

Table des matières

1ère Partie : Introduction et Problématique	3
1. Introduction.....	3
1.1. Promesse de plan	4
1.2. Motivations.....	4
1.2.1. Motivations personnelles	5
1.2.2. Motivations socioprofessionnelles	5
1.2.3. Motivations économiques et politiques	6
1.3. Représentations personnelles	7
1.4. Lien avec le référentiel de compétences de l'infirmière.....	7
1.5. Objectifs d'apprentissage	10
2. Problématique.....	11
2.1. Objectifs de ma recherche.....	15
2ème Partie: Cadres de référence	16
3. Cadres de référence	16
3.1. Historique des rôles parentaux	16
3.2. Le concept de parentalité.....	18
3.3. Le concept de paternité.....	20
3.3.1. Le processus de paternité	20
3.3.2. Approche psychanalytique.....	21
3.4. Le concept d'attachement.....	23
3.4.1. Bref historique : De l'empreinte à l'attachement.....	23
3.4.2. Rôle de l'attachement.....	25
3.4.3. Conséquences de l'attachement	25
3.4.4. Rôles des parents	27
3.4.5. Rôles différenciés du père et de la mère	28
3.4.6. Capacité de l'enfant et du parent	29
3.4.7. Comment s'établit l'attachement.....	30
3.5. Le nouveau-né	32
3.5.1. Le nouveau-né partenaire de la relation	32
3.6. Prestations infirmières post natales dans un service de maternité.....	36
3ème Partie: Méthodologie et Analyse	39
4. Méthodologie	39
4.1. Choix de la méthode.....	39
4.1.1. Approche de la recherche.....	39
4.1.2. Méthode de recherche empirique.....	39
4.1.3. Type et taille d'échantillonnage.....	40
4.1.4. Construction de l'outil.....	40
4.1.5. Pré test	41
4.1.6. Déroulement des entretiens.....	41
4.1.7. Type d'analyse	41
4.1.8. Principes éthiques et protection des données	42
5. Analyse	43
5.1. Question 1	43

5.2.	Question 2	46
5.3.	Question 3	48
5.4.	Question 4	54
5.5.	Question 5	56
5.6.	Question 6	57
5.7.	Question 7	59
5.8.	Question 8	61
5.9.	Question 9	63
5.10.	Question 10	65
5.11.	Question 11	67
5.12.	Question 12	69
5.13.	Question 13	70
4ème partie: Conclusion		71
6.	Synthèse	71
6.1.1.	Prise en charge globale de la triade mère - enfant - père:	71
6.1.2.	Stratégies mises en place par les soignantes afin d'intégrer le père:.....	72
6.1.3.	Pour aller plus loin	73
6.1.4.	Propositions	73
7.	Validité de la recherche.....	74
7.1.	Limites de ma recherche	74
7.2.	Validité interne	74
7.3.	Validité externe	75
8.	Bilan personnel.....	76
8.1.	Facilités rencontrées.....	76
8.2.	Difficultés rencontrées	77
5ème partie: Bibliographie et Annexes		78
9.	Bibliographie	78
9.1.	Livres, monographies, ouvrages	78
9.2.	Articles, périodiques, quotidiens.....	79
9.3.	Internet	79
9.3.1.	Encyclopédies en ligne	80
9.4.	Autre documentation	80
10.	Annexes.....	81
10.1.	Annexe 1: Grille d'entretien	81
10.2.	Annexe 2: Information destinée aux personnes participant à l'étude	83
10.3.	Annexe 3: Formulaire de consentement éclairé	84

1ère Partie : Introduction et Problématique

1. Introduction

Etudiante en soins infirmiers, j'élaborerai ce mémoire de fin d'études en vue de l'obtention de mon diplôme d'infirmière en septembre 2008 dans le cadre de la formation HES SO/Valais, filière soins infirmiers.

Le sujet que je vais aborder tout au long de cette recherche concerne la place laissée au père dans un service de maternité.

Il n'est pas nécessaire de rappeler que la naissance d'un enfant représente un grand changement pour ses parents. Cette période de transition de l'état de femme à celui de mère et de l'état d'homme à celui de père ne se fait pas sans un grand bouleversement émotionnel, physique et social. Je vais principalement axer ma recherche sur l'homme, le père, afin de découvrir comment cet individu qui n'est pas mon patient dans un service de maternité, traverse cette période de grands changements. En réalisant cette démarche, je souhaite découvrir comment le père est perçu et intégré par l'infirmière en maternité en post-natal d'un accouchement eutocique et d'une grossesse physiologique d'un couple primigeste et primipare, sans complications qui nécessiterait à la mère un alitement ou un repos prolongé. Je décrirai par la suite, dans ma problématique, les différentes motivations qui m'ont amenée à choisir une telle situation.

Quelles sont les relations que les infirmières en maternité et sages-femmes entretiennent avec ces pères ? Pouvons-nous parler de relation soignant « soigné » alors que ce sont des individus sains, ou encore, jouent-elles un rôle d'enseignement ? Le père n'est certes pas hospitalisé comme la mère mais ce passage entraîne selon Agnès Moreau une « crise identitaire et narcissique »¹. Il pourrait avoir besoin notamment d'un soutien professionnel et d'enseignements tels que le bain du bébé, l'alimentation, etc. Les infirmières entretiennent-elles une relation à distance avec le jeune père comme cela pourrait être le cas avec n'importe quel membre de la famille de la patiente ou a-t-il tout de même une place privilégiée au sein de la maternité ?

Toutes ces interrogations m'ont amenée vers ce postulat :

Selon le personnel soignant d'un service de maternité, quelle place occupe le père dans la prise en charge globale du nouveau-né et comment est-il intégré à ces soins ?

¹ MOREAU, A. « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce ». *Cairn* [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

1.1. Promesse de plan

Dans un premier temps, au chapitre intitulé *Problématique*, vous pourrez découvrir tous les différents questionnements qui me préoccupent et dont je voudrai éclaircir les mécanismes. Ensuite, je développerai plusieurs cadres théoriques afin de cerner le problème sous différents aspects. Vous y trouverez une approche historique du phénomène de l'évolution des rôles parentaux à travers les siècles, le concept de parentalité dans lequel figureront différentes théories, puis vous découvrirez celui de la paternité avec son lot de bouleversements psychiques que subit le nouveau père. Par la suite, je développerai le concept de l'attachement dans lequel vous pourrez trouver un historique des différentes théories, les différents styles d'attachement que peut développer un enfant envers son parent, le rôle et les conséquences de ces liens, le rôle parental et le rôle différencié du père et de la mère ainsi que leurs capacités. Plus loin, j'ai défini le nouveau-né par ses différentes compétences qui lui permettent de s'ouvrir au monde. J'ai enfin, listé les prestations infirmières dans un service de maternité afin de me rendre compte du travail réalisé par une professionnelle dans ce milieu de soins.

A la suite de la construction de ces cadres de références, vous trouverez un chapitre consacré à la méthodologie exercée, afin de réaliser mes différentes entrevues auprès d'infirmières, d'infirmières sages-femmes et d'une sage-femme travaillant dans un service de maternité. J'analyserai par la suite les données collectées en tentant de mettre en lien ces cadres et le corpus de données récoltées au cours de ces entrevues afin d'atteindre les objectifs de ma recherche, développés plus loin sous ce point.

1.2. Motivations

En tant qu'étudiante en soins infirmiers, il me semble très pertinent de développer cet aspect de la prise en charge infirmière qu'est la prise en compte de l'entourage proche dans la planification des soins. En effet, ce travail me permettra de développer nombre de compétences (cf. chapitre *Lien avec le référentiel de compétences de l'infirmière*) mais plus spécifiquement le numéro 2 de ce référentiel: « Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins »², car nous pouvons imaginer l'importance de la présence du père dans le bon déroulement des soins à la jeune mère et au nouveau-né.

De plus, cette réflexion sur le travail en collaboration avec la famille ou les gens qui gravitent autour du patient est valable pour tous les autres domaines du métier d'infirmière. Nous nous sommes rendu compte de l'importance de la famille lors de la prise en charge d'une personne âgée, également de l'importance des parents pour les enfants en pédiatrie ou encore de l'entourage lors de situations de fin de vie...

² HES SO, HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2004, point 5, p.5.

1.2.1. Motivations personnelles

Afin de déterminer un thème qui serait susceptible de m'intéresser et sur lequel je serai motivée de travailler durant deux ans, je me suis interrogée sur les réelles motivations qui me poussent à devenir infirmière. Je me suis bien vite rendue compte que l'aspect relationnel était prioritaire à mes yeux. Bien que l'aspect technique et médical représente un réel intérêt, c'est au niveau de la communication, de l'échange, de la nature humaine que je ressens le besoin d'aller plus loin.

Le choix de ce sujet de mémoire est né de ma petite expérience dans un service de maternité lors d'un pré stage où j'ai pu observer que les pères n'étaient que très peu sollicités et encouragés par les professionnelles pour prodiguer des soins à l'enfant. Je me souviens d'une situation particulière dans laquelle un père m'a semblé très gêné et mal-à-l'aise au cours d'un enseignement du bain du bébé à la mère. Il m'a semblé que ces pères étaient considérés comme de banales visites, et secondaires dans les priorités des soignantes. Cela m'a fortement interpellée car le rôle du père est pour moi primordial. Il a toute sa place dans ce service et auprès de son nouveau-né, au même titre que la mère. Cela m'a donné envie de chercher par moi-même quelle était réellement la situation actuelle, car je suis persuadée que cette présence masculine est bénéfique et nécessaire à la mise en place des rôles parentaux et du bon attachement parent - enfant.

1.2.2. Motivations socioprofessionnelles

Les domaines qui m'attirent dans le vaste champ d'action du métier d'infirmière sont la maternité et l'obstétrique.

J'aime particulièrement le monde de la maternité, je m'y sens attirée depuis toujours, et retire énormément de plaisir à m'occuper des nouveau-nés et des nouvelles mères. C'est à l'occasion de ce pré-stage dans ce domaine que j'ai réellement découvert le métier d'infirmière en maternité. Je me suis rendue compte de l'importance de la relation infirmière - patiente et de son rôle de supervision et d'enseignement auprès des parents. Dans ce service particulier de l'hôpital de par sa clientèle saine, il est également intéressant de constater que l'approche dans la globalité de la bénéficiaire de soins est primordiale. Bien évidemment, la jeune mère ne peut pas être seule prise en compte dans la démarche de soins. L'infirmière devra non seulement intégrer le nouveau-né au plan de soins mais également prendre en considération le père, acteur nécessaire au bon déroulement du séjour en maternité et à un retour serein à domicile. Tous ces aspects me semblent passionnants et me poussent à pointer ma recherche dans ce sens. De plus, j'ai la ferme intention d'entreprendre la formation post grade de sage-femme après l'obtention de mon diplôme d'infirmière.

J'ai non seulement beaucoup de satisfaction à étudier les grands concepts de la psychologie et à approfondir mes connaissances sur la nature humaine, mais je porte également un immense intérêt à la relation soignant - soigné. Je considère que c'est dans la communication et la relation, que se basent en premier lieu les soins infirmiers dans tous les domaines de son exercice. En effet, sans communiquer avec le patient, l'infirmière ne pourra pas soulager sa douleur. Par exemple, elle ne pourra pas inscrire son patient dans un processus de gestion de la santé si elle n'a pas pris

soin d'établir une relation de confiance et une alliance thérapeutique au préalable. C'est pourquoi j'ai envie de développer l'aspect relationnel dans la prise en charge infirmière au cours de cette démarche.

1.2.3. Motivations économiques et politiques

Si la famille est aujourd'hui au cœur des préoccupations politiques de nos régions, c'est qu'elle représente un des réels enjeux de notre société. En effet, la famille est non seulement le groupe de base de notre société mais elle en est également son miroir. Dans ma recherche, je m'intéresse au point de départ de cette famille puisque, aujourd'hui, c'est l'enfant qui se trouve à l'origine de la famille et non plus le mariage, comme autrefois. Comme nous le savons tous, la famille actuelle revêt toutes sortes de formes et a considérablement évolué ces dernières années. Toutefois, c'est la famille « traditionnelle » (une mère, un père et un premier enfant qui arrive), que je vais mettre volontairement en évidence.

La famille, en tant qu'unité sociale, remplit quatre grandes fonctions³:

- Elle donne une identité sexuelle en vue de la procréation.
- Elle permet d'acquérir les ressources nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins familiaux et tendre vers un bien-être physique maximal.
- Elle permet de répondre aux besoins affectifs des membres et de créer un climat psychologique propice à un bon épanouissement personnel.
- Elle transmet des savoirs, des valeurs, des mœurs, des rites, des traditions.

Ces quatre fonctions principales me paraissent très cohérentes, puisque qu'elles sont indispensables au bon développement de l'enfant et représentent toute l'étendue de l'importance de la famille. Celle-ci est le premier groupe social auquel il va appartenir, c'est en son sein qu'il va se construire, être éduqué, se socialiser et forger son caractère. La famille joue également un rôle primordial au niveau affectif. « Chaque famille ayant tendance à créer son propre univers, le foyer devient le refuge et le champ clos de l'affectivité. »⁴ C'est à travers l'affectif que se créent les liens particuliers qui unissent les parents à l'enfant.

Une intégration optimale du père à la maternité permettrait de l'impliquer dès le départ dans une relation à l'enfant, et, de ce fait, il pourrait devenir une ressource physique et psychique pour la mère. Nous pouvons imaginer que le fait d'augmenter le réseau de soutien de la mère permettrait de diminuer le risque de dépression post-partum, puisque l'un des contextes favorisant la dépression post-partum est le faible

³ Tiré du dictionnaire: SILLAMY, N. *Dictionnaire usuel de psychologie*: Editions Bordas, 1983. 767p. *Famille* p 274

⁴ Ibid.

réseau de soutien dont dispose la mère⁵. De plus, nous pouvons croire qu'en favorisant son implication, un nombre réduit de femmes devra suivre une thérapie et disposer d'un traitement médicamenteux, ce qui impliquerait moins de coûts pour la société.

1.3. Représentations personnelles

Il me semble important de faire une réflexion sur mes propres représentations avant de poursuivre la rédaction de mon mémoire, dans le but d'identifier les différents biais qui pourraient se mettre en place et nuire à une analyse objective.

J'explore donc ci-dessous, mes propres représentations sur l'importance du rôle du père dans un service de maternité en post-natal.

Personnellement, je pense qu'un père est une réelle ressource pour les soignants et surtout pour la mère. Sa présence masculine amène un climat de sécurité au sein du service. Pour assumer son rôle de père, j'estime qu'il doit s'intéresser et participer dans la mesure du possible aux différents soins du nouveau-né. Je pense qu'il est important que le père s'implique dès la grossesse et durant le post-partum dans la création de sa nouvelle famille par de la tendresse envers sa compagne et son enfant et par un aménagement de son rythme de vie.

1.4. Lien avec le référentiel de compétences de l'infirmière

L'élaboration de ce mémoire me permettra de développer plusieurs compétences en lien avec mon processus d'apprentissage, et plus précisément, les compétences : 2 ; 4 et 5 du référentiel de compétences de l'infirmière.⁶ En développant certains items des différentes compétences, voici les liens que je fais entre ma réflexion et ces cinq compétences.

Compétence 2: « Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins ».

- *En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.*

Ce travail me permettra de développer une meilleure vision globale des situations. En effet, en prenant en compte le père dans les soins infirmiers en maternité, j'ouvre mon champ de vision et considère ainsi le contexte de vie de la clientèle de la maternité comme déterminant de la situation et du projet de soins.

⁵ Rosette Poletti dans « Le baby blues des mamans », identifie quatre facteurs favorisant l'apparition de la dépression post-partum : le comportement du bébé, le fait de vivre une situation stressante durant la grossesse ou après l'accouchement, une pauvre estime de soi par rapport à ses capacités d'être mère et à son image corporelle, et surtout l'absence de support social. « Le baby blues des mamans », *Les difficultés de la vie*, 1992, n°2. (Document distribué en cours, référence incomplète)

⁶ HES SO, HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2004, point 5, p.5.

- *En intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.).*

Cette réflexion me poussera à identifier les différentes situations de soins qui pourront exister dans un service de maternité. Chaque situation est unique dans son contexte (grossesse désirée ou non, grossesse avec ou sans complications, événement important durant la grossesse, etc.). Parfois, il n'y a pas de père, ou celui-ci est absent pour différentes raisons. Je vais devoir faire une différence entre les *types* de père qui pourraient exister dans une maternité : père présent, père absent, père géniteur, père social ou encore père affectif⁷ !

- *En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.*

Le respect dans les soins est primordial dans un service tel que la maternité. Les différentes situations et les différentes façons de réagir à l'arrivée d'un enfant sont multiples et diverses, elles ne doivent en aucun cas amener l'infirmière à émettre des jugements qui modifieraient la qualité des soins.

- *En offrant l'espace temps qui permet d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie par le client.*

L'expérience de vie qu'est la naissance d'un enfant représente un grand bouleversement dans la vie des deux parents. Il est donc nécessaire de leur accorder du temps et un soutien durant cette expérience afin qu'ils en construisent le sens.

Compétence 4 : « Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions ».

- *En ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action*

Chaque situation de soins devrait être réfléchie et remise en question pour en garantir la qualité. Je pense que ce travail permettra cette remise en question et une réflexion sur la pratique actuelle. Voici quelques exemples de questions que je pourrais me poser en me mettant dans le rôle d'une infirmière en maternité : Lorsque je propose l'enseignement du bain du bébé à la mère, ne devrais-je pas le proposer au père ? Est-ce que ce dernier est demandeur ou non d'enseignements comme celui-ci ? En intégrant de cette manière le père aux soins au nouveau-né, n'aurais-je pas tendance à pousser le père à se maternaliser ? Quelle place laisse la mère au père ? A-t-elle le droit de l'exclure des soins au nouveau-né ?...

- *En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées propres au champ disciplinaire infirmier.*

Je pense que mon travail permettra une réflexion sur les pratiques tout en faisant référence à des connaissances professionnelles et ainsi poser un regard objectif sur les différences entre théorie, concept de soins et réalité.

Mes recherches me permettront d'avancer dans mon processus d'apprentissage en développant des connaissances pointues sur le domaine que j'ai choisi d'exploiter.

⁷ Il faut distinguer le père social du père affectif, car le père qui est reconnu comme tel socialement ne joue pas forcément le rôle du père affectif (et vice versa).

Ces connaissances sont nécessaires à toute infirmière en maternité pour prendre en charge correctement la patiente, l'enfant et le père. Par exemple, l'infirmière doit connaître différents concepts tels que la crise et le deuil pour pouvoir apporter à la clientèle des soins relationnels de qualité. Car il est vrai que le passage de l'état de femme à l'état de mère ainsi que de l'état d'homme à celui de père entraîne les individus dans un processus de changement de rôle (deuil de leur ancien statut, de leur ancienne vie, de leur enfance qui se termine à ce moment là, et pour l'homme, deuil inconscient de ne pas être une femme et de ne pouvoir enfanter)⁸

Compétence 5 : « Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires. »

Plus qu'une participation à une recherche, j'élabore moi-même ce travail. Toute la démarche du mémoire de fin d'études participe à l'élaboration d'un projet de recherche prioritairement issu des problématiques du terrain. Je vais pouvoir mener à bien mon mémoire tout en respectant un processus méthodologique précis. Les méthodes de recherche pour y parvenir devront être adaptées à la problématique et je serai tenue de respecter les principes éthiques liés à cette recherche. Ce travail permettra de me familiariser à la recherche en soins infirmiers.

➤ En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain

Je suis partie d'une observation sur le terrain et d'une réflexion personnelle pour déterminer ma première question de départ. J'ai constaté lors d'un stage en maternité que les pères n'étaient que très peu intégrés aux soins du nouveau-né, et je me suis interrogée sur sa cause ; est-ce le manque de disponibilité des pères qui travaillent ou le manque de propositions et de principes mis en place pour l'intégration des pères à la maternité ?

➤ En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques

Durant toute cette démarche, je vais pouvoir développer et mobiliser des connaissances pointues sur le thème de la maternité ; en premier lieu avec les diverses lectures, puis avec des échanges avec différents professionnels lors des entretiens exploratoires et enfin avec la recherche sur le terrain.

➤ En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche

Je n'ai pas la prétention de pouvoir proposer une réflexion qui modifiera le comportement des professionnels et la prise en charge des parents dans un service de maternité. Néanmoins, la considération d'un tel sujet peut amener à de multiples réflexions et peut-être élargir l'offre d'accompagnement.

⁸ Tiré de l'article : MOREAU, A. « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce ». *Cairn* [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

1.5. Objectifs d'apprentissage

Il est important de se fixer des objectifs d'apprentissage en lien avec les compétences travaillées afin de rendre évaluable, en fin de travail, ce processus d'apprentissage qu'est la création d'un mémoire de fin d'études.

Compétence 2 :

Je mettrai en relief les différents aspects de la prise en charge globale d'une situation de soin en prenant en compte le contexte de vie et l'entourage d'une bénéficiaire de soins.

Compétence 4 :

A la fin de ma recherche, je m'auto évaluerai de manière critique et distanciée⁹ en regard avec la démarche méthodologique entreprise afin de vérifier l'atteinte de mes objectifs d'apprentissage ainsi que de mes objectifs de recherche.

Compétence 5 :

J'appliquerai une méthodologie afin de mener à bien une recherche en science infirmière avec tout ce que cela implique : recherche de documents pertinents, explorations diverses (lectures et entretiens), définition d'une problématique, création d'un cadre de référence, création d'un outil d'investigation, récolte de données sur le terrain, analyse des données recueillies au cours des entretiens en fonction du cadre de référence construit, et élaboration d'une synthèse finale avec une autoévaluation finale.

⁹ Une des qualités d'un chercheur est celle de la distanciation : il doit être capable de maintenir une certaine distance avec son objet d'étude afin de mener à bien sa recherche.

2. Problématique

En début de recherche, je me suis tout d'abord intéressée à l'attachement mère/enfant.

Grâce aux diverses explorations que j'ai effectuées ; lectures d'ouvrages¹⁰, d'articles¹¹, et entretien téléphonique¹², mon champ de vision sur le domaine de l'attachement s'est passablement élargi. J'ai en premier lieu, découvert les bienfaits du toucher pour les nouveau-nés et le rôle de celui-ci dans leur développement. J'ai également découvert que les stimulations tactiles chez le nourrisson modifiaient la structure moléculaire de l'ADN, augmentant ainsi sa résistance à l'anxiété. J'ai lu un article sur la méthode kangourou qui représente une réelle ressource en néonatalogie. J'ai approfondi mes connaissances sur le concept d'attachement et compris les différentes théories¹³ qui s'y rapportent.

Durant un entretien téléphonique avec une sage-femme indépendante, j'ai découvert une autre vision des choses. Pour elle, il est temps de « rendre » l'enfant à ses parents ! C'est-à-dire que, selon elle, les soignants, quels qu'ils soient (infirmières, sages-femmes et nurses) ont tendance à vouloir trop intervenir auprès des jeunes parents, au risque de les dévaloriser. « Ils peuvent (en particulier la mère), dans certaines situations, entretenir un sentiment de jalousie envers les soignantes »¹⁴.

