salle qui ne peut pas les accueillir, c'est tout. Après
27 je minimise "voilà, vous serez au même étage, il y a une double porte qui sépare".

28 *Est-ce que la présence du père en salle de césarienne a déjà été évoquée au sein de*
29 *l'équipe médicale ?*

30 Alors moi ça ne fait pas assez longtemps que je suis là mais j'imagine que oui. Moi je pense
31 que ça serait une bonne chose.

32 *Est-ce que tu penses que sa présence dans la salle peut influencer les pratiques des*
33 *professionnels ?* Je n'espère pas, je ne pense pas.

34 *Il n'y a pas une asepsie verbale ?*

35 Non, pour avoir vécu les deux, je n'ai pas l'impression que les gens... Enfin que ça change
36 au niveau du personnel.

37 *Pendant tes études, le père ne pouvait donc pas être présent en salle de césarienne. Est-*
38 *ce que tu as eu des craintes lors des premières césariennes où le père pouvait être*
39 *présent ?* Pas du tout.

40 *Selon toi, quels peuvent être les autres moyens pour impliquer le père dans la naissance ?*

41 Le peau à peau en attendant, le fait qu'il soit présent dès les premiers soins, la
42 communication avant et pendant la césarienne pour l'impliquer au plus près.

43 *Est-ce que tu as des souvenirs où la présence du père dans la salle de césarienne a été*
44 *marquante ?*

45 Non mais par contre, je trouve qu'on a plus l'impression d'avoir vraiment une naissance
46 avec le papa en salle de césarienne plutôt qu'une opération. Je trouve que quand il y a le
47 couple pour accueillir le bébé ensemble, on est vraiment dans la naissance d'un enfant alors
48 que quand il y a la maman toute seule, je trouve qu'on est plus dans une intervention
49 chirurgicale. Et comme ça reste la naissance de leur enfant, je pense que le papa en salle
50 c'est presque indispensable, sauf pour les grosses urgences en fait, les codes rouges etc.,
51 on ne peut pas avoir le papa. Je pense que c'est important.

52 *S'il pourrait être présent ici, qui s'occuperait de lui ?*

53 Ici, il y a l'interne d'anesthésie, l'anesthésiste, l'infirmière anesthésiste, je pense qu'il y
54 aura tout le temps quelqu'un pour s'occuper du papa, parce qu'il y a des endroits où j'ai
55 travaillé et il n'y a que l'anesthésiste et on s'occupe très bien du papa aussi. Et là aussi, les
56 sages-femmes ont un rôle, il y a aussi l'aide opératoire qui est dans le coin. Il n'y a jamais
57 de grosses complications.

58 *La présence ne peut pas être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?*

59 Non je ne pense pas.

Entretien sage-femme n°1 – Maternité D

1 ***Est-ce que tu peux commencer par expliquer brièvement ton parcours professionnel – ta***
2 ***formation, les différents lieux où tu as exercé ?***

3 Alors moi j'ai fait mes études ici, je suis diplômée depuis 2009. J'ai travaillé un petit peu
4 ici, un petit peu à la Clinique Brétéché à Nantes, à La Réunion et ici.

5 ***A Brétéché, le père pouvait être présent en salle de césarienne ?***

6 Le père...non. Ca dépend, si c'est une césarienne programmée, souvent, il assiste et si c'est
7 dans la salle de césarienne en urgence, souvent, il n'assiste pas. Ca dépend des salles en
8 fait mais sur des césariennes programmées, il peut.

9 ***Du coup, tu as déjà vu des césariennes où le père pouvait être présent ?***

10 Oui, j'avais déjà vu le papa présent pendant un stage dans une clinique.

11 ***Qu'est-ce que tu penses de la présence du père en salle de césarienne ?***

12 Je trouve ça bien. C'est rassurant pour la maman, le papa n'a pas l'impression de passer à
13 côté de la naissance. Ça ne peut être que positif.

14 ***Quels peuvent être les obstacles à sa présence ?*** Je n'en vois pas.

15 ***Ici ?***

16 La configuration de la salle mais même ça je pense qu'on pourrait se débrouiller pour que
17 le papa ne voit pas forcément des choses qu'il ne devrait pas voir. Non je ne vois pas
18 d'obstacle.

19 ***Est-ce que la salle pourrait être aménagée autrement ?***

20 Ca je ne sais pas. Moi je me dis oui, pourquoi ne pas mettre le lit dans l'autre sens mais ça
21 après, ça va dépendre des anesthésistes.

22 ***Est-ce que tu penses que ça peut-être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?***

23 Non

24 ***Qui est-ce qui pourrait prendre en charge le papa ?***

25 ...Non parce que nous, on y va pour attendre le bébé, on peut y aller cinq minutes avant où
26 même avant. On pourrait y aller pour accompagner le papa à ce moment-là. Et puis,
27 effectivement après, il nous suit avec le bébé en fait. Non je ne pense, je pense qu'on
28 pourrait, nous en tant que sage-femme, l'accompagner.

29 ***Est-ce que c'est une demande fréquente de la part des couples ?***

30 Je n'ai pas l'impression, je pense qu'ils sont déjà au courant qui ne peuvent pas donc c'est
31 rare qu'ils nous demandent d'être présent. Parfois, effectivement, quand on accueille des
32 césariennes programmées pour le lendemain, ils nous posent la question mais après, ils ne
33 sont pas insistants et je pense qu'ils sont déjà au courant en fait.

34 ***Quand ça arrive du coup, vous dites que c'est à cause de la salle ?***

35 On leur dit qu'ici ce n'est pas possible à cause de la salle, comme ici c'est dans le bloc avec
36 d'autres opérations, il y a la gynécologie à côté, on leur dit que ce n'est pas possible.

37 ***Est-ce qu'ils sont déçus ou ils comprennent facilement ?***

38 Non, en général, ils comprennent.

39 ***Est-ce que la présence du père a déjà évoqué au sein de l'équipe médicale ici, au CHU ?***

40 Je pense qu'on en a déjà discuté entre nous. Après, au niveau supérieur avec les médecins,
41 je ne sais pas.

42 ***Et entre vous, quels avis ressortaient ?***

43 Eh bien, on serait toutes pour, en tant que sages-femmes, on serait toutes pour. Les
44 anesthésistes un peu moins je pense.

45 ***Est-ce que tu penses que la présence du père, lorsqu'il est en salle de césarienne, peut***
46 ***modifier les pratiques des professionnels ?***

47 Non, je ne pense pas. Parce que dans la plupart des cas, la maman est consciente aussi.

48 ***Lors des premières césariennes où le père pouvait être présent, est-ce que tu avais des***
49 ***craintes vis-à-vis de cette présence ?***

50 Non, pour moi c'est logique qu'il assiste à la naissance. Et en général, en plus, il ne voit
51 pas ce qu'il se passe, il voit juste son bébé.

52 ***Est-ce que tu vois d'autres moyens pour impliquer le père à la naissance ?***

53 Après, ici, c'est vrai qu'on prend le relai du coup. Quand on arrive avec le bébé, souvent
54 après ils font du peau à peau avec le papa, ils sont quand même présents pendant tout le
55 temps que la maman est en salle de césarienne. Ils sont quand même impliqués d'une autre
56 manière et que finalement, les dix minutes où ils ne sont pas présents dans la salle de
57 césarienne sont compensées après. Je ne pense pas que ça soit un manque terrible, mais je
58 comprends les parents soient demandeurs de ça. Mais non, on les implique autrement.

Entretien anesthésiste n°1 – Maternité E

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?*

3 Je suis médecin anesthésiste-réanimateur. J'ai fait mon internat d'anesthésie-réanimation à
4 Angers, mon clinicat à Angers et ensuite j'ai été chef de clinique en réanimation au CHU.
5 Après j'ai été praticien hospitalier au bloc des urgences, après je suis partie quatre ans dans
6 les îles, j'ai fait la Réunion et Tahiti et je suis revenu il y a un an. Et après un an de
7 remplacements je m'installe en septembre à la Clinique de l'Anjou.

8 *Avez-vous connu des maternités où le père pouvait être présent en salle de césarienne ?*

9 Des maternités où le père était présent, j'en ai fait beaucoup plus que de maternités où le
10 père n'était pas présent. Au CHU, j'ai souvenir qu'on faisait rentrer les papas assez
11 facilement sauf certains anesthésistes qui sont de l'ancienne génération et qui je pense, sous
12 l'effet du stress ou l'effet d'un manque d'habitude de faire entrer les papas, ne le faisaient
13 pas. Ou parfois, sous certaines conditions certains obstétriciens refusent. Moi, sincèrement,
14 je trouve que c'est très bien de les faire entrer mais il faut que tout soit cadrer, que ça ne
15 soit pas dans le cadre de l'urgence. J'ai fait beaucoup d'établissement, oui. Cet
16 établissement n'en fait pas parti, clairement. Je bosse régulièrement à l'Anjou, on fait entrer
17 le papa quasiment dans 100% des cas. Et dans les îles où j'étais avant on faisait entrer les
18 papas aussi, même à Tahiti. Nous, ça ne nous posait pas de problème.

