

Master of Science conjoint HES-SO-UNIL en Sciences de la santé Orientation sage-femme

COMMENT LES HOMMES EXPÉRIMENTENT-ILS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL ABOUTISSANT À LA PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LEUR PARTENAIRE ?

Travail réalisé par

Ornella Rouveiroles

Sous la direction de
Prof. Marie-Julia Guittier (PhD), Haute école de santé Genève (HEdS), HES-SO

(Présidente du Jury)

Experts :
Madame Delphine Coulon (PhD), Haute école de santé Genève (HEdS), HES-SO
Monsieur Arnaud Mottet, sage-femme, Hopitaux universitaires de Genève (HUG)

Lausanne, HES-SO Master, 2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à sincèrement remercier ma directrice de mémoire, Marie-Julia Guittier, professeure à la Haute École de Santé de Genève pour son encadrement bienveillant, son soutien et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie Madame Delphine Coulon, maître d'enseignement à la Haute École de Santé de Genève, ainsi que Monsieur Arnaud Mottet, sage-femme aux HUG, pour leur expertise en tant que membres du jury.

Je remercie la Professeure Begoña Martinez de Tejada, cheffe de la maternité des HUG, Madame Bérangère Pierret, responsable des soins de la maternité ainsi que Madame Claudie Godard, sage-femme cadre du service des consultations de la maternité des HUG pour avoir soutenu ce projet. Un grand merci à l'ensemble des sages-femmes du service des consultations de la maternité des HUG pour m'avoir permis le recrutement des participants. Merci pour votre enthousiasme malgré nos échanges purement virtuels !

Un grand merci également aux hommes qui m'ont accordé leur confiance et confié leurs témoignages au cours de cette recherche.

Je remercie chaleureusement Patricia Oliveira Barbosa pour son travail de codage et d'intervision ainsi que son soutien amical.

Des remerciements pour l'ensemble de mes collègues de la filière sage-femme pour leurs conseils et encouragements durant ces derniers mois.

Une pensée amicale toute particulière à Désirée Gerosa, Marika Ehinger-Santagata et Adrien Bruno, mes compagnons de fortune durant ces quelques années de master.

A tous mes relecteurs pour leurs remarques et leurs conseils : Marie, Marlène, Pierre-Luc, Désirée et Adrien.

Enfin, je remercie profondément ma famille, mes proches et particulièrement mon mari Till et ma fille Ada pour leur soutien, leur amour et leur patience.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES FIGURES	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
RÉSUMÉ	6
ABSTRACT	7
1.INTRODUCTION	8
2.CADRE DE RÉFÉRENCE	9
2.1. L'accouchement provoqué	9
2.1.1. Définitions et méthodes usuelles	9
2.1.2. Quels sont les bénéfices et les risques ?	9
2.2. Le processus décisionnel en périnatalité	11
2.2.1. Consentement éclairé et décision médicale partagée	11
2.2.2. La décision de provoquer l'accouchement : le point de vue des usager.ère.s	13
2.3. Et les hommes dans tout ça ?	13
2.3.1. Les hommes en maternité : « ni patients, ni visiteurs »	14
2.3.2. Vécus et santé mentale des hommes en périnatalité	14
3.PROBLÈME ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE	16
4. MÉTHODOLOGIE	17
4.1. Design de l'étude	17
4.2. Population et critères d'inclusion et exclusion	17
4.3. Déroulement de l'étude	19
4.3.1. Information et recrutement	20
4.3.2. Phase de production des données	21
4.3.3. Phase d'analyse des données	22
4.4. Considérations éthiques	23
4.4.1. Aspects légaux	23
4.4.2. Sécurité et stockage des données	24
4.4.3. Posture éthique et réflexive	25
5. RÉSULTATS	25
5.1. Recrutement et inclusion	25
5.2. Caractéristiques des participants	26
5.3. L'expérience du processus décisionnel de l'accouchement provoqué	28
5.3.1. Un temps à deux : faire corps autour d'un choix	28
5.3.2. Un temps à trois : le choix perçu lors de la consultation prénatale	29
5.3.3. Être expert ou ne pas l'être : le savoir comme condition légitimante	31
5.3.4. Provoquer l'accouchement, un choix de raison : « <i>Une bonne chose pour une belle chose</i> »	34
5.4. Autres résultats	39

5.4.1. « <i>La vie, la mort</i> »	39
5.4.2. Une lignée de femmes	40
5.4.3. Les autres décisions prises en cours de grossesse	40
5.4.4. COVID-19 : un contexte auquel on s'adapte	41
5.4.5. « <i>J'espère bien vous répondre</i> » ou la question de la désirabilité sociale	42
6. DISCUSSION	43
6.1. Analyse des résultats	43
6.1.1. Un choix de couple : couple parental ou conjugal ?	43
6.1.2. Provoquer l'accouchement du point de vue des hommes : une décision médicale partagée ?	44
6.1.3. L'influence du risque perçu sur l'expérience de l'homme	45
6.1.4. Les facteurs influençant l'expérience des hommes	46
6.1.5. Réflexion autour de la co-construction des données	47
6.1.6. Influence de la pandémie COVID-19 sur la recherche	48
6.2. Forces et limites de l'étude	48
6.2.1. Les forces	48
6.2.2. Les limites	49
6.3. Perspectives de recherches	50
6.4. Réflexions autour de la pratique clinique	51
6.5. Et les hommes dans tout ça ? : processus réflexif sur ma posture professionnelle	53
CONCLUSION	55
RÉFÉRENCES	56
ANNEXES	67
Annexe 1 : Classification de grossesse en fonction des risques HUG	67
Annexe 2 : Feuillet d'information à destination des couples sur le déclenchement distribué à la maternité des HUG	69
Annexe 3 : Feuillet d'information au participant	70
Annexe 4 : Guide d'entretien version 1	72
Annexe 5 : Guide d'entretien version 2	74
Annexe 6 : Codebook ou liste des unités de signification	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Caractéristiques des participants	27
---	-----------

LISTE DES FIGURES

Figure 1: La décision médicale partagée (HAS, 2013)	13
Figure 2 : Calendrier de l'étude	19
Figure 3: Organisation du recrutement	21
Figure 4 : Flow-chart du recrutement	26

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ANCIC	Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception
CER-GE	Commission cantonale d'Éthique sur la Recherche sur l'être humain Genève
HEDS-GE	Haute École de Santé Genève
HESAV	Haute École Santé Vaud
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HRA	Human Research Act
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OFS	Office Fédérale de la Statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORH	Ordonnance sur la Recherche Humaine
RTS	Radio télévision Suisse
SA	Semaines d'Aménorrhées
SGOC	Société des Gynécologues et Obstétriciens Canadiens
SMFM	Society for Maternal Foetal Medicine
SSGO	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
UNIGE	Université de Genève
UNIL	Université de Lausanne

RÉSUMÉ

Contexte : En Suisse romande, environ une naissance sur trois est provoquée. Une telle intervention doit faire l'objet d'une décision médicale partagée en regard des bénéfices et des risques sur la santé de la femme et du nouveau-né. Il est recommandé d'inclure les hommes dans cette prise de décision en tant que partenaire privilégié de la femme enceinte et père de l'enfant à naître. Or aucune étude ne s'est à ce jour intéressée à ce processus du point de vue des hommes.

Objectif : Décrire l'expérience des hommes dans le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire.

Méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée. Sept entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès de futurs pères via l'application Zoom de juin à août 2020. La provocation du travail chez leur compagne était programmée le jour même où le lendemain au sein de la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève. Chaque entretien a été retranscrit verbatim puis l'analyse des données a été réalisée selon la méthode de Giorgi.

Résultats : L'expérience est décrite comme : 1- Un temps à deux à l'issue duquel le couple fait corps autour d'un choix. 2- Un temps à trois au cours duquel le choix perçu face aux professionnels est variable selon les récits. 3- Être expert ou ne pas l'être : le savoir comme condition légitimant la prise d'un rôle actif. 4- Provoquer l'accouchement, un choix de raison : *« Une bonne chose pour une belle chose »*.

Conclusion : Les professionnels peuvent soutenir la place des hommes dans ce processus en accordant un temps de discussion au couple avant la décision finale. Une absence de choix perçu ou un manque d'information sur les bénéfices et risques de la provocation péjore le vécu du futur père : des pistes d'amélioration sont à envisager pour favoriser une décision médicale partagée de qualité. De nouvelles études sont nécessaires pour mieux comprendre la place donnée aux hommes dans les processus décisionnels en périnatalité.

Mots-clés : pères, hommes, partenaires, expérience, vécu, processus décisionnel, choix, décision médicale partagée, accouchement provoqué, déclenchement de l'accouchement

ABSTRACT

Context : In French-speaking Switzerland around one birth out of every three is induced. Ideally, such a situation should be handled through a shared medical decision with regard to the health benefits and risks for the mother-to-be and the newborn. It is recommended to include fathers-to-be in this decision-making as the privileged partner of the pregnant woman and the father of the unborn child. However, no study to date has looked at this process from the men's point of view.

Objective : Describing men's experience in the decision-making process leading to induction of labor in their partner.

Method : A phenomenological qualitative study was carried out. Seven semi-structured interviews were conducted with fathers-to-be via the Zoom application from June to August 2020. Their partner's labor induction was scheduled the same day or the day after, in the maternity ward at Geneva University Hospitals. Each interview was transcribed verbatim and then data analysis was carried out using the Giorgi's method.

Results : The experience is described as : 1- Being two when the couple makes their choice as being one. 2- Being three throughout the prenatal consultation during which the perceived choice in front of the professionals varies according to the stories. 3- Being an expert or not being an expert : knowledge as a condition that legitimizes taking an active role. 4- Inducing childbirth, a choice of reason: "*A good thing for a beautiful thing*".

Conclusion : Professionals can strengthen the role of men in this process by giving the couple time for discussion before the final decision is made. A perceived lack of choice or a lack of information on the benefits and risks of labor induction worsens the experience of the father-to-be : avenues for improvement should be considered to upgrade a good shared medical decision. New studies are needed to understand better the space given to men in perinatal decision-making processes.

Key-words : fathers, men, partners, lived-experience, decision-making process, choice, shared medical decision, induced delivery, induction of childbirth, labor induction, induced-labor

1.INTRODUCTION

La provocation de l'accouchement est un acte obstétrical en augmentation depuis plusieurs décennies (NHS, 2018). Si dans les années 1990 le taux de provocation au niveau planétaire était inférieur à 10% (Cunningham, 2014) aujourd'hui une naissance sur cinq est provoquée (OMS, 2011). En Suisse le taux de provocation national en 2017 était de 26,2% avec une grande hétérogénéité de pratiques selon les cantons. Dans les cantons de Genève et Vaud respectivement 40% et 33% des naissances ont ainsi été provoquées en 2017 alors (OFS, 2019). Le recours fréquent à la provocation en Suisse romande apparaît comme un défi pour la qualité des soins en maternité. Celui-ci peut être perçu comme un conflit avec le modèle de l'accouchement idéal, physiologique et positivement expérimenté tel que décrit par l'OMS (2018). En effet provoquer l'accouchement est un exemple d'acte médical nécessaire pour sauver des vies mais qui utilisé en dehors des bonnes pratiques ou à l'excès peut engendrer des complications pour la femme¹ et son nouveau-né (The Lancet Maternal Health Series, 2020 ; Miller et al., 2016). Les différents risques associés aux méthodes de provocation pointent la nécessité d'une mise en balance des bénéfices et des risques liés à la situation obstétricale et à l'utilisation des méthodes de provocation (Boulvain, 2015). Aussi ces bénéfices et ces risques doivent être présentés de façon claire à la femme et/ou au couple afin de permettre un consentement libre et éclairé (OFSP, 2019) voir idéalement une prise de décision médicale partagée (NICE, 2017). Longtemps écarté voir interdit des soins durant la période périnatale (Dallay & Reveyaz, 2017), l'homme² est aujourd'hui identifié en tant que père de l'enfant à naître tout comme partenaire privilégié de la femme enceinte (Bohren et al., 2019 ; Jay et al., 2018). A ce titre de nombreuses institutions et associations encouragent l'intégration des hommes dans les soins périnataux ainsi que la possibilité d'une prise de décision égalitaire au sein du couple concernant les décisions de santé de la mère ainsi que celle de l'enfant (Family Included, 2016 ; Gallagher & Wise, 2012 ; OMS, 2015). Au regard de cette situation concernant de nombreuses familles, la décision de provoquer ou non la naissance de son enfant apparaît comme un choix emblématique de la période périnatale. Pourtant l'accouchement provoqué du point de vu masculin est peu traité dans la littérature à ce jour. En outre, il n'existe pas de données sur le processus décisionnel de l'accouchement

¹Dans le cadre de ce travail le terme « femme » désignera des femmes cisgenres c'est-à-dire des individus dont le genre correspond à leur sexe de naissance.

²Dans le cadre de ce travail le terme « homme » désignera des hommes cisgenres c'est-à-dire des individus dont le genre correspond à leur sexe de naissance.

provoqué tel qu'expérimenté par les hommes. Cette étude a pour objectif d'apporter de nouvelles connaissances sur le sujet.

2.CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1. L'accouchement provoqué

2.1.1. Définitions et méthodes usuelles

La Société des Gynécologues et Obstétriciens Canadiens [SGOC] définit la provocation ou déclenchement du travail comme le fait de "provoquer des contractions chez une femme enceinte ne se trouvant pas en travail, en vue de l'aider à accoucher et mettre un terme à sa grossesse. La provocation est considérée comme réussie si un accouchement par voie basse a lieu dans les 48 heures" (Leduc et al., 2013).

La provocation est généralement effectuée soit en administrant de l'ocytocine ou des prostaglandines à la femme enceinte, soit en utilisant une méthode mécanique par dilatation du col utérin ou bien par rupture artificielle des membranes amniotiques (HAS, 2008 ; OMS, 2011). Il arrive que des méthodes dites alternatives soient proposées dans le but de prévenir la provocation médicale comportant une intervention médicale et l'hospitalisation de la femme enceinte. Ainsi le décollement de la portion des membranes amniotiques en regard du col utérin lors d'un toucher vaginal est considéré comme efficace (Boulvain et al., 2005 ; OMS, 2011). Par ailleurs d'autres méthodes parfois proposées n'ont pas montré d'efficacité à ce jour et ne sont donc pas recommandées (NICE, 2017) : il s'agit de l'acupuncture (Smith et al., 2017), de l'ingestion d'huile de ricin ou d'onagre (Kelly et al., 2013), d'infusions de plantes, des lavements et des rapports sexuels (Lim et al., 2013).

2.1.2. Quels sont les bénéfices et les risques ?

Dans de nombreuses situations obstétricales à risques, la provocation de l'accouchement améliore les issues pour la mère et l'enfant, limitant de ce fait la mortalité périnatale et la morbidité néonatale sévère. C'est notamment le cas lors d'un dépassement de terme, d'une rupture des membranes prolongée, d'une hypertension artérielle, d'un diabète, d'une suspicion de macrosomie ou d'un retard de croissance (Boulvain & Jastrow Meyer, 2015 ; Middleton et

al., 2018). Sur la base d'études observationnelles, la provocation a longtemps été suspectée d'augmenter le risque de césarienne (Boulvain et al., 2001). Plusieurs revues systématiques et méta-analyses d'essais randomisés récentes ont déconstruit cette association : l'accouchement provoqué est associé à un risque équivalent voir inférieur de césarienne (Middleton et al., 2018 ; Woods et al., 2014). Récemment, l'essai randomisé ARRIVE conduit au États-Unis auprès de 6106 femmes a montré qu'une provocation systématique des femmes nullipares à bas risque réalisée à 39SA était associée à une diminution du taux de césariennes sans une augmentation des autres risques (Grobman et al., 2018). Le Collège des Gynécologues Obstétriciens Américains [ACOG] s'est ainsi positionné en faveur d'une provocation à 39SA pour les femmes à bas risques désireuses d'accoucher (ACOG & SMFM, 2018). L'étude ARRIVE valide ainsi un recours déjà fréquent à la provocation et interroge sur une politique de provocation systématique en dehors de facteurs de risque obstétricaux. Cependant malgré des premières réactions positives envers cette étude, d'autres auteurs et sociétés professionnelles ont conduit des analyses critiques révélant plusieurs limites de l'étude telles que les spécificités de la population étudiée qui limiterait la validité externe de l'étude ou encore le manque de connaissances actuelles sur les conséquences à terme d'une provocation sur l'enfant. Ces auteurs ont par conséquent invité les équipes obstétricales à de la prudence quant à d'éventuels changements de pratiques (Carmichael & Snowden, 2018 ; Philippi & King, 2019).

Comme l'évoquent les auteurs appelant à plus de circonspection dans l'utilisation de l'étude ARRIVE, provoquer l'accouchement implique des risques induits par la méthode de provocation (Boulvain et al., 2015). Lorsque la méthode de provocation de l'accouchement consiste en l'utilisation de médicaments ocytociques induisant des contractions à la musculature lisse de l'utérus, il existe un risque d'hyperstimulation de cette musculature (ACOG, 2018 ; NICE, 2017). Dans ce cas, la perfusion en oxygène du fœtus via la circulation materno-fœtale peut être entravée et causer alors des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ACOG, 2018 ; OMS, 2011) ce qui nécessite parfois un recours à la césarienne (SSGO, 2017). Le risque de césarienne en urgence est par ailleurs augmenté ainsi que celui de rupture utérine en cas de césarienne antérieure (ACOG, 2018 ; HAS, 2008). Lorsque la méthode de provocation de l'accouchement consiste en une rupture artificielle des membranes, il existe un risque de prolapsus du cordon (NICE, 2017). L'ACOG présente la provocation comme une situation associée à des risques d'infection maternelle et fœtale ainsi que de mort fœtale (ACOG, 2018). Ces risques doivent être mis en regard à la fois à un recours à des méthodes de provocation invasives mais également au contexte de situations pathologiques

préexistantes à l'accouchement (ACOG, 2018). En outre un risque augmenté de mort fœtale par le simple fait de la provocation n'est pas retrouvé dans la littérature (Vogel et al., 2017). Pour la femme, la provocation est associée à une augmentation du niveau de douleur des contractions et un recours plus fréquent aux analgésiques et anesthésies (HAS, 2008 ; NICE, 2017 ; OMS, 2011). Par ailleurs une provocation au terme présumé de la grossesse et au-delà exposerait à davantage de naissances instrumentées (Middleton et al., 2018). Enfin dans certains cas la provocation peut échouer et conduire à un arrêt de la provocation, une répétition du protocole de provocation ou une césarienne en dehors du travail (ACOG, 2018 ; NICE, 2017).

Ces différents risques pointent la nécessité d'évaluer la balance entre méthodes de provocation et risques liés à la situation obstétricale rencontrée (Boulvain, 2015). C'est pourquoi ces bénéfices et ces risques doivent être présentés de façon claire à la femme et/ou couple afin de permettre une prise de décision médicale partagée (NICE, 2017).