Selon elle, l'infirmière en maternité aurait pour rôle « de veiller au bon développement de ces premiers liens et d'en souligner l'importance. »

C'est à partir de cette réflexion que je me suis posée les questions suivantes :

Dans quelle mesure et par quelles interventions l'infirmière en maternité joue-t-elle un rôle dans le bon développement des premiers liens d'attachement mère/enfant ?

De quelle manière l'infirmière en maternité doit-elle intervenir dans la création des premiers liens d'attachement mère/enfant, sans pour autant s'immiscer dans leur intimité ?

Les réponses que j'ai trouvées "dans mes lectures" et au cours de cet entretien téléphonique tendent à démontrer que le lien d'attachement comporte une partie

¹⁰ MONTAGU, A. *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris VI : Edition du Seuil, 1971. 219 p. et MONTAGNER, H. *L'attachement les débuts de la tendresse*. Paris : Edition Odile Jacob, 1999. 313 p.

¹¹ TOURBE, C. *Les câlins ont un effet ...génétique*. Science et vie, 2005, avril, pp. 90-94
DOUMONT, D., RENARD, F. [ed.] *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2004.
BERLEMONT, CH., NIVOIX, J. ET LAURENSEN, A., « La douleur chez l'enfant, quelles réponses ? » Chapitre : Le peau à peau : des bienfaits attendus à la pratique quotidienne. In *Pediadol.org* [En ligne]. Adresse URL : http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Actes_2001.pdf (Page consultée le 4 décembre 2006)

¹² Entretien téléphonique du 19.12.2006 avec une infirmière sage-femme indépendante

¹³ La théorie de Bowlby, la théorie de Lorenz et la théorie de Harlow.

¹⁴ Cette affirmation ne doit pas être généralisée.

acquise ainsi qu'une notion innée (qui existe également chez les animaux, donc qui ne nécessite pas d'intervention extérieure).

Après m'être plus spécifiquement penchée sur les liens d'attachement entre la mère et l'enfant, je me suis questionnée sur la place du père. Ne suis-je pas en train de l'oublier ? C'est en lisant un ouvrage sur l'amour maternel¹⁵ où l'auteur exposait également la problématique paternelle que je me suis véritablement passionnée par ce nouvel aspect des choses au point que j'ai décidé de prendre un nouveau tournant dans ma recherche et de la consacrer au troisième individu de cette triade mère - enfant - père. J'ai en premier lieu posé cette question de départ :

Comment le père est-il perçu et intégré par l'infirmière en maternité en post natal d'un accouchement eutocique¹⁶ et d'une grossesse physiologique d'un couple primigeste¹⁷ et primipare¹⁸, sans complications qui nécessite à la mère un alitement et un repos prolongé ?

Les lectures d'un article en ligne rédigé par Angès Moreau¹⁹ et d'un compte rendu d'un congrès français²⁰ m'ont permis de mettre en évidence une problématique. En effet, la maternité étant un monde essentiellement féminin (le personnel soignant étant majoritairement représenté par : des infirmières, des sages-femmes et des nurses) comment le père est-il perçu ?

Dans les concepts de soins²¹ le père est considéré comme faisant partie intégrante de la triade mère - père - enfant et il est acquis qu'il doit être intégré à la vie en maternité (lors des soins au bébé). Mais qu'en est-il de la réalité ? La responsabilité est clairement l'affaire des deux parents comme le décrit Annie Leclerc, écrivain²² « Tant de choses contribuent à écarter le père de la naissance de son enfant et d'une réelle intimité avec lui, et à engager les mères dans une relation d'appropriation fusionnelle avec l'enfant, que s'il fallait distribuer des responsabilités

¹⁵ BADINTER, E. L'amour en plus ; histoire de l'amour maternel. Paris: Edition flammariion, 1980.372 p.

¹⁶ Eutocie : nom féminin (grec eutokia). Caractère normal d'un accouchement (par opposition à dystocie). <http://fr.answers.com/topic/eutocie>

¹⁷ Primigeste : Femme enceinte pour la première fois. DELAMARE, G. *Dictionnaire des termes de médecine*. 26^{ème} éd. Paris: Maloine, 2000. 991p.

¹⁸ Primipare : Femme qui accouche pour la première fois. DELAMARE, G. *Dictionnaire des termes de médecine*. 26^{ème} éd. Paris: Maloine, 2000. 991p.

¹⁹ MOREAU, A. « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce ». *Cairn* [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

²⁰ MARCIANO, P. Le père, l'homme et le masculin en périnatalité. Paris : Erès, 2003. 141p.

²¹ LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3^{ème} Ed. Québec : ERPI : 2003. 899p. p 814.

« De nos jours, étant donné la nouvelle orientation des soins désormais axés sur la famille dans son ensemble, on attache davantage d'importance aux sentiments qu'éprouve le nouveau père au cours de cette étape marquante de la vie. On sait que le père éprouve des sentiments intenses pour son nouveau-né et que ces sentiments sont semblables à ceux de la mère. On appelle subjugation la fascination du père envers son enfant et l'intérêt profond qu'il lui porte au cours des premiers contacts.

²² Tiré de l'ouvrage collectif : DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p. Maternité / paternité. La question du père. Annie Leclerc (Ecrivain)

dans cette affaire, il faudrait alors admettre qu'elles sont plus que partagées, elles sont confondues : ce sont les mêmes. »²³

En tant que soignantes, ne pouvons-nous pas être gênées par la présence de ces hommes dans un lieu presque exclusivement féminin? « Sommes-nous, voulons-nous, donner l'enfant au père ? Car nous avons l'enfant. »²⁴

Sommes-nous agacées de les voir gérer des problèmes à notre place et détendre la jeune mère ? Les soignantes pourraient-elles ressentir une perte de pouvoir en leurs laissant une certaine place dans les soins journaliers à prodiguer à l'enfant ? « Pouvons-nous, sommes-nous réellement prêtes à ce que l'enfant soit tout autant l'enfant du père que le nôtre, à ce que la parole, le goût d'apprendre et de faire, l'heureux épanouissement de l'enfant vienne autant du père que de nous ? »²⁵ Les soignantes s'identifieraient ainsi à la mère et projetteraient dans ce nouveau-né leur besoin de maîtriser, de gérer et de posséder.

Car finalement, le père valorise de par son ignorance la mère dans son comportement, il lui permet d'être la référence en matière de soins à apporter au bébé. Le père connaît sa compagne et a la capacité de la comprendre mieux que le personnel soignant. Souvent il la rassure avec son naturel et sa sincérité. Mais ne « vole »-t-il pas la fonction du personnel soignant de la maternité ?

Les pères peuvent-ils également être perçus comme une gêne à une bonne organisation des soins ? Souvent, en raison d'obligations professionnelles, ils ne peuvent être présents durant toute la journée. Une intégration des pères dans les soins au nouveau-nés nécessiterait un remaniement dans toute l'organisation de ce service, puisqu'en général, les soins au bébé tels que le bain, le soin du cordon sont effectués et démontrés durant la matinée.

J'ai choisi de mettre en évidence la situation d'un couple devenant parents pour la première fois, car dans cette situation, le rôle d'enseignement aux parents est d'autant plus important puisqu'il s'inscrit pour la plupart sur des bases vierges.

J'ai volontairement mis en évidence la situation d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique afin de chercher la véritable place qu'est donnée au père lorsque la mère est pleinement capable d'exercer son rôle auprès du nouveau-né. Car en effet, il est démontré²⁶ que dans des circonstances d'accouchement et de suite difficile (mère trop faible, alitée, en post-césarienne ou encore lors de grossesse gémellaire) les hommes sont naturellement plus sollicités pour s'occuper du nouveau-né. Ils jouent un rôle d'intermédiaire, et portent l'information lorsque les circonstances éloignent l'enfant de sa mère. Mais qu'en est-il de leur fonction lorsque les suites de l'accouchement se passent sans problématique majeure ? Ne se retrouvent-ils pas en seconde ligne par rapport à leur compagne ? Est-ce finalement normal ?

²³ DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p. La question du père par Annie Leclerc. p 99.

²⁴ Ibid. p 100

²⁵ Ibid. p 100

²⁶ MARCIANO, P. *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*. Paris : Erès, 2003. 141p.

De plus, cette situation représente la majorité des cas en Suisse comme le confirme l'office fédéral de la statistique²⁷ :

« En 2004, les accouchements spontanés ont représenté 60% des accouchements. Pour les autres, des interventions obstétricales supplémentaires ont été nécessaires. Font partie de ces interventions l'accouchement instrumental (8.1%) et l'accouchement par césarienne (29.2%). Dans 2.4 cas, le type d'accouchement n'a pas pu être déterminé. »²⁸

« Le type d'accouchement le plus fréquent en Suisse est l'accouchement spontané, ce qu'on appelle la naissance normale. L'accouchement se déroule sans l'assistance de forceps ni de ventouse et sans césarienne. Trois quarts des accouchements spontanés n'ont donné lieu à aucune complication. Comparés aux autres types d'accouchement, les accouchements spontanés ont la durée moyenne d'hospitalisation la plus courte (5.6 jours). »²⁹

Afin de préciser mes questionnements, j'ai effectué quelques entretiens exploratoires auprès d'une sage-femme indépendante³⁰ et de deux jeunes pères³¹.

Cette sage-femme m'a confortée dans mon choix en relevant un aspect du problème auquel je n'avais pas pensé : « Dans notre société, la norme est que le père doit participer à l'accouchement pour être reconnu comme bon père. Mais qu'est ce que la norme ? L'homme n'a plus le choix que de participer activement à l'accouchement (coupe du cordon ombilical, premier bain donné au nouveau-né) au risque d'être jugé sévèrement par les soignants. »

« Et malheureusement, en post partum nous ne sommes pas capable de le lui rendre en l'intégrant aux différents soins du nouveau-né. Nous sommes très demandeuses envers lui mais sans lui offrir en retour des prestations afin de l'intégrer au mieux dans les soins, comme par exemple tenir compte de l'emploi du temps des pères qui travaillent dans l'organisation de la journée et la planification des soins d'un service de maternité. »

Le premier entretien effectué auprès d'un homme de 29 ans, père depuis septembre 2006, a permis de vérifier les aspects théoriques développés précédemment à propos de la sollicitation des pères lors de césarienne. Il s'est senti très bien accueilli par les différents professionnels de la salle obstétricale puis par le bloc opératoire et a pu donner le premier bain à sa petite fille. Arrivé à l'étage dans le service de maternité, il s'est senti dans un premier temps bien intégré à la prise en charge de

²⁷ SCHWAB, P. ZWIMPFER, A. « Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements » In Office fédéral de la statistique. Site de l'office fédéral de la statistique, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch> (page consultée le 14 juin 2007)

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Entretien téléphonique du 8 mai 2007 auprès d'une infirmière sage-femme indépendante

³¹ Entretiens téléphoniques du 3 et du 8 mai 2007 auprès de deux hommes devenus père en 2006.

son nouveau-né. Puis, dans un deuxième temps, il s'est senti moins actif, sa compagne ayant retrouvé plus de force pour effectuer elle-même les soins, les soignantes ne lui ont plus proposé directement de prodiguer des soins à son enfant. Malgré tout, il s'est toujours senti le bienvenu pour assister aux divers soins et n'a pas ressenti de frustration. Cela m'amène à me poser la question suivante : Que veulent vraiment les pères ? Quelles sont leurs attentes envers le personnel soignant ? Et comment ces attentes sont partagées avec les professionnelles ?

Le second entretien que j'ai effectué auprès d'un homme de 30 ans, devenu papa en décembre 2006 a vérifié mon hypothèse de l'absence d'intégration du père dans les services de maternités. En effet, ce dernier s'est senti très bien accueilli en salle obstétricale lors de l'accouchement mais a ressenti un manque total d'intégration à l'étage ! Personne n'est venu vers lui spontanément afin de lui proposer de participer aux soins et aux diverses explications. Il ponctue cette critique en se décrivant comme très discret, peu demandeur et comme beaucoup d'autres, absent durant la journée en raison d'obligations professionnelles. Il dit ne pas avoir ressenti de frustration en passant par sa compagne pour avoir diverses explications.

Toutes ces données intéressantes et ces réflexions pertinentes m'ont poussée à me reformuler afin d'obtenir ma véritable question de recherche:

Selon le personnel soignant³² d'un service de maternité, quelle place occupe le père dans la prise en charge globale du nouveau-né et comment est-il intégré à ces soins ?

2.1. Objectifs de ma recherche

Mes objectifs de recherche de ce mémoire de fin d'études sont les suivants :

- Identifier et décrire les éléments et le déroulement d'une prise en charge globale de la triade mère - enfant - père dans un service de maternité.
- Découvrir et examiner par des entretiens dirigés auprès d'infirmières et d'infirmières sages-femmes les différentes stratégies mises en place dans le but d'intégrer le père aux soins à prodiguer au nouveau-né.

³² Après m'être entretenu avec différentes personnes, je choisis de prendre en compte les infirmières et les infirmières sages-femmes qui travaillent dans un service de maternité, en raison de leur approche du post-partum et de mon regard d'élève infirmière.

2ème Partie: Cadres de référence

3. Cadres de référence

En vue de réaliser ma future analyse suite à ma collecte de données sur le terrain, j'ai réalisé différents cadres de référence.

Il m'a paru fort passionnant de m'attarder en premier lieu sur l'évolution du rôle des parents. En faisant figurer ci-dessous un bref historique des rôles maternels et paternels, je tente de mieux comprendre la situation actuelle.

3.1. Historique des rôles parentaux³³

La place et le rôle du père ont passablement évolué au cours des derniers siècles. Le père a été pendant des millénaires garant d'une autorité absolue sur sa femme et ses enfants. Il était responsable de leur comportement. La femme a été longtemps considérée comme inférieure et jouant un rôle secondaire dans la conception. L'enfant était alors un être humain à part entière, mais imparfait et inachevé.

Avec la montée en force du christianisme au 12^{ème} et 13^{ème} siècles, la femme devient la responsable du péché et le symbole du mal, alors que le père est doté d'une délégation des pouvoirs de Dieu (pouvoir absolu et despotique).

Durant le 17^{ème} siècle, l'enfant fait peur, il est le mal incarné, imparfait, capricieux. Les pédagogues (maîtres en théologie) recommandent même aux parents la froideur à l'égard de leur progéniture. Une attitude trop maternelle est synonyme alors de péché, de mollesse, et d'assouvissement d'un plaisir chez la femme. Nous pouvons comprendre ce désintérêt vis-à-vis de l'enfant en raison du taux de mortalité infantile extrêmement élevé à cette époque (27% de décès durant la première année de vie). L'indifférence maternelle se traduit par le refus d'allaiter son enfant, considéré comme ridicule et dégoûtant au 18^{ème} siècle. L'allaitement est mauvais pour la santé des femmes, car elles sont dotées d'une trop grande sensibilité nerveuse, d'une faible constitution et elles risqueraient d'y laisser leur beauté.

Vers la fin du 18^{ème}, les mentalités commencent à changer. On préconise l'amour maternel comme une valeur à la fois naturelle et sociale. La femme n'a alors que deux rôles : celui d'épouse et celui de mère. C'est durant cette période que le père est relégué au deuxième plan, il rentre progressivement dans l'ombre car la mère va alors prendre toute la place au sein de la famille par son amour maternel dorénavant inné. Ce changement est dû à une nouvelle philosophie, celle des lumières, ainsi qu'à la prise de conscience de l'Etat : les enfants représentent une valeur économique potentielle et militaire. Le père n'a alors qu'une fonction paternelle: celle

³³ Tiré de l'ouvrage: BADINTER, E. *L'amour en plus ; histoire de l'amour maternel*. Paris: Edition flammarion, 1980. 372 p.

de l'autorité jusqu'à ce que les enfants deviennent des adultes. Ce rôle n'entend aucune notion d'amour ni de lien.

Progressivement, durant le 19^{ème} siècle, l'éloge des couples qui s'aiment, de la grossesse et de la naissance, remplace la critique des parents trop affectueux du 17^{ème} siècle. L'enfant devient unique, irremplaçable, le plus précieux des biens. Les femmes quittent les mondanités du 17^{ème} siècle pour devenir des mères au foyer, assumant le ménage et l'éducation de leurs enfants. Le dévouement et le sacrifice sont le prix à payer pour élever ses enfants. Au cours de cette évolution, le père disparaît progressivement devant l'augmentation des responsabilités maternelles. Selon l'idéologie de l'époque, la nature de l'homme ne le prédispose pas à des rapports affectifs avec l'enfant contrairement à la mère. Le père incarne la sphère extérieure et publique. Sa fonction auprès de l'enfant est bien petite à côté de celle de la mère.

Au 20^{ème} siècle, avec l'émergence de la psychanalyse, les femmes deviennent responsables du bonheur de leurs enfants et de leur éducation intellectuelle. Le sentiment de culpabilité devient alors le lot des femmes. Ce courant a largement contribué à faire de la mère le personnage central de la famille. L'enfant devient la seule préoccupation de la femme. La psychanalyse va distinguer les rôles parentaux : les rôles de la femme sont l'amour et la tendresse envers sa progéniture alors que le père représente les lois et l'autorité. La mère est dotée d'une autre responsabilité, celle de la bonne paternité de son mari, car elle doit jouer le rôle d'intermédiaire, elle rend les rapports père - enfant possibles. Elle détient en quelque sorte le pouvoir et le père reste secondaire à l'éducation et au lien d'attachement.

Aujourd'hui, il est indéniable que nous sommes influencés par cet héritage historique. Les rôles de chacun des parents ont passablement évolué et c'est en parcourant le passé que l'on peut comprendre un peu mieux le présent.

De nos jours, les parents de notre société semblent avoir les mêmes responsabilités à l'égard de leurs enfants, les femmes n'ont plus le monopole de la tendresse et de l'amour et l'homme ne possède plus le monopole de l'autorité. Le nouveau père participe à la grossesse, à la naissance et aux soins du bébé. Durant ces dernières années, il y a eu véritablement une revalorisation du père qui a induit son implication dans les soins, telle que la possibilité de couper le cordon ombilical ou encore de donner le premier bain au nouveau-né. On le sollicite et lui reconnaît ainsi une place lors de la grossesse et de l'accouchement, mais qu'en est-il de la suite, en post-natal? Comme l'a dit Elizabeth Badinter, « (...) il reste toujours, dans l'inconscient collectif, l'idée que l'élevage est avant tout l'affaire des femmes, que le père est plutôt son collaborateur que son associé à part égale et enfin que sa participation est moins nécessaire, ou, si l'on veut, plus accessoire. »³⁴

D'ailleurs dans notre pays, il n'existe aucune loi qui définit un droit à un temps de congé lors d'une naissance pour les pères. Cette notion est définie préalablement dans le contrat de travail ou les conventions collectives auxquelles adhèrent les différentes entreprises. Cela illustre incontestablement les différences de rôles entre mères et pères qui existent dans notre société.

³⁴ BADINTER, E. *L'amour en plus ; histoire de l'amour maternel*. Paris: Edition flammariion, 1980. 372 p. p 284.

Je mets en évidence pour second cadre celui de la parentalité. Il est évident que cette notion doit être citée dans ce mémoire en raison du thème principal qu'est la paternité. La récente apparition de ce terme évoque bien la préoccupation de la société envers la famille, les parents et l'enfant. Il fait apparaître également la complexité d'être des parents à notre époque.

3.2. Le concept de parentalité³⁵

C'est dans les années 90 et face à la diversité et pluralité des situations familiales que le terme de parentalité apparaît. Il émerge à la suite de plusieurs clarifications de situation : maternité, monoparentalité. Le terme de parentalité ne s'adresse pas uniquement aux parents biologiques mais également à toute personne jouant ce rôle. Il ne suffit pas d'être géniteur pour être parent. D'autres acteurs tels que les beaux-parents, les parents adoptifs, les parents d'accueil, les parents ayant recours à la procréation assistée, les parents homosexuels entrent également en ligne de compte. On les appelle les parents sociaux. Aujourd'hui, c'est l'enfant qui est au centre de la famille et non plus le mariage.

« Selon Maigne E. (2003), la parentalité peut se définir comme "l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à 3 niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique" »³⁶. Nous constatons alors l'importance de l'intégration et de la stimulation des parents à prodiguer les soins au nouveau-né dès sa naissance, afin de les inscrire dans un processus de parentalité (naissance du parent). Les soins au corps tel que le bain du nouveau-né représentent également un support au bon développement des interactions affectives.

Houzel D.³⁷ (1999) propose une projection de la parentalité à partir de 3 axes.

L'axe de *l'exercice de la parentalité* : les droits et devoirs des parents

L'axe de *l'expérience de la parentalité* : le ressenti, l'éprouvé, le vécu, l'imaginaire.

L'axe de *la pratique de la parentalité* : les soins concrets à l'enfant.

Toutes les compétences ne sont pas forcément présentes, il peut exister des faiblesses (parentalité partielle). C'est pourquoi, dès les premiers jours de vie de l'enfant, le personnel soignant d'un service de maternité doit repérer les points forts, les compétences de chaque parent mais aussi les difficultés qui peuvent survenir afin de prévenir et de promouvoir un bon attachement parents - enfant.

Delecourt³⁸ (2003) précise la vision de Houzel de manière plus contextualisée ; il y ajoute un contexte juridique (ensemble des lois), un contexte socio-économique et culturel, un contexte affectif et social et un contexte institutionnel. En effet, dans un service de maternité, les situations socio-économiques, culturelles, etc., sont très

³⁵ Tiré de l'article : DOUMONT, D., RENARD, F. [ed.] *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2004.

³⁶ DOUMONT, D., RENARD, F. [ed.] *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2004, p. 6

³⁷ Houzel Didier : Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

³⁸ Tiré de l'ouvrage : DOUMONT, D., RENARD, F. [ed.] *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2004.

différentes les unes des autres. L'infirmière en maternité a le rôle d'identifier ces différences et de les intégrer dans sa prise en charge globale.

Le concept de parentalité prend donc son importance du fait des diverses situations familiales que nous pouvons rencontrer dans notre société actuelle. Ce concept attire notre attention sur le fait qu'il ne suffit pas d'être géniteur pour être parent, mais que la parentalité ne peut se construire qu'avec l'exercice de divers soins et attentions à l'égard de l'enfant (soins au corps, vie affective et vie psychique). Il est du ressort de l'infirmière en maternité de favoriser ces soins et attentions à l'égard de l'enfant en stimulant les parents à les effectuer et ainsi les pousser à acquérir une autonomie. La parentalité fait également référence à une notion de droit et devoir de la part des parents et implique leur vie émotionnelle lors de ce passage de l'état d'homme ou de femme à l'état de parent.

Suite au concept de parentalité, je décris ci-dessous celui de la paternité, thème central de mon travail. Il me semble primordial pour ma recherche de constater les différents changements qui s'opèrent chez le père lors d'une naissance afin de mieux comprendre leurs différents comportements au sein de la maternité.

3.3. Le concept de paternité

La paternité est devenue un objet de recherche dans le milieu de la périnatalité. Il y a eu beaucoup de changements dans les rôles maternels et paternels dans notre société depuis quelques années. Auparavant, le rôle du père et ses répercussions sur la vie psychique de l'homme ont été pendant longtemps l'objet d'un refoulement social puisque non reconnus.

Selon Agnes Moreau³⁹, « (...) le manque de rituels dans les structures sociales actuelles entrave la symbolisation du passage de l'état d'homme à l'état de père, (...) »⁴⁰. Mais qu'en est-il de la situation dans notre région? Ce travail permettra peut-être d'en identifier les différences...