19 *Vous êtes donc plutôt favorable ?* Très favorable.

20 *Pour quelle raison ?*

21 C'est un moment... J'ai trois enfants et pour moi c'est des moments extraordinaires dans
22 la vie de quelqu'un. Quand on est papa, on est complètement stressé, on n'a pas sa place
23 déjà, au cours de la grossesse ce n'est pas facile. Donc le jour de l'accouchement, attendre
24 une demi-heure, trois quart d'heure sans savoir ce qu'il se passe... Je pense que non
25 seulement, la patiente enceinte a besoin que le papa soit là, ne serait-ce que pour lui donner
26 la main derrière le champ et puis qu'il assiste lui-même à la naissance. Parce que déjà la
27 césarienne dénature un peu l'accouchement, parce qu'on fait une cicatrice, on ouvre le
28 ventre, donc les gens sont déjà un peu perturbés, un peu déçus du fait d'avoir une
29 césarienne. Donc moi je suis plutôt partisan parce que c'est un moment qui se partage à
30 deux, c'est des moments magiques.

31 *Quelles peuvent être les difficultés rencontrées ?*

32 Alors les difficultés rencontrées ? La première difficulté peut être une réaction un peu
33 inadaptée du papa, notamment énervement, agitation, anxiété et puis la deuxième ça peut

34 être vraiment le malaise sous l'effet du stress ou sous l'effet de la vue du sang. Donc
35 quelque chose de plus à gérer et si la maman, sur le plan obstétrical pose des complications,
36 ça rajoute du travail à l'anesthésiste qui n'en a pas vraiment besoin. Qu'est-ce qu'il y a
37 d'autres comme contraintes ? La troisième contrainte ça peut être la gêne un peu, parfois,
38 quand on veut injecter quelque chose, quand il y a une urgence, le papa peut un peu gêner
39 parce qu'il est près des perfusions, près des champs. Mais ça c'est quand même un point...
40 Les deux premières contraintes c'est ça : le malaise du papa et l'anxiété, le stress, des gens
41 qui ont une réaction un peu inadaptée.

42 *Du coup, les critères pour que les pères puissent rentrer selon vous, c'est césariennes*
43 *programmées...*

44 Césariennes programmées, la césarienne en urgence ne justifie pas l'entrée du papa. Enfin,
45 ça me paraît déraisonnable de faire entrer le papa dans un cadre de césarienne en urgence
46 parce qu'on sait qu'il y a toujours un risque de saignement, un risque de complications et
47 que du coup, on peut l'entendre, le papa n'a pas sa place. Quelqu'un qui est cortiqué va
48 comprendre qu'il n'a pas besoin de rentrer en salle dans le cadre de l'urgence. Donc en
49 effet, les critères c'est : césarienne programmée, anesthésie installée – ça veut dire qu'on
50 s'assure que la péridurale ou la rachianesthésie marche très bien, avec un bon niveau
51 sensitif – et que limite moi, je suis partisan que quand le chirurgien a commencé à inciser
52 et à l'instant de l'incision, quand je m'assure qu'il n'y ait pas de problème, je fais entrer le
53 papa.

54 *Que pensez-vous du compromis de la vitre trouvé ici ? Que les pères puissent voir ce qu'il*
55 *se passe sans être présent.*

56 La vitre...sincèrement, je n'ai pas vu souvent. Je crois que c'est la première fois, ça fait
57 huit ans que je suis médecin, c'est la première fois que je vois cette vitre. Je pense que ce
58 n'est pas une aberration, c'est pas mal, c'est un bon compromis mais ce n'est pas la même
59 chose. On n'est pas présent, on n'est pas à côté. Et puis je trouve que la vitre est très mal
60 placée. On voit le champ opératoire et on ne voit pas sa femme. Je me demande même si il
61 ne voit pas un peu de saignements dans le scialytique qui reflète un peu. Parce qu'en fait,
62 on voit l'intervention à travers le scialytique, il peut voir du sang, il peut voir le chirurgien
63 balancer une compresse imprégnée de sang... Donc pour moi, la vue serait meilleure côté
64 maman, notamment surtout que le bébé, quand il sort, on voit le bébé sortir qui va sur la
65 maman donc je pense que du côté anesthésie, du côté maman, serait meilleur.

66 *Avez-vous une idée des obstacles qui bloquent ici pour permettre au père d'être en salle*
67 *de césarienne ?*

68 Aucunement, je pense que c'est une habitude de service et qu'il y a beaucoup
69 d'anesthésistes, notamment ici titulaires qui ont un peu d'ancienneté et qui ont été habitués
70 à ça. Et que peut-être qu'ils sont peu anxieux aussi à faire entrer le papa et ne pas ajouter
71 du stress à l'équipe globale. Mais je ne sais pas, vu que je ne suis pas assez souvent là, j'ai
72 dû faire sept semaines en remplacements.

73 ***Le risque infectieux, pensez-vous qu'il est augmenté si le père est présent ?***

74 Pour moi aucunement. Si le papa porte un pyjama de bloc opératoire, un masque, un bonnet,
75 il est comme nous. Il se lave bien les mains, une bonne asepsie locale et voilà. Pour moi,
76 non.

77 ***Est-ce que la présence du père au sein de la salle peut être une surcharge de travail pour***
78 ***l'équipe ?*** En cas de complications, en cas de réactions inadaptées du père.

79 ***Est-ce que vous pensez que ça présence peut modifier les pratiques des professionnelles ?***

80 Les pratiques verbales, oui clairement, elles vont être modifiées. Encore plus dans le milieu
81 libéral où souvent, l'obstétrique et l'anesthésie d'ailleurs qui sont deux spécialités quand
82 même à risque de procès sont réunies dans une même enceinte, dans un bloc opératoire.
83 Donc je pense qu'en effet, on fait peut-être moins de blagues et en effet, on est peut-être un
84 peu plus sérieux vu que le papa est présent également. Mais vu que la maman est souvent
85 consciente dans ce contexte-là, on fait attention. Je ne sais pas, ça peut modifier un peu
86 quand même au niveau verbal. Au niveau comportemental je ne vois pas pourquoi.

Entretien anesthésiste n°2 – Maternité E

1 *Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours*
2 *professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé et si le père*
3 *pouvait être présent en salle de césarienne ?*

4 Alors, mon parcours professionnels, j'ai travaillé dans beaucoup d'hôpitaux différents,
5 dans un certain nombre de petites maternités dont certaines maternités où le père pouvait
6 être présent.

7 *Donc vous avez connu le père en salle de césarienne ?*

8 Oui, j'ai connu le père en salle de césarienne. Eh bien, ça a les avantages qu'on connaît
9 mais ça a quand même quelques inconvénients, en particulier si ça ne se passe pas au mieux
10 parce que c'est un petit peu compliqué à gérer quand le papa est là. On minimise les choses
11 en laissant, bien sûr, le papa assis à côté de la dame, derrière le champ en le faisant sortir
12 dès que le bébé est né avec le bébé parce que voilà, si ça saigne après ou... Et on ne le fait
13 entrer que quand l'anesthésie est installée, que les champs sont installés de toute façon. Ici,
14 c'est un petit peu compliqué à mettre en place parce que tout le monde n'est pas d'accord,
15 il y en a, que ce soit des gynécologues ou des anesthésistes que ça gênent beaucoup que le
16 papa soit là. Et c'est vrai que le papa n'a rien à faire, enfin, en général, les gens extérieurs
17 n'ont rien à faire dans une salle d'opération. Il y a déjà pas mal de monde et quand il est
18 habillé, ici en rouge, comme tout le monde, on a tendance à l'oublier et il y en a qui sont
19 indiscrets et qui vont se promener un petit peu partout etc. Et on ne peut pas les gérer, on
20 ne peut pas mettre quelqu'un pour le suivre ou pour le surveiller en permanence.