2.2. Le processus décisionnel en périnatalité

Dans le domaine de la santé comme en périnatalité, les modèles de décision médicale ont évolué au fil des décennies. Pour faire suite à une conception paternaliste centrée sur le médecin prédominant jusqu'en dans les années 80, différents modèles centrés plus orienté vers le patient ont émergé ces dernières décennies avec pour objectif d'augmenter l'autonomie et l'autodétermination de ce dernier. Tous coexistent encore aujourd'hui dans la pratique médicale (HAS, 2013).

2.2.1. Consentement éclairé et décision médicale partagée

En Suisse, toute intervention médicale doit être réalisée avec le consentement libre et éclairé de la personne adulte ou mineure à condition qu'elle soit capable de discernement (OFSP, 2019). L'information et le consentement font partie d'un seul et même processus au cours duquel, grâce au dialogue et aux informations échangées entre les professionnels de soins et le patient, ce dernier peut consentir en pleine connaissance de cause à la réalisation d'un acte médical diagnostique ou thérapeutique sur sa personne (HUG, 2019 ; Loi K1.03 sur la Santé (art. 45 à 49)). Le cadre légal suisse s'appuie donc sur le concept de consentement éclairé.

Le consentement éclairé s'inscrit dans un modèle centré sur le médecin qui est alors la personne responsable de la prise de décision à l'inverse du patient qui joue dans ce cas un rôle passif. Le consentement éclairé diffère en ce point de la décision médicale partagée. La décision médicale partagée désigne un modèle de décision médicale qui décrit deux étapes clés de la relation entre un médecin ou, plus largement, entre un professionnel de santé et un patient, "que sont l'échange de l'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient" (HAS, 2013). De ce fait, la responsabilité de la décision est alors partagée entre soignant et patient.

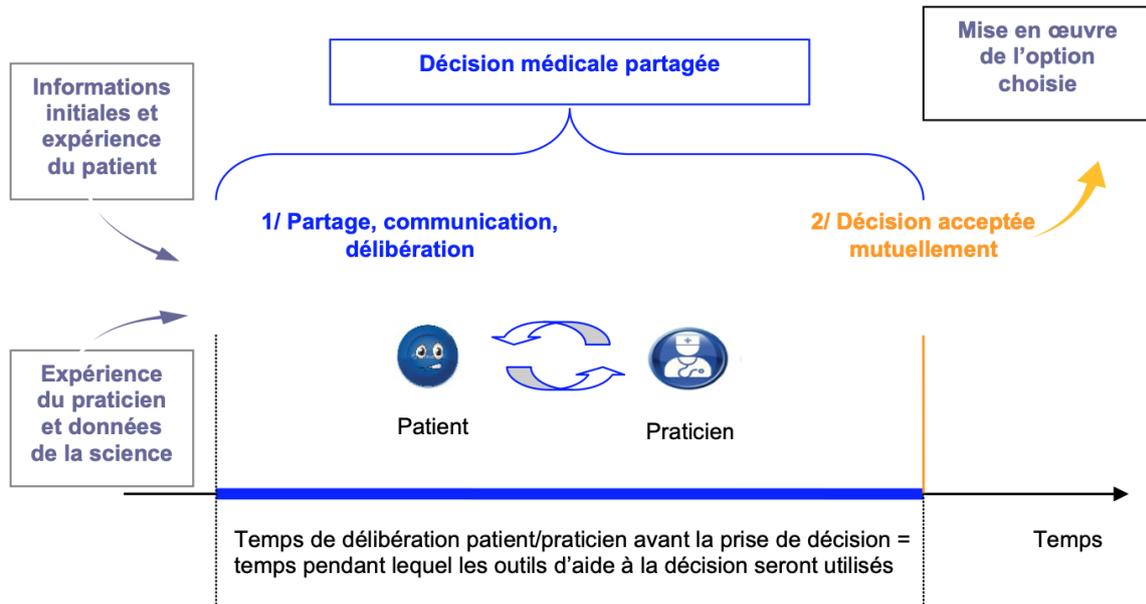


Figure 1: La décision médicale partagée (HAS, 2013)

Plusieurs instances comme l'OMS (2008), le NICE (2020) ou l'HAS (2013) encouragent actuellement le modèle de décision médicale partagée car il permet d'augmenter le sentiment d'empowerment de la personne soignée, la qualité et la sécurité des soins en favorisant des soins individualisés (HAS, 2013 ; NICE, 2020). La décision médicale partagée est également encouragée en périnatalité dans une perspective de soins centrés sur la femme, de promotion de l'autodétermination de la femme et de soins individualisés pour lui permettre de vivre une expérience positive de son accouchement (NICE, 2017 ; OMS, 2018). Le processus décisionnel de l'accouchement provoqué s'inscrit dans ce cadre.

2.2.2. La décision de provoquer l'accouchement : le point de vue des usager.ère.s

Malgré des recommandations en faveur d'une décision partagée concernant le fait de provoquer ou non l'accouchement (NICE, 2017) une majorité des femmes décrivent un manque d'information sur le déroulement de la provocation, ses effets, ses bénéfices et ses risques. Les femmes souhaiteraient être mieux informées et plus impliquées dans la prise de décision de la provocation qui, selon elles, relève d'avantage d'une recommandation des professionnels à suivre qu'une décision partagée (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018 ; Coates, et al., 2019 ; Lou et al., 2018). Cet écart entre recommandations, perceptions des soignants et vécu des femmes concernant le processus décisionnel d'une intervention médicale est retrouvé de façon plus générale en maternité (Begley et al., 2019). La provocation de l'accouchement étant une intervention de plus en plus fréquente dans les maternités suisses (OFS, 2019), son processus décisionnel est un enjeu pour la qualité des soins (Begley et al., 2019 ; OMS, 2018).

Mieux comprendre le processus décisionnel de l'accouchement provoqué pour améliorer la qualité des soins, c'est l'objectif de l'étude qualitative de Jay et al. (2018). Parmi les résultats, les auteurs décrivent notamment, et pour la première fois, l'influence du partenaire sur la prise de décision de la femme en faveur de la provocation. Les partenaires semblent considérer la provocation comme un choix logique de sécurité et seraient impatients de rencontrer leur enfant (Jay et al., 2018). Ce résultat décrit le rôle des partenaires dans le processus décisionnel de la femme tel que perçu et raconté par les femmes et pointe la faible présence des hommes dans les recommandations concernant l'accouchement provoqué. De même lorsqu'ils sont évoqués les hommes sont identifiés en tant que partenaire mais jamais en tant que pères (NICE, 2017). Pourtant comme précédemment décrit la provocation engendre des bénéfices et des risques sur la santé de la femme mais également de l'enfant à naître (Boulvain 2015 ; NICE, 2017). Quelle est donc la place des hommes dans le processus décisionnel de l'accouchement provoqué et plus généralement de la grossesse et de la naissance de leur enfant ? Qu'en est-il de l'expérience des hommes ?

2.3. Et les hommes dans tout ça ?

2.3.1. Les hommes en maternité : « ni patients, ni visiteurs »

La place du père³ en salle de naissance a beaucoup évolué au cours depuis le siècle passé. Totalement absents, voire interdits de présence jusqu'en dans les années 1970, les pères sont aujourd'hui, notamment dans les pays occidentaux, encouragés à participer aux consultations prénatales, à la préparation à la naissance, ainsi qu'à l'accouchement (Dallay & Reveyaz, 2017). Intégrer les pères aux soins périnataux est une des priorités de l'OMS à l'échelle planétaire depuis 2015 (OMS, 2015). En effet intégrer les pères améliore le bien-être de la famille, enrichit la pratique des soins à domicile, facilite les changements de plans en cas de survenue de complications, diminue les risques de violences domestiques et diminue le risque de malnutrition chez la femme (OMS, 2015 ; Tokhi et al., 2018). Dans les pays occidentaux, les hommes est très souvent la personne qui accompagne la femme tout au long du travail et de l'accouchement (Bohren et al., 2019). C'est un rôle central puisque c'est un soutien continu et bienveillant d'une personne choisie par la femme. Lui sont associées : une diminution de la durée du travail, une diminution des naissances par césarienne ou instrumentées, un recours moins fréquent à toute analgésie, une diminution des scores d'Apgar bas de cinq minutes et une meilleure expérience des femmes de leur accouchement (Bohren et al., 2019 al ; Downe et al., 2018 ; OMS, 2018). Ainsi les hommes sont décrits dans la littérature comme le soutien social privilégié de la mère en période périnatale. Comment les hommes expérimentent-ils alors ce rôle ?

2.3.2. Vécus et santé mentale des hommes en périnatalité

La plupart des pères souhaitent s'investir auprès de leur partenaire pendant la grossesse et l'accouchement bien que cela soit un défi notamment lors de la naissance du premier enfant (Johansson et al., 2015 ; Xue et al., 2018). Il existe une sorte de pression sociale à « être à la hauteur », de réagir de façon adaptée à la douleur de sa partenaire lors des contractions d'accouchement (Johansson et al., 2015). L'accouchement est aussi une étape de transition pour l'homme vers sa nouvelle identité de père (Baldwin et al., 2018). Pour les hommes, l'expérience du travail de l'accouchement est alors associée à des sentiments mitigés entre

³ Le terme père se réfère ici au parent de genre masculin d'un point de vue social et/ou juridique et non pas d'un point de vue génétique ou biologique.

grande joie et grande peur (Baldwin et al., 2018 ; Poh et al., 2014 ; Steen et al., 2012). Que ce soit lors de la grossesse ou de l'accouchement, les hommes éprouvent des difficultés à trouver leur place et souhaiteraient davantage de soutien et d'information de la part des équipes soignantes (Poh et al., 2014 ; Xue et al., 2018). Dans certains cas, certains hommes ont rapporté une réelle exclusion de la part des équipes engendrant peur, frustration et isolement (Steen et al., 2012). Parfois l'accouchement peut se compliquer et des interventions médicales sont pratiquées en urgence ; dans ces circonstances le manque d'information et de soutien majeure un vécu négatif voir traumatique de l'accouchement chez le père (Elmir & Schmied, 2016 ; Vallin et al., 2018). Or une expérience négative de la naissance va influencer le bien-être et la santé mentale du père en post-partum (Hugues et al., 2019). Les pères peuvent ainsi présenter du stress, de l'anxiété (Leach et al. ; 2016 ; Philpott et al., 2019) voir une dépression post-partum (Cameron et al., 2016). Selon les études 4 à 16% des pères seraient anxieux pendant la grossesse et 2 à 18% en post-partum (Leach et al., 2016). Une dépression post-natale est retrouvée chez environ 8% des pères (Cameron et al., 2016). La santé mentale des pères est un sujet encore tabou. La dépression post-natale paternelle est probablement sous diagnostiquée et sous-traitée (Musser et al., 2013). C'est pourtant un enjeu de santé périnatale important puisqu'en plus d'impacter l'état de santé du père, la dépression post-natale paternelle peut influencer négativement la santé des autres membres de la famille. La dépression paternelle est associée à un risque augmenté de dépression postnatale maternelle, à une altération des relations conjugales avec un risque de rupture des couples, une diminution de la qualité de la parentalité et du lien au nourrisson ainsi qu'un risque augmenté de troubles psychopathologiques au cours du développement de l'enfant (Cameron et al., 2016 ; Musser et al., 2013).

Ce constat a abouti à un intérêt croissant et l'émergence de plusieurs initiatives à visée des pères par les institutions de santé. En Suisse romande plusieurs maternités et maisons de naissance proposent aujourd'hui des rencontres destinées exclusivement aux futurs pères animés par des professionnels hommes dans le but de créer un espace de parole pour les hommes (HUG, 2020 ; Maison de Naissance la Roseraie, 2020). Le projet de recherche « la naissance d'un père » mené par l'HESAV en collaboration avec Mencare a abouti à la création de ressources vidéo retraçant la diversité des réalités et les besoins spécifiquement masculins disponibles en ligne (HESAV, sd). Ces témoignages sont ponctués de recommandations à destination des professionnels dans l'objectif de favoriser une plus grande reconnaissance du rôle des pères, une amélioration de leur préparation à la paternité ainsi que la promotion du bien-être et de la santé des jeunes familles (HESAV, sd). Deux de ces recommandations

encouragent des prises de décision égalitaires au sein du couple concernant la santé de la mère ainsi que celle de l'enfant (Family Included, 2016 ; Gallagher & Wise, 2012 ; OMS, 2015). Quelle est donc la place des pères dans les processus décisionnels réalisés au cours de la grossesse ?

3.PROBLÈME ET OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Malgré un intérêt croissant pour le rôle des pères au cours de la grossesse, il n'existe peu de données sur leur rôle dans le processus décisionnel (Longworth, 2015). D'après une revue systématique de 2019 (Cheng et al., 2019), les hommes souhaitent globalement être actifs dans les processus décisionnels de la période périnatale. Il semblerait cependant que les hommes prennent davantage un rôle actif lorsque la situation obstétricale est pathologique et que le choix implique des conséquences sévères. Lorsque la grossesse est physiologique, l'homme se positionne davantage comme un soutien à sa partenaire (Cheng et al., 2019). Cependant une majorité des études incluses dans cette revue systématique concernaient un choix autour du dépistage anténatal et seules deux études concernaient l'accouchement (Johansson et al., 2014 ; Robson et al., 2015). Les données sur l'expérience des hommes dans le processus décisionnel de l'accouchement sont rares et hétérogènes. Le niveau de risque perçu de la part de l'homme est un bon facteur pronostic du choix d'un accouchement par voie basse après une césarienne antérieure (Robson et al., 2015) mais les hommes considèrent également que la décision d'une naissance par césarienne relève d'une décision du médecin et non de leur fait (Johansson et al., 2014). Concernant le choix d'une naissance à domicile, les hommes estiment que ce choix appartient à leur partenaire et adoptent davantage un rôle de soutien et d'accompagnement. Ils prennent une part active en cherchant des informations sur les bénéfices et les risques ainsi que les implications financières d'une telle naissance (Martinez-Mollat, 2015). A ce jour, aucune étude n'a été réalisée sur le rôle des pères dans la prise de décision d'un accouchement provoqué.

En Suisse romande, environ une naissance sur trois est provoquée (OFS, 2019). Une telle intervention doit faire l'objet d'une décision médicale partagée en regard des bénéfices et des risques sur la santé de la femme et du nouveau-né (Boulvain, 2015). Il est recommandé d'inclure les hommes dans cette prise de décision en tant que partenaire privilégié de la femme enceinte et père de l'enfant à naître (Family Included, 2016 ; Gallagher & Wise, 2012 ; OMS,

2015). Or aucune étude ne s'est à ce jour intéressée à ce processus du point de vue des hommes. Comment les hommes expérimentent-ils le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire ? Cette étude qualitative exploratoire a pour but de décrire l'expérience des pères dans le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire. Mieux connaître et comprendre l'expérience des hommes pourrait permettre d'améliorer les pratiques cliniques pour l'homme et pour le couple.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1. Design de l'étude

Il s'agit d'une recherche qualitative exploratoire phénoménologique basée sur des entretiens individuels semi-dirigés. La phénoménologie est un courant de pensée qui prend racine dans la philosophie du XX^{ème} siècle et dans la psychologie. Elle s'inspire notamment des travaux de Husserl, Heidegger ou Merleau-Ponty (Polit & Beck, 2016). La phénoménologie a pour but d'analyser « les intuitions ou les présences, non dans leur sens objectif, mais précisément sous l'angle du sens que ces phénomènes ont pour les sujets qui les vivent » (Giorgi dans Poupart, 1997 p.345). Aussi l'approche phénoménologique nécessite du chercheur une mise entre parenthèses des idées préconçues (Polit & Beck, 2016). L'objectif de ce travail est donc d'explorer comment se présente l'expérience de la prise de décision aux futurs pères et non pas de décrire ce qu'est la prise de décision de provoquer le travail. Husserl utilise le terme "d'essence de l'expérience". L'essence représente « ce qui se maintient durablement dans un contexte donné » (Giorgi dans Poupart, 1997 p 351). En outre l'objectif de cette recherche est de tenter de décrire la structure commune de l'expérience d'un travail d'accouchement provoqué à partir de plusieurs récits d'expériences personnelles et uniques de pères. Ce travail s'inspire de la phénoménologie descriptive mais aussi interprétative car l'analyse du discours d'autrui, même à visée descriptive, est toujours une forme d'interprétation (Churchill, 2016).

4.2. Population et critères d'inclusion et exclusion

Cette recherche avait pour objectif l'inclusion de dix participants selon les critères d'inclusion ci-dessous.

Ont été inclus des hommes majeurs (>18 ans) ayant une bonne compréhension parlée du français et dont la partenaire enceinte entre 37SA et 42SA devait être admise en maternité pour une provocation du travail d'accouchement dans les jours suivant la prise de contact. Les hommes devaient s'identifier comme père de l'enfant à naître⁴. Le travail devait être provoqué par une ou plusieurs méthodes mécaniques et/ou pharmacologiques. Un travail survenant uniquement après un décollement de membranes ou un recours à des méthodes alternatives comme l'homéopathie ou l'acupuncture n'était pas considéré comme un travail provoqué.

Les situations suivantes entraînent une exclusion de l'étude :

- Toutes les situations d'urgences vitales maternelles ou fœtales ainsi que tous motifs de provocation associés à un risque vital maternel ou fœtal important (pré-éclampsie, trouble du rythme cardiaque fœtal, diminution des mouvements du fœtus...), de même que les situations de mort fœtale in utero ou d'interruption médicale de grossesse. Il s'agit en effet de situations complexes qui peuvent engendrer une plus grande vulnérabilité chez les couples et impacter massivement leur expérience de la naissance. Aussi par choix éthique j'ai choisi de ne pas mettre en difficulté ces couples pour qui le travail d'accouchement pouvait déjà être particulièrement éprouvant.
- Les accouchements ayant lieu avant 37SA ont également été exclus de l'étude. L'accueil d'un enfant prématuré apparaît comme particulièrement intense et serait un biais trop important pour permettre d'extraire l'essence même de l'expérience de la provocation. Elle pourrait alors être minimisée ou noyée dans le contexte plus général de la naissance prématurée et des problématiques liées à l'enfant prématuré.
- Une mise en travail spontanée de la partenaire avant l'entretien.

Afin d'obtenir une plus grande diversité d'expériences, l'échantillon a été pensé de manière à inclure cinq hommes dont la grossesse de leur compagne était considérée comme « à bas risque obstétrical » et 5 hommes « à moyen risque obstétrical ». Ce choix se base sur l'hypothèse émise par Cheng et al (2019) pour qui le niveau de risque perçu par l'homme influencerait son rôle dans le processus décisionnel. Les hommes dont la grossesse de leur compagne était considérée comme « à haut risque obstétrical » n'ont pas été inclus dans cette

⁴ Le terme père se réfère ici au parent de genre masculin d'un point de vue social uniquement. La réalité juridique, génétique ou biologique n'a pas été investiguée.