3.3.1. Le processus de paternité

C'est bien avant la naissance de l'enfant que l'homme amorce le processus de paternité. En effet, les différentes étapes (échographies, révélation du sexe de l'enfant, préparation de la chambre) viennent alimenter la vie imaginaire de l'homme devenant père.

Pour que ce processus puisse s'amorcer il faut non seulement que la mère laisse une place au père mais également que l'homme désire l'occuper.

L'homme doit accomplir un travail psychique complexe pour occuper cette place : « Selon l'auteur M. Bydlowski, ce qui est refoulé, c'est la dimension féminine de la paternité, le versant homosexuel et féminin de l'homme. La levée du refoulement qui s'opère au cours du processus de paternité laisse émerger cette homosexualité. »⁴¹

« Ce passage de l'état d'homme à l'état de père est riche en déliaison et en rupture. »⁴² Il « (...) constitue une crise identitaire et narcissique⁴³ qui présente certaines caractéristiques communes avec la crise de l'adolescence. »⁴⁴

³⁹ Tiré de l'article : Agnès Moreau, psychologue et psychothérapeute, Unité de soins de la Fondation de Rothschild, Paris.

⁴⁰ MOREAU, A. « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce ». *Cairn* [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

Des psychopathologies pourraient découler de cette crise chez des hommes vulnérabilisés par la paternité. Une recherche clinique⁴⁵ auprès de ces hommes démontre qu'il existe un fossé entre les représentations de leur paternité et leur vécu psychique, l'extrême surprise de l'accouchement malgré l'investissement durant la grossesse est une menace dans leur organisation narcissique. Le moment de la naissance et les premiers jours de vie sont donc une période extrêmement instable pour le nouveau père. Il devrait donc retenir l'attention du personnel de la maternité et être pris en compte dans le projet de soins au même titre que la mère et le nouveau-né puisque les changements qui s'opèrent dans leur psychisme sont aussi importants pour devenir père que ceux qui s'opèrent chez la femme devenant mère.

3.3.2. Approche psychanalytique⁴⁶

L'homme n'a pas de satisfaction libidinale comme la femme avec l'enfant pendant la grossesse; il n'a pas de corps à corps et se retrouve en dehors du couple mère - enfant. « La voie d'appropriation de l'événement que représente pour lui la grossesse d'une femme et la naissance d'un enfant relève d'un processus purement psychique, "un processus de pensée", comme le souligne Freud dans "Moïse et le monothéisme". »⁴⁷ C'est pourquoi, il est probable qu'il soit important d'intégrer le père dès les premiers jours dans les soins à l'enfant afin de l'aider à concrétiser ce processus de paternalisation et de l'inscrire dans une réalité physique.

« L'inscription intrapsychique de cet événement externe va s'effectuer sur un mode indirect, projectif et identificatoire, de plusieurs natures : identification à son propre père, (géniteur, amant, porteur des valeurs culturelles) ; identification à sa propre mère ; identification à sa femme gestante ; identification au bébé. »⁴⁸ Ces diverses identifications ont pour but de contre investir la jalousie et l'envie à l'égard de l'enfant et de la femme qui le porte.

« L'accès à la paternité suppose donc des deuils successifs. »⁴⁹ (Deuils de ne pas être une femme, de ne pouvoir enfanter, de la bisexualité physique, de l'enfant qu'on a cru être, que l'on aurait aimé être, de la toute puissance infantile, des parents idéalisés). Ces deuils sont constructifs du processus de paternité.

⁴³ « narcissisme » « Le narcissisme primaire, selon Sigmund Freud, correspondrait à la période intra-utérine, moment où rien n'est différencié, ni le sujet, ni le monde extérieur. Le narcissisme secondaire traduit, quant à lui, le retour de la libido sur le moi. Pour Jacques Lacan, le narcissisme primaire débute lors du stade du miroir, qui est le stade de l'unification du « je ». L'enfant élit comme objet pulsionnel sa propre image. Le narcissisme secondaire serait l'investissement d'un objet extérieur au sujet mais porteur tout de même de son image. » CARALP, E., GALLO, A. Dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie. Toulouse: Edition Milan, 2004. 157p. p105

⁴⁴ MOREAU, A. « De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce ». *Cairn* [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

⁴⁵ Consultations spécialisées effectuées par l'auteur dans le cadre d'une maternité parisienne pour des hommes vulnérabilisés par l'accès à la paternité.

⁴⁶ Approche proposée par Agnes Moreau.

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

Selon Agnès Moreau, des conséquences négatives peuvent survenir chez les pères vulnérabilisés par la naissance d'un enfant si ce processus est mal vécu. Certains hommes risquent de développer ainsi des manifestations somatiques, des décompensations psychopathologiques et des ruptures conjugales durant la grossesse si il y a fragilisation des assises narcissiques et une identité sexuée insuffisamment stabilisée. Selon elle, on pourrait parler de paternité à risque.

A l'inverse, si ce processus de deuils divers peut avoir lieu, les conséquences seront positives. Il y aura donc consolidation de l'identité sexuelle masculine, transformation des images parentales et l'affrontement à son propre père deviendra alors possible. En effet, il sera inconsciemment acquitté de la dette de vie qu'il avait envers son père.

L'arrivée d'un enfant est un si grand bouleversement qu'il peut représenter une réelle menace pour la relation de couple. Il faut que chacun trouve sa place spécifique dans cette nouvelle configuration à trois. Il est du rôle des professionnelles de la maternité d'offrir une place pour chacun des acteurs. De nouveaux liens relationnels au sein du couple vont se créer et permettront ainsi la construction du lien spécifique entre père et enfant.

Le travail de la paternité s'inscrit dans un travail de deuil, concerne le narcissisme, et replonge l'individu dans un travail de distinction, de différenciation, d'individuation comparable à la crise d'adolescence.

Nous voyons bien l'importance de prendre en compte ces paramètres lorsque, en tant que professionnels de la santé, nous avons affaire à de nouveaux pères dans un service tel que la maternité.

Je présente ci-dessous, le concept d'attachement qui constitue la base de la relation mère - enfant et père - enfant. Il m'est donc naturel de développer ce concept dans mon travail puisque la réelle préoccupation de ma recherche est une réflexion sur les conditions dans lesquelles peut s'établir un premier attachement parent - enfant optimal au sein d'une maternité en vue d'un développement sain pour l'enfant.

3.4. Le concept d'attachement

Je fais figurer ci-dessous un bref historique indicatif qui a mené à la théorie de l'attachement.

3.4.1. Bref historique : De l'empreinte à l'attachement⁵⁰

En 1910, Heinroth O., biologiste, parle pour la première fois du phénomène de l'empreinte. Il décrit ce phénomène comme un processus d'attachement social qui se déroule de façon rapide et intervient précocement dans le développement de l'individu.

En 1935, Lorenz K., éthologue autrichien (science de l'étude du comportement des animaux dans leur milieu naturel), précise le phénomène en expliquant que celui-ci influence le développement du jeune et le comportement de l'adulte. A la suite d'expériences effectuées sur des oiseaux nidifuges, il fait ressortir deux caractéristiques : *l'imprégnation maternelle (poursuite du parent ou de l'objet d'imprégnation)* et *l'imprégnation sexuelle (tendance à s'accoupler avec l'espèce d'empreinte)*.

C'est Spitz R., psychanalyste, qui en 1946 a écrit sur le phénomène de l'attachement. Il procède à une étude expérimentale du « déclenchement » du sourire chez le bébé humain sous l'effet de stimulations spécifiquement humaines. Il met en évidence que l'enfant reconnaît de manière innée la configuration du visage humain (deux yeux, un nez, une bouche). Cette vision stimulerait le cerveau du bébé à sourire.

En 1957, Harlow démontre, à la suite d'expériences sur des singes, que le comportement d'attachement est présent dès la naissance et n'est pas dérivé d'autres besoins primaires, tel que la satisfaction des besoins alimentaires. Il démontre également l'importance des contacts corporels avec la mère, l'éloignement de cette dernière qui provoque la crainte et l'anxiété. Il précise également que les liens initiaux ne sont pas seuls à influencer notre relation avec le monde extérieur.

En 1958, le psychanalyste John Bowlby établit la théorie de l'attachement. Il considère l'attachement comme présent dès la naissance et avec des caractéristiques propres à l'espèce. Aussi naturel que la respiration, il n'est pas dérivé d'un autre besoin primaire, tel que celui de s'alimenter.

⁵⁰ Tiré des deux ouvrages suivants: NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p. et MONTAGNER, H. *L'attachement les débuts de la tendresse*. Paris : Edition Odile Jacob, 1999. 313 p.

Selon lui, l'attachement est « un processus apparu au cours de l'évolution des primates afin de permettre l'adaptation de l'individu à son environnement (Bowlby 1969). »⁵¹

Mary Ainsworth, psychologue canadienne, a beaucoup travaillé sur le thème de l'attachement en collaboration avec Bowlby. Elle a déterminé par ses recherches, trois types principaux d'attachement entre l'enfant et son parent ou la personne qui prend soin de lui principalement (substitut maternel).

L'attachement de style sécurisant (sécure) peut s'établir entre un enfant et son parent si celui-ci envoie des signaux et que le parent est réceptif. Il permet à l'enfant d'explorer l'environnement même dans une situation stressante (absence de la mère, personne étrangère,...). « (...) "les jeunes enfants ont besoin de développer une dépendance confiante (secure dependence) avec leurs parents avant de s'aventurer dans des situations non familières" (Bretherton, 1992) »⁵². Ce style d'attachement leur permet d'être plus sociables avec les personnes étrangères, d'être plus positivement extravertis et coopératifs, d'être plus compétents, plus enthousiastes et moins facilement frustrés.

L'attachement de style évitant (anxieux-évitant) semble être à l'origine de bébés avec une fragilité émotionnelle (irrités, frustrés, colériques, avec peu de confiance en eux et anxieux) et de parent intrusif ou rejetant. L'exploration, la coopération, leur contrôle de leur agressivité et leurs capacités relationnelles sont influencés par ce style d'attachement et moins développés que dans le premier type d'attachement.

L'attachement de style ambivalent (insécurisant-résistant) se manifeste si le parent ne répond pas de manière constante aux signaux de l'enfant. Il se caractérise par le comportement ambivalent de l'enfant envers sa mère ; tantôt résistant envers sa mère et tantôt cherchant le contact. Ils semblent entretenir une relation d'anxiété avec leur mère. Ils n'utilisent pas leur mère comme élément de sécurité, sont plus vulnérables à l'absence de leur mère, explorent moins leur environnement en raison de leur anxiété et leur développement cognitif est plus lent.

Mary Main met en évidence un quatrième style d'attachement : **insécurisant désorganisé**, caractérisé par des attitudes contradictoires ; les enfants présentant ce style d'attachement « ne parviennent ni à s'approcher du parent ni à s'en éloigner »⁵³. Ils vivent dans la peur et ne trouvent pas de solution à leur angoisse. Ce style d'attachement est souvent la conséquence d'une maltraitance des parents envers l'enfant ou à une attitude du parent contradictoire et instable dans ses réactions, plongeant l'enfant dans une insécurité, le rendant vulnérable au stress, incapable d'apprendre un style stable de relation.

Il n'est toutefois pas établi dans le temps qu'un enfant ayant développé tel type d'attachement reste dans cette logique. En effet, l'environnement ou des événements importants contribuent à modifier le style d'attachement d'origine.

⁵¹ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p. p 71

⁵² Ibid. p 66

⁵³ Ibid. p 159

3.4.2. Rôle de l'attachement

L'attachement est un phénomène universel, intuitif, instinctif et biologique. Sa fonction biologique est d'assurer la survie du nourrisson en l'incitant à rechercher la proximité et la sécurité émotionnelle avec la personne qui s'occupe de lui pour lutter contre les dangers de l'environnement. Le maintien de cette proximité est anxiolytique pour le bébé.

L'attachement représente une base solide sur laquelle l'enfant peut s'appuyer pour se développer à tous les niveaux.

3.4.3. Conséquences de l'attachement

« L'attachement est une des bases principales sur lesquelles se construit l'existence des individus et des sociétés. C'est un processus qui s'est développé à travers les millénaires afin de favoriser la survie de l'espèce. Il a une influence sur le développement et la santé de chaque individu, sur l'image que celui-ci a de lui-même, sur son sentiment de bien-être, sur ses relations avec les gens qui croisent son chemin, sur sa capacité à répondre à ses besoins, à utiliser ses capacités et à réaliser ses aspirations. »⁵⁴

Conséquences sociales

Non seulement l'attachement est une base importante pour le développement de chaque individu mais il est, par la force des choses, la base du développement des sociétés puisque ces dernières sont composées d'individus.

Les premières relations d'attachement sont très importantes. « Elles deviendront le filtre à travers lequel l'enfant évaluera ses relations futures. »⁵⁵ C'est pourquoi la qualité de l'attachement a un impact direct sur l'avenir de notre société.

« La capacité de créer des liens a une influence sur la capacité de se faire des amis, d'avoir des relations adéquates avec les pairs et les professeurs à l'école, avec les collègues et les employeurs sur le marché du travail, de créer un couple stable, de fonder une famille et d'élever des enfants de façon à ce qu'ils deviennent, à leur tour, des adultes matures, chaleureux, capables de subvenir à leurs besoins et ceux de leur famille et généralement bien adaptés à leur environnement. »⁵⁶

Conséquences physiques

La qualité de l'attachement a également des conséquences sur le développement physique de l'enfant. En effet, si l'enfant n'est pas suffisamment sécurisé et est exposé de manière répétée à des situations stressantes, son taux de cortisol (hormone du stress, notamment) augmentera et aura pour risque de ralentir sa croissance osseuse.

⁵⁴ Ibid. p 86

⁵⁵ Ibid. p 78

⁵⁶ Ibid. p 235

Différents indices tendent à démontrer que la manière dont les soins sont prodigués à l'enfant « peut aider à moduler les éléments neurochimiques impliqués dans la douleur et la détresse. »⁵⁷

Conséquences sur l'estime de soi, la confiance en soi

L'enfant se crée en miroir aux personnes qui s'occupent de lui. Il forme son estime de soi avec l'image de lui-même que lui redonnent ses parents.

« A partir de ces deux relations prioritaires, l'enfant en vient à développer un cadre de référence, une conception de lui-même, une façon d'envisager le monde extérieur et les relations interpersonnelles actuelles et futures. »⁵⁸

Conséquences affectives

Le type d'attachement que l'enfant établira plus tard avec ses pairs sera majoritairement à l'image du type d'attachement établi entre lui et ses parents. « (...) un enfant a besoin d'être aimé avant de devenir capable d'aimer en retour. »⁵⁹

A travers le type de soins reçus et le type d'attachement établi avec ses parents, l'enfant apprend à gérer ses émotions, à les exprimer et à les moduler.

Conséquences sur le développement cognitif

C'est durant les trois premières années de vie d'un enfant que le cerveau va se développer le plus. « C'est ici (période du post natal) qu'une relation d'attachement saine apporte une influence bénéfique très importante pour le développement optimal du cerveau. »⁶⁰

« (...), on sait maintenant que le processus de développement de la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents contribue non seulement à assurer la survie de cet enfant, mais aussi à modeler son cerveau. C'est avec celui-ci que l'enfant en vient à régulariser ses émotions et ses comportements, à développer sa conception de lui-même, sa façon d'envisager le monde extérieur et sa vision des relations interpersonnelles. »⁶¹

La qualité de l'attachement aura également des conséquences sur le comportement exploratoire de l'enfant. Si cet attachement est de qualité, l'enfant se sentira sécurisé pour explorer le monde qui l'entoure et ainsi il développera nombre de compétences qui participeront à son développement intellectuel.

⁵⁷ Ibid. p 111

⁵⁸ Ibid. p 141

⁵⁹ Ibid. p 241

⁶⁰ Ibid. p 116

⁶¹ Ibid. p 87

Conséquences si carence ou déficit

« Un déficit d'attachement peut avoir des conséquences graves pour l'enfant qui en est victime. »⁶² Même si celui-ci s'attache à ses parents, quelle que soit la qualité des soins que ces derniers lui prodiguent, un manque d'estime de lui-même peut s'établir si le premier modèle de relation est insuffisant. Effectivement, l'enfant conclut qu'il n'a pas de valeur aux yeux des autres. Une dépression future, un passage à l'acte, des comportements désorganisés ou agressifs, des conduites antisociales ou des manifestations somatiques peuvent apparaître.

Une carence en lien d'attachement peut également mener à des comportements sociaux inadaptés. Les qualités telles que la patience, la motivation, la générosité, l'empathie ne sont pas innées et c'est à travers les liens d'attachement qu'elles peuvent se mettre en place.

Lorsque ces enfants deviennent à leur tour des parents, ils auront beaucoup de peine à apprendre les différents signaux que leur donne leur enfant et à s'adapter à lui.

Il est important de comprendre que le manque d'attachement augmente les risques d'un mauvais développement mais n'est pas une fatalité en soi. En effet, ce qu'on appelle « résilience » permet à un enfant en déficit de lien d'attachement de se construire à partir des événements de la vie.

L'attachement représente une base solide sur laquelle peut se développer l'individu, mais l'environnement influence particulièrement l'enfant dans sa vie.

A travers toutes ces conséquences sur le développement de l'enfant à tous les niveaux, nous pouvons nous rendre compte de l'importance capitale de la qualité des liens d'attachement entre l'enfant et ses parents. Même si ces liens s'établissent petit à petit durant les premières années de vie de l'enfant, il me semble très important de prendre conscience de leur importance afin de pouvoir évaluer, jouer un rôle d'enseignement, rassurer les parents lors des premiers jours de vie de l'enfant à la maternité. Le séjour y est si court, que les infirmières et sages-femmes doivent être sensibles aux différents comportements, émotions des parents et de l'enfant afin de les accompagner et les aider au mieux à amorcer ces liens d'attachement.

3.4.4. Rôles des parents

Les parents sont poussés à s'occuper de leur progéniture par instinct. Cet intérêt qu'ils éprouvent envers l'enfant est programmé et inné mais cela ne veut pas dire qu'ils savent comment répondre à tous ses besoins adéquatement dès la naissance de l'enfant ; ils doivent l'apprendre, l'acquérir.

Les personnes qui sont présentes auprès de l'enfant et qui lui prodiguent des soins d'hygiène avec affection, chaleur, constance et régularité dès sa naissance sont les mieux placées pour développer des liens d'attachement de qualité. « C'est à travers

⁶² Ibid. p 228

ce "parentage", où la mère et le père ont des rôles différents mais néanmoins complémentaires, que l'enfant apprend à s'attacher et à entrer en relation. »⁶³

« Le développement d'une relation d'attachement impose une grande responsabilité aux parents : transmettre à son enfant un modèle interne qu'il portera toute sa vie comme une paire de lunettes à travers lesquelles il s'évaluera lui-même et évaluera ses relations futures est lourd de sens. »⁶⁴

Le mode d'attachement se transmet entre les générations car les parents créent chez leur enfant une représentation mentale du rôle de parents. Lorsqu'ils le deviennent à leur tour, ils se basent inconsciemment sur ce modèle d'attachement, et le transmettent à leur petit. « Il y a une correspondance de 64% à 75% entre le style d'attachement de l'enfant et le style d'attachement de l'adulte qu'il deviendra. »⁶⁵

3.4.5. Rôles différenciés du père et de la mère

Les spécialistes ont pendant longtemps décrit le rôle primordial des mères en lui donnant beaucoup de responsabilités. Cela a contribué à sous estimer l'importance du père dans le développement de l'enfant. « Le père a pourtant un rôle très important à jouer et ce rôle est de mieux en mieux compris : eux aussi ont la responsabilité et le privilège d'établir une relation d'attachement avec leur enfant. »⁶⁶

Dans le futur, l'enfant aura besoin pour se construire et se développer, selon Claude Halmos⁶⁷, de mettre derrière le mot *père* trois éléments: le père géniteur, le « papa », celui qui élève l'enfant et « l'instance paternelle », représentant toute la symbolique du père (l'autorité, les lois, etc.). En effet, il est important pour un enfant de savoir qu'il a un père géniteur, cela implique qu'il connaît le rôle du père dans la procréation, il pourra ainsi comprendre son origine, ses racines et se construire une place dans le monde. Qu'il s'agisse ou non du père géniteur, l'enfant a évidemment besoin d'un papa qui l'élève au quotidien. Mais un enfant a tout particulièrement besoin d'avoir « un papa dans la tête », c'est-à-dire qu'il doit intérioriser une représentation symbolique du père, qui lui permettra de passer de la relation fusionnelle qu'il a avec sa mère à une relation à trois par l'intégration de l'interdit de l'inceste, notamment. Pour qu'un papa devienne un papa intériorisable par l'enfant, il faut qu'il soit conscient de cette mission et de son rôle. C'est pourquoi le rôle de l'infirmière en maternité reste peut-être de participer et d'accompagner le nouveau père dans la prise de conscience et la toute première mise en place du rôle de père.

La mère est généralement la personne qui passe le plus de temps auprès de l'enfant et lui prodigue ses soins, mais le père a également un rôle important et essentiel à jouer auprès de lui et auprès de sa compagne, elle aussi.

⁶³ Ibid. p 20

⁶⁴ Ibid. p 181

⁶⁵ Ibid. p 147

⁶⁶ Ibid. p 209

⁶⁷ HALMOS, C. *Père et papa à la fois*. Psychologies, 2003, Hors série: l'enfant et la famille, pp 40-43

« Sa manière originale d'être avec l'enfant permet à celui-ci d'être exposé à un autre mode de relation et de développer des habiletés différentes de celles qu'il développe avec la mère. »⁶⁸ Le père est « un important agent de socialisation et de développement de la confiance en soi. »⁶⁹ C'est également à travers le père que l'enfant développe son identité sexuelle.

Des changements dans notre société, tels que les femmes travaillant de plus en plus et les naissances limitées par la contraception, ont amené les hommes à s'impliquer plus auprès de leur enfant. « Si le père est plus impliqué, sa façon spécifique de remplir son rôle de parent gagne cependant à être conservée : il ne doit pas devenir une deuxième mère mais rester un père, c'est-à-dire maintenir auprès de l'enfant une manière d'être différente de celle des mères (Le Camus, 2002). »⁷⁰ Cette notion de différenciation entre le père et la mère me paraît primordiale. Le personnel soignant d'un service de maternité ne peut pas attendre des pères les attitudes maternantes des mères. Les soignantes doivent lui reconnaître une place propre afin de favoriser la mise en place de chacun des rôles dans la triade.

Selon Louise Noël, le rôle du père se situe à deux niveaux : « soutien émotionnel et physique à la mère dans les périodes de stress »⁷¹ et développement des capacités d'exploration et acquisition de l'autonomie de l'enfant. Il est important pour l'infirmière de maternité de prendre en compte les ressources pour la mère et pour le nouveau-né que représentent les pères dans ce service.

« Alors que la relation d'attachement entre la mère et son enfant a pour rôle d'apaiser l'enfant, la relation d'attachement entre un père et son enfant a pour résultat de l'exciter. »⁷² En règle générale, le père encourage l'enfant à se tourner vers l'extérieur alors que la mère tend à maintenir la bulle d'intimité avec l'enfant. Plus tard, l'attachement entre un père et son enfant s'établira principalement à travers le jeu et plus spécifiquement les jeux de lutte qui permettront à l'enfant l'apprentissage de la régulation de l'agressivité et celui de la compétitivité.