21 *Dans la salle ?*

22 Dans la salle, ou dans le couloir s'ils sont dans le couloir justement. Donc voilà, pour toutes
23 ses raisons là on a choisi de ne pas accepter les papas en salle d'opération. La raison aussi
24 autre c'est qu'au moins, nous ici, ils ont une salle de réveil à eux, enfin, nous, on a une salle
25 de réveil à nous. Dans beaucoup d'endroits, les césariennes vont en salle de réveil
26 commune, le papa ne peut pas être là, ni le bébé et ça c'est beaucoup plus stressant pour la
27 maman. Ici, dans la mesure où juste à la fin de l'intervention elle est de nouveau avec le
28 papa et le bébé c'est moins... Ca rééquilibre, c'est plutôt de ce fait là et puis le papa, bien
29 sûr il n'est pas avec sa femme au moment de la naissance mais très rapidement après. Il est
30 un petit peu dans l'ambiance derrière sa vitre et puis il est à côté du bébé tout de suite et la
31 maman le rejoint dans la demi-heure qui suit. Bien sûr ce n'est pas parfait, il y a un ou deux
32 qui, de temps en temps, sont déçus de ne pas être ensemble. Mais l'immense majorité s'en
33 satisfait très bien.

34 *Le principal obstacle c'est le malaise dans la salle de césarienne ?*

35 Oui, à la fois le malaise de la maman au début de la rachianesthésie et puis le papa aussi,
36 d'ailleurs il peut faire un malaise et que s'il se passe quelque chose, c'est très compliqué à
37 gérer. Il faut quelqu'un pour penser à le faire sortir etc et donc ce n'est pas très simple. Une
38 opération reste une opération, ça reste quelque chose qui peut tourner très vite à la
39 catastrophe et donc quand on a quelqu'un dans les pattes, on peut ne pas réagir assez vite,
40 ça complique, enfin, ça peut compliquer les choses. C'est surtout dans l'hypothèse du
41 risque de complications qu'on n'a pas très envie de ça.

42 *Est-ce que vous pensez que c'est un risque infectieux supplémentaire ?*

43 Oh le risque infectieux, c'est théorique à mon avis. Théorique parce que plus il y a de
44 monde dans une salle d'opération, plus le risque infectieux est important. Mais moi, ce
45 n'est pas ça qui me motive.

46 *Est-ce que c'est une surcharge de travail pour l'équipe, hors complication ?*

47 Oui c'est une surcharge de travail, c'est une contrainte supplémentaire. Pas énorme mais
48 c'est une contrainte supplémentaire.

49 *Est-ce que ça modifie la pratique des professionnels ?*

50 Non ça ne modifie que dans la mesure des choses que l'on se raconte mais de toute façon,
51 on ne dit pas n'importe quoi parce que la maman ne dort pas.

52 *Mais on est quand même plus prudent quand le papa est là ?* Voilà, oui quand même.

53 *Et le fait qu'il soit présent derrière la vitre, ça ne change en rien les pratiques des*
54 *professionnels ?* Non.

55 *C'est un choix qu'il soit du côté opération ?*

56 Non, c'est un problème de géographie de la salle. On avait essayé de mettre la table dans
57 l'autre sens pour que la dame soit de ce côté-là, ça nous paraissait plus logique et plus
58 sympa pour qu'il puisse se voir. En fait, du coup, la table d'instrument devait être dans le
59 coin mais il n'y avait pas assez de place, les gynécologues étaient gênés. C'est pour ça
60 qu'on s'est mis dans l'autre sens.

61 *Donc ça serait à refaire...* Il faudrait que la salle soit disposée différemment.

62 *Tout à l'heure, vous avez parlé des avantages, quels sont-ils pour vous ?*

63 Les avantages c'est comme la présence du père en salle de naissance, la présence du papa
64 au moment de la naissance pour la relation des parents, pour la relation avec leur enfant.
65 C'est essentiellement ça.

66 ***Si le débat était relancé, vous seriez donc plutôt favorable ou plutôt défavorable ?***
67 Moi, je suis mitigée. Je suis vraiment mitigée parce que oui, je l'ai déjà fait. Le problème
68 c'est que si on l'autorise, on est obligé de l'autoriser à tout le monde et il y a des gens qui
69 ne sont pas capables de se tenir, d'obéir correctement, de faire ce qu'on leur dit. Du coup,
70 c'est cela qui font le bazar, c'est eux qui font que ça devient insupportable.

71 ***Qui peuvent entrer dans la salle avant qu'on leur demande par exemple ?***
72 Oui, voilà et donc du coup, on est obligé de l'interdire à tout le monde parce qu'on ne peut
73 pas l'autoriser à quelques-uns parce que forcément les autres vont l'apprendre et ils diront
74 "l'autre il y est allé, pourquoi moi je n'ai pas le droit ?". C'est plutôt ça qui fait qu'on
75 l'interdit à tout le monde et si on pouvait, il y a certains couples ou certaines personnes à
76 qui ont l'autoriserait.

77 ***Sur des césariennes programmées ?***
78 Que sur des césariennes programmées, les césariennes en urgence, je suis tout à fait contre.

79 ***Pour les raisons que vous avez expliquées tout à l'heure ?***
80 Voilà, de difficultés. Là, en plus, dans les césariennes en urgence, on est obligé de se
81 concentrer, de faire attention à tout et on ne peut pas avoir quelqu'un d'étranger dans les
82 pattes. Non ça, ce n'est pas possible. Non ça je suis contre pour les césariennes en urgence,
83 je ne parle que des césariennes programmées.

84 ***Et quand le père était présent dans les autres maternités, est-ce que vous avez des images***
85 ***marquantes d'une césarienne où la présence du père vous ait marqué, que ça soit***
86 ***positivement ou négativement ?*** Non

87 ***Les malaises du papa étaient fréquents ?***
88 C'est arrivé une fois ou deux, fréquent, non. Mais c'est arrivé une fois ou deux. L'autre
89 fois, il y avait un papa qui était rentré. C'était au début qu'on venait de s'installer ici, et il
90 y avait qui, comme l'attitude n'avait pas été complètement défini, une auxiliaire qui avait
91 compris que le papa avait le droit de rentrer, enfin bref, il était dans la salle donc du coup,
92 on ne l'a pas remis dehors évidemment. Donc il s'est assis à la tête de la maman. C'était
93 une quatrième césarienne donc une césarienne quand même difficile, ça collait
94 énormément, il y avait eu une plaie de vessie donc après, on quand même bien embêté. On
95 ne peut pas parler. C'est un petit peu compliqué. Ça s'est passé tranquillement, il n'y a pas
96 eu de catastrophe, la dame n'a pas saigné etc mais voilà, ça souligne les difficultés qu'il
97 peut y avoir.

Entretien obstétricien n°1 – Maternité E

1 ***Pour commencer, avez-vous connu des maternités où le père pouvait être présent en salle***
2 ***de césarienne ?***

3 Alors, je n'ai fait que Challans et ici. A Challans, on ne faisait pas rentrer. Et ici, on n'a
4 jamais fait rentrer pour une simple, c'est qu'on a déjà assez de s'occuper de la mère, quand
5 ça traîne un peu comme là. Donc, quand on a fait le bâtiment, ici, on a opté avec la vitre.

6 ***C'est essentiellement la peur du malaise ?*** Oui, c'est essentiellement ça

7 ***Est-ce, selon vous, un risque infectieux supplémentaire ?***

8 Je ne pense pas. Bien qu'il faudrait les passer à la douche. Je ne sais pas, les équipes qui
9 font, je ne sais pas s'ils les font passer à la douche les maris, je ne crois pas non ?

10 ***Non.*** Non, alors si ce n'est pas le cas, je dirais oui, ils passent près des tables quand même.

11 ***Est-ce que sa présence modifie la pratique des professionnels ?***

12 Alors, nous ici dans la maison, il y a eu des demandes. On s'est mis d'accord pour que, sauf
13 exception d'exception, on est accepté. Mais globalement on a dit non, comme ça, pour tout
14 le monde c'est la même chose. On ne va pas s'embêter à faire pour l'un ou pour l'autre donc
15 on sait qu'ici c'est derrière la vitre, point, terminé.

16 ***Quand il est assis sur une chaise, derrière le champ, le risque de malaise...***

17 Oui, mais t'as vu, même derrière la vitre, on voit... Je suis grand, je n'y peux rien. Je ne
18 vais pas opérer accroupi, et je suis sûr que même accroupi, on y voit encore plus.

19 ***C'est vrai que là, derrière la vitre, c'était quand même assez impressionnant.***

20 Oui voilà, que ce soit derrière le champ ou derrière la vitre... Mais les aides-soignantes font
21 gaffent, elles gèrent le problème. Il y a toujours quelqu'un, le père n'est jamais seul.

22 ***Pourquoi avoir choisi la vitre plutôt que rien ?***

23 Eh bien parce justement, pour ses multiples raisons. La première raison, ça avait été histoire
24 de ne pas s'occuper du mari qui tombe encore dans les pommes, il y en a quelques-uns,
25 même au moment de l'accouchement. Si en plus on a le mari à s'occuper, des fois, on a
26 l'interne à s'occuper... si ce n'est pas la jeune fille, comme toi, qui tombe dans les pommes
27 ... Voilà, moins il y a de monde, mieux on se porte.