étude exploratoire. En effet les grossesses « à haut risque obstétrical » sont souvent associées à des situations qui correspondent ici aux critères d'exclusion. De plus, d'un point de vue numérique ces grossesses ne représentent qu'une faible proportion de la population générale. La classification des grossesses utilisée dans cette étude correspond à celle utilisée aux HUG et son détail est disponible en annexe (*Annexe 1*).

4.3. Déroulement de l'étude



Figure 2 : Calendrier de l'étude

Pour ce travail de recherche exploratoire, les phases de recrutement, production de données et d'analyses de données ont été réalisées dans une même temporalité (*Figure 2*). Cette organisation a permis de faire évoluer le canevas d'entretiens au fur et à mesure des analyses mais aussi de permettre un dialogue réflexif tout au long de la recherche.

Il est important de noter que le protocole de cette étude a été rédigé au printemps 2020 lors de la première vague de contaminations dues au COVID-19. Ce contexte de pandémie et de confinement mondial a influencé les modalités des différentes étapes de cette recherche. Dans le but de protéger les familles ainsi que le personnel des hôpitaux d'une éventuelle contamination, le protocole a été repensé de manière à réaliser l'étude à distance via différents outils numériques détaillés ci-après.

4.3.1. Information et recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé en collaboration avec les équipes du service des consultations de la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG]. Ce projet de recherche a été soutenu par le Professeure Begoña Martinez de Tejada, cheffe du département de la Femme et de l'Enfant [DFEA] des HUG, Madame Bérangère Pierret, sage-femme responsable des soins du DFEA des HUG ainsi que Madame Claudie Godard, sage-femme cadre du service des consultations du DFEA des HUG. Le service d'obstétrique des HUG est le plus grand de Suisse en volume d'activité ; 4 247 naissances y ont eu lieu en 2019 avec un taux de naissances par césarienne de 25% et d'épisiotomie de 12% (HUG, 2020). Le taux de naissances provoquées actuel ne figurant pas sur les données accessibles au public, une estimation a été faite à partir de statistiques plus anciennes : environ 40% des naissances seraient provoquées au HUG (Carquillat et al., 2016). Le service de la maternité des HUG propose trois méthodes de provocation : déclenchement par perfusion d'ocytocine, maturation cervicale par prostaglandines ou par sonde à ballonnet (*Annexe 2*).

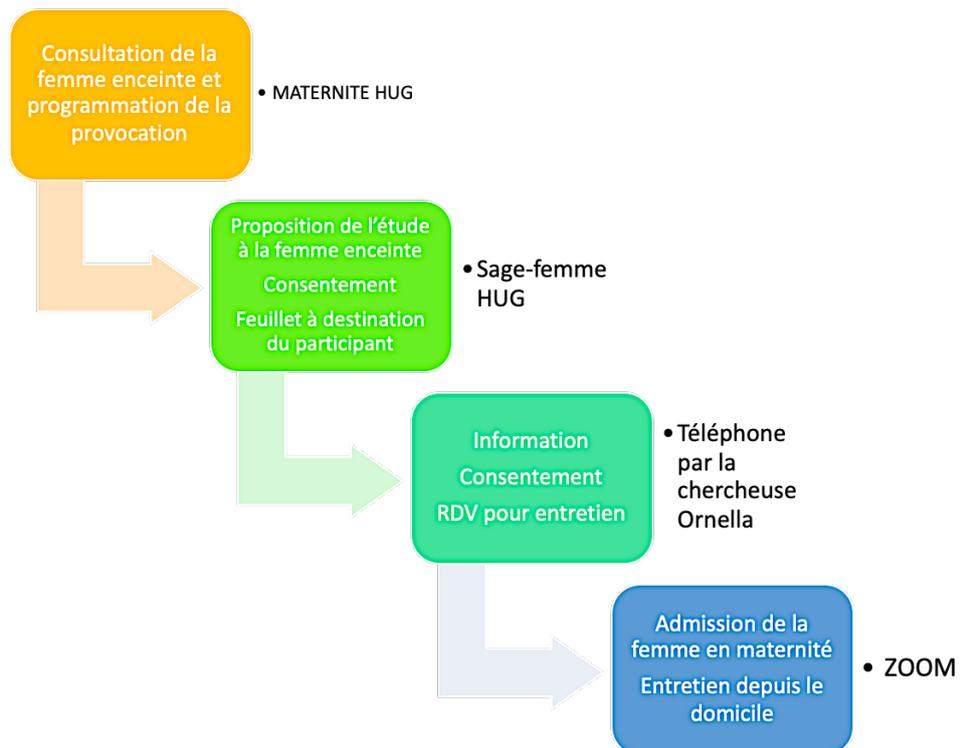


Figure 3 : Organisation du recrutement

Ainsi l'information et le recrutement ont été organisés en collaboration avec les sages-femmes exerçant aux services de consultations de la maternité des HUG comme décrit ci-dessus (*Figure 3*). Le rôle des sages-femmes était le suivant : lorsqu'une femme enceinte se voyait proposer un rendez-vous pour une provocation, la sage-femme présente évaluait alors si le partenaire correspondait aux critères d'inclusion de l'étude. Si tel était le cas, la sage-femme présentait alors brièvement l'étude au couple ou à la femme seule. Un feuillet d'information rédigé par mes soins était également distribué à destination de l'homme (*Annexe 3*). Le couple ou la femme était alors invité/e à donner leur/son accord pour que l'équipe des HUG me transmette leurs coordonnées. Avec son/leur accord la sage-femme inscrivait la date de provocation ainsi que les coordonnées sur un dossier mis à disposition dans la salle de repos de l'équipe. Les coordonnées étaient ensuite envoyées par la sage-femme responsable du suivi du projet au HUG via des mails institutionnels et sécurisés.

Chaque homme a ensuite été contacté par téléphone par mes soins dans le but d'obtenir son consentement oral pour participer à l'étude. Lors de cet appel les différentes modalités de la participation étaient réexpliquées. En cas d'inclusion dans l'étude, la date et l'heure de l'entretien sont alors convenu ensemble. Chaque participant a ensuite reçu une invitation par mail lui permettant de se connecter à la salle de réunion Zoom créée pour l'entretien ainsi que le mot de passe permettant d'y accéder.

Afin de communiquer sur l'avancement du recrutement avec l'équipe des HUG, un groupe WhatsApp a été créé. WhatsApp est une application gratuite de messagerie instantanée accessible sur smartphone, ordinateur ou tablette (WhatsApp Inc, 2020). Pour chaque coordonnée récoltée, la sage-femme des HUG envoyait un message notifiant le terme prévu ainsi que le niveau de risque du suivi. De mon côté je donnais un retour sur les entretiens réalisés ou non. Ce dialogue était particulièrement important pour permettre une réalisation progressive des entretiens mais également pour motiver l'équipe des HUG à participer à ce projet.

4.3.2. Phase de production des données

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés en tête à tête lors d'une seule rencontre qui s'est déroulée à distance via l'application Zoom. Tous les entretiens ont été audio et vidéo enregistrés grâce à cette application. Le participant était informé et avait donné son accord pour l'enregistrement. Zoom est une application gratuite de réunion à distance (Zoom, 2020)

qui a été massivement utilisée pendant le confinement lié au COVID-19 notamment par des institutions genevoises comme les HUG ou l'UNIGE (UNIGE, 2020). Les participants étaient invités à réaliser l'entretien depuis un lieu de leur choix calme et en dehors de la présence de leur partenaire.

Les entretiens ont été réalisés la veille ou le matin même de la date prévue de provocation de l'accouchement et avant le démarrage du protocole de provocation. Il s'agissait d'être au plus proche du début de la provocation sans pour autant perturber le bon déroulement de la prise en charge médicale usuelle ni gêner les hommes dans leur éventuel rôle d'accompagnant pendant la provocation. Ne pas réaliser ces entretiens en post-partum est un choix pris par crainte de voir le récit de l'expérience de l'accouchement et son issue prendre le pas sur l'expérience du processus décisionnel.

Les entretiens ont été réalisés grâce à un guide d'entretien évolutif (*Annexe 4 et 5*) basé sur le concept du « canevas d'entretien » de Olivier de Sardan (2008). Ce canevas avait pour but de venir soutenir les échanges spontanés et a été utilisé avec pondération. Les entretiens ont été menés de façon à créer un *« climat de confiance empathique favorisant les échanges ouverts qui s'apparenteraient le plus possible à une conversation »* (Kauffmann, 1996, p.44). Cette recherche se basant sur une méthodologie phénoménologique, une « réduction phénoménologique » a été adoptée : le chercheur met en parenthèse ses connaissances passées et idées préconçues. Il s'agit d'aborder les entretiens d'une manière « naïve ».

Pour chaque entretien des notes sur l'environnement ont été prises : moment de la journée, lieu, bruits, interruption par personne extérieure etc...). Un journal de bord a été rédigé tout au long de la recherche compilant impressions, processus intellectuels et réflexifs. Puis chaque entretien a été retranscrit par mes soins dans son entièreté verbatim en tenant compte des éventuelles pauses, hésitations ou toutes réactions du participant. Ce travail de recherche est basé sur les données produites par trois supports suivants : les verbatim des entretiens, les observations et le journal de bord du chercheur (Corbin & Strauss, 2015, p36).

4.3.3. Phase d'analyse des données

L'analyse des données a été effectuée selon la méthode phénoménologique scientifique en sciences humaines telle que développée par Giorgi (1985). Cette méthode comporte quatre étapes (Giorgi, 1985 ; Giorgi dans Poupart, 1997) :

- Une lecture attentive de l'ensemble du corpus pour en retirer le sens général
- La division des données en unités de signification
- L'organisation et l'énonciation des données brutes dans le langage de la discipline de la recherche
- La synthèse des résultats

Afin d'augmenter la rigueur de cette recherche, l'étape de division des données en unités de significations ou codage a été réalisée à double avec la collaboration de Madame Patricia Barbosa Oliveira qui est également sage-femme. Les trois premiers entretiens ont été lus puis codés de manière indépendante avant une mise en commun. Les unités de significations ont ensuite été discutées en séances d'intervision avec l'aide de la directrice du travail, la professeure HES Marie-Julia Guittier. A l'issue de l'analyse de ces trois entretiens a émergé une grille de codage qui a permis de coder l'ensemble des entretiens (*Annexe 6*). Tous les entretiens ont été codés à double à l'aide de cette grille de codage ou codebook.

La phase d'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel MAXQDA-2018. « Le logiciel QDA sert à fournir un aperçu des ensembles de données qualitatives sans suggérer d'interprétations. Il permet de trier, structurer et analyser facilement de grandes quantités de texte ou d'autres données et facilite la gestion des interprétations et des évaluations qui en résultent » (MAXQDA, 2020). Une fois les entretiens codés, un travail de relecture ainsi que de confrontation des segments les plus pertinents a permis de dégager les principaux éléments répondant à la question de recherche. La dernière étape du travail a consisté à structurer ces éléments de réponse de manière à en extraire une sorte d'essence universelle. Il s'agissait en outre de trouver un squelette à l'expérience de ces hommes malgré leurs différences interpersonnelles tout en restant fidèle à leur propos.

4.4. Considérations éthiques

4.4.1. Aspects légaux

Ce projet de recherche a été mené conformément à la Déclaration d'Helsinki, aux principes de bonne pratique clinique, à la loi sur la recherche humaine (HRA) et à l'ordonnance sur la

recherche humaine (ORH). Une demande d'avis auprès de la Commission Cantonale d'Éthique et de la Recherche de Genève (CCER-GE) a été réalisée. La CCER a estimé que cette recherche n'entrait pas dans le champ d'application de la loi relative à la recherche sur l'être humain (selon art 2 de la LRH) et ne nécessitait donc pas d'être soumise à la commission d'éthique, conformément à la décision du Président de la commission de Genève n°2020-00582. Toutefois cette recherche a été réalisée de manière à respecter les principes éthiques généraux applicables à toute recherche impliquant des personnes.

La participation à cette étude était volontaire et gratuite. Chaque participant pouvait à tout moment se retirer de l'étude et demander que les données le concernant soit effacées.

D'un point de vue financier, cette étude n'a pas nécessité de demande de fonds. Pour cette recherche j'ai utilisé un téléphone et un ordinateur déjà en ma possession ainsi que des applications numériques gratuites. Enfin l'HEDES-Genève m'a fourni la licence du logiciel Maxqda-2018.

4.4.2. Sécurité et stockage des données

Les données ont été analysées en toute confidentialité. Pour la retranscription des entretiens, les prénoms des participants ainsi que toutes les données permettant l'identification (noms de la partenaire, prénoms des enfants, lieu du domicile...) ont été modifiées. Ce codage n'est connu que de moi-même et de la directrice de recherche Madame Guittier. Les enregistrements ainsi que les retranscriptions des entretiens ont été stockées sur le serveur sécurisé de l'HEDES et seront par la suite archivées et stockées sur le serveur sécurisé des HUG pour une durée de dix ans.

La réalisation des entretiens via des outils numériques a mis en exergue la question de la sécurité des données. L'application Zoom a été utilisée selon les recommandations émises par l'UNIGE (UNIGE, 2020) ; une salle de réunion a ainsi été créée pour chaque entretien avec un mot de passe obligatoire. Les enregistrements des entretiens ont été effacés au fur et à mesure de l'application pour être stockés sur un serveur sécurisé. Enfin, bien que les expériences décrites par les participants soient intimes, elles ne constituent pas en tant que telles des données médicales ou des données sensibles pouvant porter atteinte à leur sécurité.

4.4.3. Posture éthique et réflexive

Tout au long de ce travail j'ai eu à cœur de garder une posture réflexive, critique et éthique. Les entretiens ont été menés dans un climat bienveillant avec un effort de posture ouverte et de non-jugement. Étant étudiante en master, des réunions de supervision et d'intervision ont été organisées de manière régulière pour discuter des différentes étapes de la production et de l'interprétation des données avec Marie-Julia Guittier qui est une chercheuse qualifiée et qui a déjà fait ce type de recherches.

5. RÉSULTATS

5.1. Recrutement et inclusion

Quinze hommes ont donné leurs coordonnées en vue de participer à l'étude et sept hommes ont finalement été inclus. La figure 3 décrit les différentes étapes aboutissant à ce résultat. Malgré le fait de ne pas avoir atteint le nombre de dix participants comme initialement prévu j'ai, en accord avec ma directrice de recherche, fait le choix de stopper le recrutement pour me permettre de terminer ce travail de recherche dans les délais prévus par le cursus académique.

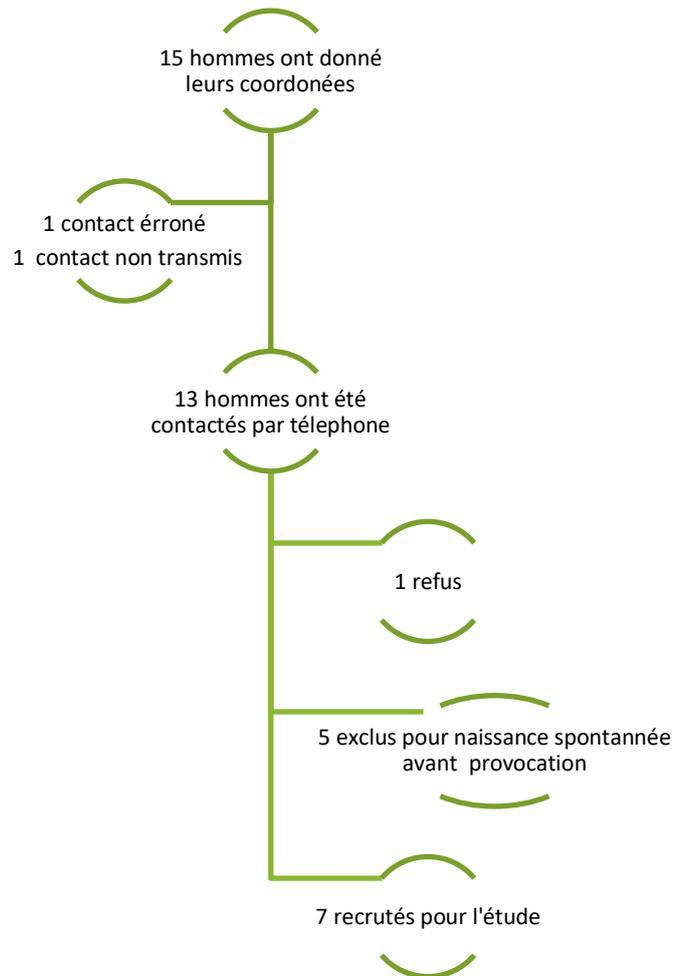


Figure 4 : Flow-chart du recrutement

5.2. Caractéristiques des participants

Le *Tableau 1* met en évidence les caractéristiques des participants. Les participants apparaissent selon l'ordre chronologique des entretiens réalisés. Tous les entretiens ont été réalisés la veille de la provocation depuis le domicile du participant sauf un. L'entretien de Sandro a été réalisé le matin de la provocation lors d'une balade à proximité des HUG en attendant l'admission en maternité. Les entretiens ont une durée de 35 à 55 minutes.

Prénom ⁵	Age	Nationalité	Rang de l'enfant à naître	Profession	Motif de provocation	Niveau de risque du suivi
Rachid	43	Franco-algérien	1	Paysagiste	Age maternel	Moyen
Sandro	33	Brésilien	1	Employé de stock	Faible poids fœtal	Moyen
Fatmir	28	Suisse	1	Conducteur de bus	Terme dépassé	Faible
Félix	39	Camerounais	3	Infirmier	Diabète Gestationnel	Moyen
Rémi	35	Français	1	Médecin radiologue	Désir du couple	Faible
Tom	35	Australien	1	Informaticien	Terme dépassé	Faible
Faruk	40	Suisse	3	Conducteur Poids-lourds	Macrosomie fœtale	Faible

Tableau 1: Caractéristiques des participants

Les participants étaient âgés de 28 à 43 ans. Ils étaient tous en couple et mariés. Il s'agissait d'un premier enfant pour cinq d'entre eux. L'échantillon est constitué de quatre hommes dont la femme était considérée comme « à bas risque » et trois « à moyen risque ». Les motifs de provocation de l'accouchement étaient tous différents (*Tableau 1*).