3.4.6. Capacité de l'enfant et du parent

Comme nous le verrons plus tard (cf. Cadre de référence *Le nouveau-né*), les nouveau-nés ont une foule de compétences (pleurs, sourires, imitations, agrippement, babillage, etc.) qui leur permettent de participer activement, dès les premiers jours de vie, au développement et au maintien d'une relation d'attachement avec ses parents. L'enfant a, inscrit dans ses gènes, des pulsions qui le poussent à émettre ces signaux aux adultes pour qu'on prenne soin de lui et donc assurer sa survie. Mais avec le temps et avec ses 5 sens, il va apprendre à affiner ces signaux et ajustera son style relationnel à la personne qui s'occupera de lui. « La participation de l'enfant dans le développement de son attachement avec un adulte est donc un mélange d'inné et d'acquis. »⁷³ L'infirmière en maternité doit pouvoir reconnaître les

⁶⁸ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p. p 141

⁶⁹ Ibid. p 214

⁷⁰ Ibid. p. 213

⁷¹ Ibid. p 215

⁷² Ibid. p 220

⁷³ Ibid. p 75

capacités du nouveau-né pour les expliquer aux parents et leur permettre ainsi de développer un intérêt tout particulier à les découvrir.

Il en est de même pour les parents. « Les adultes sont prédisposés à répondre aux signaux émis par l'enfant, c'est inné. Par contre, cela ne veut pas dire qu'ils savent ce qu'il faut faire pour répondre adéquatement à chacun des signaux de l'enfant : cela, ils doivent l'apprendre, c'est l'acquis. »⁷⁴

L'infirmière doit pouvoir expliquer et rassurer les parents qui croient à un instinct maternel ou paternel, sur le fait que la relation parent - enfant, comme toute autre relation, relève d'un apprentissage.

3.4.7. Comment s'établit l'attachement

Les trois premiers mois, l'enfant et le parent doivent faire connaissance. Un dialogue s'établit entre eux et sert dans un premier temps à répondre aux besoins physiologiques du bébé (propreté, allaitement, chaleur, réconfort...). Selon Bowlby, la première phase de l'attachement (0 à 9-12 semaines) consiste pour le bébé à orienter ses signaux sans discrimination et à s'orienter vers l'autre pour tenter de l'atteindre.

C'est pendant les deux premières années que l'attachement entre l'enfant et ses parents se crée réellement. L'enfant développe l'image de lui-même et celle des autres.

« Par la suite, l'attachement doit encore être nourri, il faut travailler à le maintenir et à le protéger, car des événements de la vie peuvent le déstabiliser ou même le remettre en question. C'est un processus en constante évolution. »⁷⁵

Le processus d'attachement demande du temps et de la pratique. Les gestes tels que changer une couche, le bain, faire des câlins, jouer avec l'enfant, répétés inlassablement par une même personne nourriront ce processus.

« (...) c'est à travers ces actions que le tout petit enfant en vient à comprendre qu'une personne tient suffisamment à lui pour assurer sa survie et son confort. Et c'est à travers ces témoignages qu'il développe le goût, puis ensuite la capacité d'entrer en relation avec cette personne. »⁷⁶

L'être humain se façonne d'après des « modèles opérationnels internes », c'est-à-dire les expériences de toutes sortes qui viennent alimenter la perception de soi. C'est à travers les toutes premières relations significatives que ces modèles se construisent. Les soins répétés, les échanges réciproques permettent à l'enfant de se construire un modèle du type de la relation qu'il a avec sa mère et son père. L'apprentissage des réponses du parent aux actions de l'enfant lui permet de développer sa confiance en soi: « Je réussis, je suis capable de faire réagir maman comme je veux »⁷⁷, sa confiance envers son parent « elle répond à mes besoin, donc

⁷⁴ Ibid. p 75

⁷⁵ Ibid. p 71

⁷⁶ Ibid. p 72

⁷⁷ Ibid. p 146

je peux lui faire confiance »⁷⁸, et son goût à développer d'autres relations avec autrui, car la relation à son parent reste très agréable.

« L'attachement, c'est tout simple mais c'est aussi très exigeant. »⁷⁹ Il est aisé car il s'établit sur la base d'activités très aisées comme le changement d'une couche ou le bercement de l'enfant. Il semble en même temps exigeant car il demande aux parents de se diriger dans le même sens, ainsi que de la chaleur et de la régularité.

Le rôle de l'infirmière en maternité est de connaître ce concept afin d'accompagner les parents dans l'amorce de ces premiers liens d'attachement. Elle doit pouvoir les guider à travers les premiers soins et les rassurer.

Il me semble capital que l'infirmière reconnaisse le rôle spécifique de chacun des parents et les accompagne dans la construction de ce rôle propre dès les premiers jours de vie de leur enfant.

⁷⁸ Ibid. p 146

⁷⁹ Ibid. p 214

Ci-dessous, je vais tenter de décrire ce qu'est un nouveau-né car il est au cœur de ma problématique. C'est évidemment lui qui est à l'origine de la parentalité, de la maternité et de la paternité. Il me semble très important d'en faire une description ainsi que d'identifier ses comportements et capacités afin de pouvoir les expliquer et les valoriser auprès des parents et contribuer ainsi à une bonne création des liens d'attachement.

3.5. Le nouveau-né

3.5.1. Le nouveau-né partenaire de la relation

« Le comportement du bébé et les relations nourricières instinctives des parents se réunissent au cours de la période néonatale pour alimenter le développement de leur attachement réciproque. »⁸⁰ Plus le bébé réagit aux stimulations des parents, plus ils vont se sentir compétents. C'est pour cela qu'il faut, dès les premiers jours de vie, favoriser les moments de complicité entre parents et enfant.

« Les parents ont besoin des réactions du bébé comme confirmation continue de la justesse de leur comportement parental. »⁸¹ Si les capacités de l'enfant à réagir sont faibles, les parents auront le sentiment que leurs efforts ne servent à rien, ils pourraient se sentir impuissants.

Les cinq sens chez le nouveau-né

Les cinq sens du nouveau-né permettent les interactions possibles avec l'extérieur, avec ses parents. Ils sont primordiaux car c'est par eux que passe toute la communication.

La vue

« Tous les nouveaux parents désirent ardemment une interaction visuelle avec leur nouveau-né après l'accouchement. »⁸² Cette interaction est aussi importante que la première mise au sein.

« Un bébé semble être programmé pour apprendre à connaître les visages humains dès la naissance. »⁸³ Il sera beaucoup plus intéressé aux sujets humains tridimensionnels qu'à une image colorée, bien qu'il soit plus stimulé par les couleurs vives et contrastées avec un léger mouvement pour attirer toute son attention. Le bébé suit du regard et tourne la tête pour chercher le contact visuel et apprend à reconnaître les visages familiers des autres. « La reconnaissance visuelle devient rapidement un signal gratifiant pour les deux parents. (...) Pour les soignants professionnels aussi bien que pour les parents, le comportement visuel du bébé est un des signes les plus fiables de l'intégrité du système nerveux central. (...) Vers

⁸⁰ BRAZELTON, T.B., CRAMPER, B. *Les premiers liens*. Paris : Edition Stock/Laurence Pernoud et Calmann Lévy, 1991. 291 p. p.63

⁸¹ Ibid.

⁸² Ibid. p 73

⁸³ Ibid. p.73

trois mois, un bébé peut voir au-delà de deux mètres cinquante et la capacité visuelle adulte semble être atteinte à six mois. »⁸⁴

L'ouïe

Le bébé a une préférence pour les voix féminines mais reste réceptif aux voix masculines. Cela va renforcer les liens d'attachement avec la mère lorsque celle-ci va s'en rendre compte. Ses capacités auditives sont manifestement présentes à la naissance. « Les mouvements du bébé s'accordent avec la voix de la mère qui, à son tour, adapte ses paroles aux mouvements du bébé. »⁸⁵

L'odorat

Il a été prouvé que les bébés reconnaissent l'odeur de leur mère et refusent par exemple de prendre le biberon de son lait maternel car ils veulent l'odeur qui l'accompagne généralement. « Lorsqu'une mère reconnaît une telle préférence, son attachement à son bébé a tendance à s'intensifier. »⁸⁶ Il paraîtrait que les nouveau-nés reconnaissent également l'odeur de leur père si la mère a été en contact régulier avec lui durant la grossesse.

Le goût

« Lewis Lipsitt (1977) a prouvé que le bébé n'a besoin que de deux suctions pour reconnaître les changements dans la douceur d'un liquide. Cela est démontré par de rapides modifications dans la force de tétée (qui augmente pour les liquides plus sucrés) aussi bien que par des modifications dans l'efficacité de chaque succion. »⁸⁷

Le toucher

« Le toucher est le premier domaine de communication entre la mère et l'enfant. »⁸⁸
Les longs mouvements caressants ont des vertus apaisantes et stimulantes.

Les états de conscience

« Non seulement l'état de conscience détermine la capacité du bébé à assimiler une information et à l'utiliser, mais il va également affecter sa réaction en genre et en intensité. »⁸⁹ Il est important pour les parents de distinguer dans quel état de conscience le bébé se trouve pour constater sa disponibilité à l'interaction (repas, sommeil).

Les six états de conscience

1. **Le sommeil profond** : yeux fermés, respiration profonde, relativement inaccessible aux stimuli extérieurs, cycles d'environ 4 heures, permet au bébé de se ressourcer car il reçoit nombre de stimulations.
2. **Le sommeil rapide ou paradoxal** : vulnérable au monde extérieur, yeux fermés avec mouvements lents des globes oculaires, contorsions et

⁸⁴ Ibid. p.75

⁸⁵ Ibid. p.79

⁸⁶ Ibid. p.81

⁸⁷ Ibid. p.81

⁸⁸ Ibid. p.82

⁸⁹ Ibid. p.85

étirements, respiration régulière ou superficielle, grimaces, sourires, mouvements de la bouche.

3. **Etat intermédiaire, somnolent** : les yeux s'ouvrent et se ferment, mouvements lents des membres, en le stimulant dans cet état le bébé va passer dans un état d'alerte.
4. **Etat de réveil alerte** : calme et inactif, yeux brillants, réponses prévisibles aux stimuli.
5. **Etat alerte mais furieux** : transition avant les pleurs, peut être calmé car sensible aux stimuli, mouvements saccadés.
6. **Les pleurs** : plusieurs fonctions : attirer l'attention pour que les parents remédient à la douleur, la faim, l'ennui, l'inconfort.

Les parents sont très sensibles aux pleurs des bébés. « Les cris sont, évidemment, un important système de communication pour eux tous, un système complexe de signalisation par lequel le bébé s'exprime de façon différentielle dès le début. »⁹⁰

La confiance en soi des parents va être renforcée si l'enfant se calme après leur interaction.

L'enfant dispose également d'un moyen appelé « habitude » afin de se protéger des sur-stimulations. Le bébé va s'habituer à une forte stimulation (ex : lumière intense, interaction) si celle-ci est trop prolongée pour lui et va changer d'état de conscience.

Il est important pour l'infirmière en maternité de connaître ces différents états de conscience du bébé afin de pouvoir les expliquer aux parents et ainsi favoriser la qualité des interactions.

Les différences individuelles⁹¹

Les bébés ont tous une individualité propre. « Ces différences affectent à la fois la façon dont le bébé va participer à une interaction et la façon dont les parents vont réagir. (...) Plus on peut encourager pères et mères à utiliser cette puissante énergie psychologique (établie au cours de la grossesse) pour reconnaître les qualités et les réactions caractéristiques de leur bébé, plus leur relation précoce sera solide. »⁹²

Il ne faut pas oublier que les parents, eux aussi, ont leur individualité propre influençant automatiquement la relation. Il y a trois cas de figure parmi l'éventail des combinaisons possibles entre parents et bébé :

- Un bébé bien organisé (réaction aux stimuli, passage d'un état de conscience à un autre de manière cohérente) → permet de rassurer les parents

⁹⁰ Ibid. p.87

⁹¹ Ibid. p.98

⁹² Ibid.p.98

- Un bébé difficile (à fleur de peau, qui sursaute, passe d'un état de conscience à l'autre brusquement, peut être dû à une insuffisance placentaire) → très déstabilisant pour les parents
- Un bébé difficile et ces effets sur l'interaction (souvent avec insuffisance placentaire) → parents déstabilisés, avec un sentiment d'échec, peut entraîner des mauvais traitements à l'enfant et des désordres psychologiques. Il est très important d'expliquer aux parents les causes biologiques de l'hypersensibilité de leur bébé (stress intra-utérin, hypoglycémie car pas assez de réserve, déséquilibre endocrinien, ...)

Un bébé peut être qualifié de désordonné ou de difficile, mais peut être canalisé par sa mère qui apprend des stimulations bénéfiques et rassurantes pour l'enfant (voix douce, emmaillotage, etc.)

Il est donc nécessaire pour l'infirmière travaillant dans un service de maternité de connaître les différentes capacités, les cinq sens, les états de conscience et les différences individuelles des nouveau-nés afin de les enseigner aux parents, de les valoriser dans leurs comportements et d'être attentive aux capacités de l'enfant durant les interactions parents - enfant.

Je liste ci-dessous l'offre en soins à la mère, au nouveau-né ainsi qu'au père dans un service de maternité lorsque la grossesse a été physiologique et l'accouchement eutocique afin d'identifier les différents soins qui pourraient représenter un support à la relation soignant - soigné.

3.6. Prestations infirmières post natales dans un service de maternité

L'infirmière en maternité exerce son métier en prodiguant des soins à la jeune mère et au nouveau-né.

Soins à la jeune mère : soulagement de la douleur, prévention de phlébites et de thromboses, allaitement au sein ou artificiel, soins des seins, prévention de l'engorgement mammaire, surveillance du transit, de l'élimination, contrôle de l'involution utérine, surveillance des lochies, de la plaie de l'épisiotomie, toilette vulvaire, bon équilibre entre repos et activité, bien-être psychique, évaluation des marques d'attachement et enseignements divers (soins au bébé, allaitement naturel et artificiel, surveillance personnelle, etc.).

Soins à l'enfant : surveillances diverses (observations cliniques, TCB⁹³, bonne prise de poids, particularités...), soins du cordon, bain du bébé, changes, alimentation (mise au sein, préparation des biberons).

L'importance du rôle infirmier dans un service de maternité se mesure entre autre par la qualité de son enseignement aux jeunes parents.

Voici trois listes des divers enseignements et surveillances que l'infirmière peut utiliser⁹⁴ :

Enseignement à la nouvelle mère

Soins des seins
Involution de l'utérus
Fonction vésicale
Fonction intestinale
Soins périnéaux
Repos et activité

⁹³ TCB : Surveillance de la bilirubine transcutanée en lien avec l'ictère du nouveau-né au moyen d'un bilirubinomètre transcutané (appareil que l'on dispose sur le thorax de l'enfant et qui indique un chiffre que la professionnelle doit interpréter.)

⁹⁴ Listes tirées de : LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3^{ème} Ed. Québec : ERPI : 2003, pp. 852 - 853

Etat émotionnel (La naissance d'un enfant représente un grand bouleversement chez la nouvelle mère. Il est important de la rassurer et de normaliser les différents états émotionnels qu'elle traverse tel que le baby blues, tout en restant attentive aux éventuels signes de dépression post-partum)

Enseignement au père de l'enfant ou au conjoint

Etat émotionnel (il est important de soutenir le père dans ses émotions fortes et intenses afin qu'il se sente écouté et partie prenante au bon déroulement du séjour en maternité pour la mère, l'enfant et lui-même)

Modifications physiologiques et psychologiques pouvant survenir chez la mère et le nouveau-né (Il est important de jouer un rôle d'enseignement auprès du père afin de le prévenir des manifestations physiologiques chez l'enfant et la mère pour qu'il puisse intégrer des notions de soins et faire partie de l'aventure. Il est également primordial de prévenir le nouveau père des modifications psychologiques et émotionnelles qui peuvent survenir chez sa compagne tel que le baby blues)

Soins à l'enfant

« Il faut informer les conjoints sur les autosoins nécessaires à la femme avant qu'elle quitte le centre hospitalier. Les parents devraient avoir acquis les habiletés nécessaires pour prendre soin du bébé et connaître les signes précurseurs de complications chez la mère et l'enfant. Il est bon de donner aux conjoints de la documentation sur les problèmes susceptibles de se présenter lorsqu'ils seront de retour à la maison. »⁹⁵ Ceci peut d'une certaine manière permettre au père d'être intégré dans la dyade mère enfant. Il pourra ainsi se sentir valorisé et pourra prendre une place toute particulière, garant de la bonne santé de sa famille.

Enseignement aux parents concernant les soins au nouveau-né

Apparence générale

5 Sens

Signes vitaux

Prise de la température

Peau

Elimination intestinale

Besoins émotionnels et besoins de réconfort (interaction avec le bébé)

Réflexes de protection

Réflexes normaux

Alimentation du bébé

Allaitement au sein

Alimentation au biberon

Changement des couches

Sommeil du bébé

Bain du bébé (l'enseignement au père du bain du bébé ou des changes peut être un support très intéressant pour entrer en relation avec lui et l'intégrer aux activités de la maternité.)

Sécurité

⁹⁵ LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3^{ème} Ed. Québec : ERPI : 2003, p.854

Maintien de la santé

Il est important de permettre à la nouvelle famille d'évoluer dans un milieu favorable à l'élaboration des premiers liens en leur proposant, à la mère mais également au père, des interactions privilégiées avec leur enfant au travers des différents soins cités plus haut. « La cohabitation permet à la nouvelle famille d'avoir des interactions avec le nouveau-né pendant les premières heures et les premiers jours de sa vie. La famille peut ainsi, dans un milieu sécurisant acquérir de l'assurance et développer ses compétences. »⁹⁶

Ce listing permet une prise de conscience de l'importance de l'enseignement aux parents, dans le but de les rendre indépendants à l'égard de leur enfant. Il permet également de se rendre compte des possibilités de soins sur lesquels il est possible de construire une bonne relation entre parents et infirmières en maternité.

⁹⁶ LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3^{ème} Ed. Québec : ERPI : 2003, p.854

3ème Partie: Méthodologie et Analyse

4. Méthodologie

4.1. Choix de la méthode

4.1.1. Approche de la recherche⁹⁷

Dans cette recherche, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative et exploratoire qui a permis au personnel soignant interrogé d'expliquer, à l'occasion d'entretiens, quelle place occupe le père dans la prise en charge globale du nouveau-né et quels sont les moyens à leur disposition pour l'intégrer aux soins.

Etant donné que ma problématique s'inscrit dans une logique de compréhension (quelle place...), je m'engage dans une recherche qualitative. La méthode que j'utilise afin de réaliser mon mémoire de fin d'études porte sur le paradigme constructiviste, c'est-à-dire la méthode empirico inductive. Il est nécessaire de fixer des objectifs ainsi que de réaliser des entretiens dans l'optique de mettre du sens et de formuler une analyse.

Il me semble pertinent de démarrer avec cette approche car mon thème implique que lors des entretiens, les professionnelles parlent de leurs expériences, témoignent, exposent leurs points de vue et leurs opinions.

4.1.2. Méthode de recherche empirique

J'ai, dans un premier temps, décidé de réaliser des entretiens semi dirigés auprès de deux infirmières, de deux sages-femmes ou infirmières sages-femmes et de deux nurses.

Suite à un stage effectué dans le domaine de la maternité, j'ai pu me rendre compte du réel travail de ces trois catégories de professions. J'ai pris conscience que le fait d'interroger les trois types de professionnelles n'apporterait que très peu d'éléments supplémentaires. De plus, le nombre d'entretien serait trop faible pour espérer un regard croisé pertinent. C'est pourquoi j'ai décidé d'interroger quatre infirmières et quatre infirmières sages-femmes diplômées depuis deux ans minimum et travaillant dans le même service de maternité, avec une expérience professionnelle minimale d'une année dans ce domaine.

⁹⁷ Pour identifier et comprendre les différentes étapes d'une recherche en soins infirmier, j'ai reçu durant deux ans des cours de Méthodologie dispensés par l'HES-SO. J'ai ensuite lu un ouvrage sur la recherche en science sociales: QUIVY, R. VAN CAMPENHAUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3Ème éd. Paris : Edition Dunod, 2006. 256p.

4.1.3. Type et taille d'échantillonnage

Afin de mener à bien ma collecte de données, j'ai choisi un échantillonnage typique ou *raisonné* (choix raisonné du chercheur) de type boule de neige. Ce type d'échantillonnage très utilisé pour les démarches qualitatives permet au chercheur de sélectionner une population précise en lien avec sa problématique et ses objectifs de recherche. Il est important de garder à l'esprit qu'un tel échantillonnage n'est pas représentatif mais reste ponctuel et précis dans le temps ; c'est pourquoi il est important de ne pas tirer des généralités à partir des résultats trouvés.

Je me suis adressée à la responsable de ce service afin de fixer les rendez-vous avec les professionnelles. Les soignantes ont été désignées par cette dernière c'est ce qui explique l'échantillonnage de type *boule de neige*.

J'ai choisi d'interroger des infirmières ainsi que des infirmières sages-femmes travaillant à plus de 50% dans le même service de maternité depuis un minimum d'une année.

J'estime qu'une infirmière ou une infirmière sage-femme travaillant à 50% et plus disposerait d'un suivi d'au moins deux ou trois jours dans la semaine et pourrait alors suivre de l'arrivée jusqu'au départ un couple devenant parent pour la première fois sans qu'il y ait d'interruption par un jour de congé, par exemple. Je pense que cette donnée reste importante dans la mesure où mon entretien leur demande d'évoquer des cas concrets où le suivi est important pour rester objective à propos d'une situation.

Je pense que dans un tel service, une expérience d'une année permet d'avoir une vision globale et un recul suffisant pour pouvoir répondre à mes questions de manière objective. Il me semble qu'après une année d'expérience, les soignantes ont une vision générale des différentes situations qui peuvent se présenter.

Je n'ai pas formulé d'autres facteurs d'exclusion en raison du personnel infirmier déjà restreint de ce service. Voulant effectuer des entretiens auprès d'infirmières et d'infirmières sages-femmes afin de mettre en évidence la vision infirmière de ce métier je ne pouvais pas rajouter de critères d'exclusion tels que l'âge ou les années d'expériences plus élevées, car cela ne m'aurait pas permis de faire le nombre d'entretiens nécessaire à une analyse pertinente.

4.1.4. Construction de l'outil

C'est en formulant ma grille d'entretien (cf.: *Annexe 1*) que je me suis rendue compte que des entrevues structurées seraient idéales pour répondre à mes attentes. Ils garantiront à la fois l'authenticité des témoignages et la précision des réponses tout en ciblant les éléments qui me semblent primordiaux.

Treize questions ainsi que des relances composent ma grille d'analyse. Elle comporte des questions ouvertes ainsi que d'autres plus fermées qui visent une exploration complète de ma problématique.

Un tel outil d'investigation a malheureusement des limites. En effet, le simple fait d'incarner un rapport humain lors de l'entretien peut influencer les réponses, puisque

l'attitude et le non-verbal représentent le 70% de la communication. De plus, les entretiens ont été enregistrés et retranscrits, ne laissant apparaître que le contenu verbal.