28 ***Au niveau responsabilité, s'il y a un malaise dans la salle...***

29 Eh bien, on plonge, d'une manière ou d'une autre. On va s'occuper du mari, il suffit que la
30 dame, parce qu'il y a toujours une période un peu compliquée les cinq-dix premières
31 minutes où la péridurale commence à bien agir. On n'a pas une autre équipe pour s'occuper

32 du mari, surtout à trois heures du matin. Voilà, on s'est posé la question quand on était
33 encore là-haut, on s'est posé la question de faire. Parce que là-haut, il n'y avait pas de vitre.

34 ***Dans l'ancienne maternité ?***

35 Oui, dans l'ancienne maternité, il n'y avait pas de vitre. Et au moment de la construction de
36 ce bâtiment-là, on s'est dit, qu'est-ce qu'on fait ? On a dit, on met une vitre. On a construit
37 les blocs avec un petit espace juste derrière, on a fait une petite angulation, un petit cagibi
38 où la vitre peu donner des deux côtés avec un rideau qui s'ouvre et qui se ferme... C'est
39 nous qui ouvrons et qui fermons de la salle.

40 ***Pourquoi avoir mis la vitre côté opératoire ?***

41 Ça aussi... Au départ, on a nos potences. Alors ça, ça a été un souci mais on a découvert
42 après. Parce qu'au départ, on avait dit ça serait bien que ça soit de l'autre côté.

43 ***Du côté maman ?***

44 Du côté maman. Au départ, on avait mis du côté maman. Ça veut dire qu'on mettait la
45 maman de l'autre côté. Et, il s'est avéré que pour une histoire de branchement que la vitre
46 de la réanimation de pédiatrie gênait pour mettre les potences, on s'en rendu compte après.
47 On a tout essayé, et en fait, ça s'est terminé comme ça. La salle est octogonale, La salle de
48 réanimation est là, elle donne sur les deux côtés [sur les deux salles] et au départ, on avait
49 pensé mettre la table comme ça [patiente parallèle à la salle réanimation, pieds à la porte]
50 puis, parce que les branchements étaient là [en haut à gauche de la patiente], puis il s'est
51 avéré que ça gênait, on ne se rendu compte qu'après. Donc conclusion, on n'a mis la table
52 comme ça [perpendiculaire à la salle réanimation et pied à la vitre]. Parce qu'en fait, la porte
53 est là, les dames elles arrivent, on les pousse comme ça et puis elles peuvent sortir comme
54 ça. Et puis, je ne sais plus qu'elle ait le truc, on a mal calculé la distance ici [plus longue
55 dans le sens perpendiculaire à la porte] ce qui fait que ça gênait pour les anesthésistes, ils
56 ne pouvaient pas passer derrière facilement. Ça, on ne s'en ait rendu compte qu'après.

57 ***D'accord, ça serait à refaire, la vitre serait côté maman ?***

58 On la mettrait côté maman, bien sûr. Mais c'est une histoire comme ça. Et on avait tout
59 essayé, on avait même essayé de la mettre un peu en biais mais ça gêne. Mais on y a pensé
60 au moment des plans, parce qu'on s'est dit, qu'est-ce qu'on fait ? On fait entrer ou pas ? On
61 a opté pour la vitre, tout le monde a été d'accord, que ce soit les vieux comme moi-même
62 les jeunes. Les jeunes étaient peut-être un peu plus penchés pour la présence du père en salle
63 mais après quand on leur a raconté les conneries qu'il y avait pu avoir, ils ont dit oui, on va
64 dire comme les vieux.

Entretien obstétricien n°2 – Maternité E

1 ***Avez-vous connu des maternités où le père pouvait être présent en salle de césarienne ?***
2 Oui, du coup j'étais interne à Nantes., J'ai travaillé dans pleins de maternités différentes, le
3 CHU de Nantes principalement, à Cholet, à Challans, au Mans, à la Roche et pendant six
4 mois on a été à Lyon en Clinique. Et du coup, là je suis chef depuis un an en temps partagé.

5 ***Donc en ce qui concerne la présence du père en salle de césarienne, vous avez connu un***
6 ***peu de tout ?*** Oui

7 ***Que pensez-vous de la présence du père en salle de césarienne ?***

8 C'est compliqué, premier obstacle, c'est la disposition de la salle. Si présence du père, pour
9 moi, il faut qu'il puisse rentrer à un endroit où il ne peut être que côté tête, derrière le champ,
10 il ne va pas voir tous les instruments sur la table ou quand il va ressortir après avec la sage-
11 femme et le bébé, qu'il ne voit pas le ventre ouvert de sa femme. Il n'y a qu'au Mans, je
12 pense, que c'était un peu orienté pour ça. Après l'obstacle principal c'est que une césarienne,
13 si tout se passe bien, très bien mais si il y a le moindre souci - difficulté à extraire le bébé
14 ou si tout d'un coup, ça se met à saigner, qu'il y a une complication anesthésique - je pense
15 que c'est très difficile à gérer pour le père. Ça peut être assez traumatisant et impressionnant.

16 ***Pour toutes les césariennes, y compris les césariennes programmées ?***

17 Oui, quelle que soit la césarienne parce qu'à mon sens, même une césarienne qui s'annonce
18 hyper simple sur le papier, il peut toujours y avoir des complications.

19 ***Est-ce que ça peut être selon vous un risque infectieux supplémentaire ?***

20 En soit non, là-dessus je pense qu'il faut qu'on soit honnête, il y a tellement d'entrées et de
21 sorties dans les salles... Si le papa, on lui explique bien, qu'on l'habille, qu'on met le
22 masque, la charlotte et qu'il reste côté tête avec sa femme, ce n'est pas tellement le risque
23 infectieux qui est à mettre dans la balance. Après c'est plus qu'effectivement, selon les
24 papas, il y en a qui ne vont pas forcément écouter exactement ce qu'on dit, dire qu'il ne faut
25 pas aller regarder à côté et qu'avec le bloc gynécologique et le bloc pédiatrie à côté.

26 ***Est-ce que ça peut être une surcharge de travail pour l'équipe médicale ?***

27 Oui, je pense. Si le papa fait un malaise il faut le gérer en plus, s'il est stressé et qu'il se met
28 à partir en vrille notamment s'il y a un souci avec la maman.

29 ***Est-ce que vous avez déjà vécu un malaise d'un papa en salle de césarienne ?***

30 Que ce soit difficile à gérer ? J'avoue qu'il n'y a qu'au Mans où il devait y avoir le père en
31 salle de césarienne donc les souvenirs sont assez vieux. Non, je n'ai pas d'exemple en tête.

32 ***Que pensez-vous du compromis trouvé dans cette maternité avec la vitre ?***

33 C'est pas mal mais la disposition fait qu'il est typiquement du côté opération. Alors certes
34 avec la table il ne voit pas le champ, mais derrière la vitre, il peut voir un flot de sang, ...
35 Ça peut être impressionnant et donc je trouve que le compromis d'être derrière la vitre est
36 très bien mais ça serait parfait si c'était plutôt côté maman et que la femme peut voir qu'il
37 y a son mari pas loin, qu'il est là et qui la regarde.

38 ***Vous savez pourquoi ce n'est pas le cas ?*** Non

39 ***Le père peut aussi être présent derrière la vitre lors des césariennes en urgence ?*** Ça
40 dépend vraiment du contexte, ce n'est pas systématique. Ça dépend déjà s'il y a le temps
41 qu'une aide-soignante l'accompagne derrière sa petite vitre et ça dépend du contexte.

42 ***Est-ce que vous y voyez des avantages à la présence du père ?***

43 Oui, à calmer sa femme si elle est stressée.

44 ***Si le débat était relancé pour la nouvelle maternité au CHU, vous seriez donc plutôt contre***
45 ***la présence du père en salle de césarienne ?*** Oui

46 ***Est-ce que c'est une demande fréquente de la part des couples ?***

47 Ça dépend ce qu'on appelle fréquent. C'est récurrent mais après c'est moins de 50% des
48 couples. La plupart du temps, quand on explique pourquoi tout de suite, il n'y pas de souci
49 et il y en a quelques-uns chez qui on sent que ça tique.

50 ***Est-ce que la présence du père dans la salle de césarienne peut modifier les pratiques des***
51 ***professionnels ?***

52 Non, je ne pense pas. Je pense qu'on respecte autant les recommandations, on est aussi
53 consciencieux. Par contre, effectivement, ça peut être gênant s'il pose trop de questions, s'il
54 est agressif, ça peut gêner l'équipe dans la gestion de la césarienne.