⁵ Il s'agit des prénoms codés

5.3. L'expérience du processus décisionnel de l'accouchement provoqué

5.3.1. Un temps à deux : faire corps autour d'un choix

Lorsque les hommes sont interrogés sur leur place dans la prise de décision d'une naissance provoquée, spontanément ils évoquent leur expérience au sein de leur couple davantage que celle face aux professionnels. Sandro répond ainsi du tac au tac :

« Alors la prise de décision, ça a été très facile avec ma femme. C'est vrai que nous on a une complicité. Là à ce moment on s'est juste regardé et pis... on s'en parlait à la maison, on se disait si jamais elle doit provoquer : qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on essaye d'attendre ? »

L'expérience de prise de décision est ainsi perçue comme un temps de réflexion domestique, un temps de discussion intime pour le couple. C'est à la maison qu'un espace de parole est possible pour l'homme en opposition au temps de consultation avec les professionnels. Tom raconte :

« Donc nous avec ma femme, on avait déjà discuté de ce qu'elle voulait faire. Et que moi j'étais super d'accord et tout ça. Moi, j'ai rien dit en face des docteurs (...) J'ai plutôt ce sentiment exactement, que c'est plutôt moi, à la maison, on parle ensemble et on prend des décisions ensemble. Plutôt ça, qu'être en face des professionnels, c'est clair ! »

Rachid me raconte en début d'entretien l'annonce de la provocation par sa femme. Ce n'est qu'à la fin de l'entretien que je comprends qu'il était pourtant présent avec elle à la consultation :

« J'ai entendu le professionnel mais on parle plus avec elle (sa femme) qu'avec son médecin »

Lorsqu'ils évoquent cette expérience les hommes utilisent le plus souvent la forme pronominale « on » ou « nous » et non pas « je ». L'expérience du processus décisionnel est

ainsi une expérience vécue par le couple. Ce « nous » est très souvent associé à un espace de parole au sein du couple. Le consensus étant une condition sine qua non à la prise de décision.

Rémi : *« On va en parler encore et en parler encore. Donc je pense que jusqu'à demain on va en discuter. Voilà. »*

Enfin au-delà d'un « nous » faisant unité dans le choix, c'est également un « nous » faisant unité de corps qui est parfois exprimé. Tom et Rémi parlent ainsi de la fin de la grossesse :

Tom : *« C'est super, on y est arrivé, c'est super on est à terme. »*

Rémi : *« On aimerait accoucher au terme et pas dépasser le terme »*

Ainsi plus qu'une expérience de l'homme face à la sphère médicale, le processus décisionnel est avant tout perçu comme le cheminement du couple à faire corps autour d'un choix. Ce choix s'inscrit dans un processus plus global de grossesse et d'accouchement également perçu par l'homme comme une expérience de couple parfois même jusque dans sa dimension biologique et physique.

5.3.2. Un temps à trois : le choix perçu lors de la consultation prénatale

Alors qu'une partie du processus décisionnel se joue dans la sphère intime et domestique, la décision de provoquer l'accouchement reste actée par un professionnel de santé lors d'une consultation en fin de grossesse. C'est à l'issue de cette consultation qu'est planifiée l'admission de la femme en unité de provocation. La perception d'un choix possible pour le couple lors de cette étape varie selon les récits. Pour la plupart des hommes interrogés, la provocation relève d'un conseil médical à suivre ou de la suite logique de la prise en charge. Faruk raconte :

« On a pris la décision le jour même. Lundi il faut, sinon après c'est par césarienne. Il peut y avoir des risques, s'ils attendent plus. Nous on a dit oui. Il faut mieux faire ça. (...) Alors non, je ne vois pas une autre possibilité »

Tom à propos de l'annonce de la provocation :

« Ben on le savait déjà parce que, peut-être c'est la nouvelle génération, mais on a beaucoup lu. Donc moi j'ai lu quatre ou cinq livres à propos de ça. Donc à propos de la grossesse mais aussi la naissance et après. Donc les deux on le savait ... Donc quand on a vu les HUG pour 40SA+3, on savait ce qu'ils allaient dire : Maintenant, il faut qu'on commence à parler de ça. On le savait, tout ça, quoi. Ce n'était pas une surprise. »

Fatmir est le seul participant à décrire cette décision comme un non-choix :

« Là ce n'est même pas une décision qu'on a pris ou pas de la déclencher. Parce que concrètement, elle est bien en fait. Niveau poids ça va. Niveau... avec le placenta, le bébé communique super bien, tout ça. Il n'y a pas de problème jusqu'à maintenant. Donc, au final, ce n'est même pas une décision qu'on a eu à prendre ou pas de déclencher ou pas (...) Ma femme est allée toute seule, ils lui ont dit que d'ici une semaine, si elle n'a toujours pas accouché, elle doit aller pour provoquer. Donc on n'a pas eu tellement le choix. »

A l'opposé de Fatmir, Rémi est à l'origine de la demande de provocation. Le terme de la grossesse étant prévu pour le 1^{er} août, le couple préférerait une naissance survenant avant le 31 juillet pour faciliter l'inscription à l'école de leur fille dans le futur. C'est leur choix qui a été validé par l'équipe médicale lors d'un dialogue perçu comme très positif.

Rémi : *« (...) ça a été vraiment un vrai échange et on nous a dit "mais pas de soucis, on peut essayer de l'envisager." C'est ça qui nous a fait réfléchir plus sérieusement. »*

Dans cette situation, c'est sur les épaules du couple que pèse la responsabilité du choix et de ses conséquences possibles.

Rémi : *« Voilà aussi il faudrait pas, je ne voudrais pas qu'on s'en veuille d'avoir choisi de provoquer un accouchement et qu'au final ce soit une césarienne. Et qu'on s'en veuille. Est-ce que c'est lié à ça ? Est-ce que c'est lié au fait d'avoir provoqué ou pas ? Là on risque peut-être de se dire, je pense que c'est humain, de se poser la*

question après. De se dire est-ce que c'est ça ou pas. (...) C'est nous qui avons demandé. »

D'un choix perçu comme absent à un choix perçu comme total, ces récits dépeignent donc différents degrés d'expression du choix du couple au cours de la consultation obstétricale.

5.3.3. Être expert ou ne pas l'être : le savoir comme condition légitimante

Notion diffuse dans tous les entretiens, le niveau de connaissances apparaît comme un élément d'exclusion ou de légitimation à prendre part à la décision. Pour prendre part à la décision de provoquer la naissance de son enfant, il faut se sentir légitime à partager son avis avec les professionnels et avec sa compagne.

❖ Le professionnel: l'expert savant

C'est tout d'abord la notion de connaissance comme savoir scientifique, rationnel et objectif qui est utilisée par les hommes interrogés. C'est à l'expert savant que revient la responsabilité de la prise de décision. La prise d'un rôle actif par l'homme dans le processus décisionnel semble être associée à une perception positive de son propre niveau de connaissances et d'expertise. Félix et Farik expliquent ainsi pourquoi la décision de provoquer n'est pas de leur ressort :

Félix : « Vous savez quand on n'est pas spécialiste, on n'a pas grand-chose à dire. J'veux dire, je pense qu'on part du principe qu'on fait confiance aux professionnels. Si on arrive à cette décision, je pense ils ont une expérience, ils ont une expertise. Ils ont tout un tas de choses. Pour ma part je n'ai pas à intervenir sur des choses que je ne maîtrise pas ... Donc pour moi c'est une question de bon sens. Je n'ai pas à dire provoquer ou pas provoquer ? Sur quoi je me base pour dire... pour m'opposer ou pour apporter une quelconque proposition. J'veux dire c'est pas mon domaine, moi j'en sais rien. Absolument rien ! »

Faruk : « Moi je vais pas prendre une décision que je ne connais pas.... rien du tout.... C'est pas non plus mon domaine pour dire : ça, c'est mieux, ça c'est pas mieux ou ça

c'est pas bien. Une chose qu'on connaît pas, je pense il faut, il faut être.....écouter les autres, c'est eux qui connaissent mieux et ils ont plus d'expérience, ils savent faire, quoi faire, quoi. »

Tous les hommes interrogés montrent pourtant un intérêt certain quant à la décision de provoquer ou non la naissance de leur enfant. Un rôle passif dans le processus décisionnel semble donc davantage lié à un manque de légitimité perçue qu'à un désintérêt. C'est parce qu'ils estiment leurs connaissances insuffisantes que les hommes choisissent de déléguer cette prise de décision aux professionnels. Fatmir qui partage avec Faruk la même profession ainsi que des origines kosovardes, exprime lui aussi un manque de légitimité face aux professionnels mais avec un désir d'implication initial plus grand:

Fatmir : « Savoir si c'est primordial en fait, ou en fait c'est quoi les choix qui s'offrent à nous : Attendre ? Si on attend encore et qu'elle vient toute seule, bah, qu'est ce qui se passe et jusqu'à combien, bien sûr, ça peut aller. Ou alors, voilà, c'est quoi les risques de provoquer ? En fait, savoir si c'est risqué. (...) Si les risques sont démesurés par rapport à la situation, alors que la petite va bien, que la mère va bien, je vois pas l'utilité de provoquer. Après je suis pas médecin. »

Dans cet extrait, Fatmir explique de manière tout à fait précise et juste le dilemme ainsi que les enjeux de provoquer ou non la naissance. Pourtant à plusieurs reprises dans l'entretien lorsque son raisonnement aboutit à une position inverse à celle des professionnels, Fatmir aura tendance à déprécier son opinion car "il n'est pas médecin".

A l'inverse Rémi est lui médecin. En faisant part de son souhait de provoquer la naissance aux professionnels, Rémi affiche lui un sentiment de légitimité important. Il dispose d'un vocabulaire ainsi que de connaissances liées à son statut de médecin mais néanmoins ses attentes concernant la provocation ne sont pas exemptes de ses propres représentations :

« Donc, je pense que s'il faut dilater avec un ballonnet, je suis pas sûr qu'on le fera demain. Si c'est simplement de provoquer avec des hormones et essayer d'enclencher un travail de manière assez douce. Ça je pense qu'on le fera. (...) Je me dis qu'une stimulation hormonale c'est peut-être beaucoup plus naturel. J'ai l'impression que c'est vraiment une étape où on considère que le col est quand même

plus favorable et que ça va peut-être.... On enlève déjà une première étape qui peut aussi prendre du temps de dilater un col avec des sondes »

Si Rémi envisage la provocation de la naissance de sa fille, c'est parce qu'il la considère sans risques accrues et que cela ne modifie la date prévue d'accouchement que d'un à deux jours.

« Finalement, au lieu d'attendre le 1er ou le 2 août. Voilà donc c'est dans ce sens-là qu'on a été. Sachant qu'on ne voulait pas, on ne veut surtout pas qu'il y ait de risque, ni pour le bébé, ni pour la maman. »

Or ces deux aspects sont discutables d'un point de vue obstétrical. Ainsi alors que Rémi et sa femme sont à l'origine de la demande de provocation, leurs connaissances sur le sujet apparaissent comme incomplètes ou biaisées. D'ailleurs Rémi évoque à plusieurs reprises la limite de son expertise et l'importance de l'avis des professionnels dans la prise de décision. Ainsi le sentiment de légitimité perçu par l'homme n'est pas le simple reflet de son niveau de connaissances réelles sur le sujet de l'accouchement provoqué. Aussi tout au long des entretiens menés pour l'étude, on retrouve un décalage entre les niveaux de connaissances réelles exprimées et les niveaux de connaissances tel que perçue par les hommes.

Faruk, pourtant père pour la troisième fois suite à un accouchement provoqué, ne cesse de répéter qu'il n'a aucune connaissance sur le sujet. Ses expériences antérieures ne semblent pas lui conférer de légitimité. Par ailleurs la profession ne semble pas être un critère suffisant pour expliquer la perception positive de son propre niveau de connaissances et d'expertise : Félix, infirmier, considère n'avoir aucune connaissance dans le domaine alors Tom, informaticien, joue un rôle actif et démontre de nombreuses connaissances au même titre que Rémi, médecin. Rachid et Faruk estiment n'avoir aucune connaissance. Fatmir lui fait part d'un raisonnement adapté et précis mais une légitimité moindre que Tom ou Rémi.

❖ La femme: experte de son corps

Enfin en parallèle à la question de la légitimité face aux professionnels, se pose la question de la légitimité de l'homme face à la femme enceinte. Il s'agit là de la connaissance comme savoir expérientiel, subjectif et corporel : la femme est l'experte de son propre corps. Félix à propos d'une éventuelle naissance par césarienne suite à la provocation :

« Moi je fais entièrement confiance à ma femme. (...) Je dis à un moment donné c'est elle qui sait comment elle se sent, comment elle sent les choses. De toute façon c'est

pas moi qui a accouche en même temps ! Je veux dire, de quel droit je me permettrais de dire : « pas de césarienne ». Je ne suis pas enceinte moi ! Donc pour moi non non non non non non ! Moi je pense que tout ce qu'elle décidera moi je suis à 2000% quoi. Pour moi c'est pas un problème qu'on doit arriver à la césarienne. Elle a juste à prendre une décision elle. Moi je n'ai rien à dire car je n'accouche pas ! »

Sans décrire comme Félix une remise totale de la responsabilité de la décision à la femme, tous les hommes interrogés s'accordent sur le fait qu'au sein du couple c'est le choix de la femme qui doit être respecté. Parce que c'est son corps qui donne naissance, c'est elle qui est légitime à prendre la décision in fine. En outre la décision du couple ne peut aller contre celle de la femme. Sandro sur les choix de sa femme pendant la grossesse :

« Oui, bien sûr, je soutiens à 100%. Même si je ne suis pas 100% d'accord mais je la soutiens quand même. Je pense que pendant la grossesse, ce n'est pas vraiment le moment de contrarier. Je connais ma femme et je sais à quel point elle s'inquiète et elle s'angoisse pour certaines choses. Et je pense qu'elle a raison. C'est l'instinct maternel qui ressort. Elle, elle veut juste le mieux pour le bébé, c'est surtout ça. »

Rachid à propos de l'accouchement provoqué : *« Voilà, ma femme, elle m'a dit que c'était...en fait, elle estime pour elle, que c'est la meilleure façon, donc j'accepte. Et pis voilà, j'écoute, j'essaie de comprendre. J'sais même pas, comment vous dire ? J'ai confiance en ma femme. »*

Ainsi pour l'homme prendre part au processus décisionnel de l'accouchement provoqué nécessite de confronter son niveau de connaissance perçu et donc sa légitimité dans la sphère publique face aux professionnels de santé et dans la sphère intime au sein de son couple face à sa partenaire.

5.3.4. Provoquer l'accouchement, un choix de raison : « Une bonne chose pour une belle chose »

Pour l'ensemble des hommes interrogés, une mise en travail de l'accouchement spontanée reste le scénario préféré à la provocation. Pour autant aucun d'entre eux ne refuse ou ne s'oppose totalement à la décision de provocation et ce quel que soit le projet de naissance

initial du couple. Tom et sa femme souhaiteraient une naissance la plus naturelle possible. Tom explique pourtant à propos de la provocation :

“Ça rassure parce que ce système aussi, il est en place pour que la maman et le bébé est en bonne santé. Donc ça nous rassure qu'il faut déclencher grâce à ça. Et ça rassure : si on le faisait pas cette provocation, il y a des choses qui peuvent arriver. Il y a des risques. Je pense que ça rassure de toute sorte de côté. Je pense que c'est juste au fond du coeur. C'est juste peut-être dommage qu'on ait pas eu la chance. Qu'on n'avait pas besoin de faire ça, quoi.”

L'accouchement provoqué est ainsi perçu comme un choix de raison en opposition avec un choix du cœur. Lorsqu'ils décrivent leur réaction face à la décision de provoquer la naissance, les hommes utilisent tous un discours rationnel et logique avec au centre de leurs préoccupations la notion de risque.

Fatmir : “Je pense que c'est pour le bien de ma fille et de ma femme aussi.”

Rachid : « Je n'ai pas envie d'attendre qu'il y ait des conséquences après. (...) Donc si c'est une bonne chose pour une belle chose, autant le faire. »

Aussi tous les hommes interrogés abordent la question de l'accouchement provoqué en termes de balance bénéfiques/risques. Le discours sur la provocation de chaque participant est ainsi construit autour des deux questionnements suivants. La provocation est-elle « *une bonne chose* » c'est-à-dire une intervention nécessaire et sécuritaire ? La provocation permet-elle « *une belle chose* » soit un résultat positif du point de vue de l'homme ? Comment les hommes décrivent-ils alors ce qu'est « *une belle chose* » et « *une bonne chose* » ?

❖ « Une belle chose » : « la mère et l'enfant en santé »

L'ensemble des hommes interrogés s'accordent sur le fait que la bonne santé de la femme et de l'enfant à l'issue de l'accouchement est l'enjeu principal. Pour certains la question de la provocation de l'accouchement n'a donc pas lieu d'être en tant que telle. La provocation étant un moyen parmi d'autres d'aboutir à “une belle chose”.

Félix : “Pour moi un accouchement c'est un accouchement. Donc du coup après les méthodes, les techniques et tout le reste.... Pour moi la finalité il faut que l'enfant vienne au monde en bonne santé. J'veux dire que ce soit une césarienne, que ce soit provoqué ou pas provoqué ou.... Pour moi le plus important c'est que la mère soit en santé et l'enfant soit en santé donc le reste on s'en fout ! Moi je m'en fout un peu de la méthode. C'est pas, c'est pas intéressant. Parce que le final c'est que si on décide de telle ou telle option, même si on arrive à la césarienne parce que, on a échoué par d'autres... Par le plan A, plan B n'a pas fonctionné... Comment on va faire alors ?! On laisse dans le ventre où on va le chercher ? Moi je suis pour qu'on va le chercher point barre. On discute pas ! (...) Je pars du principe que, que l'on provoque un accouchement ou pas, le plus important c'est que la naissance se passe bien. Qu'il n'y ait pas de dégât.”

Passé la déception d'un choix de raison à défaut d'un choix de cœur, l'accouchement provoqué est pour certains participants appréhendé in fine de la même façon qu'un accouchement spontané.

Faruk : « Bien sûr une préférence pour une naissance spontanée mais au final ça change rien »

Tom: « Qu'est ce qui change? Bah pas grand-chose, je pense. Si à la fin, après tout, le bébé est en bonne santé et la maman aussi, je pense que pour moi, c'est une bonne chose. Moi, je suis content, à la fin si la maman, si elle a eu l'impression que, elle a eu, elle a fait des bonnes décisions, et qu'elle faisait part des décisions aussi, que ce n'était pas juste elle qui s'emportait avec les décisions des autres. (...) Ça, je pense que ça peut être une réussite. Quand la femme, elle est vraiment dans le contrôle, et que les préférences de naissance ont été suivies presque si possible. Et pour moi, personnellement, si elle, elle est contente et la petite elle est en en bonne santé, pour moi, ça change pas vraiment »

La provocation est également perçue comme le moyen d'éviter une naissance par césarienne, issue non souhaitée pour la majorité des participants.