4.1.5. Pré test

Avant de démarrer ma véritable collecte de données auprès des professionnelles, j'ai effectué un pré-test auprès de la sage-femme ICUS (infirmière cheffe d'unité de soins) adjointe du service de maternité où mes entretiens seront effectués. J'ai ainsi pu vérifier la pertinence de mes questions en lien avec mon objet de recherche et la possibilité d'exploitation des données (éléments suffisants). A la suite de l'écoute répétée de l'entretien, j'ai modifié partiellement mes questions afin que les réponses correspondent au mieux à mes attentes et que le corpus des données soit exploitable dans mon analyse.

4.1.6. Déroulement des entretiens

Les huit entretiens ainsi que le pré-test ont été réalisés dans une période de quinze jours. Les entrevues se sont déroulées au sein même du service, dans une salle réservée habituellement aux soignantes pour les différents rapports. Ils ont duré de 13 à 21 minutes.

Dans cet exercice, j'ai eu quelques difficultés à relancer les explications dans le sens de ma démarche sans induire la réponse escomptée. J'ai également ressenti de la difficulté à me distancer de ma grille d'entretien pour laisser de la place au récit de la personne et avoir le recul suffisant pour rebondir sur ses propos.

A la fin des huit entretiens, je ne pense pas avoir obtenu le seuil de saturation puisque des éléments nouveaux sont apparus à chaque entretien. Par contre les points généraux étaient présents dans toutes les entrevues.

Pour des raisons qui ne m'appartiennent pas, j'ai pu au final interroger non pas quatre infirmières sages-femmes mais trois infirmières sages-femmes et une sage-femme. Par ailleurs, la responsable du service m'a conseillé de considérer les infirmières sages-femmes comme des sages-femmes car « elles font le même travail »⁹⁸.

4.1.7. Type d'analyse⁹⁹

J'ai décidé, en commun accord avec ma directrice de mémoire, de procéder à une analyse de type thématique. J'ai donc mené un travail de synthèse du corpus d'information que j'ai recueilli au travers de mes entretiens structurés. Ce type d'analyse me permettra de m'imprégner de ces données, d'en repérer les points essentiels et de mettre en évidence les éléments récurrents sous forme de thèmes. La mise en correspondance de ces thèmes avec mes cadres théoriques me

⁹⁸ Entretien téléphonique du 19.06.2007 avec l'infirmière responsable de la maternité

⁹⁹ Tiré de l'ouvrage : PAILLÉ, P. MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Editions Armand Colin, Paris, 2005, Chapitre 8, L'analyse thématique, pp 123-145

permettra d'effectuer une analyse pertinente à mon sens, c'est-à-dire de faire des liens avec ma problématique initiale et mes objectifs de recherche.

Je procède plus précisément à une thématisation *continue*, qui consiste à construire progressivement, au fil de la lecture du corpus de données un *arbre thématique*, qui regroupe et synthétise les éléments récurrents en thèmes et les hiérarchise au fur et à mesure en thème centraux et thèmes associés. Ce procédé me permet de prendre en compte les éléments qui me paraissent capitaux, sans en négliger les informations uniques, et par la suite de les mettre en relation avec mon cadre théorique.

4.1.8. Principes éthiques et protection des données

Lors de la réalisation d'un travail de recherche, il existe des règles et principes éthiques qui visent à protéger toutes personnes impliquées dans ce mémoire.

Ces principes consistent à protéger ces intervenants contre d'éventuels dommages tels que le non respect de l'anonymat.

Toutes les personnes interrogées sont libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Pour pouvoir prendre une décision, elles ont le droit d'être informées sur la forme et le contenu de la démarche. Les intervenants ont également le droit de se retirer de l'enquête à n'importe quel moment sans conséquences négatives.

Pour respecter la hiérarchie, j'ai dans un premier temps fait parvenir une lettre explicative à la direction des soins du RSV afin d'obtenir son aval. Puis dans un deuxième temps, j'ai pris contact avec le directeur des soins infirmiers du CHCVs afin de pouvoir m'adresser à la responsable du service de maternité. J'ai ensuite contacté directement cette personne afin de planifier les entretiens.

Chacune des participantes a pu consulter deux documents: « Information destinée aux personnes participant à l'étude » (cf.: *Annexe 2*) et « Formulaire de consentement éclairé » (cf.: *Annexe 3*) qu'elles ont approuvé et signé avant d'effectuer l'entretien. Dans ces deux documents figurent les droits des participantes, tels que l'anonymat des données, le droit de demander des précisions ou encore de refuser de répondre aux questions.

Les bandes son et les entretiens retranscrits dans leur totalité seront détruits en fin de travail, c'est-à-dire au plus tard pour décembre 2008.

5. Analyse

Dans ce chapitre central de mon travail, je vais tenter de procéder à une analyse des données recueillies durant mes huit entretiens effectués auprès de quatre infirmières, trois infirmières sages-femmes et une sage-femme travaillant dans un même service de maternité. Je vais mettre en relation leurs réponses avec mon cadre de référence. J'ai choisi de construire une analyse thématique : pour ce faire, j'ai préalablement mis en évidence des thèmes récurrents dans le corpus de données afin d'en extraire les éléments significatifs de chaque question. Je formulerai une ébauche d'analyse par question d'entretien afin de décortiquer au mieux les réponses recueillies et d'y donner un sens.

Tout au long de cette analyse, je ne procèderai pas à une comparaison entre les réponses des infirmières, les réponses des infirmières sages-femmes et les réponses de la sage-femme. En effet, le nombre d'entretiens étant de huit, cela ne constitue pas une base suffisante pour effectuer une analyse comparative pertinente. De plus le nombre de personnes de chaque catégorie (quatre infirmières, trois infirmières sages-femmes et une sage-femme) est inégal et n'est pas représentatif de la réalité. Je me permettrai donc de ne pas détailler si telle ou telle donnée a été formulée par une infirmière ou une infirmière sage-femme... Je le relèverai seulement dans le cas de similitude ou de différence significative à mes yeux.

Je mets en évidence dans les questions 1 et 2 uniquement des éléments descriptifs cités par les professionnelles interrogées, puisque ces deux questions s'inscrivent dans une logique de description et ont été posées afin de déterminer les soins et enseignements pouvant servir de support pour intégrer le père à la maternité.

5.1. Question 1

Pouvez-vous me citer les différents soins à prodiguer au nouveau-né dans un service de maternité lors d'une prise en charge globale?

Entretien	Bain	Change	Soins du cordon	Allaitement	Biberon	Surveillance	Autres
1	X	X	X	X			
2	X	X		X			
3	X			X	X	Poids, TCB	câlins
4	X	X	X	X	X		Massages, réconfort
5						Observation clinique	
6	X		X	X		T°, TCB, poids	
7	X	X	X	X	X	X	
8	X	X	X	X			
Total	7	5	5	7	3	4	2

A cette première question, la majorité des professionnelles ont répondu dans le même sens, en citant les soins d'hygiène (bain, change, soins du cordon) et d'alimentation (allaitement au sein ou par biberon) en première position.

Je pense que ces deux thèmes sont apparus en tête de liste dans la majorité des entretiens en raison de leur fréquence de réalisation dans ce service. En effet, le bain est effectué une fois par jour dans le milieu hospitalier et représente une part importante de l'enseignement aux parents, le change entre six et sept fois par jour et le soin du cordon se fait deux fois par jour. Le nouveau-né, pour pouvoir combler ses besoins énergétiques, doit pouvoir manger entre six et sept fois par jour. De plus, ces deux types de soins (soins aux corps et soins nourriciers) s'appliquent à tous les bébés, sans exception, contrairement aux surveillances spécifiques (contrôle du TBC, surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire) que les professionnelles mettent en place dans des situations à risque telles qu'une rupture prématurée des membranes ou un streptococcus B positif au frottis vaginal. Ces éléments nous démontrent pourquoi les soins d'hygiène et d'alimentation du nouveau-né sont apparus en tête de liste.

Ces deux types de soins représentent à mon sens des supports idéaux pour intégrer le père dans le quotidien d'une maternité puisqu'ils sont la préoccupation de tout le personnel soignant.

Par la suite, certaines d'entre elles ont évoqué les surveillances et observations diverses du nouveau-né: la surveillance de sa bonne prise de poids, de la jaunisse, des signes vitaux de l'enfant (T°, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, réflexes). Ces différentes surveillances font partie intégrante du travail du personnel soignant de la maternité et ne représentent donc pas des supports sur lesquels le père pourrait être intégré.

A ma grande surprise, seulement deux d'entre elles ont pensé à évoquer l'aspect plus affectif des soins en parlant de « *câlins* »¹⁰⁰ et de « *réconfort* » comme faisant partie intégrante des soins. La raison pour laquelle les autres professionnelles n'ont pas évoqué les soins affectifs est peut-être qu'elles considèrent ce domaine comme n'étant pas forcément un soin à proprement parler, mais plutôt comme quelque chose qui va de soi, d'évident.¹⁰¹ Toutefois, les attentions affectives sont considérées comme un soin en théorie et comme cité dans mon cadre de référence *Prestations infirmières en post-natal*, les « Besoins émotionnels et besoins de réconfort »¹⁰² apparaissent prioritairement aux changes et aux bains du bébé dans la liste des enseignements aux parents concernant les soins au nouveau-né.

Il ne faut pas oublier que ces liens affectifs, d'attachement se construisent. Comme évoqué dans le cadre *Le concept d'attachement*, ils ont beau être innés et instinctifs¹⁰³ chez l'enfant et les parents, les compétences de ces derniers doivent

¹⁰⁰ Au cours de cette analyse, toutes les phrases comprises entre guillemets et en caractère italique sont issues des témoignages des différentes professionnelles interrogées.

¹⁰¹ Il est vrai que ma question était très large et pouvait sous-entendre que je parlais de soins pratiques uniquement.

¹⁰² LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3ème Ed. Québec : Edition ERPI : 2003. 899 p. p. 854

¹⁰³ Selon Louise Noël, les parents sont poussés à s'occuper de leur enfant par instinct. Cet intérêt qu'ils éprouvent envers l'enfant est programmé et inné. (NOËL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p.)

toutefois s'apprendre et s'acquérir à travers des interactions afin de répondre aux besoins du nouveau-né et lui permettre un bon développement psychique, physique et social. En constatant de tels enjeux, il me paraît essentiel qu'une professionnelle de la maternité s'intéresse à la relation que développe les parents avec l'enfant durant ses premiers jours de vie.

De plus, comme nous l'avons vu tout au long des cadres de référence, le parent risque d'établir avec l'enfant un lien d'attachement semblable à celui que lui-même a développé dans son enfance. C'est la raison pour laquelle il serait pertinent que la professionnelle s'intéresse à l'établissement des premiers liens affectifs entre les parents et l'enfant afin qu'ils développent un lien d'attachement sécurisé et qu'ils écartent les styles d'attachement évitant, ambivalent et insécurisant-désorganisé. C'est ainsi qu'il sera possible de casser ce cercle que l'on pourrait qualifier de vicieux et qui s'avère à l'origine de la construction des relations.

Il me paraît donc évident que le personnel soignant d'un tel service se doit non seulement de s'intéresser, mais de veiller au bon commencement des premiers liens d'attachement. C'est à travers l'observation des interactions (« *câlin* » ou « *réconfort* » par exemple, mais encore durant les soins au corps) de chacun des parents avec l'enfant que la soignante peut se rendre compte de la bonne mise en place de cette relation. Elle peut ainsi valoriser les comportements positifs du parent et lui faire prendre conscience des multiples capacités d'interactions que l'enfant possède dès la naissance telles que la sensibilité aux voix humaines, la reconnaissance de l'odeur de ses parents ou encore les pleurs qui représentent leur système principal de communication. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les séjours en maternité deviennent de plus en plus courts dans notre région et cet élément représente une limite pour les soignantes mais c'est aussi la raison pour laquelle les professionnelles du service se doivent d'être attentives à chaque instant.

5.2. Question 2

Pouvez-vous me décrire les enseignements que vous effectuez auprès d'une femme primipare après un accouchement par voie basse?

Entretien	Bain	Change	Soins du cordon	Allaitement	Biberon	Autres
1	explication et démonstration	attention aux parties génitales	X			
2		attention aux parties génitales	X	mises aux seins	X	
3	X	X	X	X		
4	X	X	X			
5	X			X	X	Prévention des risques, accidents, T° pièce où dort l'enfant, mort subite, sommeil, pleurs.
6	X			X		Connaissance bébé (faim, dormir)
7	X			X	X	Conseil RAD
8	X	(attention aux parties génitale, soins des fesses)	X	X	X	Rituel de coucher (mange, bain, dodo) peau chaleur pièce où l'enfant dormira, humidité, Luminosité de la pièce ou l'enfant fait la sieste.
Total	7	5	5	5	4	

Comme nous pouvions le présager, les professionnelles ont répondu à cette question en parlant prioritairement des enseignements concernant les soins d'hygiène du bébé (sept ont parlé du bain, cinq d'entre elles ont cité le change et cinq le soin du cordon) et de l'alimentation du nouveau-né cité à cinq reprises par les soignantes (allaitement ou biberon).

Après les soins d'hygiène et les soins nourriciers, les professionnelles interrogées ont cité différentes informations importantes à transmettre aux parents, telles que la

température de la pièce où va dormir l'enfant, sa position lors du coucher¹⁰⁴, les signes d'endormissement ou d'éveil, ou encore la connaissance des différents pleurs, etc.

Toutes ces informations doivent être transmises aux parents, autant à la mère qu'au père; c'est pourquoi le fait de les transmettre à ce dernier pourrait être représentatif d'une bonne intégration de ceux-ci à la maternité.¹⁰⁵

Chaque nouveau-né est différent et possède une individualité propre. « Ces différences affectent à la fois la façon dont le bébé va participer à une interaction et la façon dont les parents vont réagir. (...) Plus on peut encourager pères et mères à utiliser cette puissante énergie psychologique (établie au cours de la grossesse) pour reconnaître les qualités et les réactions caractéristiques de leur bébé, plus leur relation précoce sera solide. »¹⁰⁶ Il ne faut pas oublier que certains enfants naissent avec des vulnérabilités telles qu'un déficit sensoriel ou une insuffisance placentaire qui peut être à l'origine d'un enfant difficile¹⁰⁷. Un problème de ce type chez le nouveau-né influence fortement la relation entre ses parents et lui, puisque les interactions sont de natures différentes.

Selon moi, le rôle de la soignante dans une maternité consiste entre autres à identifier les différences individuelles des nourrissons afin de pouvoir rendre attentifs les parents sur les points forts et les compétences de leur enfant unique. Elle doit identifier les signes et évaluer les réactions du bébé afin de déterminer dans quel cas de figure il se trouve (enfant bien organisé, enfant difficile) afin de mettre en place un plan de soins infirmiers et des enseignements adaptés à la situation.

¹⁰⁴ Il est conseillé de coucher l'enfant sur le dos plutôt que sur le ventre en prévention de la mort subite du nourrisson.

¹⁰⁵ Pour pouvoir évaluer et analyser cela, il aurait fallu que je pose une question en lien avec la transmission des informations aux parents telle que: *Pensez-vous donner autant d'informations à la mère qu'au père?* Je ne traiterai donc pas de cette problématique tout au long de cette analyse.

¹⁰⁶ BRAZELTON, T.B., CRAMPER, B. *Les premiers liens*. Paris : Edition Stock/Laurence Pernoud et Calmann Lévy, 1991. 291 p. P 98

¹⁰⁷ Un bébé difficile est un bébé à fleur de peau, qui sursaute, passe d'un état de conscience à un autre brusquement. Tiré de BRAZELTON, T.B., CRAMPER, B. *Les premiers liens*. Paris : Edition Stock/Laurence Pernoud et Calmann Lévy, 1991. 291 p. P 98

5.3. Question 3

Pensez-vous que l'intégration des pères dans les soins au nouveau-né (bain, change, alimentation...) soit bénéfique à une meilleure prise en charge globale du bébé et de la mère? Et pourquoi?

A cette question importante de ma démarche, toutes, à l'unanimité ont répondu que l'intégration des pères dans les soins était bénéfique.

J'ai identifié cinq catégories prioritaires dans les éléments de réponses en fonction de la fréquence à laquelle ils sont apparus dans le corpus de réponses.

- Bénéfices pour la famille: mise en place de la triade et pouvoir des femmes
- Bénéfice pour la relation père - enfant: création de liens et processus de parentalisation
- Bénéfices pour le père: paternalisation et apprentissage des soins
- Bénéfice pour l'enfant: un lien d'attachement propice à son développement
- Bénéfices pour la mère: soutien du père et attitude différente des parents

Bénéfices pour la famille: mise en place de la triade et pouvoir des femmes

Trois infirmières sages-femmes et la sage-femme interrogées ont mis en évidence les liens familiaux. Une d'entre elle estime que la venue d'un enfant représente « *l'union de deux êtres* », et une famille qui se crée. La maman n'est pas seule à devenir parent « *mais le père devient aussi papa, donc le couple devient parents et pour moi c'est indissociable.* ». Une autre estime qu'un enfant est le désir d'un couple et que le fait de partager les soins est bénéfique.

La sage-femme m'affirme que l'intégration des pères dans les soins au nouveau-né est bénéfique pour toute la famille: « *Pour que la maman apprenne à partager son bébé, il y a des femmes qui ont de la peine à déléguer, à partager avec le papa les soins au bébé* » mais aussi bénéfique pour le papa qui par exemple, estime également que les soins au bébé sont uniquement une histoire de femme.

Avec cette réflexion, cette soignante met le doigt sur la problématique du pouvoir que détient en définitive la mère sur le père et sur l'enfant. « Son rôle est fondamental et l'on peut même dire qu'il n'y a pas de père sans mère, car le père passe littéralement par la mère »¹⁰⁸. Ce sont elles qui permettent à l'homme d'être un père ou non. Ce sont elles qui l'informent de la grossesse, qui lui permettent l'accès au bébé et c'est à travers elles qu'ils peuvent obtenir un rôle auprès de l'enfant. La mère a également le pouvoir de faire exister ou non le père *dans la tête de l'enfant*. Il est vrai que pendant neuf mois, la femme et l'enfant ne font qu'un et sont en telle symbiose, que nous pouvons alors comprendre les difficultés de certaines à *partager* le nouveau-né avec autrui. Mais il s'agit tout de même du père!

Il est peut-être du ressort des professionnelles que de permettre au père de trouver sa place au sein de cette dyade. Dans une maternité, ce sont les femmes qui

¹⁰⁸ HALMOS, C. *Père et papa à la fois*. Psychologies, 2003, Hors série: l'enfant et la famille, pp 40-43

détiennent le rôle de prodiguer les soins à l'enfant. Effectivement, ce sont des infirmières, des sages-femmes, des nurses et bien évidemment des mères qui gravitent autour de l'enfant. Bien qu'à l'heure actuelle les gynécologues et pédiatres représentent toujours une majorité d'hommes, ils restent relativement éloignés de la vie quotidienne rythmée par les soins au bébé. C'est pour toutes ces raisons qu'aider le père, l'homme à se faire une place, ne me semble pas si évident qu'il n'y paraît. Comme cité dans ma problématique, « (...) voulons-nous, donner l'enfant au père? Car nous avons l'enfant »¹⁰⁹, les professionnelles de la maternité détiennent en quelque sorte un pouvoir, le pouvoir de prendre en compte le père ou non, de l'intégrer ou pas.

Bénéfice pour la relation père - enfant: création de liens et processus de parentalisation

Quatre des huit professionnelles interrogées ont évoqué le bienfait des soins prodigués par le père tels que le bain ou le change en raison du contact que ces soins impliquent. Une relation, un lien s'installe entre le père et son enfant sur le support de ces soins, par le toucher, le fait de lui parler... Deux infirmières ont évoqué le fait que l'enfant était automatiquement plus en contact avec sa mère si celle-ci l'allaitait, donc une présence du père dans les autres soins à prodiguer à l'enfant pouvait créer un contact et permettre au père de « partager un moment avec son enfant. »

Comme évoqué antérieurement dans le cadre de référence de *La parentalité*, elle s'exerce à trois niveaux selon Maigne E. : les soins (soins du corps et nourriciers), la vie affective et la vie psychique. En permettant au père un accès aux soins tels que le bain, le change durant les premiers jours de vie de son enfant, le personnel soignant favorise ainsi la continuité du processus de parentalisation du père¹¹⁰, puisqu'elles lui permettent d'être actif sur ces trois niveaux: les soins aux corps, ainsi que la vie affective et psychique de l'enfant. Effectivement, comme exposé dans le cadre de référence du nouveau-né, c'est au travers des interactions, le plus souvent durant les soins, que l'enfant développe une relation avec son parent par le biais d'une communication qui lui est propre (pleurs, sourires, imitations, agrippement, babillage, etc.). C'est à travers cette relation que le père peut montrer de l'affection à son enfant et œuvrer ainsi à son bien être psychique. Comment pourrait-on attendre du père qu'il accomplisse correctement son processus de parentalité en touchant aux aspects psychiques et affectifs si l'accès aux soins lui est limité ? Partant du constat que les compétences de communication de l'enfant servent de support à la création de la relation, nous pouvons remarquer qu'en limitant l'accès du père aux soins, nous limitons par là son accès à la relation. C'est ainsi qu'en impliquant le père dans ces soins, les modes communicationnels de l'enfant ne seront plus destinés essentiellement à la mère mais également au père.

¹⁰⁹ DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p. La question du père par Annie Leclerc. P 100

¹¹⁰ Le processus de parentalisation du père débute dès le moment où il désire avoir un enfant et se poursuit durant la grossesse.

Bénéfices pour le père: paternalisation et apprentissage des soins

Selon quatre soignantes, le bénéfice de l'intégration des pères dans les soins au quotidien est la prise de conscience de leurs rôles dès le début. Les pères doivent commencer déjà en maternité à apprendre et à prendre ce rôle.

Selon l'approche psychanalytique amenée par Agnès Moreau, le processus de paternalisation relève d'un « processus purement psychique » qui s'inscrit dans un travail de deuil successif. Selon elle, il doit contre investir la jalousie qu'il éprouve envers sa compagne qui porte l'enfant et envers son enfant à travers de multiples identifications (à ses parents, à sa compagne gestante, à son bébé). Ce processus interne mérite, selon moi, d'être pris en compte par le personnel soignant de la maternité afin de permettre au nouveau père de le transposer à la réalité, de le concrétiser et de s'approprier ce nouveau rôle à travers des interactions telles que le nourrir au biberon (si la maman ne l'allait pas), le porter, lui prodiguer des soins d'hygiène, etc.

Une infirmière m'a témoigné qu'il était primordial « *que les pères se rendent compte de leur importance égale à celle des mères, de leur rôle qui n'est pas secondaire par rapport à la mère.* ». Comme évoqué dans ma problématique, la responsabilité de la parentalité est clairement l'affaire des deux parents. « Tant de choses contribuent à écarter le père de la naissance de son enfant et d'une réelle intimité avec lui, et à engager les mères dans une relation d'appropriation fusionnelle avec l'enfant, que s'il fallait distribuer des responsabilités dans cette affaire, il faudrait alors admettre qu'elles sont plus que partagées, elles sont confondues: ce sont les mêmes. »¹¹¹

Une autre soignante a déclaré qu'il était important que le père « *apprennent vite à se sentir à l'aise, qu'il se rende compte que ce n'est pas compliqué de s'occuper d'un bébé...* », et cela au même titre que la maman. En effet, tout le travail d'enseignement effectué par les professionnelles de la maternité doit permettre aux deux parents de tendre vers une autonomie complète avec leur enfant. Comme cité dans le point *Prestations infirmières post natales dans un service de maternité* « les parents devraient avoir acquis les habiletés nécessaires pour prendre soin du bébé (...). »¹¹² avant de rentrer chez eux.