55 ***Il n'y a pas une aseptie verbale plus importante quand le père est là ?***

56 La plupart du temps, c'est des césariennes sous anesthésie loco-régionale donc la dame, elle
57 entend. Il y a une aseptie verbale de principe.

58 ***Est-ce que vous voyez d'autres moyens mis en place ou à instaurer facilitant l'intégration***
59 ***du père à la naissance par césarienne et le vécu pour la patiente ?***

60 Je trouve qu'on est déjà pas mal.. Peut-être effectivement, au niveau de la disposition de la
61 pièce, que ce soit fait différemment pour qu'il puisse avoir un contact visuel et sentir
62 vraiment pas loin l'un de l'autre. Après ça va vite...

Entretien sage-femme n°1 – Maternité E

- 1 ***Est-ce que tu peux rapidement me raconter ton parcours professionnel ?***
2 Je suis sage-femme depuis 2007. J'ai quasiment fait toute ma carrière ici, j'avais juste
3 travaillé deux mois l'été dans un CHU après mon diplôme et je suis arrivée ici après.
- 4 ***Que penses-tu de la présence du père en salle de césarienne ?***
5 Moi c'est quelque chose que je défends assez, que j'aimerais qu'on mette en place ici. Après
6 j'entends les différents avis et je peux comprendre que pour les différents professionnels ça
7 ne soit pas toujours évident. Mais pour moi la césarienne ça reste d'abord une naissance
8 avant une intervention et je pense que la présence des papas serait bien. Après dans des
9 conditions précises, sur des césariennes programmées. A discuter, mais je suis assez pour.
- 10 ***Quelles sont les difficultés avancées par les professionnels ?***
11 C'est plus au niveau des médecins que ça bloque. C'est d'abord les anesthésistes qui ont
12 peur d'être obligé de s'occuper du papa si jamais ça ne va pas, pour une question d'hygiène
13 aussi. Et les gynécologues, je pense qu'ils sont aussi un peu réticents à ce qu'il y ait toujours
14 un papa avec eux. Ils ont peur du malaise, oui, principalement de ça.
- 15 ***Dans l'ancienne maternité, c'était la même chose qu'ici, une vitre ?*** Oui
- 16 ***Ca été rediscuté la présence du père lors de la construction de la maternité ?***
17 Oui, on en a parlé au moment où l'on a déménagé mais ils sont restés sur cet intermédiaire
18 là, ce qui est déjà pas mal en même temps. Mais non, ils n'étaient pas d'accord pour faire
19 évoluer ça.
- 20 ***Quels seraient les bénéfices selon toi à la présence du père en salle de césarienne ?***
21 Je pense que ce serait vraiment pour le vécu des parents, d'être ensemble, de vivre ce
22 moment-là à deux. Je pense qu'ils vivent la naissance de leur bébé chacun de leur côté, ils
23 ne peuvent pas le partager. Je pense que pour certains couples c'est difficile et, que ça
24 n'empêche pas le lien avec leur bébé, mais ils n'ont ce moment où ils ont découvert leur
25 bébé ensemble. C'est plus ça qui leur manque je pense.
- 26 ***Quel serait le pourcentage de père présent derrière la vitre ?*** Je dirais entre 80 et 90%
- 27 ***Et quels sont les retours des couples ?***
28 Je pense qu'ils sont contents quand même de pouvoir au moins voir cette vision-là. Je pense
29 que pour certains ce n'est pas toujours évident parce qu'ils voient un peu l'intervention
30 suivant comment ils sont grands, comment ils sont positionnés. Donc il y en a que ça peut
31 gêner un peu. Mais ils sont quand même contents...

- 32 ***Ça peut être marquant pour eux de voir l'intervention sans savoir exactement ce qu'il se***
33 ***passé...***
34 Oui, ils n'entendent pas du tout donc parfois c'est un peu troublant. Ils ne voient pas leur
35 femme non plus. L'orientation fait qu'ils ne voient pas du tout leur femme. Après, ils ont
36 quand même l'arrivée du bébé au moment de la naissance, donc ils sont contents quand
37 même de pouvoir vivre ça.
- 38 ***Est-ce qu'il y en a qui ont pu exprimer des regrets d'avoir assisté à la césarienne ?***
39 Moi je n'en ai pas eu directement. Peut-être que les aides-soignantes qui restent avec les
40 papas... Elles se rendent compte que c'est bien d'être avec eux parce que sinon ils sont un
41 peu perdus dans leur petit coin. Peut-être qu'elles ont plus de retour...
- 42 ***Est-ce qu'il y a des pères qui demandent à être présent dans la salle ?***
43 Oui, surtout des césariennes programmées. Je trouve qu'il y en a de plus en plus qui
44 demandent, je ne pourrais pas te dire le pourcentage comme ça mais là en ce moment où je
45 fais des césariennes programmées parce que je suis sur la partie consultation, j'en ai eu au
46 moins deux ou trois en peu de temps s'ils pouvaient être là.
- 47 ***Du coup, tu n'as jamais eu de césarienne où le père était présent lors de la césarienne ?***
48 Non parce que moi quand j'étais au chu je faisais des suites de couches et quand j'étais
49 étudiante, ce n'était pas possible pour eux d'aller dans la salle. Donc non je n'ai jamais eu.
- 50 ***Est-ce que selon toi, la présence d'un accompagnant peut avoir un impact sur le***
51 ***déroulement de la césarienne ?***
52 Je pense que ça peut être très rassurant pour la maman d'avoir quelqu'un, son mari ou
53 quelqu'un de sa famille, parce que c'est un endroit qui est assez froid, assez angoissant pour
54 certaines. D'avoir un conjoint qui les éloignent un peu du médical, je pense que ça serait
55 bien.
- 56 ***Est-ce que le fait que le père soit derrière la vitre influence le déroulement de la***
57 ***césarienne ?*** Je n'ai pas l'impression que les médecins. Je pense qu'ils font pareil.
- 58 ***Si ça devait être mis en place, ça serait dans un premier temps sur des césariennes***
59 ***programmées ?***
60 Oui, je pense pour que tout le monde soit à l'aise avec ça, ça peut déjà être dans un premier
61 temps sur du programmé, pour que tout le monde soit serein, pas dans l'urgence. Et
62 éventuellement, si ça se passe bien, qu'on l'étende à des césariennes en semi-urgence, sur
63 des stagnations où il n'y a pas de souffrance pour qui que ce soit. Après, dans les vrais cas
64 d'urgence, ça se discute quoi.

65 ***Avec un papa qui serait situé où dans la salle ?***

66 Moi je le verrais bien à la tête, à côté de sa femme, du côté anesthésie, sur une chaise.

67 Quelque part près de son visage.

68 ***Est-ce que le risque infectieux est selon vous augmenté quand le père est présent ?***

69 C'est un argument avancé par certains... Après, personnellement, je ne le trouve pas justifié.

70 ***Parfois, la césarienne peut-être mal vécu par les patientes, voire par le père, as-tu des***
71 ***idées d'améliorer ce ressenti ?***

72 Je pense qu'il faut beaucoup les rassurer, leur expliquer le déroulement autant qu'on peut
73 même si c'est parfois dans l'urgence. Essayer d'être apaisant et puis c'est surtout ça,
74 beaucoup discuter. Leur permettre après de poser leur question, d'en reparler après *a*
75 *posteriori* si on n'a pas pu le faire comme on voulait au moment de la césarienne. Leur
76 proposer d'en reparler.

Entretien sage-femme n°2 – Maternité E

1 ***Est-ce que vous pouvez commencer par expliquer brièvement votre parcours***
2 ***professionnel – votre formation, les différents lieux où vous avez exercé ?***

3 Alors je suis diplômée de l'école de Nantes depuis 2007 et depuis mon DE je n'ai travaillé
4 qu'ici. Donc ça fait neuf ans que je travaille ici.

5 ***Donc, on se qui concerne la présence du père en salle de césarienne, tu n'as jamais***
6 ***connu le père en salle de césarienne...***Non je ne l'ai jamais connu

7 ***Qu'est-ce que tu penses de la présence du père en salle de césarienne ?***

8 Je pense que ça frustre certains papas de ne pas être en salle de césarienne parce qu'ils ont
9 l'impression un peu de louper la naissance et même pour la maman, parce que du coup, ils
10 ne vivent pas ça à trois. Après, je comprends le refus de la part des anesthésistes parce que
11 je trouve que ça perturbe un peu leur pratique et qu'ils ont peur que le papa fasse des
12 malaises et que c'est aussi pour ça qu'ils n'acceptent pas ça. Je pense qu'il faudrait
13 travailler dessus parce que ça pourrait être un plus pour les papas et pour les mamans.