Sandro : « C'est mieux qu'elle sorte maintenant plutôt qu'elle reste encore. Et puis que ça se trouve à la fin, si on n'arrive pas à provoquer, pour moi c'est juste que j'ai

peur que ce soit la fin du terme, qu'elle soit pas sortie et qu'on soit obligé de passer à une césarienne »

Ainsi il y a adhésion à la décision de provoquer tant que l'issue et le déroulement de l'accouchement semblent être en accord avec les définitions de la santé de la mère et de l'enfant telles que l'homme se les représente. Parce qu'elle est le moyen rendant possible « une belle chose », la provocation est alors considérée comme « une bonne chose ».

❖ « Une bonne chose » : contrôler le(s) risque(s)

Outre l'issue de la naissance, la provocation est également appréhendée par les hommes en tant qu'outil de la médecine moderne, contemporaine et occidentale. Poser la question de la provocation comme “une bonne chose” revient à interroger la confiance accordée aux professionnels de la santé.

Fatmir : « Mais honnêtement, je me dis on est quand même en Suisse. Il y a quand même des règles et je ne pense pas que le corps médical va commencer à essayer de faire des magouilles ou n'importe quoi parce qu'il a quand même des règles, des conséquences etc. Mais j'aurais plutôt tendance à être assez confiant au corps médical en Suisse. Je me dis que, s'ils ont dit c'est mieux de faire, de faire provoquer l'accouchement. J'imagine que c'est mieux (...) je pense pas que, en Suisse, à Genève, à l'hôpital déjà, ils commencent à faire des expériences ou n'importe quoi sur des jeunes mamans pour les enfants, etc. Surtout sans prévenir les gens. (...) Je pense qu'il y a quand même des études qui sont faites. Ils ont quand même, comme vous vous avez fait un master, il y en a d'autres aussi qui ont fait ça avant vous. Il y a des études, peut être l'OMS qui dit ça ou je ne sais pas... Mais ça, ça sort pas d'un tiroir, vous voyez ce que je voulais dire ? »

L'ensemble des hommes interrogés témoignent ainsi d'une grande confiance envers les professionnels de la maternité. La provocation est perçue comme le reflet d'une médecine savante et sécuritaire. Cette confiance dans le système médical suisse s'oppose à la perception de la médecine telle que pratiquée parfois dans le pays d'origine de l'homme.

Félix à propos de la maternité en Suisse : *« Ici des gens sont capables de déterminer par la technologie les battements de l'enfant, de la mère, tout le monde est scopé,*

tout le monde est sous surveillance. Et dans tout ça vous voulez que je sois inquiet, mais c'est juste pas possible ! »

Les risques éventuels de la provocation et plus généralement les risques liés à la naissance semblent ainsi pouvoir être contrôlés par une médecine moderne et technologique. Félix à propos des accouchements non médicalisés au Cameroun :

« S'il y a un problème, qui contrôle son corps ? Qui contrôle le corps de l'enfant ? On ne contrôle rien du tout, c'est le hasard ! C'est du hasard du début à la fin ! »

Aussi le fait de provoquer l'accouchement est un exemple du paradigme de la médecine moderne capable de contrôler les risques par le fait de contrôler les corps. Les techniques et savoirs permettent de contrôler le corps de la femme qui accouche et les éventuels risques liés à la provocation.

Sandro : « On s'est dit que c'est plutôt intéressant le fait de la provoquer un peu avant parce que, comme ils nous ont expliqué, c'est-à-dire qu'elle a plus de chance de grandir dans l'ambiance extérieure avec le lait maternel plutôt qu'avec le placenta (...) Je trouvais ça professionnel de leur part de proposer des choses comme ça. Et pis moi, je vais vous dire moi, ça me rassure. Comme ça je sais qu'on va l'avoir plus tôt et on saura qu'on pourra s'en occuper un peu mieux parce que dans le ventre, on ne sait pas vraiment ce qui se passe... »

Enfin provoquer l'accouchement apparaît comme une possibilité de reprise de contrôle sur le corps de la femme et sur celui de l'enfant, perçus comme non maîtrisables du fait de l'état de grossesse.

Ainsi il y a adhésion à la décision de provoquer lorsque l'homme considère la provocation de l'accouchement comme l'outil d'une médecine raisonnée et sécuritaire. Parce qu'elle permet de contrôler les corps et de limiter le risque, la provocation est considérée alors comme une « bonne chose ».

❖ « Autant le faire » ? Ou quand le flou persiste

Lorsqu'il est impossible pour l'homme de déterminer si la provocation est une « bonne chose » pour « une belle chose », alors il demeure un flou. Lorsque des interrogations persistent, cela

entraîne du stress et un sentiment d'ambivalence chez l'homme. C'est le cas de Rachid qui s'inquiète de l'effet de la provocation sur la santé de sa femme et de son enfant ou de Rémi qui craint une naissance par césarienne suite à la provocation.

Rachid : « La question que je me pose et que beaucoup de papas se posent je pense, c'est est ce qu'il y a des effets ? Est-ce qu'il y a des effets secondaires pour la maman ou pour l'enfant par rapport à ce style d'accouchement (...) je pense, c'est comme les médicaments, ça a des effets secondaires, mais je ne sais pas si c'est à long terme. »

Rémi : « Aujourd'hui, on est encore encore un petit peu partagé et qu'on se dit qu'on a besoin aussi de voir un petit peu comment se passe la consultation demain, l'examen un petit peu avant. Voir aussi comment se passe la nuit. »

Lorsque le flou persiste, le prochain contact avec les professionnels est ainsi espéré comme une possibilité de discuter des bénéfices et des risques de la provocation. Aussi pour ces hommes le processus décisionnel n'est pas encore achevé.

5.4. Autres résultats

Dans cette partie je souhaiterais présenter succinctement plusieurs résultats notables qui ont émergé lors de cette recherche au-delà de l'expérience du processus décisionnel de l'accouchement provoqué.

5.4.1. « La vie, la mort »

Les émotions positives comme négatives sont omniprésentes dans tous les entretiens. La perspective de la naissance prochaine de leur enfant est associée à une très grande joie pour les hommes mais est également source d'un grand stress voire d'anxiété. En parallèle à la projection d'un bonheur futur, surgit l'idée de mort de l'enfant ou de la parturiente. Bien plus qu'un risque hypothétique, la mort est un scénario envisagé pour certains hommes.

Sandro : « Si par exemple, on vient à avoir une grossesse à risque ou je devrais choisir une des deux personnes, par exemple parce qu'il y a eu une complication ou choisir entre la petite et la maman.... Moi, j'ai dit à ma femme, malgré que j'aime ma fille, je pense que je prendrai la décision, nous on a pris la décision de peut-être

sauver ma femme et pis se dire que voilà, y a encore un avenir devant. S'il y a un traitement à faire pour qu'on puisse avoir des autres enfants. C'est très difficile à dire, je ne sais pas, mais je pense que je sauverais ma femme, parce qu'avec elle, je pourrais encore essayer d'avoir d'autres enfants et puis.... J'sais pas ce que je pourrais raconter à ma fille, lui dire : "Écoutes on a fait le choix de laisser ta mère partir et te garder toi". Ce n'est pas comme ça que j'ai envie de parler à ma fille en fait. »

5.4.2. Une lignée de femmes

Concernant la grossesse ou l'accouchement, les hommes se réfèrent souvent à des récits de personnes proches que ce soit amis ou familles. Il est intéressant de noter que tous les hommes parlent ainsi de leurs mères, grands-mères, sœurs ou encore cousines comme personnes de références. A l'inverse, aucun homme n'a évoqué son père, grand-père ou frère comme modèle. La naissance d'un enfant s'inscrirait donc davantage dans une histoire familiale de lignée de femmes. Aussi, possible ou non, l'espace de parole autour de la naissance et de l'accouchement est envisagé avec une référente femme et mère. La possibilité d'un espace de parole avec un modèle masculin n'a pas été évoqué par les participants.

Rachid : « Moi je suis l'aînée de cinq enfants, j'ai qu'une sœur. (...) Je n'ai jamais parlé avec ma sœur. J'sais qu'elle a trois enfants, elle a deux filles et un garçon. On n'a jamais humm.... on n'a jamais échangé. »

Sandro : « Moi, je suis né en voie basse. Moi et mes quatre sœurs, ça s'est bien passé. Moi, c'est ce que je lui (sa femme) souhaite. Parce qu'en fait j'ai toujours appris que par voie basse, le bébé il est toujours en bonne santé ; ma mère m'a toujours raconté que toutes ses copines qui ont eu des enfants par voie-basse, ils n'ont jamais vraiment souffert de maladies. Et moi, c'est vrai que moi, je crois que je peux compter dans la main combien de fois je suis tombé malade. Ma mère m'explique qu'on était en très bonne forme, dès qu'on est sorti on s'est très bien porté. »

5.4.3. Les autres décisions prises en cours de grossesse

Les hommes répondent pour la plupart qu'il n'y a pas eu d'autres décisions à prendre puisque la grossesse s'est déroulée de manière "standard" ou "normale".

Rémi : *« Je crois que ça a été assez classique dans la prise en charge en fait. Et on n'a pas dû prendre des décisions particulières hormis là, en fin de grossesse. »*

D'un point de vue médical, les examens cliniques, biologiques ou échographiques n'apparaissent pas comme des choix tant qu'ils s'inscrivent dans le suivi habituel. Seul le test de dépistage des anomalies chromosomiques du premier trimestre est évoqué par certains comme un examen non systématique qui nécessite une prise de position du couple. Le choix du lieu de naissance ou encore des professionnels impliqués dans le suivi de grossesse ne sont pas évoqués par les hommes.

Au-delà du suivi médical, les décisions actées en cours de grossesse par les futurs pères varient selon les récits. Par exemple, Tom a choisi le modèle de poussette au sein du couple : ce choix a été fait dans le but de ne pas exposer sa fille à trop de substances chimiques. Fatmir a pris en charge la recherche d'un prénom adapté à ses trois cultures d'appartenance. Faruk a fait le choix d'annuler ses vacances pour ne pas exposer son enfant au COVID-19.

5.4.4. COVID-19 : un contexte auquel on s'adapte

Le contexte de pandémie COVID-19 transparaît dans tous les récits. Plus qu'un problème, les hommes le décrivent comme une situation qui nécessite des ajustements. Il s'agit par exemple de faire les achats pour la chambre de bébé en ligne ou de retarder un départ pour l'étranger. Concernant la grossesse et l'accouchement, les hommes n'ont pas évoqué de craintes particulières, ni de vécu négatif lié aux mesures sanitaires.

Rémi à propos des échographies pendant la grossesse : *« Il y a eu le Covid donc ils recevaient pas les conjoints. Donc on a fait... Le gynécologue était super. Du coup, il a fait les échographies en live. C'est à dire que Marie a gardé son portable et puis du coup, elle filmait l'écran qui était devant elle. »*

Comme Rémi, Tom évoque les solutions technologiques proposées pour pallier le manque de prestations traditionnelles comme des cours d'hypnose prénatale en ligne.

Enfin Tom et Faruk évoquent leur désir de protéger leur enfant lorsqu'il sera né d'une éventuelle contamination en adoptant des mesures particulières.

Faruk : « *Pour les prochains jours, quand elle (sa fille) arrive à la maison je dis : "Voilà les enfants (les deux aînés de la fratrie), il faut faire très attention aux personnes qui s'approchent trop de bébé. Pas toucher le bébé." Après les enfants oui, ma fille (aînée) elle est tout le temps à la maison... »*

5.4.5. « J'espère bien vous répondre » ou la question de la désirabilité sociale

Au détour de remarques ou questions, plusieurs participants ont fait allusion à mon statut d'étudiante en master, de sage-femme et/ou de femme. C'est tout d'abord dans la perspective de m'aider à effectuer cette recherche que certains participants décrivent une préoccupation de bien répondre ou encore de donner des réponses "justes" aux questions posées.

Fatmir : « *Je ne sais pas si pour le master, je ne sais pas ce sur quoi vous êtes noté, si c'est sur 6 ou une lettre ou sur 20, mais j'espère de tout cœur que vous allez réussir et que vous aurez une super bonne note ! »*

Mon statut de sage-femme est aussi relevé par plusieurs participants soit en me demandant de valider des connaissances amenées, soit en questionnant ouvertement mon avis professionnel sur l'accouchement provoqué. Enfin plusieurs participants anticipent dans leur discours une éventuelle réaction jugeante de ma part notamment sur les questions des rôles genrés.

Fatmir sur son couple : « *Ça fait un peu, comment dire...un peu arriéré peut-être comme mentalité j'sais pas. C'que j'veux dire, faut pas mal l'interpréter hein ! Mais voilà, on est en 2020 tout ça, l'homme et la femme ils ont les deux le même rôle et cetera de nos jours dans la société, mais c'est vrai que (...)* »

Rémi après avoir dit qu'il n'avait pas été présent à toutes les visites prénatales :

« *Mais je suis quand même assez impliqué hein !* »

6. DISCUSSION

6.1. Analyse des résultats

6.1.1. Un choix de couple : couple parental ou conjugal ?

En congruence avec les résultats de l'étude de Cheng et al. (2019), la majorité des hommes interrogés dans cette étude souhaitent prendre part au processus décisionnel de l'accouchement provoqué chez leur compagne. Les récits de ces hommes font par ailleurs une place prépondérante à l'entité du couple. Les témoignages mettent en évidence des couples complices voire fusionnels dans l'expérience de la grossesse. Les hommes décrivent la communication conjugale et l'espace de parole domestique comme capitaux voire supérieurs à l'espace de parole avec les professionnels. Contrairement aux conclusions de Cheng et al. (2019), les hommes ne décrivent pas ici de distorsion entre leur choix et celui de leur femme : il faut faire corps autour d'un choix de couple. Mais est-ce le choix d'un couple amoureux, conjugal ou parental (Maestre, 2009) ? Dans le cas de l'accouchement provoqué, c'est la femme, experte de son propre corps, qui reste maîtresse de la décision in fine. Aussi la place de l'homme dans ce processus est aux côtés de sa femme comme suiveur et soutien. A noter que l'homme apporte ici un soutien moral plus que logistique contrairement au contexte d'une décision de naissance à domicile (Martinez et al., 2015). Comme décrit par Jay et al. (2018) l'homme joue alors le rôle du partenaire de la femme enceinte plus que du père de l'enfant à naître. Le choix de provoquer le travail d'accouchement est donc un choix du couple conjugal et non pas du couple parental.

La place de l'homme face à une décision qui impacte à la fois le corps de la femme mais aussi la santé de son enfant est une situation unique en médecine. Quelles sont les données concernant les autres situations de processus décisionnels en cours de grossesse ? Lors de dépistages néonataux (Dheensa et al., 2013) ou d'une amniocentèse (Williams et al. 2011),

les hommes adoptent également un rôle actif de soutien de leur compagne. Néanmoins, face à une interruption volontaire de grossesse (IVG), l'attitude des hommes semblent être plus hétérogène : lorsque la décision d'IVG n'est pas le fruit d'un consensus au sein du couple, alors l'homme incite parfois la femme à avorter ou est totalement absent de la décision (ANSIC, 2011). A noter que lors d'une IVG le projet de couple parental est absent. Aussi, provoquer ou non la naissance de son enfant correspond à un choix du couple conjugal ayant un projet parental commun. La difficulté pour l'homme « à trouver sa place » (Poh et al., 2014 ; Xue et al., 2018) résiderait-elle alors dans une tension entre son rôle de partenaire et celui de père en devenir ?

6.1.2. Provoquer l'accouchement du point de vue des hommes : une décision médicale partagée ?

Du point de vue des femmes, la prise de décision de la provocation est globalement décrite, non pas comme une décision médicale partagée, mais comme une recommandation des professionnels à suivre voir une absence de choix. Les femmes souhaiteraient être mieux informées sur le déroulement de la provocation, ses effets, ses bénéfices et ses risques (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018 ; Lou et al., 2018 ; Coates et al., 2019). Qu'en est-il pour les hommes ? Globalement, ils décrivent tous un temps d'échanges et d'explications avec un professionnel suivi d'un choix fait par le couple en accord avec les professionnels. Seul un participant évoque un "non-choix" et une recommandation institutionnelle à suivre. Mais tous acceptent la décision de provoquer la naissance et aucun n'évoque de méthodes autoritaires utilisées par les soignants. Ainsi les participants décrivent ici les principales étapes d'un processus de décision médicale partagée, telles que décrites par l'HAS (2013).

Néanmoins, une décision médicale partagée implique également un partage de la responsabilité de la décision (HAS, 2013). Or, plusieurs participants décrivent un mécanisme de décision bilatéral mais unidirectionnel. En effet, la demande et donc la responsabilité de provoquer la naissance émane soit des professionnels, soit du couple. Plus qu'une décision partagée, le choix de provoquer la naissance est décrite dans certains entretiens comme une proposition à laquelle l'autre partie fait le choix de souscrire ou non. Lorsque la provocation de l'accouchement est une recommandation médicale, c'est le consentement du couple qui est recherché, donc davantage l'obtention d'un consentement éclairé que d'une décision médicale partagée. Par ailleurs, plusieurs récits mettent en évidence des lacunes sur les informations reçues et/ou comprises notamment sur les bénéfices et risques associées aux méthodes de

provocation. Ces résultats sont similaires à ceux de nombreuses études (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018 ; Cheng et al., 2019 ; Coates, et al., 2019 ; Lou et al., 2018) et questionnent les informations délivrées par les professionnels ainsi que l'efficacité des outils de communication utilisés.

Enfin, à la différence de plusieurs études (Cheng et al., 2019 ; Steen et al., 2012), les hommes ne décrivent pas particulièrement de mise à l'écart ou d'exclusion de la part des professionnels soignants. Ces résultats peuvent s'expliquer par une différence de contexte de notre étude par rapport aux précédentes, c'est-à-dire le contexte culturel suisse de 2020. Il est possible qu'entre 2012 et 2020 les pratiques aient évolué à l'égard des hommes en maternité. Alors qu'en 2012, la place des hommes en maternité était floue "ni patient, ni visiteur" (Steen et al., 2012), en 2020 la place des hommes semble être reconnue comme celle du soutien et partenaire de la femme enceinte et non pas comme le père de l'enfant à naître.

6.1.3. L'influence du risque perçu sur l'expérience de l'homme

Selon une hypothèse de Cheng et al. (2019), les hommes prennent davantage un rôle actif lorsque la situation obstétricale est pathologique et que le choix implique des conséquences sévères. Nos résultats ne montrent pas de différences d'implication de la part des hommes dont la grossesse de leur compagne était considérée comme « à bas risque obstétrical » de ceux dont la grossesse de leur compagne était considérée comme « à moyen risque obstétrical ». Ce résultat peut s'expliquer par l'absence de situations pathologiques impliquant des conséquences sévères dans notre échantillon.