Il serait donc du ressort du personnel soignant de la maternité que de mettre tout en œuvre pour permettre aux parents de rentrer chez eux sereinement et doués de compétences pour les soins à l'enfant. Mais dans notre réalité, la durée moyenne d'hospitalisation d'une femme primipare ayant accouché par voie basse est de 5,6 jours et c'est généralement autour du troisième et quatrième jour que peut survenir le baby blues¹¹³, avec son lot de symptômes dépressifs et idées dévalorisantes. Il est donc illusoire de penser que tous les couples rentrent chez eux sereinement et dotés de toutes les compétences nécessaires pour s'occuper de leur nouveau-né.

¹¹¹ DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p. La question du père par Annie Leclerc. P 99

¹¹² LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3^{ème} Ed. Québec : ERPI : 2003, p.854

¹¹³ Le Baby Blues apparaît chez environ 70% des accouchées.

Bénéfice pour l'enfant: un lien d'attachement propice à son développement

Selon une infirmière sage-femme, le fait d'intégrer les pères dans les soins quotidiens à la maternité a un impact sur le développement de l'enfant.

Deux infirmières ont évoqué le besoin du bébé à avoir sa mère et son père présent et son besoin de recevoir de l'amour de ses deux parents. Une autre infirmière évoque le fait que l'enfant aura l'occasion à travers les soins de « *reconnaître les personnes les plus importantes pour lui: son père et sa mère.* ».

Deux infirmières sages-femmes ont pondéré ces données en se posant la question de ce que le bébé va vraiment retenir des égards de son père, et si le changement des couches effectué par le père lui-même est vraiment bénéfique à l'enfant.

Je comprends bien leur nuance, et pense qu'elles ont partiellement raison car je suis persuadée que l'enfant se développera tout aussi bien tant que quelqu'un d'autre lui apporte ce dont il a besoin (soins au corps, soins nourriciers et soins affectifs), car l'enfant s'attache à la personne qui s'occupe de lui. Par contre, je pense que c'est un processus global: plus le papa s'occupera de son bébé, plus l'enfant va répondre positivement à ses attentions, plus il aura envie de jouer son rôle de père et plus l'enfant aura un contact paternel stable et bénéfique. Cela s'inscrit dans un fonctionnement général, mais ne signifie pas que seule la mère et le père sont autorisés à prodiguer des soins à l'enfant pour que ce dernier puisse se développer de manière satisfaisante. Malgré tout, le fait de prodiguer des soins à l'enfant fait partie du rôle de parent et favorise les échanges sur lesquels vont pouvoir se développer des liens d'attachement bénéfiques et capitaux. En effet, comme évoqué dans le cadre de référence *Le concept d'attachement*, le type de ce dernier aura une influence directe et presque décisive sur l'enfant à plusieurs niveaux: social, physique, affectif, estime de soi et développement cognitif. Un attachement de type sécurisant (disponibilité de la figure maternelle et enfant réceptif) permet à l'enfant de se développer de manière optimale à tous les niveaux. De plus, c'est avec le modèle d'attachement qu'il a développé avec ses parents que l'enfant va percevoir le monde qui l'entoure et agir en conséquence. Son influence est importante en ce qui concerne ses relations futures: amitiés, relations professionnelles, relations affectives, etc. Les premières relations d'attachement « (...) deviendront le filtre à travers lequel l'enfant évaluera ses relations futures. »¹¹⁴

Comme cité dans *Le concept d'attachement* du cadre de référence, l'enfant qui développera un attachement de style insécurité avec ses parents aura une croissance osseuse diminuée par un taux de cortisol élevé.

C'est également à travers des liens d'attachement que l'enfant crée son estime de soi puisque c'est l'image de lui-même que lui redonnent les parents qui en constitue la base.

Un enfant ayant développé un type d'attachement sécurisé avec ses parents sera suffisamment rassuré et pourra ainsi explorer le monde qui l'entoure afin d'acquérir nombre de compétences contribuant à un bon développement intellectuel.

¹¹⁴ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p. p. 78

Le seul fait de prodiguer des soins d'hygiène à l'enfant ne fait pas d'un homme un père, il reste évidemment tout l'aspect affectif et l'aspect symbolique du père... Comme évoqué dans le cadre de référence consacré à la paternité, un enfant a besoin de mettre derrière le mot « père » trois éléments: le père géniteur, le papa qui s'occupe de lui au quotidien, mais également un père symbolique qu'il doit intégrer et qui lui permettra de passer de la relation fusionnelle avec sa mère à une relation à trois.

Bénéfices pour la mère: soutien du père et attitudes différentes des parents

Trois infirmières ont affirmé que le fait d'intégrer le père aux différents soins représentait un soutien pour la maman. Cela représente un soulagement, car il peut prendre le relais pour permettre à la nouvelle maman d'« avoir des moments tranquilles ». D'après elles, Il est également le second responsable de la mémorisation des différentes étapes et éléments à retenir sur les soins au bébé en vue du retour à domicile.

Selon Louise Noël, l'un des deux pôles essentiels du rôle paternel se situe au niveau du « soutien émotionnel et physique à la mère dans les périodes de stress. ». Il me semble tout à fait pertinent de considérer le post partum immédiat comme une période de stress pour la mère si l'on considère que des changements importants d'ordre identitaires, physiques, émotionnels et sociaux ont lieu dans cette période. La professionnelle de la maternité doit être capable d'identifier les ressources de la nouvelle mère afin de l'accompagner au mieux dans cette période charnière de son existence. A mon sens, je pense que le père représente une ressource importante au bon déroulement de ce passage. Toutefois, Il est important de rappeler que chaque situation reste unique, qu'un père atteint par exemple dans sa santé mentale peut être considéré comme élément perturbateur ou nuisible au bon équilibre de la nouvelle mère et du nouveau-né. Par conséquent, nuancions qu'un père ne représente pas indéniablement une ressource dans toutes les situations.

Une infirmière sage-femme affirme également que la présence du père dans les soins permet de rassurer la mère, puisqu'elle sait qu'elle n'est pas seule avec cet enfant et qu'ils sont deux responsables.

Il ne faut pas oublier que le père ne représente pas la seule ressource pour la nouvelle maman, souvent les grands-parents, et plus particulièrement la grand-mère joue un rôle important que je ne traiterai pas dans cette recherche.

Une autre infirmière évoque le bienfait pour la mère de prendre conscience de l'attitude différente et non moins adéquate du père envers le nouveau-né. Parfois, dit-elle, « *le bébé se calme tout de suite avec le papa et pas avec la maman... Donc elle sait qu'elle a un soutien par rapport à ça.* ». Cette infirmière évoque par là l'importance des rôles différenciés des deux parents. Comme expliqué en point *Rôle différenciés du père et de la mère dans Le concept d'attachement*, le père doit conserver son rôle propre, « Il ne doit pas devenir une deuxième mère »¹¹⁵ mais

¹¹⁵ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270p. p 213

développer une manière particulière¹¹⁶ d'interagir avec son enfant. Selon Louise Noël, c'est le père qui lui permet à long terme de se socialiser et de développer sa confiance en soi. Alors que la mère tend à renforcer la bulle d'intimité avec le nouveau-né, le père tend à initier son enfant à l'exploration afin de le rendre progressivement autonome.

Par là, comprenons l'importance et la complémentarité des deux parents. Selon moi, les professionnelles de la maternité doivent prendre conscience de ces différences si essentielles et bénéfiques à un développement complet de l'enfant.

¹¹⁶ Par exemple, le type de portage du père est totalement différent du portage de la maman. Le père a tendance à tourner vers l'extérieur l'enfant alors que la mère tend à maintenir une intimité avec l'enfant.

5.4. Question 4

a. Comment vous y prenez-vous pour intégrer les pères à la vie à la maternité?

L'élément prioritaire ressortant de cette question est le fait que toutes les soignantes proposaient spontanément au papa de venir participer aux soins du bébé tel que le change ou le bain, si ce dernier était présent à ce moment là. Elles l'invitent à effectuer des soins, l'incitent, l'encouragent ou lui demandent de les accompagner. L'une d'entre elles explique qu'elle fait participer le papa en lui expliquant qu'il a le droit de prendre l'enfant sur lui lors du changement de sein par exemple si la maman allaite, ou encore qu'il peut très bien donner lui-même le biberon. Quoi de plus naturel de proposer simplement à un père de participer aux soins de son enfant, finalement? Je suis persuadée que dans ce milieu de soins, les infirmières, infirmières sages-femmes et sages-femmes le font naturellement, mais je me questionne sur la réelle systématisation de ce comportement!¹¹⁷

Le deuxième élément important porte sur le fait que la soignante passe par la mère pour intégrer le père aux différents soins du nouveau-né, tel qu'un bain. Trois des cinq ayant évoqué cela, proposent spontanément à la maman d'inviter le père à participer au bain. Les deux autres ont répondu qu'elles ne le proposaient pas spontanément à la mère, mais attendaient que cette dernière exprime la demande elle-même. Une d'elles précise même sa pensée en disant « *c'est à elle de dire si le papa peut faire quelque chose.* ». Cela ne m'étonne guère car j'estime plus que justifié de passer par la mère afin qu'elle puisse communiquer les désirs du père concernant sa participation aux différents soins et ceci en raison de la présence constante de la mère dans le service alors que le père n'apparaît que périodiquement dans la journée¹¹⁸. Mais cet élément tend à renforcer le phénomène du pouvoir qu'exerce la mère sur le père concernant l'accès au bébé, comme évoqué préalablement. En effet, si celle-ci décide, quelque soit la raison, de ne pas transmettre au père la possibilité d'être présent et actif dans les soins, elle exerce sur lui sa toute puissance envers l'enfant. Ainsi, les soignantes, en s'adressant aux mères pour intégrer les pères aux soins participent à renforcer la toute puissance des femmes sur l'enfant et l'éloignement du père.

Sept soignantes ont affirmé qu'elles attendraient le papa pour faire un bain si elles pouvaient s'organiser et faire en sorte de modifier leur planning. Elles essayent au mieux de s'adapter aux demandes. Deux des professionnelles ayant répondu dans ce sens disent se sentir libre, quant à l'organisation générale du service. Une autre en revanche, estime qu'« *au niveau de l'organisation, c'est toujours problématique car le bain se fait en général le matin* ». Avec cette réflexion, nous pouvons comprendre que l'organisation générale des soins ne permet pas véritablement une intégration optimale des pères, puisque les différents soins doivent théoriquement être exécutés dans la matinée, heure à laquelle les pères sont souvent absents. Par

¹¹⁷ Je ne peux pas répondre à ce questionnement puisque mon corpus de réponses est extrait d'entretiens et donc une évaluation représentative d'une pratique à travers des témoignages s'avère difficile. Peut-être, aurai-je du trianguler mes recherches en effectuant une observation du milieu et des entretiens auprès de nouveaux pères en plus des entretiens auprès des soignantes.

¹¹⁸ Dans ce service, il n'y a pas d'heures de visites pour les pères, c'est pourquoi leur présence dépend de leur disponibilité.

contre, ce sont les professionnelles qui le permettent par leur souplesse et leur adaptation. Alors pourquoi un changement d'organisation ne pourrait-il pas avoir lieu et semble inconcevable pour les soignantes? Peut-être que les professionnelles ont inconsciemment peur de perdre leur pouvoir au profit de l'homme.

b. Avez-vous des propositions pour l'intégrer d'avantage, ou la situation actuelle vous paraît-elle satisfaisante?

Trois professionnelles ont suggéré d'intégrer davantage le père dans les gestes du quotidien, quand celui-ci était présent ainsi que de profiter de sa présence pour l'inviter systématiquement à participer aux soins du nouveau-né. Cette proposition plus que pertinente, signifie peut-être que ces trois soignantes considèrent que la situation n'est pas optimale, même lorsqu'ils sont présents dans le service, ils sont encore trop rarement sollicités afin de participer activement aux soins du bébé.

Deux ont proposé de l'intégrer lors des moments consacrés à l'allaitement, en le faisant participer lors des changements de position, lors du rôl... Je m'interroge sur le bienfait d'intégrer le père dans des moments comme celui-ci, car par intégration des pères dans les soins, je n'entends pas diminuer les moments de réelle complicité (l'allaitement tout particulièrement) entre la mère et l'enfant. J'estime que le père doit pouvoir trouver sa place, son propre champ d'activité. Ne perdons pas de vue qu'il doit conserver son rôle propre, « Il ne doit pas devenir une deuxième mère »¹¹⁹ mais conserver une manière particulière d'interagir avec son enfant. Ceci dit, il faut également pondérer cette réflexion, car le fait de participer à l'allaitement en prenant l'enfant entre les tétées ne veut pas forcément dire qu'on enlève à la mère un moment complice avec l'enfant, si celle-ci le propose naturellement. Je trouve simplement que le support des tétées ne représente pas un soin optimal sur lequel se baser pour intégrer le père afin qu'il trouve sa place. Celui-ci pourrait également ressentir de la frustration à participer tant bien que mal dans ces moments-là. Son rôle est peut-être autre que de participer aux changements de positions!

Une infirmière estime qu'une charge de travail moins importante ou un nombre de personnel supplémentaire serait bénéfique pour une meilleure intégration des pères dans les soins au quotidien en raison d'une plus grande disponibilité de la part des soignantes.

Trois des soignantes interrogées ont évoqué la difficulté d'intégrer le père davantage en raison de l'organisation générale du service et de leur présence non constante. L'une d'entre elles expose: *«Il est vrai qu'au niveau organisation du service c'est difficile, si on doit toujours attendre les papas pour faire les soins. C'est compliqué car il faut concilier beaucoup de choses en milieu hospitalier.»* Je comprends bien leur inquiétude à propos de la réalité du terrain professionnel. Comme évoqué dans la *problématique*, les pères peuvent être considérés comme une gêne à une bonne organisation des soins puisque pour les impliquer de manière constante, il faudrait remanier toute l'organisation du service. Cependant, une sollicitation constante n'est pas forcément ce vers quoi il faudrait tendre mais plutôt une intégration optimale, qui permette aux parents de prendre conscience de leur propre rôle et de développer les compétences nécessaires en matière de soins à l'enfant.

¹¹⁹ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270p. p 213

5.5. Question 5

a. Existe-t-il une conception générale des soins dans laquelle le père serait mentionné?

b. Existe-t-il une charte ou une conception des soins concernant l'intégration du père dans les soins au nouveau-né? Si oui, laquelle?

Six des personnes interrogées ont répondu qu'il n'existait pas de charte ni de conception générale de soins. Deux autres ont évoqué un classeur général des soins, sur lequel aucun élément à propos du père n'y figure. Les huit soignantes ont affirmé qu'il n'existe donc aucune charte ou conception des soins concernant l'intégration des pères dans leur service.

A ces réponses, deux infirmières ont évoqué le fait qu'il était du ressort de chacune d'entre elle de l'intégrer à sa manière. « C'est nous qui l'intégrons, chacune différemment parce qu'on n'est pas toutes pareilles, c'est propre à chacune ». Une d'elle a même évoqué que solliciter les pères pour les soins représentait une « option » chez la soignante.

Une infirmière sage-femme estime que beaucoup de choses sont faites pour les mamans contre peu de choses pour les papas.

Une autre infirmière sage-femme estime que le fait d'intégrer le père aux soins ne représente pas une ligne de conduite à tenir, mais plutôt que cela fait partie intégrante de son travail, « donc le père est forcément impliqué, (...) ». Pour elle il serait donc difficile de formuler une charte concernant le père puisque cela va de soi, et reste naturel.

5.6. Question 6

a. J'ai pu remarquer qu'il n'y a pas d'heure de visites pour les pères, mais profitent-ils de rester plus longtemps que la période de temps qui est réservé habituellement aux visites?

Entretien	Oui	Non	Ça dépend
1	X		Du travail qu'exerce le père, de son emploi du temps.
2	Ne sont pas la majorité.		S'il a des congés.
3		Car certains veulent laisser leur compagne se reposer.	X
4		La majorité ne profite pas de ces horaires libres car préfère prendre des congés pour le retour à domicile.	S'il a des congés.
5	Ils sont en général très présents.		
6			Pas tous, mais plus qu'avant.
7	Ceux qui peuvent.		
8	Les jeunes papas sont présents.		

Quatre des professionnelles interrogées pensent que les pères profitent bien de cette liberté. L'une d'entre elles modère ses propos en affirmant que cela dépend du travail que ce dernier exerce et des congés qu'il a pu prendre durant cette période. Evidemment les situations sont très diverses et il est difficile de parler de généralité en raison d'une absence d'homogénéité dans les réponses.

Deux autres pensent que les pères qui profitent vraiment de rester plus longtemps que les heures prévues pour les visites représentent une minorité. Une infirmière dit même qu'elle n'a pas l'impression que les pères veulent rester plus longtemps, car certains veulent laisser leur compagne se reposer. Une autre infirmière affirme qu'ils ne sont pas très présents car ils préfèrent prendre des congés lorsque leur femme et leur bébé rentrent à la maison.

Quatre soignantes expliquent que leur présence dépend de plusieurs facteurs tels que le travail que le père exerce, son emploi du temps ou les congés dont il dispose.

Comme nous pouvons le constater avec ce tableau, je pense, tout comme elles, qu'il est difficile de procéder à une pareille évaluation en raison de la diversité des situations rencontrées. En effet, le contexte joue un rôle primordial et nous devons prendre en compte: la situation et les obligations professionnelles, la situation géographique éloignée de l'hôpital, le fonctionnement général du couple, etc.

Selon moi, le père est retenu par les idées préconçues de la société et les conditions extérieures telles que l'absence d'un congé paternité dans la loi ou encore l'idée que la maternité soit un lieu régi par les femmes. Par ailleurs, le père lui-même reste peut-être réticent à occuper une place dans le post-partum immédiat en raison de la dimension féminine qui est associée à cette période et qu'il peut rejeter.

b. Combien de temps estimez-vous que les pères sont présents durant la journée, lors de l'arrivée d'un premier enfant?

A cette question, les huit soignantes ont répondu de manière très hétérogène: dans une fourchette de 2 à 8 heures par jour. Cela représente bien leur vision personnelle de la situation actuelle. Pour pouvoir prétendre à une telle estimation, il aurait fallu effectuer une recherche statistique auprès des pères. Il n'est donc pas possible de tirer des généralités à partir de telles réponses. Je prends également conscience de la diversité des situations ne permettant pas de faire de moyenne pertinente et représentative. Chaque couple devenant parents pour la première fois vit différemment cette période d'hospitalisation. Certains pères sont très présents à ce moment-là, d'autres moins en raison de causes diverses, telles que le travail, les obligations ou encore en raison d'accord communs tels que le partage des tâches dans le couple.

5.7. Question 7

Lors des transmissions écrites ou orales, évaluez-vous la relation parents - enfant (relation mère - enfant et relation père - enfant) ?

Sept des soignantes interrogées disent évaluer la relation mère - enfant lors des transmissions écrites ou orales. La huitième affirme ne pas évaluer ni la relation mère - enfant, ni la relation père - enfant. Par la suite elle complète ses propos en disant qu'elle évalue la relation mère - enfant seulement si il y a un problème majeur tel qu'un refus de prodiguer des soins à l'enfant ou une absence de « *relation privilégiée* » avec l'enfant. Deux autres m'ont affirmé évaluer la relation mère - enfant seulement en cas de problèmes tels qu'un comportement « *bizarre* » de la maman envers son enfant, à savoir un désintérêt, ou encore des symptômes dépressifs.

Quant à la relation père - enfant, quatre des personnes interrogées affirment évoquer le père lors des transmissions seulement si « *il y a un problème* », c'est-à-dire en cas d'absence de celui-ci ou encore dans le cas d'un père très peu présent.

Trois autres soignantes ont affirmé que la relation père - enfant n'était pas du tout soulevée lors des transmissions écrites ou orales. Cette infirmière sage-femme affirme: « *Nous minimisons beaucoup ce qu'a vécu le papa... nous n'en parlons pas.* » et l'infirmière estime que cela relève de la sphère personnelle de la nouvelle famille.

Seulement une infirmière sage-femme évalue la relation père - enfant systématiquement dans toutes les situations.

Les réponses exprimées par les professionnelles m'ont beaucoup surprise. En effet, elles semblent évaluer la relation père - enfant à travers le facteur présence ou disponibilité. Comment peut-on évaluer une relation en se basant essentiellement sur le temps passé entre deux personnes et non pas sur la qualité de la relation? D'ailleurs, il existe une grille¹²⁰ intitulée « Marques d'attachement parental à l'égard du nouveau-né ». Les indicateurs de la rubrique des soins qui apparaissent en premier lieu sont le fait de parler au bébé, de rechercher le contact visuel avec lui, de le toucher, le prendre dans les bras, le changer, et de lui prodiguer des soins d'hygiène et nourriciers.

Certes, la notion de présence constitue un élément à prendre en compte mais ne représente pas la totalité des facteurs influençant une relation. Aucune n'a évoqué les comportements du père vis-à-vis du bébé, les attitudes qu'il peut développer durant cette période, ou encore les comportements du bébé. Je me dois de pondérer cette remarque puisque ma question était de type fermé et n'impliquait pas de développement. Dans l'idéal, j'aurai dû demander aux personnes interrogées de me décrire les méthodes qu'elles utilisaient pour évaluer la relation parents - enfant et plus particulièrement la relation père - enfant.

¹²⁰ LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3ème Ed. Québec : Edition ERPI : 2003. 899 p. p. 847

Il me semble tout de même significatif que sept soignantes affirment évaluer de manière systématique la relation mère - enfant alors qu'une seule sur huit dit évaluer systématiquement la relation père - enfant.

Ce résultat voudrait-il signifier que le personnel soignant de cette maternité se préoccupe d'avantage de la relation mère - enfant plutôt que de la relation père - enfant? Dans un certain sens, oui, mais cela pourrait paraître en partie normal si l'on considère que seule la mère est hospitalisée et bénéficie du statut de patiente pour le personnel soignant. Mais le père ne devient-il pas parent au même titre que la femme devient mère? La relation père - enfant serait donc secondaire à la relation mère - enfant selon les réponses de ces professionnelles. Leur accordons-nous les mêmes responsabilités? En ce sens, Elizabeth Badinter aurait-elle raison une fois de plus en affirmant: « (...) il reste toujours, dans l'inconscient collectif, l'idée que l'élevage est avant tout l'affaire des femmes, que le père est plutôt son collaborateur que son associé à part égale et enfin que sa participation est moins nécessaire, ou, si l'on veut, plus accessoire. »¹²¹?

¹²¹ BADINTER, E. *L'amour en plus ; histoire de l'amour maternel*. Paris: Edition flammarion, 1980. 372 p. p 266

5.8. Question 8

Encouragez-vous la découverte du nouveau-né par ses parents? Et comment? Concrètement que faites vous?