14 ***C'est essentiellement les anesthésistes où les obstétriciens aussi ne sont pas d'accord ?***

15 C'est un peu les deux quand même. Après, ça dépend de l'âge du praticien aussi. Les plus
16 jeunes seraient plus ouverts à ce qu'il y ait les papas en salle de césarienne je pense.

17 ***Et tu disais que ça modifiait la pratique des professionnels ?***

18 Je pense qu'ils n'ont pas forcément envie d'avoir un papa à côté d'eux parce que s'il
19 tombait par terre ou si ça se passe mal, je pense aussi que ça devient plus difficile dans la
20 prise en charge parce qu'il faut aussi gérer le papa et c'est bien plus compliqué, même si
21 on les accepterait que pour les programmées, malgré tout, on ne sait jamais comment ça
22 peut se dérouler par la suite. Je pense que c'est aussi pour ça.

23 ***Est-ce que tu penses que c'est un risque infectieux supplémentaire ?***

24 Pas forcément parce que si le papa est habillé en tenue de bloc, je ne pense pas que ça soit
25 un argument qui pèse le poids, je pense que c'est plus une excuse parfois à mon avis. Parce
26 qu'à Nantes, j'ai dû connaître dans l'ancien bâtiment, avant qu'on soit dans le nouveau
27 bâtiment et dans mes souvenirs, ils s'habillaient les papas...

28 ***Oui, ils pouvaient y aller...***

29 Dès l'instant qu'on a déménagé dans le nouveau CHU, ça ne se faisait plus mais je pense
30 que le risque infectieux est franchement une excuse. Je pense que c'est plus le fait du risque
31 des complications.

32 ***Et, sauf en cas de complications, est-ce que c'est une surcharge pour l'équipe ?***

33 Eh bien, si le papa reste assis avec sa femme, je ne pense pas que ça va créer une surcharge
34 forcément, c'est juste si jamais il fait un malaise.

35 ***Et que penses-tu de la vitre ?***

36 Moi, je ne suis pas fan. En plus, là la pièce est toute petite. Je trouve ça un peu étouffant...en
37 plus souvent, on les abandonne. Les auxiliaires ne peuvent pas rester tout le temps, ils se
38 retrouvent tout seul dans une pièce sans fenêtre, ce qu'ils voient n'est pas forcément utile
39 à mon avis parce qu'en plus ils voient que ça remue un peu, ils se demandent un peu ce
40 qu'il se passe. Je pense que c'est... je ne suis pas sûre du bienfondé de la chose.

41 ***Pourquoi la fenêtre n'est pas du coup à la tête de la maman ?***

42 Ça été créé comme ça. Les bâtiments n'ont pas forcément concilié pour ça.

43 ***Vous voyiez ça comme ça, la vitre à la tête de la maman ?***

44 Oui, je pense que si la dame voyait son mari à travers la vitre, ça la rassurerait peut-être
45 plus que... parce que là, le monsieur il voit juste les gynécologues, il voit que ça remue.
46 Peut-être que ça serait mieux.

47 ***Est-ce qu'il y a eu des cas de malaise dans la salle ?***

48 Souvent, on leur dit de s'asseoir assez rapidement si ça ne va pas bien, mais moi, je n'ai
49 pas eu de malaise. Mais des papas qui peuvent être secoués, ça les gênent quand même pas
50 mal. La preuve tout à l'heure, il n'était pas très bien. Moi parfois, je pense qu'ils seraient
51 mieux qu'ils soient en salle de réveil à attendre plutôt que de voir par la fenêtre.

52 ***Ca été rediscuté la présence du père en salle de césarienne lors de la construction de la***
53 ***nouvelle maternité ?***

54 Non ça n'a pas forcément été rediscuté parce que ça paraissait acté que le papa ne pouvait
55 pas rentrer vu que ça ne se faisait pas avant.

56 ***Il y a avait une vitre avant aussi ?***

57 Oui, il y avait une vitre mais ce n'était pas fait pareil et ils voyaient moins de choses.

58 ***Et sinon, est-ce que tu vois d'autres moyens pour améliorer le vécu de la césarienne pour***
59 ***le couple ?***

60 Peut-être qu'on pourrait faire plus de peau à peau avec la maman en salle de césarienne
61 parce qu'en fait on le montre assez rapidement puis après on l'emmène en salle de réveil.
62 Je sais qu'il y a des maternités qui le laissent pas mal en peau à peau dès la salle de
63 césarienne, ça pourrait être pas mal.

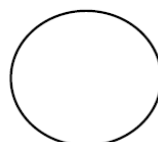
ANNEXE 5 – LOGIGRAMMES DE PROCESSUS

DE PRISE EN CHARGE

Légende :