Néanmoins, en dehors de l'accouchement provoqué, tous les exemples de prises de décision évoquées par les hommes ont en commun d'être centrés sur la notion de risque perçu pour l'enfant. Qu'il s'agisse d'une poussette sans produits toxiques, d'un prénom positif pour l'enfant ou de l'annulation d'un voyage pour éviter une contamination Covid-19, ces choix ont également en commun de concerner non plus la grossesse mais l'enfant déjà né. En tant que futur père, l'homme prend une part active aux choix qu'il considère comme décisifs pour le bien-être physique, psychique ou social de son enfant. Ainsi, qu'il s'agisse de choix domestiques, intimes ou médicaux, l'homme adopte là un rôle de protecteur. L'implication de l'homme dans le choix en périnatalité semble donc être bien liée à l'importance des répercussions perçues sur la santé de son enfant.

Concernant le processus d'appréhension et d'acceptation de l'accouchement provoqué, la notion de risque est centrale pour les hommes. Semblable aux résultats de Jay et al. (2018) la provocation apparaît comme « un choix logique de sécurité ». « Tant qu'ils sont en sécurité, le mode d'accouchement ne compte pas » (Johansson et al., 2014) : nos données sont également transposables à celles disponibles quant au processus décisionnel des hommes lors d'une naissance par césarienne. Comme dans cette étude suédoise de Johansson et al. (2014), les risques de l'intervention sont sous-estimés et cette dernière est acceptée. « Simplement une question de confiance : le mode de naissance n'est pas ma décision mais celle du médecin » (Johansson et al., 2014) : la perception de la naissance comme un événement risqué et relevant d'un professionnel expert apparaît nettement dans nos résultats. Une grande confiance à l'égard des professionnels est retrouvée de façon unanime.

6.1.4. Les facteurs influençant l'expérience des hommes

En considérant la provocation de l'accouchement comme « une bonne chose » car outil d'une médecine raisonnée et sécuritaire qui contrôle les corps et limite le risque, les participants témoignent d'une culture actuelle de médicalisation et technicisation de la naissance. Médicalisation et technicisation de la naissance font l'objet de nombreuses recherches en sciences sociales et de la santé. La médicalisation est une transformation culturelle et sociale qui consiste à aborder un objet dans une perspective de santé et de médecine (Conrad 1992 ; Zola, 1972). Comme exemple d'un événement domestique, la naissance est devenue un événement médicalisé depuis le XVII^{ème} siècle (Gélis cité par Ballif, 2014). La technicisation correspond à l'utilisation croissante de moyens médicaux techniques ou technologiques. La médicalisation et la technicisation de la naissance sont décrits comme des résultantes d'une logique d'appréhension de la naissance par le risque (Beck, 1992 ; Carribaru, 2007). Cette vision est majoritaire dans nos sociétés et adoptée à la fois par les professionnels comme par les usagers (Beck, 1992). La prise en charge de l'accouchement est ainsi régie par une logique probabiliste d'anticipation des risques (Scammel, 2011). Aussi la femme enceinte et le fœtus sont considérés comme précieux (Lupton, 2012) et les risques d'évènements graves à leur rencontre sont socialement construits comme intolérables (Gouilhers, 2017). Cette vision de l'accouchement est partagée par tous les participants quel que soit leur niveau socio-culturel.

Concernant la prise d'un rôle actif dans le processus décisionnel de l'accouchement provoqué, quels sont donc les facteurs influençant le sentiment d'expertise et donc de légitimité pour l'homme ? En plus de la profession et du niveau d'éducation, le fait de prendre une part active ou non à la décision de provoquer la naissance face aux professionnels semble être lié à l'appartenance de l'homme à divers groupes et catégories sociales comme l'âge ou l'ethnie, mais aussi à son héritage culturel ainsi qu'aux représentations qui en découlent. Il s'agit par exemple des représentations sur la médecine, sur l'accouchement ou encore sur les rôles de la femme et de l'homme. L'expérience antérieure des hommes comme père ou partenaire d'une femme ayant accouché ne semble pas être un élément de légitimation. Cette expertise invisibilisée des hommes fait écho à ce que Foucault nomme « le savoir assujéti » (1976), c'est-à-dire un savoir naïf disqualifié face au savoir scientifique.

Ni négative, ni positive, les participants décrivent globalement l'expérience du processus décisionnel de l'accouchement provoqué comme un processus d'acceptation de la décision. Néanmoins certains aspects plus négatifs ont été rapportés : l'expérience semble être moins satisfaisante lorsque qu'une absence de choix est perçue ou lorsque le flou persiste. Ainsi l'absence d'une décision médicale partagée ainsi qu'un défaut d'information sur les bénéfices et risques de la provocation semblent être des enjeux centraux dans ce processus décisionnel. Lorsque la grossesse présente des risques en lien avec une pathologie, il semble que la perception du bénéfice à provoquer l'accouchement soit plus aisée que lors d'une grossesse physiologique. Les indications de provocation telles qu'un dépassement du terme présumé ou sur désir du couple semblent susciter davantage de flou chez l'homme.

6.1.5. Réflexion autour de la co-construction des données

Il me semble primordial dans cette étape d'interprétation des résultats, d'évoquer les limites de l'entretien comme « dispositif basé sur les interactions entre interviewer et interviewé » (Poupart, 1997 p.192). En effet les personnes interrogées « sont et se savent mesurées à une norme, de même que le statut social de l'interviewer peut influencer les discours » (Maugger 1991 cité par de Sardan, p.272). Les résultats mettent en exergue que mon appartenance à différents groupes sociaux tels que femme, jeune, étudiante en master ou sage-femme est perçue et intégrée dans le discours des participants. « Par souci de désirabilité sociale ou par honte, les participants pourraient ainsi avoir omis ou accentué plus ou moins consciemment des aspects de leur expérience » (Olivier de Sardan, 2008, p.272). Aussi la confiance envers

les soignants et/ou l'institution ou encore le rôle de père impliqué et concerné par le processus décisionnel sont des résultats qui doivent être relativisés. Enfin il est intéressant de s'interroger sur les résultats obtenus si le chercheur avait été un homme.

6.1.6. Influence de la pandémie COVID-19 sur la recherche

Des études récentes montrent que la pandémie de COVID-19 augmenterait le niveau d'anxiété des femmes enceintes (Ayaz et al., 2020) et que la présence des pères à l'accouchement apparaît comme une préoccupation majeure pour ces dernières (Karavadra et al., 2020). Aucune donnée concernant les futurs pères ne sont disponibles à ce jour. Néanmoins nos résultats ne convergent pas vers la tendance des deux articles pré-cités. Cela s'explique peut-être par le fait que l'étude a été réalisée durant l'été 2020, soit à la fin de la première vague de pandémie. Aussi et surtout la maternité des HUG n'a jamais interdit l'accès à salle de naissance aux hommes même à l'acmé de la pandémie, ce qui expliquerait que cette préoccupation soit absente des entretiens. Enfin, il faut noter que la présence physique aux consultations prénatales n'apparaît pas comme indispensable pour l'homme ; la discussion domestique et intime avec sa compagne sur le suivi semble être la plupart du temps suffisante.

Par ailleurs, l'épidémie a nécessité l'utilisation d'alternatives aux méthodes d'entretiens usuelles. Ainsi, l'expérience des entretiens en ligne s'est avérée plutôt satisfaisante avec pour avantage de limiter les temps de transports et donc les coûts de la recherche. Cela a également permis une plus grande flexibilité des horaires proposés aux participants, et donc une inclusion d'hommes pour qui l'entretien en présentiel aurait été impossible (horaire tardif...). Enfin le cadre domestique et le filtre de l'écran d'ordinateur semblent atténuer l'aspect formel de l'entretien et ainsi favoriser un climat de confiance empathique aboutissant à une conversation comme le décrit Kauffmann (1996).

6.2. Forces et limites de l'étude

6.2.1. Les forces

Tout d'abord la grande force de cette recherche est sa thématique. Le fait qu'elle soit la première à s'intéresser à l'expérience des hommes dans le processus décisionnel de l'accouchement provoqué est un atout majeur. En effet, il n'existe à ce jour aucune publication

disponible sur ce sujet. Par ailleurs, la naissance provoquée de son enfant est une situation qui touche des milliers voire de millions d'hommes en Suisse et à travers le monde. L'accouchement provoqué ainsi que la place des hommes en périnatalité sont des thématiques actuelles qui dépassent la sphère médicale. Un récent article de la RTS sur la médicalisation des naissances (RTS, 2020) ainsi que l'acceptation d'un congé paternité en Suisse (Comité « Le congé paternité maintenant ! », 2020), mettent en exergue la résonance sociétale de ces thématiques.

Un autre point fort de cette recherche est sa méthode. Il y a une congruence entre la question de recherche, le devis phénoménologique et la méthodologie mise en œuvre. Le double codage des données ainsi que les séances d'interview ayant abouti à un consensus autour des unités de signification augmentent la validité des résultats.

Enfin, l'échantillon des participants est également un point positif puisqu'il est constitué d'hommes d'origines, d'âges ou de professions très variés. De même, six motifs de provocation sont représentés dans cet échantillon y compris une provocation à la demande du couple. L'échantillon est ainsi à l'image de la variété des indications rencontrées dans la pratique. Enfin, le fait d'avoir inclus deux catégories de risques concernant la grossesse était judicieux du point de vue de notre hypothèse de départ.

6.2.2. Les limites

Le principal point faible de cette étude est l'inclusion de sept participants au lieu de dix. Le manque de temps a été le principal obstacle pour continuer la phase de production de données. Le fait que cette étude se fasse dans le cadre d'un travail de master et donc sans financements a limité les moyens humains déployés et donc le nombre de participants. Le contexte du Covid-19 a également engendré plusieurs réaménagements des modalités de l'étude, ce qui eut pour conséquence de retarder le début de l'étude. Enfin cinq hommes sur quinze ont été exclus pour cause de naissance spontanée avant la-dite provocation. Il s'agit d'une contrainte qui avait été sous-estimée lors de l'élaboration du protocole. Ce phénomène est notamment explicable par le délai de plusieurs jours voire parfois semaines entre la consultation prénatale au cours de laquelle est fixée la provocation et l'entrée en maternité.

Par ailleurs, il avait été envisagé d'envoyer les résultats aux participants avant la finalisation de la rédaction pour permettre une triangulation et ainsi augmenter la validité des résultats. Par manque de temps, cette étape a dû être elle aussi tronquée. Un retour sera tout de même fait ultérieurement par mail dans une préoccupation de contrepartie à leur participation.

Enfin, l'étude étant monocentrique, les couples suivis en cliniques privées ou en réseaux extrahospitaliers ne sont par exemple pas représentés dans cette étude. Aussi le dispositif de cette recherche est excluant pour une partie des hommes pourtant usagers de la maternité des HUG : par exemple les hommes allophones, les hommes dans l'incapacité d'utiliser les technologies numériques comme l'application Zoom ou les hommes en situation de conflit avec leur partenaire ou encore les hommes appartenant à un couple qui aurait refusé la provocation ne sont ainsi pas représentés dans cette recherche.

6.3. Perspectives de recherches

Au regard des principales limites de cette étude il pourrait être intéressant de reproduire une étude similaire mais avec une population d'hommes plus diversifiée. Une étude multicentrique permettrait d'inclure des hommes dont la naissance de l'enfant est prévue en cliniques privées, hôpitaux périphériques, maison de naissance ou à domicile. Il serait intéressant d'observer si le plan de naissance initial est un facteur influençant l'expérience du processus décisionnel.

Il serait également pertinent d'interroger des hommes dont la grossesse de leur compagne est considérée comme à haut-risque y compris lors de naissances prématurées et ainsi observer si le risque perçu pour l'enfant influence le rôle et/ou la légitimité perçue de l'homme dans le processus décisionnel.

Au vu du sentiment (d'absence) de légitimité des hommes retrouvé dans cette étude, il pourrait être intéressant d'effectuer plus de recherches sur les échanges entre la femme, l'homme et les soignants au cours de la consultation prénatale. Ces études pourraient par exemple inclure à la fois des entretiens de soignants sur leurs perceptions du rôle des hommes dans le processus décisionnel de l'accouchement provoqué, mais aussi des observations et analyses de discours issus des entretiens à la suite desquels la provocation est actée.

Une étude en deux temps comprenant un entretien réalisé en prénatal puis un entretien réalisé en post-partum pourrait être également pertinente. Un tel devis permettrait de mettre en miroir

les attentes, les connaissances et le rôle de l'homme dans le processus décisionnel avec son vécu de la naissance provoquée.

Idéalement pour l'ensemble des recherches précitées, il serait judicieux de créer une équipe de chercheurs issus de plusieurs disciplines avec au moins un chercheur homme dans une perspective de multiplicité de regards.

Enfin, le fait de s'intéresser au vécu des hommes/pères dans les processus décisionnels périnataux est une posture qui peut être critiquable car hétérocentrée voir hétéronormative. Cela ne correspond pas à la diversité des schémas familiaux actuelle. Il pourrait ainsi être judicieux d'ouvrir les perspectives de recherches ultérieures à la notion de co-parent ou de partenaire quel que soit le genre de ce.tte dernier.ère.

6.4. Réflexions autour de la pratique clinique

Les résultats de cette étude esquissent un vécu globalement positif et une acceptation de la décision de provoquer l'accouchement par les hommes. Par ailleurs, modifier les pratiques à partir des résultats d'une seule étude n'est pas soutenable d'un point de vue scientifique. Ainsi l'objectif de ce paragraphe n'est pas de promouvoir un changement de pratiques mais de présenter des réflexions intéressantes issues des échanges avec les hommes à destination des équipes soignantes.

Une première réflexion porte sur l'importance du temps à deux, en couple et dans la sphère privée mis en exergue dans les résultats de l'étude. Lorsque la possibilité d'une provocation est déjà connue ou envisagée par le couple, ce temps de discussion précède la consultation médicale. Cependant, dans de nombreuses situations, la provocation est abordée uniquement lors de la consultation à l'issue de laquelle la décision sera actée avec l'équipe médicale et parfois en dehors de la présence de l'homme. Dans ce cas, la discussion du couple est réalisée à posteriori de la prise de décision "officielle". Ce constat soulève, d'une part la question de l'information délivrée au couple en amont de la fin de grossesse, et d'autre part l'organisation des consultations prénatales. Un des participants confiait par exemple qu'il aurait aimé recevoir davantage d'informations dès le début de la grossesse sur la signification du terme présumé de la grossesse et les conséquences d'un dépassement de ce terme. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les recommandations britanniques encouragent de discuter avec la femme dès la 38SA d'une éventuelle provocation pour terme dépassé (NICE,

2017). Le NICE encourage également les professionnels à offrir du temps à la femme afin qu'elle puisse discuter du choix avec son partenaire entre le moment de l'annonce et la décision finale (NICE, 2017).

La seconde proposition est un outil d'aide à la prise de décision évoqué par l'un des participants. Il s'agit de l'outil acronyme BRAIN, outil proposé par de nombreux sites d'accompagnement à la naissance ou doulas (Fig.5).



Figure 5 : Acronyme BRAIN (Arbre de vie, 2019)

Je n'ai pas retrouvé de littérature scientifique sur cet outil que l'on peut qualifier de "profane". Aussi les données scientifiques concernant les outils favorisant l'aide à la prise de décision autour de l'accouchement provoqué sont insuffisantes (Berger et al., 2015). Néanmoins, il semblerait que l'utilisation d'outils d'aide à la décision en périnatalité favorise la connaissance et diminue les conflits décisionnels (Kennedy et al., 2020). L'outil BRAIN, simple d'usage, pourrait être proposé comme support à la discussion avec les professionnels. Utilisé par exemple en fin d'entretien, il pourrait faciliter la synthèse des bénéfices/risques mais aussi la

formulation d'alternatives. Avec les professionnels ou en couple, c'est un outil qui pourrait peut-être prévenir la sensation de "flou" décrite par plusieurs participants.

6.5. Et les hommes dans tout ça ? : processus réflexif sur ma posture professionnelle

Enfin je souhaiterais terminer ce travail par une note plus personnelle et décrire le mouvement qu'a initié ce travail de recherche sur mon regard posé sur les hommes et futurs pères. La réduction phénoménologique adoptée en tant que chercheuse a eu pour effet de bousculer et de questionner ma posture de sage-femme. Le constat suivant s'est ainsi imposé à moi : dans ma pratique clinique j'écoute les hommes mais je ne les entends pas forcément. En tant que sage-femme mon attention est portée sur l'homme par son rôle de compagnon de la femme enceinte ou père du nouveau-né. Ainsi lorsque l'homme se raconte, mon écoute n'est pas centrée sur sa personne mais s'inscrit dans une démarche utilitariste. Cette prise de conscience suscite chez moi des interrogations, d'une part sur la place actuelle des hommes dans nos maternités, et d'autre part sur l'intégration des hommes dans une philosophie de soin féministe.

Interroger la place des hommes dans nos maternités, c'est interroger le concept de proximité physique, symbolique mais aussi intellectuelle et culturelle entre le futur père, le soignant et l'institution. Quelle proximité autorise-t-on aux hommes et/ou quelle proximité les hommes s'autorisent lors de la grossesse de leur partenaire ? Quelle proximité les hommes souhaitent-ils avoir ? Quelle proximité les soignants adoptent-ils envers les hommes ? Quelle proximité les appellations « maternité » ou « département femmes-mères-enfants » autorisent-elles aux pères et futurs pères ? Comment permettre un accompagnement aux hommes alors que ces prestations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ? Une plus grande proximité pour les hommes passe-t-elle par une plus grande mixité de genre dans les équipes soignantes ?

Toutes ces interrogations résonnent également avec la question de l'identité de profession de sage-femme. Dans une continuité des mouvements féministes des années 60 / 70 et des modèles de soins centrés sur la femme (Leap, 2009 ; Morgan, 2015), l'International Conference of Midwives, a notamment basé la philosophie sage-femme sur la promotion et la protection de la santé et droits de la mère et de l'enfant (ICM, 2014). Dans ces modèles, le rôle de la sage-femme auprès des droits et de la santé du père ne sont pas explicités. Sans

pour autant adopter une vision masculiniste et nier les problématiques de violences faites aux femmes, il semble aujourd'hui nécessaire de s'interroger sur la place faite aux pères dans nos philosophies et politiques de soins. Car inclure le père en amont de la naissance de son enfant pourrait peut-être légitimer son expérience et ainsi influencer positivement la construction de son rôle ainsi que la genèse des liens père-enfant. Inclure d'emblée le père aux processus de décisions, permettrait peut-être de ne pas reproduire les représentations selon lesquelles, in fine, grossesse et accouchement demeurent une affaire de femmes. Un parti pris comme celui-ci, ne favoriserait-il pas, voire ne déterminerait-il pas en partie le fait que les pères soient, en postpartum, plus enclins à s'approprier les activités liées aux soins et à la santé de l'enfant, activités le plus souvent assignées à la mère ? A ce titre, intégrer les hommes dans les processus décisionnels périnataux pourrait s'inscrire dans la politique actuelle de prévention primaire liée aux 1000 premiers jours de vie de l'enfant (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour ambition de décrire l'expérience des hommes dans le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire. En effet l'accouchement provoqué est une situation rencontrée par des millions de couples chaque année dans le monde et à ce jour aucune étude n'avait été réalisée sur le sujet du point de vue des hommes. Cette recherche phénoménologique apporte donc des éléments nouveaux sur le vécu des futurs pères.

Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence que les hommes souhaitent globalement être actifs dans le processus décisionnel de l'accouchement provoqué. Le processus se décompose en deux temporalités : celle d'une discussion intime au sein du couple et celle du choix exprimé avec les professionnels de santé. L'engagement actif des hommes dans le processus est influencé par leur héritage et leurs appartenances socio-culturelles. Plus que décideurs, ils adoptent un rôle de suiveurs du choix de la femme ainsi que de soutien moral auprès de cette dernière. La décision de provoquer est globalement bien acceptée par les hommes qui l'appréhendent comme un choix de raison. Dans cette étude la classification du niveau de risque de la grossesse n'influence pas le rôle des hommes dans le processus décisionnel. Néanmoins lorsque la grossesse présente des risques en lien avec une pathologie, il semble que l'appréhension du bénéfice à provoquer l'accouchement soit plus aisée pour les hommes que lors d'une grossesse à bas risque.

Les professionnels peuvent soutenir la place des hommes dans ce processus en accordant un temps de discussion intime au couple avant la décision finale. Une absence de choix perçu ou un manque d'information sur les bénéfices et risques de la provocation péjore le vécu du futur père : des pistes d'amélioration sont à envisager pour favoriser une décision médicale partagée de qualité. De nouvelles études sont nécessaires pour mieux comprendre la place donnée et prise par les hommes dans les processus décisionnels en périnatalité.

RÉFÉRENCES

- ACOG & SMFM (2018). *Leaders in Obstetric Care Respond to the Published Results of the ARRIVE Trial*—ACOG. <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements/2018/Leaders-in-Obstetric-Care-Respond-to-the-Published-Results-of-the-ARRIVE-Trial>.
- ACOG. (2018). *Labor Induction*—ACOG-FAQ154. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/labor-induction>
- Akuamoah-Boateng, J., & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67, 46-56. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- ANCIC. (2011). Enquête sur les rapports des hommes à l'IVG- Rapport quantitatif et qualitatif. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/enquetesur-lhommeetivg.pdf>
- Ayaz, R., Hocaoglu, M., Günay, T., Yardımcı, O. D., Turgut, A., & Karateke, A. (2020). Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of perinatal medicine*, *lj/jpme.ahead-of-print/jpm-2020-0380/jpm-2020-0380.xml*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0380>
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: A systematic review of first-time fathers' experiences. *Jbi Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(11), 2118-2191. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003773>
- Baillif, E. (2014). Des grossesses entre « trouille folle » et « bulle de bonheur ». Le discours du risque de professionnelles de l'accompagnement des grossesses. In C. Burton-Jeangros, I. Maffi, & R. Hammer (Eds.), *Accompagner la naissance : terrains socio-anthropologiques en Suisse Romande*. BSN Press.
- Beck, U. (1992). *Risk society*. Sage.

- Begley, K., Daly, D., Panda, S., & Begley, C. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(6), 1113-1120. <https://doi.org/10.1111/jep.13243>
- Berger, B., Schwarz, C., & Heusser, P. (2015). Watchful waiting or induction of labour--a matter of informed choice: identification, analysis and critical appraisal of decision aids and patient information regarding care options for women with uncomplicated singleton late and post term pregnancies: a review. *BMC complementary and alternative medicine*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0663-y>
- Bohren M.A., Berger B.O., Munthe-Kaas H., Tunçalp Ö. (2019) Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD012449. 10.1002/14651858.CD012449.pub2
- Boulvain, M., & Jastrow Meyer, N. (2015). Déclenchement de l'accouchement : Le pour et le contre. *Revue Médicale Suisse*, 11, 2011-2015.
- Boulvain M, Stan CM, Irion O. (2005) Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD000451. 10.1002/14651858.CD000451.pub2
- Boulvain Marcoux Bureau Fortier Fraser. (2001). Risks of induction of labour in uncomplicated term pregnancies. In *Paediatric and Perinatal Epidemiology—Wiley Online Library* (Vol. 15, p.131-138). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-3016.2001.00337.x>
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189-203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Carmichael, S. L., & Snowden, J. M. (2019). The ARRIVE Trial: Interpretation from an Epidemiologic Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12996>
- Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M. J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>

- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologies et sociétés*, 39(1), 123-144.
- Cheng, E. R., McGough, H., & Tucker Edmonds, B. (2019). Paternal Preferences, Perspectives, and Involvement in Perinatal Decision Making. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 74(3), 170-177. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000650>
- Churchill, S. D. (2016). Les dimensions descriptives et interprétatives de la recherche phénoménologique. Complémentaires ou mutuellement exclusives ? *Recherches Qualitatives*, 35(2), 45-63.
- Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 69, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.013>
- Comité "le congé paternité maintenant". (2020) *Congé paternité.ch*. Consulté le 6 novembre 2020, à l'adresse : <https://www.conge-paternite.ch>
- Conrad, P. (1992). *Medicalization and Social Control*. Annual Review of Sociology, 18, 209-232. www.jstor.org/stable/2083452
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research* (Fourth Edition). SAGE publications, Inc.
- Cunningham, F. G. (Éd.). (2014). *Williams obstetrics* (24th edition). McGraw-Hill Medical.
- Dallay, D. & Reveyaz, F. (2017). La place du père en salle de naissance. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., *Accueillir les pères en périnatalité : Cahier Marcé n° 7* (pp. 69-74). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.glang.2017.01.0069.
- Declaration of Helsinki : (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>)
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>

- Elmir, R., & Schmied, V. (2016). A meta-ethnographic synthesis of fathers' experiences of complicated births that are potentially traumatic. *Midwifery*, 32, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.008>
- Family Included Charter. (2016, avril 16). *Family Included*. <https://familyincluded.com/charter/>
- Foucault, M. (1976). « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France*. Paris: Gallimard Seuil.
- Gallagher H. & Wise S. (2012). Fathers at birth and beyond. The Royal College of Midwives, *Midwives magazine*: Issue 4 : 48-49. <https://www.rcm.org.uk/media/2639/midwives-issue-4-2012.pdf>
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*: Dusquenne University Press.
- Giorgi, A. (1997). *La méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : Théorie, pratique et évaluation*. In *La recherche qualitative-Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 405). Morin.
- Gouilhers, Solene. (2017) *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*. Thèse de doctorat : Univ. Genève no. SdS 63. 10.13097/archive-ouverte/unige:101730
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., ... Macones, G. A. (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>
- Haute Autorité de Santé. (2013). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
- Haute Autorité de Santé. (2008). Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. https://www.has-sante.fr/jcms/c_666473/fr/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée
- HESAV. (s. d.). *La naissance d'un père | Un projet de recherche de la Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV) et de l'association Männer.ch*. <https://naissancedunpere.ch/>

- HUG. (2019). *Information patient et consentement éclairé*. <https://www.hug-ge.ch/centre-affections-hepato-biliaires-pancreatiques/information-patient-consentement-eclairé>
- HUG. (s. d.). *Rencontres futurs papas*—Service d'obstétrique aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. <https://www.hug-ge.ch/obstetrique/rencontres-futurs-papas>
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., ... NewFAMS team Contributors. (2019). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00973-5>
- Human Research Act. <http://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/20121176/201401010000/810.305.pdf>
- Jay, A., Thomas, H., & Brooks, F. (2018). Induction of labour : How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 26(1), 22-29.
- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, A. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005>
- Johansson, M., Hildingsson, I., & Fenwick, J. (2014). « As long as they are safe—Birth mode does not matter » Swedish fathers' experiences of decision-making around caesarean section. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 27(3), 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.03.003>
- Karavadra, B., Stockl, A., Prosser-Snelling, E., Simpson, P., & Morris, E. (2020). Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03283-2>
- Kauffmann J.C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Nathan.

- Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Castor (2013) oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003099. 10.1002/14651858.CD003099.pub2
- Kennedy, K., Adelson, P., Fleet, J., Steen, M., McKellar, L., Eckert, M., & Peters, M. (2020). Shared decision aids in pregnancy care: A scoping review. *Midwifery*, 81, 102589. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102589>
- Kingston, D., McDonald, S., Austin, M.-P., & Tough, S. (2015). Association between Prenatal and Postnatal Psychological Distress and Toddler Cognitive Development : A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(5), e0126929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126929>
- The Lancet Maternal Health Series (2020). <http://www.maternalhealthseries.org/>
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675-686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>
- Leap N. (2009) Woman-centred or women-centred care: does it matter? *Br J Midwifery*, 17(1):12-6.10.12968/bjom.2009.17.1.37646
- Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., Dy, J., Corbett, T., Leduc, D., ... Senikas, V. (2013). Déclenchement du travail. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(9), 858-863.
- Lim, C. E. D., Ng, R. W. C., & Xu, K. (2013). Non-hormonal methods for induction of labour. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 25(6), 441. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000027>
- Loi K1.03 sur la Santé (art. 45 à 49). https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_k1_03.html
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), 844-857. doi:10.1016/j.midw.2015.06.004
- Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Neumann, L., Jensen, T. F., Haben, J.-G., & Carstensen, K. (2018). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth* (Berkeley, Calif.). <https://doi.org/10.1111/birt.12412>

- Lupton, D. (2012). "Precious Cargo": Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329-340.
- Maestre, M. (2009). Le couple dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 42(1), 67-86. <https://doi.org/10.3917/ctf.042.0067>
- Maison de naissance la Roseraie. (2020). *Rencontre pour les futurs pères* <https://www.maisondenaissancelaroseraie.ch/cours-et-prestations/rencontre-pour-les-futurs-peres/>
- Martínez-Mollá, T., Solano Ruiz, C., Siles González, J., Sánchez-Peralvo, M., & Méndez-Pérez, G. (2015). The father's decision making in home birth. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 33(3). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/24467>
- Maxqda (2020). *Qu'est-ce que l'analyse des données assistée par ordinateur.* <https://www.maxqda.com/france/quest-ce-que-lanalyse-de-donnees-assistee-par-ordinateur>
- Middleton, P., Shepherd, E., & Crowther, C. A. (2018). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020, septembre). Les 1000 premiers jours- là ou tout commence. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Morgan L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Revue Canadienne de la recherche et de la pratique* s.:8-15. https://www.cjmrp.com/files/v14n1_morgan_womancedcare.pdf

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. (2008). *Induction of Labour*. London: RCOG Press; (NICE Clinical Guidelines, No. 70.) 8, Complications of induction of labour. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53624/>
- NHS Digital (2018). *Rise in proportion of induced labours, new maternity figures show*. <https://digital.nhs.uk/news-and-events/latest-news/nhs-maternity-statistics-2017-18>
- NICE. (2020) *Shared decision making*. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making>
- NICE. (2017). *Inducing labour—Clinical Guideline CG70*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70>
- NICE. (2017). *Inducing labour/ Guidance /Information and decision making*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/1-Guidance#information-and-decision-making>
- Office Fédéral de la Statistique (OFS). (2019). *Statistique médicale des hôpitaux. Accouchements et santé maternelle en 2017*. www.statistique.ch
- Office Fédéral de la Santé publique (OFSP). (2019). *Traitements et soins : consentement libre et éclairé*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/2-freie-einwilligung-nach-aufklaerung.html>
- Olivier de Sardan, J. (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique* (Anthropologie prospective 3). Academia-Bruylant.
- Ordonance on Human Research with the Exception of Clinical trials. Disponible sur : <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/20121177/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304983/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *WHO recommendations for induction of labour*. Geneva: World Health Organization.

Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Where are the patients in decision-making about their own care?* <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/W hereArePatientsinDecisionMaking.pdf>

Phillippi, J. C., & King, T. L. (2018). Assessing the Value of the ARRIVE Trial for Clinical Practice : Sea Change or Just a Splash? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(6), 645-647. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12928>

Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period : A systematic review. *Midwifery*, 76, 54-101.

Poh, H. L., Koh, S. S. L., & He, H.-G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International Nursing Review*, 61(4), 543-554. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10e éd. Wolters Kluwer.

Poupart, J., & Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur les Méthodes Qualitatives (Éds.). (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Morin.

RTS. (2020, 28 août). *Critiquée la médicalisation diminue peu en Suisse*. <https://www.rts.ch/info/sciences-tech/medecine/11488936-critiquee-la-medicalisation-des-accouchements-diminue-peu-en-suisse.html>

Robson, S., Campbell, B., Pell, G., Wilson, A., Tyson, K., Costa, C. de, Permezel, M., & Woods, C. (2015). Concordance of maternal and paternal decision-making and its effect on choice for vaginal birth after caesarean section. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(3), 257-261. <https://doi.org/10.1111/ajo.12326>

- Scamell, M. (2011). The swan effect in midwifery talk and practice: a tension between normality and the language of risk. *Sociol Health Illn*, 33(7), 987-1001. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01366.x
- Smith CA, Armour M, Dahlen HG. (2017) Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD002962. 10.1002/14651858.CD002962.pub4
- Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO). (2017). Feuille d'information pour un déclenchement de l'accouchement. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Formulardaten/Protocole_information_declenchement_accouchement_2017.pdf
- Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor : A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422-431. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>
- Tokhi, M., Comrie-Thomson, L., Davis, J., Portela, A., Chersich, M., & Luchters, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health : A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLOS ONE*, 13(1), e0191620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>
- UNIGE- Université de Genève. (2020, avril). *Coronavirus*. <https://www.unige.ch/coronavirus/fr/collaborateurs-trices/enseignement-distance/tutoriels-zoom>
- Vallin, E., Nestander, H., & Wells, M. B. (2019). A literature review and meta-ethnography of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 68, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.007>
- Vogel, J. P., Osofi, A. O., Kelly, A. J., Livio, S., Norman, J. E., & Alfirevic, Z. (2017). Pharmacological and mechanical interventions for labour induction in outpatient settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD007701. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007701.pub3>

- Williams, R. A., Dheensa, S., & Metcalfe, A. (2011). Men's involvement in antenatal screening: a qualitative pilot study using e-mail. *Midwifery*, 27(6), 861–866. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.004>
- Wood, S., Cooper, S., & Ross, S. (2014). Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(6), 674–685. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12328>
- Xue, W. L., Shorey, S., Wang, W., & He, H.-G. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*, 62, 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.013>
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

ANNEXES

Annexe1 : Classification de grossesse en fonction des risques HUG

 Hôpitaux Universitaires Genève Département de gynécologie et d'obstétrique		Type de document : Document départemental Sous type : Fiche d'attitude	Nombre de pages : 1/2
CLASSIFICATION DE GROSSESSES EN FONCTION DES RISQUES		N° de la version : 2.0	Portée : Service d'Obstétrique
Rédacteur : B. Martinez de Tejada Modifié le : 2009	Responsable du document : Dre B. Martinez de Tejada	Approuvé le : 03.03.2010 Approuvé par : Dre B. Martinez de Tejada Pr O. Irion	En vigueur à partir du : 03.03.2010 Date de préemption :

Toute femme enceinte consultant à la Maternité a sa première consultation faite par une sage-femme et un médecin interne. Les dossiers de ces consultations sont visés par le CDC de la consultation.

En fonction de la présence ou non de facteurs de risques, les patientes ont un suivi spécifique:

1. Grossesse à bas risque : suivi assuré par les sages femmes
2. Grossesse à risque moyen : suivi assuré par le médecin interne
3. Grossesse à haut risque : suivi dans les consultations spécialisées (consultation CDC, diabète, risque de prématurité, risque infectieux, thrombophilie, consultation psychosociale)

CLASSIFICATION DE GROSSESSE À RISQUE HAUT/MOYEN :

A- Situation à risque détectables dès la première visite

1. Antécédents obstétricaux : pré-éclampsie, RCIU, décollement placentaire, mort in utero, prématurité, fausses couches à répétition (>3), utérus cicatriciel, pathologie fœtale : aneuploïdie ou malformation.
2. Antécédents personnels ou familiaux de maladie génétique
3. Antécédents de maladie psychiatrique
4. Age < 18 ans et > 38 ans
5. Prise de médicaments tératogènes
6. Pathologie maternelle : HTA, diabète, néphropathie, lupus, dysthyroïdie, épilepsie, VIH, thrombopénie, hémoglobinopathie, MTVE, troubles psychiatriques, etc.
7. Situation psychosociale complexe, violence, abus de substance : alcool, toxicomanie
8. Malnutrition
9. Indice de masse corporelle >35 ou < 18
10. Grossesse issue d'une fécondation in vitro

B- Situations à risque apparaissant au cours de la grossesse

1. Grossesse multiple
2. Pathologies maternelles : pathologie hypertensive, diabète, MAP, HIV, hépatite chronique, etc.
3. Infections urinaires ou génitales à répétitions
4. Séroconversion toxoplasmose, rubéole
5. Iso-immunisation Rh

6. Pathologies fœtales : risque augmenté d'aneuploïdie ou malformation au dépistage prénatal ; anomalies morphologiques, anomalies de quantité de liquide amniotique, RCIU, macrosomie
7. Présentation transverse ou en siège en fin de grossesse
8. Terme dépassé (>40 semaines)

Toutes les situations suivantes seront suivies à la consultation de CDC :

- 1- Antécédent de césarienne: consultation à 36-37 sem., avec ultrason pour mesure du segment inférieur, examen du bassin et discussion de la voie d'accouchement
- 2- Pathologie maternelle n'entrant pas dans le cadre des autres consultations spécialisées.
- 3- Pathologies fœtales sévères

Les patientes ayant été hospitalisées au prénatal seront adressées à la consultation du médecin interne, à celle du CDC ou aux consultations spécialisées en fonction de la pathologie et de sa sévérité.

Les dossiers de patientes suivies par des sages-femmes ne seront plus supervisés par le CDC (sauf en cas d'apparition des complications médicales ou obstétricales). Cette supervision sera faite par la monitrice de la consultation prénatale.

Les dossiers de patientes suivies par les médecins internes ne seront pas supervisés par le CDC, sauf en cas d'aggravation de la pathologie existante ou besoin d'avis.

Le CDC ne supervise que les dossiers concernant les 1^{ère} fois et les cas avec risque médical ou obstétrical important.

Les cas suivis à la consultation de CDC sont présentés au colloque de l'Unité de grossesse à haut risque.

Les sages femmes et médecins internes sont responsables de référer toute situation à risque au chef de clinique.