Six des soignantes interrogées ont répondu positivement à cette question. Cinq d'entre elles privilégient les explications, les informations pour encourager les parents à découvrir leur nouveau-né et répondre à ses besoins. Trois ont cité l'observation du nouveau-né. Elles conseillent aux parents d'être à l'écoute de leur enfant en ce qui concerne les pleurs, le rythme du sommeil, l'alimentation afin de comprendre les réactions du bébé. Trois soignantes montrent et donnent des moyens aux parents afin qu'ils fassent connaissance avec leur enfant. Elles leur expliquent des éléments à observer, tels que les mimiques du visage, les mouvements des mains (les mains dans la bouche signifient que l'enfant a faim), les mouvements des yeux quand le bébé dort (renseigne sur la phase de sommeil et l'état de conscience), etc.

Il me semble primordial pour les parents, autant pour le père que pour la mère, de pouvoir apprendre à identifier les différents comportements du bébé (pleurs, état de conscience, mimiques, mouvements), car ils sont pour lui les seuls moyens de communiquer ses besoins. De plus, un enfant à qui on ne répond pas de manière cohérente, ou systématique, peut développer un attachement de type ambivalent (insécurisant - résistant)¹²². Un enfant ayant développé ce type d'attachement adopte un comportement d'ambivalence envers la figure d'attachement: parfois cherchant le contact, parfois résistant envers sa mère. Les conséquences de ce type d'attachement représentent essentiellement un frein à leur développement cognitif puisqu'ils ne peuvent utiliser cette figure comme base sécurisée pour appréhender leur environnement. De plus, ces enfants risquent de devenir des personnes anxieuses.

A un niveau encore plus grave, le style d'attachement insécurisant - désorganisé décrit par Mary Main¹²³, peut s'établir entre l'enfant et son parent. Ce style d'attachement est souvent consécutif à un comportement maltraitant ou à une attitude contradictoire et instable du parent envers son enfant. Cela plonge l'enfant dans une angoisse profonde et ce dernier « ne parvient ni à s'approcher du parent ni à s'en éloigner »¹²⁴.

J'estime qu'il est du rôle des professionnelles de la maternité que de pousser les nouveaux parents à observer leur bébé, à donner un sens aux signaux qu'il envoie (pleurs, colère, douleur, sommeil, etc.) afin que ces derniers répondent adéquatement aux besoins de leur enfant et développent un lien d'attachement de style sécurisant, leur permettant ainsi de se développer socialement, physiquement, affectivement et intellectuellement.

¹²² cf. *Le concept d'attachement*

¹²³ Tiré de : NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p.

¹²⁴ NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p. p 159

Dans une situation plus problématique telle qu'un enfant vulnérable¹²⁵ ou un parent vulnérable¹²⁶, où un style d'attachement autre que sécure risque de se créer entre l'enfant et le parent, la soignante de la maternité doit être capable de mettre des mots sur les maux afin de permettre une bonne évolution de la situation par son soutien aux parents, sa clairvoyance et son professionnalisme. Car même si le style d'attachement développé avec les parents a une influence significative sur l'enfant, il ne reste tout de même pas figé. En effet, l'environnement, les événements importants et l'histoire de vie contribuent à faire évoluer le style d'attachement d'origine.

¹²⁵ Un enfant vulnérable est, à mon sens, un enfant ayant un déficit sensoriel ou une insuffisance placentaire, ou encore un enfant présentant des hypoglycémies répétées...

¹²⁶ Un parent vulnérable est, à mon sens, un parent ayant un trouble psychique ou un parent ayant subi des maltraitances durant son enfance, ou encore un parent ayant développé lui-même un style d'attachement insécure avec ses parents.

5.9. Question 9

a. Le père a-t-il des responsabilités données par le personnel soignant (papiers administratifs, soins à la mère, soins à l'enfant)?

La majorité des soignantes ont répondu que le père avait la responsabilité au même titre que la mère de remplir et de signer la notification de naissance. Les pères doivent amener le livret de famille et ce sont les seules responsabilités administratives qui leur incombent puisque dans cette maternité, c'est l'administration qui est chargée d'annoncer les naissances aux communes.

En ce qui concerne les soins à la mère, une majorité a répondu qu'elle ne donnait aucune responsabilité aux pères, hormis occasionnellement de le mettre à contribution en lui demandant d'appeler une soignante en cas de malaise de sa compagne dans sa douche, par exemple.

Pour les soins à l'enfant, trois soignantes ont avoué donner des responsabilités au père seulement dans le cas où la mère n'est pas disponible dans l'immédiat pour prodiguer des soins à l'enfant, ou si celui-ci a envie de s'en occuper. Au travers de ces réponses, nous pouvons déduire que le père représente pour elles un individu secondaire, voire *accessoire* dans les soins à l'enfant, qu'il n'est nécessaire seulement dans le cas d'indisponibilité de la mère. Il ne serait donc pas à égalité avec celle-ci face à l'enfant. Le père aurait donc moins de responsabilités que la mère envers son enfant?

b. Pensez-vous donner autant de responsabilités à la mère et au père?¹²⁷

A cette question, cinq professionnelles ont répondu donner plus de responsabilité à la mère qu'au père. Trois d'entre elles affirment que c'est en raison de leur présence continue dans le service contrairement au père. En effet, la mère étant présente 24 heures sur 24, c'est elle qui reçoit toutes les informations et les enseignements concernant les soins de l'enfant. C'est ainsi que, selon les soignantes, c'est à elle qu'incombe la responsabilité.

Les trois autres, estiment donner autant de responsabilités au père qu'à la mère.

Dans le cas où les deux parents sont présents lorsqu'arrive le moment de changer son bébé par exemple, une seule estime que les deux ont les mêmes responsabilités envers l'enfant. Deux autres affirment que si les deux parents sont présents, elles privilégieront le père puisque celui-ci n'est pas présent le reste du temps pour apprendre les différents gestes. Deux soignantes me témoignent que même en présence de la mère et du père, elles s'adressent en premier lieu à la mère puisque « c'est elle qui doit tendre vers une autonomie ».

Certes, les mères doivent tendre vers une autonomie avant de rentrer chez elles, puisque ce sont elles qui seront en permanence avec l'enfant durant les quatre premiers mois, en raison du congé maternité dont elles disposent contrairement aux pères. Malgré tout, ceux-ci doivent également avoir la possibilité de tendre vers une

¹²⁷ Il aurait été judicieux de demander aux soignantes ce qu'elles mettent derrière le mot « responsabilité ». Pour ma part, je considère que la « responsabilité » d'un enfant signifie prendre soin de lui à tous les niveaux: affectif, psychique et physique.

autonomie envers leur enfant et c'est, selon moi, en leur accordant des responsabilités vis-à-vis des soins qu'ils vont pouvoir exercer leur rôle et le développer. Rappelons-nous que c'est en forgeant qu'on devient forgeron! Et c'est peut-être vers cela qu'il faut se concentrer pour valoriser le rôle de père et espérer un jour qu'ils obtiennent un statut impliquant les mêmes droits et responsabilités que celui de la mère envers l'enfant.

5.10. Question 10

L'organisation générale des soins vous permet-elle d'intégrer les pères aux soins du nouveau-né? Pourquoi?

A cette question, une seule soignante a répondu positivement, se sentant totalement libre par rapport à l'organisation; « *Nous nous adaptons aux situations.* »

Deux autres soignantes ont affirmé que cela dépendait de plusieurs facteurs, entre autre une charge de travail trop élevée. L'une d'entre elle estime que l'organisation des soins permet par certains éléments d'intégrer le père aux soins tels que les heures de visite libres, mais que certaines règles telles que le bain qui doit être exécuté le matin peut représenter un frein.

Les cinq autres soignantes interrogées m'ont témoigné que l'organisation générale des soins ne permettait pas une intégration des pères dans les soins aux nouveau-nés puisque ceux-ci doivent théoriquement être exécutés le matin en raison d'un nombre de personnel plus important à ce moment-là de la journée. Parfois, le manque de personnel serait également à l'origine d'un oubli des pères dans les soins. Beaucoup de soignantes ont cité le manque de présence du père à la maternité comme raison de leur moindre participation dans ce service. Une autre m'a témoigné que le manque d'intimité des couples représentait un frein. Elle émettait l'hypothèse que si les couples disposaient d'une chambre individuelle, cela permettrait une intimité dans laquelle les pères pourraient se sentir plus à leur aise afin de créer des liens avec l'enfant.

Nous pouvons alors nous demander pour quelles raisons ces soins doivent être exécutés le matin. Certes, il y a un nombre supplémentaire de personnel durant la matinée mais c'est, selon moi, en réponse à une charge de travail plus élevée à ce moment-là en raison des soins à effectuer. Peut-être que les horaires sont définis afin de satisfaire le personnel soignant en leur proposant davantage de postes de travail durant la matinée. Mais l'organisation des soins ne doit-elle pas être fondée sur le principe de garantir le bien des patients? Qu'est ce qui empêche réellement ce changement? Plusieurs des personnes interrogées ont affirmé qu'il serait difficile de changer d'organisation. L'une d'entre elle s'est interrogée sur le réel bienfait d'un tel changement. Finalement, si ce fonctionnement convient au personnel soignant de la maternité: « *en général, ça se passe très bien* » ainsi qu'aux mères, pourquoi faudrait-il en changer? Peut-être pour les pères! Mais est-ce une raison suffisante pour les soignantes? Car, comme cité dans ma problématique « *Pouvons-nous, sommes-nous réellement prêtes à ce que l'enfant soit tout autant l'enfant du père que le nôtre, à ce que la parole, le goût d'apprendre et de faire, l'heureux épanouissement de l'enfant vienne autant du père que de nous?* »¹²⁸

Malgré tout, il faut remettre les choses dans leur contexte: le séjour en maternité dure environ 5 jours pour une femme ayant accouché de manière eutocique et sans complication chez son nouveau-né. C'est la raison pour laquelle nous pouvons nous questionner sur les bienfaits concrets d'un changement d'organisation et comprendre le positionnement des soignantes qui estiment qu'un tel remaniement n'est pas

¹²⁸ DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p. La question du père par Annie Leclerc p. 100

nécessaire. Mais comme évoqué plus haut, je présume que les soignantes, inconsciemment, sont réticentes à de tels changements d'organisation en raison de la perte de pouvoir qu'ils pourraient leur occasionner.

Je pense qu'aujourd'hui, la société exige beaucoup du nouveau père. On lui demande d'être présent durant la grossesse, attentif à sa compagne, actif lors de l'accouchement (couper le cordon, donner le premier bain) mais qu'est-ce qu'il obtient en retour, quand l'enfant est là, dans un service de post-partum? Trouve-t-il lui aussi que « *tout se passe très bien* »? Quoi qu'il en soit, je pense que les soignantes d'une maternité doivent tenter de l'intégrer au mieux, lui permettant ainsi de se faire une place auprès de l'enfant dans ce monde si féminin.

5.11. Question 11

a. Avez-vous déjà reçu des demandes spontanées de la part des pères afin de participer aux soins du bébé?

Toutes les soignantes ont répondu positivement à cette question. Cinq professionnelles m'ont affirmé que les demandes spontanées de la part des pères arrivaient très souvent, alors que deux autres estiment que cela survient seulement de temps à autres.

Avec ces réponses, nous pouvons penser qu'il existe bel et bien des attentes de la part d'une majorité des pères. Ils veulent s'investir, participer à la vie de la maternité et prodiguer des soins à l'enfant.

b. Comment partagent-ils leurs attentes aux soignantes? Sont-ils gênés, mal à l'aise ou pensent-ils que cela soit normal?

A cette question, six professionnelles pensent que les pères demandent spontanément leurs attentes et les partagent aux soignantes de manière très naturelle, sans gêne, et sans être mal à l'aise.

Deux autres estiment que les pères sont souvent gênés ou mal à l'aise quand ils font part de leurs demandes au personnel soignant. L'une d'entre elles m'affirme que certains pères ont peur de déranger les soignantes, et ne savent pas « *si cela se fait* ».

Selon les soignantes, une majorité des pères se sentent donc à l'aise de revendiquer leur place dans les soins de l'enfant. Plusieurs d'entre elles m'ont affirmé qu'il y a eu une grande évolution depuis quelques années: « *Les pères demandent plus facilement à venir voir le change, le bain qu'à une certaine époque* ». Ils sont, selon elles plus « *intéressés* » qu'autrefois, ils s'investissent plus dans leur paternité. Mais qu'est-ce qui est à l'origine de ce changement? Selon elles, c'est une « *évolution générale liée à l'égalité homme - femme et le partage des tâches* » qui s'est établit dans notre société. Non seulement la vision du père a changé, mais elles remarquent également que les soignantes et leur manière d'être avec les pères ont évolué: « *Avant, je pense qu'on avait même pas idée de leur proposer* », « *on n'attendait pas un papa pour faire un bain* », « *le papa n'était presque pas intégré, on apprenait à la maman et puis c'est elle qui devait apprendre au papa à la maison* », « *les soins du bébé n'était pas leur histoire, mais l'histoire de la maman* ».

Comme décrit dans le cadre de référence *Historique des rôles parentaux*, malgré que ces rôles ont passablement évolués et évoluent incroyablement vite, il nous reste un héritage direct des siècles passés. En effet, c'est depuis la fin du 18ème siècle que flotte l'idée que la femme est plus à même de s'occuper des enfants que les pères, puisqu'elles disposent d'un amour maternel inné. De plus, au cours du 19ème, le père est relégué au second plan et la mère devient totalement responsable de son enfant, puis ce phénomène est potentialisé par les courants psychanalytiques du 20ème siècle qui imposent à la mère la responsabilité du bonheur de ses enfants et de la bonne paternité de son mari. Je suis persuadée qu'aujourd'hui encore certains pères sont autorisés ou non par les mères à entretenir

une relation avec l'enfant et c'est par ce phénomène qu'elles détiennent ce pouvoir dont j'ai tant parlé au cours de ce travail.

Deux soignantes estiment que les pères passent souvent par les mères pour faire part de leur envie de participer aux soins du bébé, en raison notamment de leur absence dans le service. Il est évidemment normal que le père transmette ses envies à sa compagne pour qu'elle fasse le lien entre lui et les soignantes, mais cela ne voudrait-il pas dire que ces pères restent dépendants de leur femme en ce qui concerne l'accès aux soins de l'enfant? Ou ce phénomène reflète-t-il simplement le partage des tâches établi dans le couple?

J'estime qu'il est du rôle des professionnelles de ce service d'offrir idéalement à ces pères, un accès aux soins de l'enfant en s'adressant à lui directement, sans l'intermédiaire de sa compagne. Malgré cette réflexion, je reste consciente de la réalité du terrain, de la présence ponctuelle de ces derniers et de leur envie de prendre part ou non à ces soins.

Deux autres soignantes me précisent que les pères qui font des demandes spontanées ne sont pas gênés, ni mal à l'aise, puisque celles-ci viennent d'eux. Par contre, certains pères à qui les soignantes proposent de participer à un soin, tel que le bain ou le change peuvent être, dans ce cas, plus embarrassés s'ils n'ont pas envie de le faire.

Ces pères se sentiraient-ils coupables d'éprouver une réticence à exercer ce genre de soins auprès de leur enfant. Ou ont-ils simplement peur de ne pas être à la hauteur? Nous pouvons aisément les comprendre dans ces deux situations, car il est vrai qu'il existe encore dans les croyances populaires, l'idée que seules les mères possèdent un instinct maternel qui les pousse à s'occuper de leur enfant. Mais, à mes yeux, l'instinct maternel n'existe pas mais se construit. Il n'existe pas d'instinct paternel pas plus qu'il n'existe d'instinct maternel. Ce qui existe réellement, c'est le besoin fondamental de l'être humain de créer des liens puisqu'il est un être sociable avant tout. Par ailleurs, certaines soignantes remarquent que « *les pères sont parfois beaucoup plus à l'aise dans les soins à l'enfant que les mères* ». Il ne s'agit pas de faire là une comparaison entre les capacités des deux parents, mais de comprendre comment se sentent les pères à l'égard des soins du nouveau-né.

Je pense que le rôle de la soignante en maternité est notamment de répondre aux demandes spontanées des pères dans la mesure du possible, mais également de se préoccuper des pères qui n'en font pas. En effet, c'est peut-être de ces pères, qui selon les soignantes représentent une minorité, qu'elles doivent se préoccuper et repérer les comportements d'évitement ou de retrait afin de leur offrir une meilleure intégration dans les soins et ainsi les accompagner dans leur processus de paternalisation.

5.12. Question 12

Avez-vous déjà ressenti de la frustration de la part des pères en raison d'un manque d'implication aux soins? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

Cinq professionnelles ont répondu qu'elles n'avaient jamais ressenti de frustration de la part des pères, alors que trois autres ont répondu que cela était déjà arrivé. L'une d'entre elle dit l'avoir ressenti dans une situation d'une mère qui allaite son enfant.

Une autre me témoigne qu'un père lui avait confié sa frustration, car à chaque fois qu'il était présent, le bébé dormait ou mangeait, et il n'osait pas le prendre dans ses bras.

En effet, dans ces situations, il est facile de comprendre la frustration du père qui reste à l'écart pendant que la femme allaite. C'est un réel moment de symbiose entre l'enfant et sa mère et il est difficile d'en faire partie pour le père. Notons de plus que souvent l'enfant s'endort après avoir été allaité, et cet élément pourrait frustrer un père soucieux d'une interaction avec son petit.

C'est pourquoi, selon moi, la soignante en maternité doit pouvoir prendre conscience de ces moments de symbioses qui existent entre la mère et l'enfant pour pouvoir proposer au père une autre approche, telle que lui proposer de le bercer, de le prendre dans les bras, même si celui-ci dort ou encore d'aller le changer, le baigner lui-même.

Cette frustration accumulée pourrait être à l'origine du retrait et de la démission des pères dans les soins à l'enfant. Mais elle pourrait paradoxalement représenter un moteur positif au développement de la famille, car elle pourrait être à l'origine de la motivation du père à diviser la dyade mère - enfant en triade mère - père - enfant, séparation décrite dans le chapitre *Rôles différenciés du père et de la mère* du *Concept d'attachement*. Cette séparation permettrait à l'enfant de s'ouvrir au monde et de se socialiser.

5.13. Question 13

Vous êtes-vous déjà sentie gênée, en manque d'intimité, dérangée dans vos soins à l'enfant et à la mère en raison de la présence du père?

Quatre soignantes interrogées ne se sont jamais senties gênées de la présence du père durant les soins de l'enfant. L'une d'entre elles, affirme qu'elle pourrait le devenir si le père « *a l'air un peu absent, ou qu'il est là sans être là* ». Mais ne pourrait-on pas considérer un tel comportement comme normal si l'on pense aux bouleversements que sont en train de traverser les nouveaux pères dans la période du post-natal immédiat? En effet, si l'on considère que le père dans son processus de paternalisation, doit passer par des deuils successifs, tels que le deuil de ne pas pouvoir enfanter, de ne pas être une femme, de l'enfant qu'il aurait aimé être, de la toute puissance infantile et des parents idéalisés, en tant que professionnelles nous sommes en mesure de comprendre et, plus que quiconque, tolérer un tel comportement.

De plus, je considère qu'il est du rôle de la soignante de permettre au père d'exprimer ses sentiments et de lui faire prendre gentiment une place active dans les soins du nouveau-né notamment, afin de l'encourager et de l'aider à être dans le moment présent, à être simplement là, disponible pour son enfant.

Deux autres se sont rarement trouvées dans une situation embarrassante. Elles avouent toutefois pouvoir l'être s'il existe des tensions ou des non-dits au sein du couple. Ces derniers se feraient sentir lors d'un soin tel que le bain ou le change.

En effet, dans une situation de ce type, il est difficile pour la soignante de jouer son rôle d'enseignement de manière égale auprès de la mère et du père. Elle se trouve dans une position délicate qui la pousse peut-être à devenir arbitre malgré elle. De plus, la mère a le pouvoir de discréditer le père si elle le souhaite, l'éloignant ainsi de son enfant.

Deux autres soignantes se sont déjà senties en manque d'intimité avec la mère en raison de la présence du père lors d'un soin intime, tel que la surveillance de la suture en cas d'épisiotomie.

4ème partie: Conclusion

6. Synthèse

Tout au long de cette analyse, j'ai tenté de répondre à ma question de recherche élaborée en début de travail:

Selon le personnel soignant d'un service de maternité, quelle place occupe le père dans la prise en charge globale du nouveau-né et comment est-il intégré à ces soins?

Mes objectifs de recherche étaient les suivants.

- Identifier et décrire les éléments et le déroulement d'une prise en charge globale de la triade mère - enfant - père dans un service de maternité.
- Découvrir et examiner par des entretiens dirigés auprès d'infirmières et d'infirmières sages-femmes les différentes stratégies mises en place dans le but d'intégrer le père aux soins à prodiguer au nouveau-né.

6.1.1. Prise en charge globale de la triade mère - enfant - père:

Les éléments que j'ai pu ressortir de mon analyse en ce qui concerne la prise en charge globale de la triade mère - enfant - père sont les suivants:

Selon une majorité de soignantes, l'intégration des pères dans les soins à l'enfant est bénéfique pour toute la famille mais, selon elles, l'organisation générale des soins ne permet pas une intégration optimale de ces derniers dans les soins à l'enfant. Pourtant, toutes estiment qu'un remaniement de l'organisation (effectuer l'enseignement du bain le soir, etc.) serait difficile et futile. Est-ce une peur du changement ou plutôt la peur de perdre le pouvoir qu'exercent les femmes sur les hommes en ce qui concerne l'accès aux soins? Les soignantes craignent peut-être que l'enfant soit tout autant l'enfant du père que l'enfant de la mère, si ceux-ci se met à prodiguer des soins à l'enfant, car ces soins appartiennent encore aux femmes.

Notre culture exige beaucoup du père, on lui demande d'être présent durant la grossesse, lors de l'accouchement, pour couper le cordon ombilical et faire le premier bain. Mais, dans la période du post-natal, il est passablement relégué au second plan, notamment à cause de la mise en route de l'allaitement.

De plus, il n'existe pas de charte ni de conception générale des soins dans laquelle figurerait le père. Pour certaines soignantes, elles ont le libre choix de l'intégrer ou non dans les soins.

Par contre, les pères bénéficient d'horaires libres de visite, mais seulement la moitié des soignantes estiment que ces derniers en profitent. En ce qui concerne les autres,

cela dépend de facteurs extérieurs tels que le travail que ce dernier exerce, l'éloignement géographique, etc. Il est vrai que les situations sont si différentes les unes des autres qu'il ne serait pas représentatif de vouloir en faire une généralité.

Cinq professionnelles estiment donner d'avantage de responsabilités à la mère plutôt qu'au père en ce qui concerne les soins à l'enfant en raison de la présence permanente de la femme dans le service. Mais dans la situation où les deux parents sont présents, une seule estime donner autant de responsabilités aux deux parents, deux autres estiment donner tout de même plus de responsabilités à la mère et les deux autres s'adressent plus volontiers au père pour que lui-même puisse apprendre. Le père a en effet le droit de tendre vers une autonomie avec son enfant autant que la mère. Par conséquent, le rôle professionnel consiste à permettre au père l'accès à ces soins mais également à adopter une attitude qui le pousse à se sentir concerné au même titre que la mère.