Action
concernant la
mère



Acteur de
l'équipe médicale

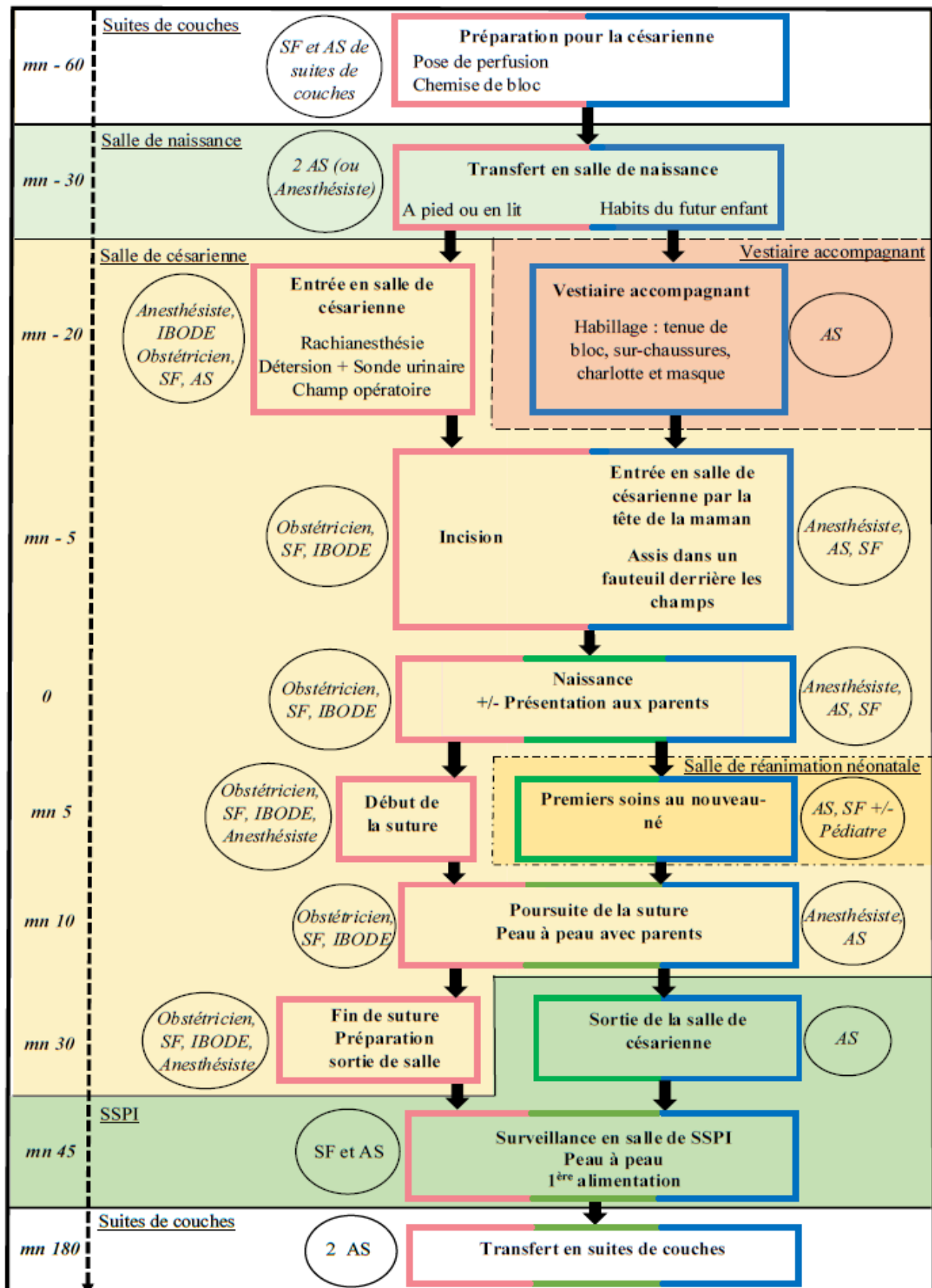


Action
concernant le
père

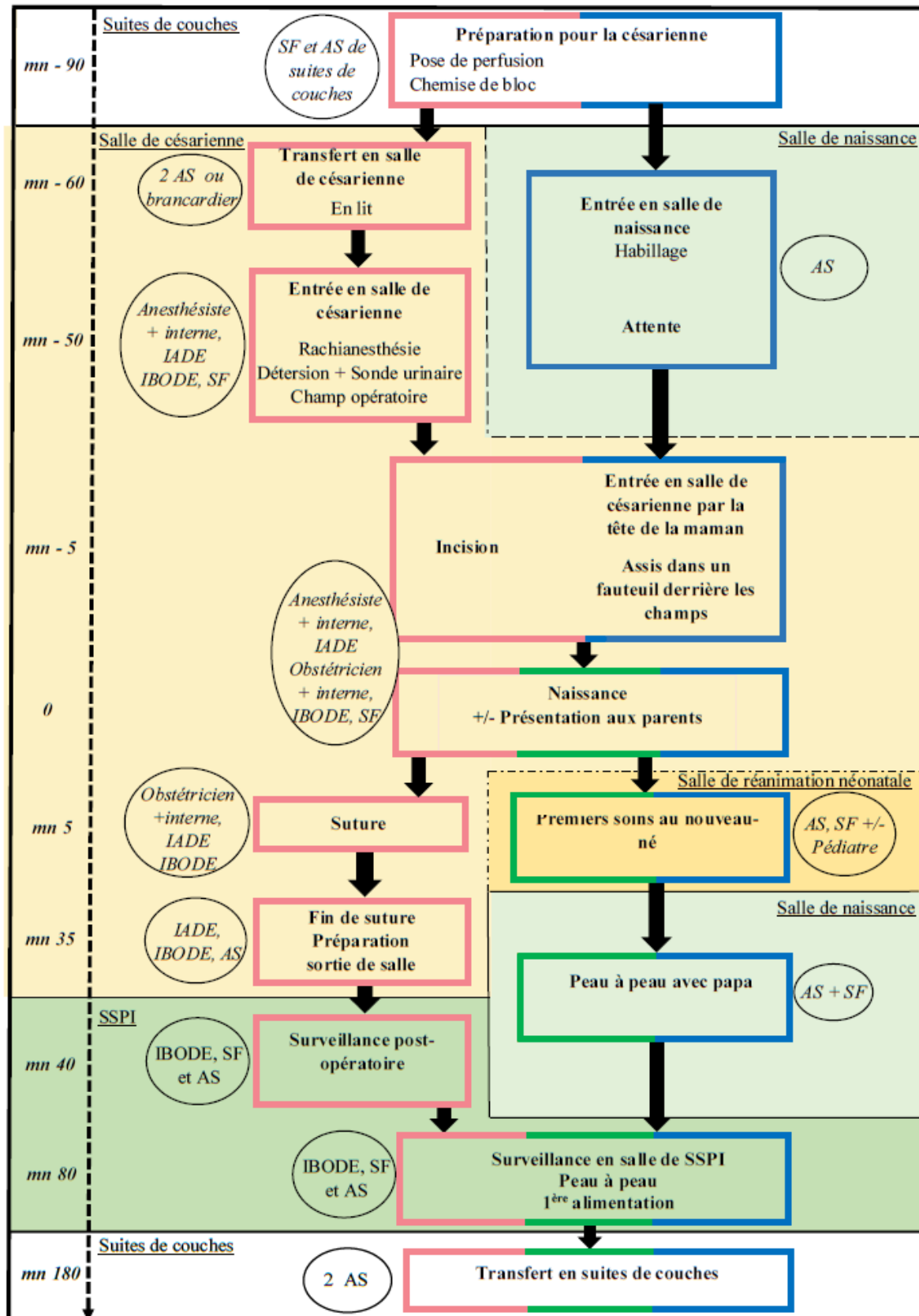


Action
concernant le
nouveau-né

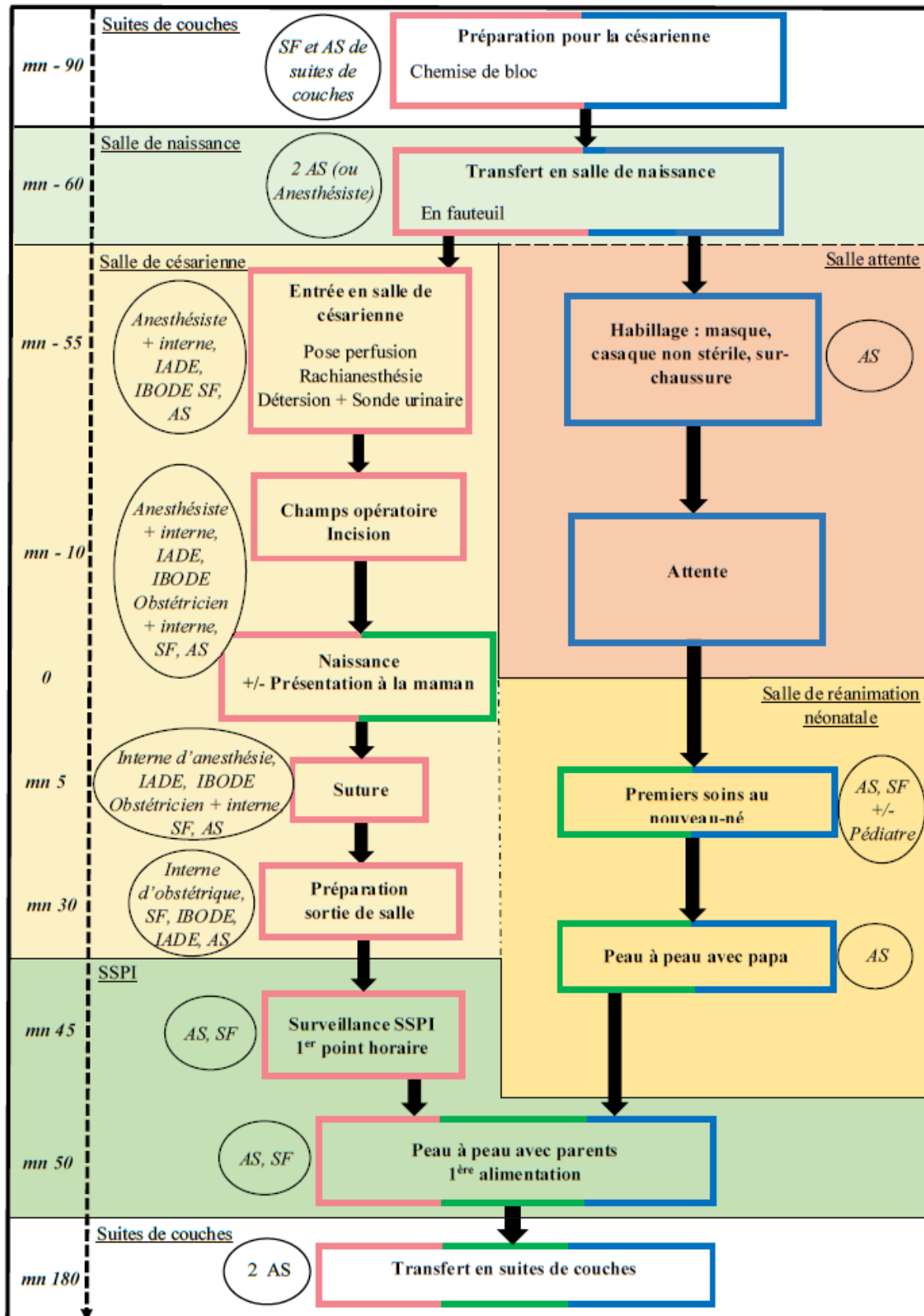
Logigramme du processus de prise en charge du couple lors d'une césarienne programmée à la Maternité A