Dre Begonia Martinez de Tejada
Médecin adjoint
Service d'Obstétrique

Professeur O. IRION
Médecin chef
Service d'Obstétrique

Annexe 2 : Feuillet d'information à destination des couples sur le déclenchement distribué à la maternité des HUG



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Boulevard de la Cluse 30
1205 Genève

Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent
Service d'obstétrique

Etiquette de la patiente

Formulaire d'information pour le déclenchement de l'accouchement

Chère Madame,

Le médecin ou la sage femme que vous avez rencontrés à la consultation vous ont proposé un déclenchement de l'accouchement. Vous avez discuté l'indication de cette intervention, ses bénéfices et ses risques ainsi que ses alternatives. Globalement, le déclenchement du travail n'est pas associé à un risque augmenté de césarienne, par rapport à un début spontané du travail.

Description de l'intervention : Cette intervention se déroulera en salle d'accouchement ou dans le service prénatal. Le jour du déclenchement est programmé, mais il est possible que votre admission soit différée si la situation le permet, en cas de surcharge en salle d'accouchement. Dans ce cas, nous pensons qu'il est plus agréable pour vous d'attendre chez vous qu'à la Maternité. Une sage femme vous appellera à domicile pour vous informer quand vous présenter. Il n'est pas nécessaire que vous soyez à jeun. Lors de votre arrivée, une sage femme ou un médecin vous examinera et procédera à un toucher vaginal afin d'évaluer l'état de votre col pour décider de la méthode de déclenchement.

Méthodes de déclenchement : Il existe plusieurs manières de déclencher un accouchement selon les conditions de votre col et la situation médicale.

Si votre col est favorable, c'est-à-dire qu'il est déjà légèrement ouvert, nous allons déclencher les contractions par un médicament qui est administré par voie veineuse. Il s'agit de l'ocytocine (syntocinon).

Si votre col n'est pas favorable, c'est-à-dire qu'il n'est pas ouvert, nous allons procéder dans un premier temps à une maturation de votre col, soit à l'aide d'un médicament qui contient des prostaglandines, soit à l'aide d'une méthode mécanique utilisant un dispositif à ballonnet. La première méthode utilise un médicament, le dinoprostone (Proress), qui est un dispositif intravaginal laissé en place 12 à 18 heures. Il existe un risque d'intolérance du bébé aux contractions lors de la maturation du col par médicament. C'est pour cette raison que nous surveillons le rythme cardiaque de votre bébé et que ces interventions doivent être réalisées en milieu hospitalier, soit dans le service prénatal ou en salle d'accouchement en fonction de l'indication à déclencher l'accouchement. Les prostaglandines et l'ocytocine peuvent provoquer des contractions trop fréquentes et/ou trop rapprochées, qui peuvent nécessiter des interventions pour les réduire ou, rarement, aboutir à une césarienne. Les prostaglandines ne peuvent être utilisées dans le cas d'antécédent de césarienne, car elles sont associées à un risque augmenté de rupture utérine.

Annexe 3 : Feuillet d'information au participant



Comment les hommes expérimentent-ils le processus décisionnel aboutissant à la provocation du travail d'accouchement chez leur partenaire ? Une étude qualitative à la maternité.

Ce projet est organisé dans le cadre de travail de validation de master de Ornella Rouveïrolles, sage-femme.

Il est supervisé par Marie-Julia Guittier, sage-femme et professeure HES.

Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche. Cette feuille d'information décrit le projet de recherche.

Information détaillée

1. Objectifs du projet de recherche

Nous voulons mieux comprendre l'expérience des pères lors du processus décisionnel qui a conduit à une provocation de l'accouchement chez leur partenaire.

2. Sélection des personnes pouvant participer au projet

La participation est ouverte à toutes les hommes majeurs (>18 ans) ayant une bonne compréhension parlée du français dont la partenaire est amenée à vivre un accouchement provoqué. Les situations d'urgence pour la mère ou l'enfant ainsi que les situations pouvant engendrer une grande vulnérabilité chez le couple (prématurité...) sont exclues de l'étude.

3. Informations générales sur le projet

Il s'agit d'une étude qualitative menée dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de Master en Science de la Santé délivré par les universités suisses HES-SO et UNIL.

L'étude se déroulera depuis le mois de juin 2020 au mois de janvier 2021.

10 hommes participeront à cette étude.

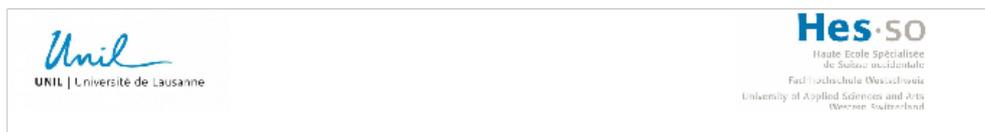
Nous effectuons ce projet dans le respect des prescriptions de la législation suisse. La commission cantonale d'éthique compétente a contrôlé et autorisé le projet.

4. Déroulement pour les participants

Vous serez invité à vous entretenir en tête à tête avec la chercheuse, madame Ornella Rouveïrolles, lors d'une seule rencontre qui se déroulera à distance via l'application ZOOM, une application gratuite de réunion à distance actuellement utilisées par des institutions genevoises comme les HUG ou l'UNIGE. Si vous n'utilisez pas déjà ZOOM, il vous sera demandé d'installer l'application. Pour effectuer l'entretien dans de bonnes conditions vous devez avoir accès à un ordinateur ou à un smartphone avec micro et webcam activés et pouvoir vous isoler le temps de l'entretien. Nous fixerons ensemble la date et l'heure de l'entretien lors d'un échange téléphonique quelques jours avant. Idéalement l'entretien aura lieu le jour ou la veille de la provocation de l'accouchement. Vous recevrez par mail une invitation pour vous connecter à la salle de réunion que j'aurais créé spécifiquement pour notre entretien ainsi que le mot de passe permettant d'y accéder. Il est difficile de vous donner une durée précise de l'entretien qui dépendra de nos échanges mais il ne devrait pas dépasser une trentaine de minutes. À tout moment vous pourrez stopper l'entretien sans vous justifier.

5. Bénéfices pour les participants

Votre participation au projet ne vous apportera aucun bénéfice. Si vous participez à ce projet, vous ne recevrez pour cela aucune rémunération. Parfois, les participants aux recherches apprécient



d'être écoutés pendant la durée de l'entretien. Les résultats du projet pourraient se révéler importants par la suite pour les pères et les familles expérimentant une naissance provoquée. Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les principaux résultats de l'étude par mail.

1. Droits et obligations des participants

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer au projet. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier. Cela ne changera rien à la prise en charge de votre partenaire. Vous pouvez à tout moment poser toutes les questions nécessaires au sujet de l'étude. Veuillez-vous adresser pour ce faire à la personne indiquée à la fin de la présente feuille d'information.

2. Risque

Votre participation à cette étude ne vous expose à aucun risque.

3. Confidentialité des données

Pour les besoins de l'étude, les entretiens seront enregistrés et entièrement retranscrits. Seules les deux chercheuses susmentionnées pourront consulter vos données sous la forme audio. La retranscription sera complètement anonyme. Votre nom n'apparaîtra jamais sur Internet ou dans une publication. Parfois, les journaux scientifiques exigent la transmission de données individuelles (données brutes). Si des données individuelles doivent être transmises, elles sont toujours codées et ne permettent donc pas de vous identifier en tant que personne. Toutes les personnes impliquées dans l'étude de quelque manière que ce soit sont tenues au secret professionnel. Toutes les directives relatives à la protection des données sont respectées et vous avez à tout moment le droit de consulter vos données.

4. Interlocuteur(s)

Pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser à tout moment à l'un des interlocuteurs suivants :

Marie-Julia GUITTIER
Sage-femme, PhD,
Directrice du travail de Master
Haute école de santé ▪ HES-SO
47 avenue de champel, 1206 Genève
Maternité des HUG, 30 bd de la cluse, 1206 Genève
marie-julia.guittier@hesge.ch
Tél. direct +41 22 388 57 22 ▪ Central +41 22 388 56 00

Ornella Rouveïrolles
Étudiante HES-SO Master
+41 (0)79 722 16 39
ornella.lenoir@master.hes-so.ch

Annexe 4 : Guide d'entretien version 1



GUIDE D'ENTRETIEN

I-Fin de recrutement et introduction de l'entretien :

« Avez-vous des questions concernant votre participation à l'étude ? »

Recueil du consentement oral et écrit.

L'introduction permet de redéfinir les objectifs de l'étude et de l'entretien, poser le cadre de l'entretien (non-jugement, anonymat, droit à l'enregistrement).

« Je vous remercie de participer à cette étude et me consacrer du temps.

Cette recherche a pour but de mieux comprendre le rôle des pères lorsque l'accouchement est provoqué chez leur partenaire. Cette recherche s'inscrit dans le cadre de mon travail de Master (Master en Science de la Santé). En effet, je suis étudiante à la HES-SO et je dois faire un travail de fin d'études. Votre anonymat sera respecté dans le cas de cette recherche et également dans le cas d'une publication.

La durée de l'entretien ne devrait pas, en principe, excéder trente minutes. Pendant l'entretien vous devez rester joignable pour votre partenaire et/ou l'équipe médicale. Vous pouvez bien sûr à tout moment stopper l'entretien et/ou retourner auprès de votre partenaire.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel. Si je vous propose de l'enregistrer, c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans ma prise de notes.

Je tiens à dire qu'il n'existe pas de bonnes ou mauvaises réponses, ce que je cherche à savoir, c'est bien votre expérience du travail de l'accouchement.

Prendre des notes sur l'environnement où se déroule l'entretien : le lieu, la date, l'heure, les éventuels perturbateurs (bruit, lumière, chaleur), personnes présentes....

II-Questions sociodémographiques

Dans un premier temps j'aimerais que vous vous présentiez.

- ▼ Âge / Date de naissance
- ▼ Niveau d'éducation
- ▼ Statut familial (en couple, célibataire, marié)
- ▼ Profession
- ▼ Nationalité
- ▼ Nombre d'enfant
- ▼ Lieu de résidence
- ▼ Adresse Mail (pour transmettre les résultats)

III-Developper :

Débuter par une question ouverte : « Votre compagne/ épouse a été admise à la maternité en vue de provoquer son accouchement. Racontez-moi comment s'est passé pour vous l'annonce de la provocation ?

L'expérience des pères lorsque l'accouchement est provoqué. 1
A propos d'une étude exploratoire phénoménologique en Suisse romande

Version du 24 avril 2020



Uniquement si besoin pour rediriger l'entretien :

Thème 1 : La décision de provoquer / l'annonce

- ∨ Exemple de question : Comment avez-vous réagi à l'annonce de la provocation ?
- ∨ Relance : Pouvez-vous m'en dire plus sur la prise de décision de provoquer l'accouchement ?
- ∨ Relance : Comment avez-vous participé à ce choix ?
- ∨ Relance : Comment avez-vous fait le choix en faveur d'une provocation ?

Thème 2 : Le prise en compte du père dans le processus

- ∨ Exemple de question : Dans quelles mesures avez-vous pu prendre part aux prises de décisions et aux choix concernant cette naissance ?
- ∨ Relance : Comment votre choix a-t-il été pris en compte lors des décisions médicales ?
- ∨ Relance : Comment avez-vous pu prendre part aux décisions médicales ?
- ∨ Relance : Dans quelles mesures avez-vous pu prendre part aux prises de décisions et aux choix concernant la grossesse ?

Thème 3 : Le niveau de connaissance autours de la provocation

- ∨ Exemple de question : Que connaissiez-vous de l'accouchement provoqué avant l'admission en maternité ?
- ∨ Relance : Que pensez-vous des informations que l'on vous avait données avant la provocation à son sujet ?
- ∨ Relance : Quelles sont les informations ou les connaissances que vous auriez voulu savoir avant votre provocation et qu'on ne vous a pas précisées ?
- ∨ Relance : Qu'est-ce que l'équipe médicale vous a expliqué à l'annonce de la provocation ?

Thème 4 : Contrôler un évènement non prévisible : l'ambivalence

- ∨ Exemple de question : Qu'est-ce que la provocation a modifié dans votre organisation ?
- ∨ Relance : Comment vous êtes-vous adapté à l'idée d'un accouchement provoqué ?
- ∨ Relance : Quelles conséquences identifiez-vous à la provocation ?
- ∨ Relance : Pour vous, en quoi la provocation diffère-t-elle de l'accouchement idéal ?

IV-Conclure l'entretien

"Ainsi nous arrivons au terme de cet entretien. Je vous remercie pour votre participation.

Y-a-t-il des informations que vous souhaiteriez ajouter ?

Si vous le souhaitez je vous ferais parvenir par mail les principaux résultats de ma recherche. »

Noter dans le journal de bord sur impressions personnelles et ressenties pendant l'entretien.

Annexe 5 : Guide d'entretien version 2



GUIDE D'ENTRETIEN

I-Fin de recrutement et introduction de l'entretien :

« Avez-vous des questions concernant votre participation à l'étude ? »

Recueil du consentement oral et écrit.

L'introduction permet de redéfinir les objectifs de l'étude et de l'entretien, poser le cadre de l'entretien (non-jugement, anonymat, droit à l'enregistrement).

« Je vous remercie de participer à cette étude et me consacrer du temps.

Cette recherche a pour but de mieux comprendre le rôle des pères lorsque l'accouchement est provoqué chez leur partenaire. Cette recherche s'inscrit dans le cadre de mon travail de Master (Master en Science de la Santé). En effet, je suis étudiante à la HES-SO et je dois faire un travail de fin d'études. Votre anonymat sera respecté dans le cas de cette recherche et également dans le cas d'une publication.

La durée de l'entretien ne devrait pas, en principe, excéder trente minutes. Pendant l'entretien vous devez rester joignable pour votre partenaire et/ou l'équipe médicale. Vous pouvez bien sûr à tout moment stopper l'entretien et/ou retourner auprès de votre partenaire.

Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera absolument confidentiel. Si je vous propose de l'enregistrer, c'est pour faciliter notre discussion et éviter des erreurs dans ma prise de notes.

Je tiens à dire qu'il n'existe pas de bonnes ou mauvaises réponses, ce que je cherche à savoir, c'est bien votre expérience du travail de l'accouchement.

Prendre des notes sur l'environnement où se déroule l'entretien : le lieu, la date, l'heure, les éventuels perturbateurs (bruit, lumière, chaleur), personnes présentes....

II-Questions sociodémographiques

Dans un premier temps j'aimerais que vous vous présentiez.

- ∨ Âge / Date de naissance
- ∨ Niveau d'éducation
- ∨ Statut familial (en couple, célibataire, marié)
- ∨ Profession
- ∨ Nationalité
- ∨ Nombre d'enfant
- ∨ Lieu de résidence
- ∨ Adresse Mail (pour transmettre les résultats)

III-Développer :

Débuter par une question ouverte : « Votre compagne/ épouse va être admise à la maternité en vue de provoquer son accouchement. Avant de parler de cette naissance prochaine,

L'expérience des pères lorsque l'accouchement est provoqué.

1

A propos d'une étude exploratoire phénoménologique en Suisse romande

Version 2-18 juillet 2020



raconter-moi l'arrivée de cette grossesse. La grossesse est-elle programmée ou s'agit-il d'un « bébé surprise »?

Comment vous sentez-vous depuis que vous savez que vous allez être papa ?

Si besoin, rediriger sur la prise de décision au cours de la grossesse :

Est-ce qu'il y a d'autres moments durant la grossesse ou il y eu des décisions à prendre ? (Prénom, meubles, équipements bébé)

Si besoin, rediriger l'entretien sur la prise de décision de la provocation :

Thème 1 : La décision de provoquer / l'annonce

- ✓ Exemple de question : Comment avez-vous réagit à l'annonce de la provocation ?
- ✓ Relance : Pouvez-vous m'en dire plus sur la prise de décision de provoquer l'accouchement ?
- ✓ Relance : Comment avez-vous participer à ce choix ?
- ✓ Relance : Comment avez-vous fait le choix en faveur d'une provocation ?

Thème 2 : Le prise en compte du père dans le processus

- ✓ Exemple de question : Dans quelles mesures avez-vous pu prendre part aux prises de décisions et aux choix concernant cette naissance ?
- ✓ Relance : Comment votre choix a-t-il été pris en compte lors des décisions médicales ?
- ✓ Relance : Comment avez-vous pu prendre part aux décisions médicales ?
- ✓ Relance : Dans quelles mesures avez-vous pu prendre part aux prises de décisions et aux choix concernant la grossesse ?

Thème 3 : Le niveau de connaissance autours de la provocation

- ✓ Exemple de question : Quel est le motif de la provocation ? Qu'en pensez-vous ?
- ✓ Relance : Que connaissiez-vous de l'accouchement provoqué avant l'admission en maternité ?
- ✓ Relance : Que pensez-vous des informations que l'on vous avait données avant la provocation à son sujet ?
- ✓ Relance : Quelles sont les informations ou les connaissances que vous auriez voulu savoir avant votre provocation et qu'on ne vous a pas précisées ?

Thème 4 : Contrôler un évènement non prévisible : l'ambivalence

- ✓ Exemple de question : Qu'est-ce que la provocation a modifié dans votre organisation ?
- ✓ Relance : Comment vous êtes-vous adapté à l'idée d'un accouchement provoqué ?
- ✓ Relance : Quelles conséquences identifiez-vous à la provocation ?
- ✓ Relance : Pour vous, en quoi la provocation diffère-t-elle de l'accouchement idéal ?

IV-Conclure l'entretien

"Ainsi nous arrivons au terme de cet entretien. Je vous remercie pour votre participation. Y-a-t-il des informations que vous souhaiteriez ajouter ?

L'expérience des pères lorsque l'accouchement est provoqué. 1
A propos d'une étude exploratoire phénoménologique en Suisse romande
Version 2-18 juillet 2020

Annexe 6 : Codebook ou liste des unités de signification

Codebook

Héritage culturel :

- La place et le rôle des hommes
- Lignée de femmes
- Le mariage
- La pays d'origine
- La religion

Représentations :

- La nature
- La grossesse et la femme enceinte
- La médecine
- La parentalité

Un référentiel d'expériences

Émotions et Sentiments

- Ambivalence
- Positif
 - o Confiance
 - o Joie
 - o Fierté
 - o Soulagement = être rassuré
- Négatif
 - o Anxiété, peur
 - o Stress
 - o Solitude
 - o Incertitude, flou
 - o Tension/Attente
 - o Tristesse

Un espace de parole :

- Absent
- Possible

Connaissances :

- Réelles
- « Je ne sais rien » = « Je ne suis pas médecin »
- Chercher l'info

Rôle du père :

L'expérience des pères lorsque l'accouchement est provoqué.
A propos d'une étude exploratoire phénoménologique en Suisse romande

Omella Rouveirolles 2020

Codebook

- Être fort
- Être prêt
- Protéger
- Soutenir la femme
- Suivre la femme

Le couple parental

- Communiquer
- Ne faire qu'un (corps)
- Choix de couple

Provoquer :

- Ce n'est pas ma décision
- C'est ma décision
- Ce n'est pas de mon ressort
- J'accepte = ce n'est pas un problème

Coronavirus

Désirabilité sociale

La mort