Les pères ont des attentes puisque toutes les professionnelles affirment recevoir des demandes spontanées de ces derniers pour prendre part aux soins tels que le change ou le bain. Une majorité estime qu'ils ne sont ni gênés ni mal à l'aise de revendiquer cette place. Et une majorité de ces dernières n'a jamais ressenti de la frustration chez certains pères en raison d'un manque d'implication dans les soins au nouveau-né. Par contre, deux autres estiment qu'il n'est pas rare de voir des pères embarrassés, voire même frustrés. C'est peut-être auprès de cette minorité que le rôle de la soignante devient primordial. En effet, ce sont ces pères qui ont besoin d'être introduits, intégrés dans les soins, afin qu'ils ne se relèguent pas eux-mêmes au second plan et puissent ainsi établir des liens d'attachement propices à une bonne relation père - enfant.

6.1.2. Stratégies mises en place par les soignantes afin d'intégrer le père:

Tout au long de cette recherche, nous avons pu nous rendre compte que c'est principalement sur **le support des soins aux corps** (change et bain) qu'une intégration des pères est possible dans un tel service. Les soins affectifs font partie intégrante des gestes de soins prodigués à l'enfant et c'est grâce à eux que des liens d'attachement vont pouvoir se créer entre le parent et son enfant. Ces liens sont primordiaux, car ils permettent à un enfant de se développer dans les meilleures conditions.

Toutes les professionnelles disent **proposer spontanément au père** d'être actif dans les soins à l'enfant. En effet, **faire participer le père** permet à la famille de se mettre en place. Le père va alors prendre une place au sein de la dyade mère - enfant et permettre à la mère de *partager* son enfant. Le fait de prodiguer des soins à son enfant permet au père de réaliser concrètement son processus de parentalisation, et de se rendre compte de sa réelle importance. Grâce à ces liens d'attachement, que l'enfant établit avec les personnes qui s'occupent de lui, il pourra se développer à tous les niveaux: social, physique, estime de soi, affectif, cognitif. De plus, un enfant a besoin de mettre derrière le mot père trois notions: un père géniteur, un père qui s'occupe de lui au quotidien et un père symbolique. Le père représente également une ressource pour la nouvelle maman car chacun d'eux se complète mutuellement.

Une majorité de soignantes **encouragent les parents à découvrir le nouveau-né**. Ceci est important dans la mesure où les parents se familiarisent avec les signaux que leur envoie l'enfant et peuvent ainsi développer des liens d'attachement de type sécure, offrant à l'enfant des conditions idéales à un bon développement. La soignante peut pousser les parents à découvrir leur nouveau-né et ainsi soulever les compétences et vulnérabilités de chacun. Car chaque enfant a une individualité propre, il peut avoir une vulnérabilité sensorielle qui perturbera la qualité des interactions entre lui et son parent. Dans une situation de ce type, il est donc du rôle de la professionnelle de mettre l'accent sur les qualités et compétences du bébé ainsi que de repérer les manques afin de les expliquer aux parents.

Un élément important qui permet d'évaluer l'intégration des pères à la vie à la maternité, est selon moi, le fait **d'évaluer la relation père - enfant** au même titre que la relation mère - enfant qu'une majorité de soignantes affirme prendre en compte systématiquement. Mais parmi les réponses des professionnelles, une seule m'a affirmé qu'elle prenait systématiquement en compte la relation père - enfant. Les autres la soulèvent seulement dans le cas d'un problème ou d'une absence du père. Mais selon moi, la qualité d'une relation s'évalue avec des critères de qualité et non de temps de présence.

6.1.3. Pour aller plus loin

A partir de ces résultats, il serait pertinent d'approfondir cette recherche en s'intéressant de plus près à ce que veulent vraiment ces nouveaux pères. Quelles sont leurs réelles demandes et attentes du séjour en maternité de leur compagne et de leur enfant? Nous pouvons certainement penser que les attentes seront multiples et propres à chacun, mais c'est le lot de tout questionnement en sciences humaines, rien n'est généralisable mais tout peut être nuancé.

Plus globalement, il serait logique de s'interroger sur les attentes du couple car, finalement, il n'est pas possible de dissocier la mère et le père dans la situation où les deux parents sont présents.

6.1.4. Propositions

Deux actions me paraissent importantes à réaliser si l'on veut tendre vers une amélioration de la prise en compte du père dans un service de maternité.

En premier lieu, une sensibilisation du personnel soignant concernant l'importance de l'intégration des pères lors des premiers jours de vie de l'enfant me paraît essentielle. La création d'une charte par le personnel soignant pourrait être idéale pour initier un tel processus.

Ensuite, un aménagement différent des horaires permettant la participation des pères aux différents soins au corps est nécessaire, malgré les inconvénients qu'une telle réorganisation peut occasionner.

7. Validité de la recherche

7.1. Limites de ma recherche

En partant d'une situation physiologique et d'une situation familiale dite « normale » (nucléaire), je me rends compte des limites que je pose dès le départ à ma recherche. J'exclus toutes autres situations de plus en plus courantes à l'heure actuelle, telles que les mères célibataires en prenant pour acquis la présence d'un père. De même, les grossesses à risques qui nécessitent un alitement prolongé ne sont pas prises en compte. Je tente de poser une problématique sur une situation qui tend à être idéale : grossesse physiologique, accouchement eutocique et présence du père.

Dans cette recherche, je n'ai abordé qu'un aspect du problème (père présent) en laissant de côté les autres paramètres, tels que les mères et pères adolescents ou plus âgés, les parents divorcés ou encore le père absent durant la période d'hospitalisation. Je ne tiens également pas compte des différences qui existent entre les rôles des parents dans les différentes cultures.

Par mon travail, j'ai exposé en priorité cet individu qu'est le père, celui qui n'est pas mon patient. En effet, le père, individu sain qui n'a pas besoin de soins à priori devient le cœur de ma recherche.

La collecte de données (entretiens dirigés afin de recueillir les stratégies mises en place par les infirmières pour intégrer le père dans les soins) risque de révéler la vision idéologique des infirmières. Les pères auraient été les plus à même de s'exprimer sur leur cause, mais j'ai choisi de mettre en évidence la vision des professionnelles de ce domaine.

7.2. Validité interne

Tout au long de ce mémoire, j'ai tenté d'articuler les différentes étapes de ma recherche de manière cohérente à mon sens. Selon moi, ma recherche est construite de manière à découvrir le réel vécu et le présent des personnes interrogées. Mon analyse ne reflète qu'un point de vue limité sur le large domaine que représente mon sujet de recherche. Elle ne représente pas une réalité absolue mais les connaissances que j'ai mobilisées sont actuelles. J'ai également tenté de mettre en relations les différents éléments exposés dans le cadre théorique et les éléments extraits du corpus de réponses obtenues lors des entretiens. Par contre, je pense que nul ne peut être complètement objectif face à un sujet qui lui tient à cœur. Malgré tout, je me suis affairée à le rester tout au long de ce travail. J'ai abordé cette recherche dans un but de découverte et d'interrogation. Malheureusement, j'estime ne pas avoir obtenu le seuil de saturation des données car j'ai enregistré des éléments nouveaux au cours de chaque entretien. C'est la raison pour laquelle les résultats de mon analyse sont cohérents seulement dans ce contexte particulier et offrent une vision incomplète du phénomène.

Je me rends compte aujourd'hui que mes sources d'informations sont quelque peu restreintes. En effet, j'ai utilisé un grand nombre de sources psychologiques et psychanalytiques en reléguant quelque peu au second plan le versant plus scientifique, infirmier du sujet étudié. De plus, ma collecte de données auprès des professionnelles aurait été plus parlante si elle avait été confrontée et comparée à une collecte de données effectuée auprès des nouveaux pères eux-mêmes.

Les éléments qui peuvent représenter un biais dans ma recherche sont le fait que j'ai eu l'occasion d'effectuer mes entretiens non pas auprès de quatre infirmières et quatre infirmières sages-femmes mais auprès de quatre infirmières, trois infirmières sages-femmes et une sage-femme. Lors de mes entretiens dirigés, les soignantes ont peut-être évoqué une vision idéale de la réalité, et mes questions étaient peut-être trop fermées et trop confuses pour obtenir des témoignages reflétant de leur réalité. De plus, c'est au cours de la rédaction de mon analyse que j'ai réalisé que les questions 1, 2, et 5 de ma grille d'entretien auraient dû faire partie des entrevues exploratoires effectués en début de recherche. La question 6 aurait été pertinente si elle avait été posée à des pères directement ou en lien avec une observation statistique par exemple. Il n'est en effet pas possible d'établir une moyenne représentative en raison de la vision personnelle des soignantes. La formulation des questions 12 et 13 n'apporte que très peu d'éléments supplémentaires et pertinents. La question 12 ne permet pas une objectivité puisque je demande à la personne interrogée d'interpréter les sentiments du père.

Au cours de la construction de mon analyse, j'ai extrait des éléments significatifs à mes yeux. J'ai donc certainement omis de mettre l'accent sur d'autres informations auxquelles je n'ai pas été sensible.

Malgré cela, les résultats de ma recherche exposés tout au long de l'analyse ont, selon moi, un sens et restent plausibles dans ce contexte particulier si ces différentes limites sont prises en compte par le lecteur.

7.3. Validité externe

Je n'ai pas la prétention d'affirmer que mon travail est généralisable. Elle n'est pas assez précise, en raison de l'échantillonnage large que j'ai choisi, pour espérer une généralisation ou une comparaison avec une autre population. Toutefois, certains éléments théoriques peuvent être appliqués à d'autres situations similaires.

De plus, le nombre de huit entretiens ne permet pas un regard croisé pertinent, ni une représentativité. Cette recherche n'aura de signification uniquement dans ce contexte et dans cette maternité, c'est-à-dire qu'elle est fixée dans le temps et dans le lieu.

8. Bilan personnel

Au terme de ce travail, je fais le bilan de mon processus d'apprentissage en évaluant mes objectifs d'apprentissage fixés en début de recherche.

Je mettrai en relief les différents aspects de la prise en charge globale d'une situation de soin en prenant en compte le contexte de vie et l'entourage d'une bénéficiaire de soins.

J'estime que cet objectif reflète bien le fondement de mon questionnement exposé au cours de ce travail. En effet, ma recherche s'inscrit dans la prise en charge globale d'une situation de soin. J'ai tenté de traiter tout au long de ce mémoire du contexte de vie d'une patiente et de son entourage direct puisque je me suis penchée sur la création des liens et la naissance d'une famille qui implique une mère, un enfant et un père.

A la fin de ma recherche, je m'auto-évaluerai de manière critique et distanciée en regard avec la démarche méthodologique entreprise afin de vérifier l'atteinte de mes objectifs d'apprentissage ainsi que de mes objectifs de recherche.

Afin d'atteindre cet objectif d'apprentissage, j'ai créé un chapitre traitant de la validité de la recherche où j'y expose mes limites, la validité interne et la validité externe que j'attribue à mon travail.

J'appliquerai une méthodologie afin de mener à bien une recherche en science infirmière avec tout ce que cela implique : recherche de documents pertinents, explorations diverses (lectures et entretiens), définition d'une problématique, création d'un cadre de référence, création d'un outil d'investigation, récolte de données sur le terrain, analyse des données recueillies au cours des entretiens en fonction du cadre de référence construit, et élaboration d'une synthèse finale avec une autoévaluation finale.

J'ai tenté d'appliquer au mieux une méthodologie dans la construction de ce travail. J'ai procédé étape par étape pour aboutir aux résultats de recherche explicités lors de la synthèse de l'analyse. J'ai en effet commencé ma recherche par la lecture d'ouvrages et d'articles en lien avec mon sujet pour ainsi définir une problématique. Par la suite, j'ai construit différents cadres théoriques qui m'ont finalement permis d'analyser les données recueillies lors des entretiens.

8.1. Facilités rencontrées

Malgré l'important exercice de rédaction que ce travail représente pour moi, je constate aujourd'hui que certaines étapes de ce mémoire m'ont été moins fastidieuses que d'autres. En effet, je me suis particulièrement sentie à l'aise durant la rédaction de l'analyse de mon travail. C'est durant cette étape clé de mon mémoire que j'ai ressenti du plaisir à mettre en lien les différents éléments mis en évidence tout au long de mes cadres de références avec le corpus de données récoltées durant mes entretiens dirigés.

8.2. Difficultés rencontrées

Au terme de cette aventure, je constate qu'un tel travail ne se fait pas sans grande remise en question. En effet, je suis persuadée qu'un mémoire de fin d'étude, quel qu'en soit le sujet, bouleverse l'auteur par plusieurs aspects. En premier lieu, le thème abordé n'est évidemment pas le fruit du hasard et les directions vers lesquelles se dirigent une recherche également. L'étudiant est entraîné à chercher plus loin que ses propres représentations, ébranlant au passage toutes ses certitudes et ses présupposés. Dans un deuxième temps, je suis persuadée que ce travail de longue haleine, étendu sur deux années de formation, demande à son auteur à la fois une grande discipline et une certaine insouciance. Il est vrai que sans rigueur personnelle, un tel travail ne peut voir le jour. Je pense également qu'une certaine naïveté est nécessaire à l'auteur pour lui permettre de se détacher et de prendre du recul par rapport aux théories et à la méthodologie imposées. De plus, pour un premier travail de recherche, l'humilité est de rigueur.

J'ai moi-même vécu cette profonde remise en question tout au long de ces deux années. En premier lieu sur mes réelles capacités à mener à bien un tel travail, et ensuite sur le contenu de ma recherche. Je prends aujourd'hui conscience que mon mémoire de fin d'étude est le reflet de ma personnalité. En effet, je me qualifie de modérée et de non extrémiste. Mon travail me semble être de même attribut puisque, finalement, je n'énonce pas de vérités définitives au terme de mon analyse, mais tente de définir plusieurs angles de vue ainsi que de suggérer des pistes d'amélioration concrètes.

5ème partie: Bibliographie et Annexes

9. Bibliographie

9.1. Livres, monographies, ouvrages

- BADINTER, E. *L'amour en plus ; histoire de l'amour maternel*. Paris: Edition Flammarion, 1980. 372 p.
- BRAZELTON, T.B., CRAMPER, B. *Les premiers liens*. Paris : Edition Stock/Laurence Pernoud et Calmann Lévy, 1991. 291 p.
- CARALP, E., GALLO, A. *Dictionnaire de la psychanalyse et de la psychologie*. Toulouse: Edition Milan, 2004. 157p.
- CORERO, C. *La famille*. Bruxelles : Le Monde Editions, 1995. 175 p.
- DELAMARE, G. *Dictionnaire des termes de médecine*. 26ème éd. Paris: Edition Maloine, 2000. 991p.
- DE VILAINE, A.M. GAVARINI, L. LE COADIC, M. *Maternité en mouvement*. Grenoble : Edition Saint-Martin de Montréal, 1986. 244 p.
- LADEWIG, P. [et al]. *Soins infirmiers en périnatalité*. 3ème Ed. Québec : Edition ERPI : 2003. 899 p.
- MARCIANO, P. *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*. Paris : Edition Erès, 2003. 141 p.
- MONTAGNER, H. *L'attachement les débuts de la tendresse*. Paris : Edition Odile Jacob, 1999. 313 p.
- MONTAGU, A. *La peau et le toucher, un premier langage*. Paris VI : Edition du Seuil, 1971. 219 p.
- NOEL, L. *Je m'attache, nous nous attachons. Le lien entre un enfant et ses parents*. Canada : Edition Sciences et culture Montréal, 2003, 270 p.
- PAILLÉ, P. MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Editions Armand Colin, Paris, 2005
- QUIVY, R. VAN CAMPENHAUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 3Ème éd. Paris : Edition Dunod, 2006. 256p.
- SILLAMY, N. *Dictionnaire usuel de psychologie*: Editions Bordas, 1983. 767p.

9.2. Articles, périodiques, quotidiens

AILLENS, F. *Le père à l'honneur*. Soins infirmiers, mars 2005, pp. 46-49

AGUILAR-PRAZ. *Le déni de grossesse est un acte de défense*. Fémina, 2007, no 12, pp. 8

BACCOU, L. [et all.] *Le père en maternologie, deux ou trois choses que nous savons de lui*. Soins pédiatrie – Puériculture, janvier février 2000, no 192, pp. 24-25

DOUMONT, D., RENARD, F. [ed.] *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2004.

HALMOS, C. Père et papa à la fois. Psychologies, 2003, Hors série: l'enfant et la famille, pp 40-43

LOTZ, R., DOLLANDER, M. *Dynamique triadique de la parentalisation*. Cairn [en ligne]. ISSN 1015-8154 (avril 2004), p. 281-293. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 16 janvier 2008)

MOREAU, A. *De l'homme au père : un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce*. Cairn [en ligne]. No 152 (2001-2002), p. 9-16. Adresse URL : <http://www.cairn.info/article> (Page consultée le 18 avril 2007)

TOURBE, C. *Les câlins ont un effet ...génétique*. Science et vie, 2005, avril, pp. 90-94

9.3. Internet

BERLEMONT, CH., NIVOIX, J. ET LAURENSEN, A., « La douleur chez l'enfant, quelles réponses ? » Chapitre : Le peau à peau : des bienfaits attendus à la pratique quotidienne. In [Pediadol.org](http://www.pediadol.org) [En ligne]. Adresse URL : http://www.pediadol.org/IMG/pdf/Actes_2001.pdf (Page consultée le 4 décembre 2006)

FAVRE, F., LUTHI, J.C, GASPO, A., « Statistiques médicales des établissements du RSV » 2005, In [ovs.ch](http://www.ovs.ch) [En ligne]. Adresse URL : <http://www.ovs.ch> (Page consultée le 21 avril 2007)

ROSSE, S.E., JAMIESON, K. ET REEVAY, P., « Analyse documentaire de la théorie de l'attachement parents-enfants et des pratiques interculturelles qui influencent la relation d'attachement », In [attachmentcrosscultures.org](http://www.attachmentcrosscultures.org) [En ligne]. Adresse URL : <http://www.attachmentcrosscultures.org/francais/recherche/> (Page consultée le 17 février 2007)

9.3.1. Encyclopédies en ligne

« Eutocie ». In Answers.com [En ligne]. Adresse URL :
<http://fr.answers.com/topic/eutocie> (Page consultée le 12 mai 2007)

SCHWAB, P. ZWIMPFER, A. « Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements » In Office fédéral de la statistique. *Site de l'office fédéral de la statistique*, [En ligne]. Adresse URL :
<http://www.bfs.admin.ch> (Page consultée le 21 avril 2007)

9.4. Autre documentation

ASI (brochure). *Les infirmières et la recherche: Principes éthiques*. 2002

HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE – SOCIAL VALAIS. Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers. In : Dossier de l'étudiant(e). Sion : 2004, p. 28.

10. Annexes

10.1. Annexe 1: Grille d'entretien

Question 1

Pouvez-vous me citer les différents soins à prodiguer au nouveau-né dans un service de maternité lors d'une prise en charge globale?

Question 2

Pouvez-vous me décrire les enseignements que vous effectuez auprès d'une femme primipare après un accouchement par voie basse?

Question 3

Pensez-vous que l'intégration des pères dans les soins au nouveau-né (bain, change, alimentation, etc.) soit bénéfique à une meilleure prise en charge globale du bébé et de la mère? Et pourquoi?

Question 4

- a. Comment vous y prenez-vous pour intégrer les pères à la vie à la maternité?
- b. Avez-vous des propositions pour l'intégrer d'avantage, ou la situation actuelle vous paraît-elle satisfaisante?

Question 5

- a. Existe-t-il une conception générale des soins dans laquelle le père serait mentionné?
- b. Existe-t-il une charte ou une conception des soins concernant l'intégration du père dans les soins au nouveau-né? Si oui, laquelle?

Question 6

- a. J'ai pu remarquer en stage qu'il n'y a pas d'heure de visites pour les pères, mais profitent-ils de rester plus longtemps que la période de temps qui est réservé habituellement aux visites?
- b. Combien de temps estimez-vous que les pères sont présents durant la journée, lors de l'arrivée d'un premier enfant?

Question 7

Lors des transmissions écrites ou orales, évaluez-vous la relation parents - enfant (relation mère - enfant et relation père - enfant) ?

Question 8

Encouragez-vous la découverte du nouveau-né par ses parents? Et comment? Concrètement que faites vous?

Question 9

a. Le père a-t-il des responsabilités données par le personnel soignant (papiers administratifs, soins à la mère, soins à l'enfant)?

b. Pensez-vous donner autant de responsabilités à la mère et au père?

Question 10

L'organisation générale des soins vous permet-elle d'intégrer les pères aux soins du nouveau-né? Pourquoi?

Question 11

a. Avez-vous déjà reçu des demandes spontanées de la part des pères afin de participer aux soins du bébé?

b. Comment partagent-ils leurs attentes aux soignantes? Sont-ils gênés, mal à l'aise ou pensent-ils que cela soit normal?

Question 12

Avez-vous déjà ressenti de la frustration de la part des pères en raison d'un manque d'implication aux soins? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

Question 13

Vous êtes-vous déjà sentie gênée, en manque d'intimité, dérangée dans vos soins à l'enfant et à la mère en raison de la présence du père?

10.2. Annexe 2: Information destinée aux personnes participant à l'étude

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES SUR
« Le père durant le séjour en post partum »

**Mené par Rachel Udry, étudiante à la HES-SO, filière infirmière
Brigitte Rey-Mermet, directrice de mémoire à la HES-SO**

Information destinée aux personnes¹²⁹ participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO, j'entreprends un mémoire de fin d'études dans le but de découvrir quelle place occupe le père dans la prise en charge globale du nouveau-né et comment est-il intégré à ces soins. Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête, au moyen d'entretiens semi-dirigés. Ils seront enregistrés pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin septembre 2008.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à identifier et décrire les éléments et le déroulement d'une prise en charge globale de la triade mère enfant père dans un service de post natal ainsi que de découvrir et identifier par des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmières et d'infirmières sages-femmes les différentes stratégies mises en place par ces dernières pour intégrer le père aux soins à prodiguer au nouveau-né.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cet aspect de ma problématique.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contact : - Udry Rachel, étudiante à la HES-SO, filière infirmière.
Champs du Moulin 19
1964 Conthey
Tél. : 078/ 849 14 84
- Rey-Mermet Brigitte, directrice de mémoire de fin d'étude et professeur à la HES-SO.

¹²⁹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médicaux sociaux, etc.

10.3. Annexe 3: Formulaire de consentement éclairé

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES SUR
« Le père durant le séjour en post partum »

Mené par Rachel Udry, étudiante à la HES-SO, filière infirmière
Brigitte Rey-Mermet, directrice de mémoire à la HES-SO

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes¹³⁰ participant au mémoire de fin d'étude

La soussignée :

1. Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'études ci-dessus.
2. Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
3. Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
4. Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'études.
5. Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'études sans aucune conséquence négative pour elle-même.
6. Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
7. Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'études, à savoir au plus tard fin septembre 2008.
8. Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'études soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
9. Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

La soussignée accepte de participer au mémoire de fin d'études mentionné dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Contact :

Udry Rachel, étudiante à la HES-SO, filière infirmière.

Tél. : 078/ 849 14 84

Rey-Mermet Brigitte, directrice de mémoire de fin d'études et professeur à la HES-SO.

Annexe : Informations destinées aux personnes participant à l'étude.

¹³⁰ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médicaux sociaux, etc.