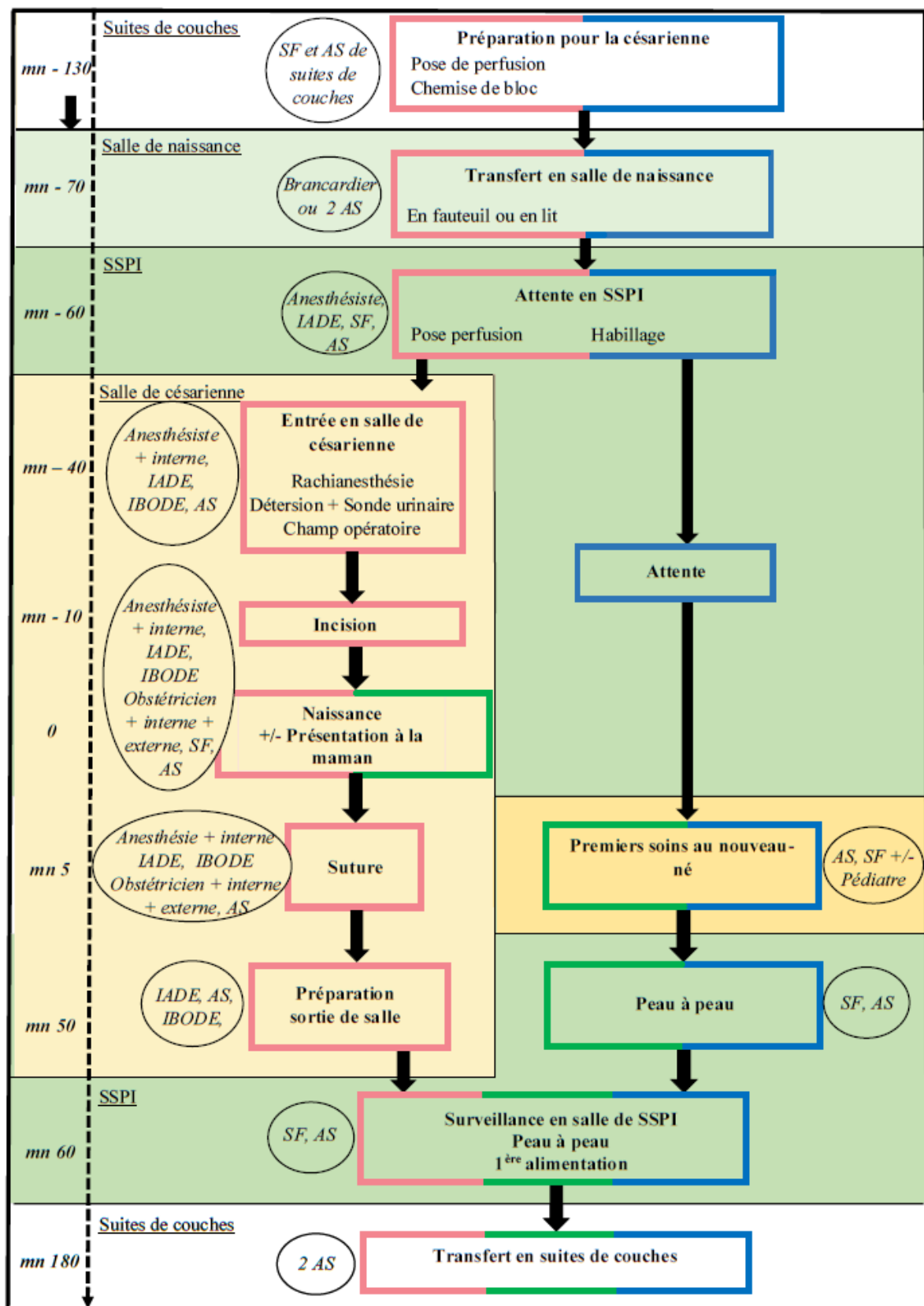
**Logigramme du processus de prise en charge du couple lors
d'une césarienne programmée à la Maternité B**



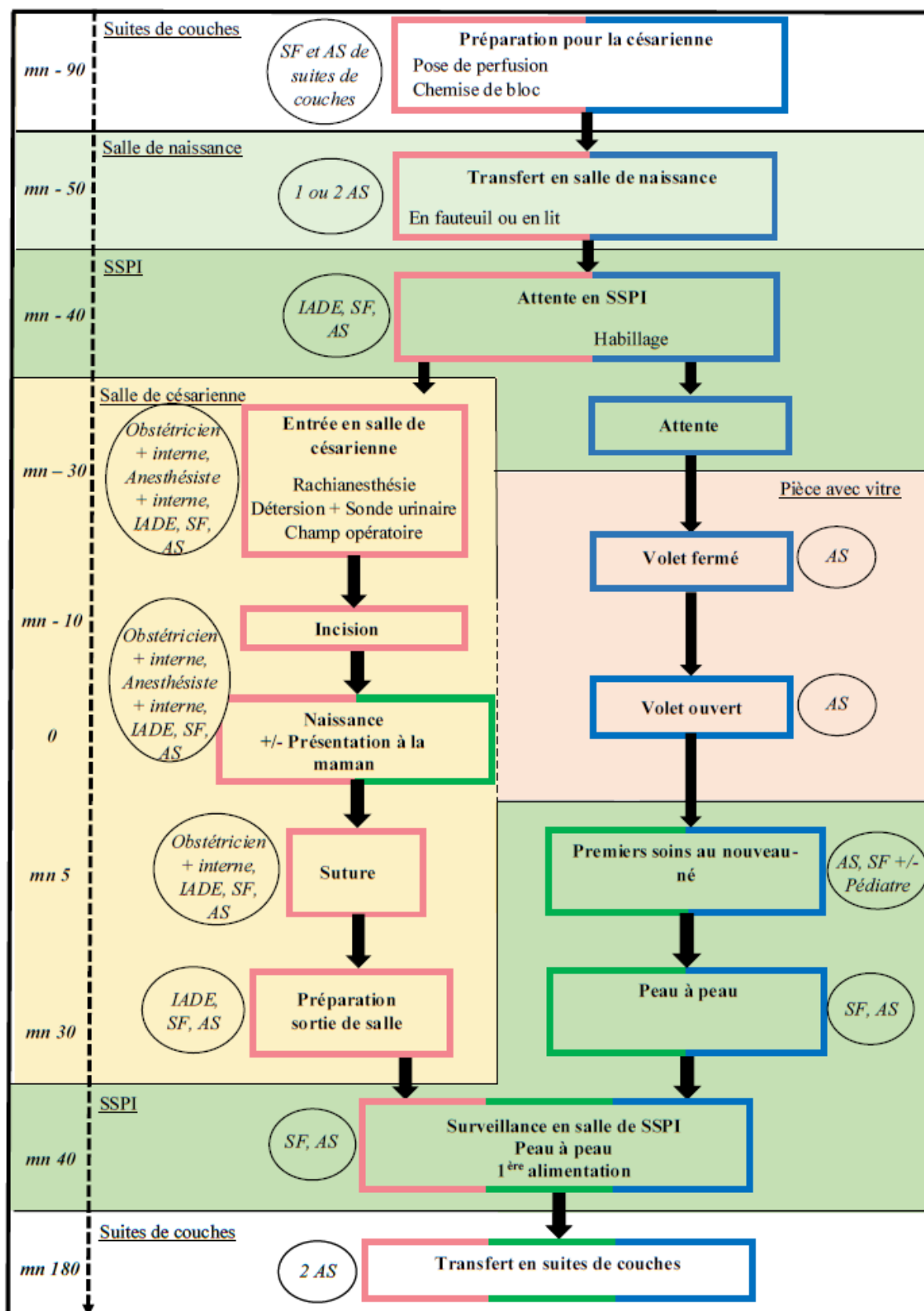
**Logigramme du processus de prise en charge du couple lors
d'une césarienne programmée à la Maternité C**



Logigramme du processus de prise en charge du couple lors d'une césarienne programmée à la Maternité D



**Logigramme du processus de prise en charge du couple lors
d'une césarienne programmée à la Maternité E**



RESUME

Bien que longtemps écarté de la naissance, le père a aujourd'hui un rôle d'accompagnement indispensable auprès de sa femme. La place du conjoint, légitime pendant l'accouchement, semble cependant plus restreinte lorsqu'une césarienne se révèle nécessaire. Or, de nombreux couples aimeraient pouvoir partager ce moment.

Quels sont donc les obstacles à la présence du père lors de l'intervention ? Comment cette présence est-elle perçue par les professionnels de santé ? Enfin, dans les établissements acceptant un accompagnant lors de la césarienne, quelles sont les mesures instaurées pour adapter cette présence aux particularités du bloc opératoire ?

L'étude menée associe des observations de césariennes programmées et des entretiens auprès de professionnels de santé exerçant dans cinq maternités de Pays De La Loire. Deux d'entre-elles autorisent le père en salle de césarienne, deux autres la refusent, enfin la dernière permet au père d'assister à la naissance au travers d'une vitre.

Les principales difficultés identifiées dans cette enquête sont liées à la présence d'une personne étrangère au sein du bloc opératoire. Certains professionnels redoutent qu'une réaction inadaptée (malaise, agressivité...) du père vienne altérer la prise en charge optimale de la patiente ou de l'enfant. Toutefois, dans les établissements habitués à la présence du père, les soignants expriment peu de contraintes associées à cette présence et y voient même de nombreux avantages.

Mots-clés : Césarienne, accompagnant, père, bloc opératoire