

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
JOSÉE TREMBLAY

L'EXPÉRIENCE DES PÈRES LORS DE LA NAISSANCE DE LEUR ENFANT

AVRIL 2014

Sommaire

La naissance est de plus en plus considérée comme un événement familial où les hommes sont encouragés à participer activement. Les pères d'aujourd'hui désirent être présents à la naissance de leur enfant, ce moment étant significatif dans leur transition à la paternité ou encore, pour soutenir leur partenaire. Cependant, certains déplorent le fait de ne pas avoir pu participer activement à la naissance et d'avoir été confiné dans un rôle de spectateur passif. Bien que l'on note de nombreux bénéfices à la présence du père lors de la naissance, très peu d'études traitent l'expérience de ces pères lors de la naissance au Québec. Dans une perspective de mieux accompagner et impliquer les pères lors de la naissance, il devient important de mieux connaître leurs perceptions de cet événement. Cette étude qualitative phénoménologique a pour but de décrire l'expérience vécue des pères lors de la naissance de leur enfant, dans l'un des trois milieux de naissance suivants, l'unité de naissance en milieu hospitalier, la maison de naissance et le domicile. Les données ont été recueillies à l'aide de cinq entretiens collectifs auprès de 20 pères. L'analyse des résultats a permis de comprendre les perceptions des pères de la naissance en ce qui a trait à leurs émotions, leurs attentes, leurs croyances et leur rôle, ainsi que d'émettre des recommandations pour la pratique professionnelle, la formation, la gestion et la recherche.

Mots-clés : Pères, naissance, perception, expérience des pères.

Keywords: Fathers, childbirth, perception, father's experience.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Problématique	5
But de l'étude	13
Question de recherche	14
Contexte théorique	15
Cadre de référence	17
La théorie intermédiaire de la transition	17
Le modèle « Illness Beliefs » (Modèle des croyances envers la maladie).....	21
Recension des écrits	23
La transition à la paternité.....	24
La grossesse	24
La naissance.....	25
L'expérience de la naissance	27
La présence des pères à la naissance	27
L'absence du père à la naissance	29
La pression exercée sur les hommes	31

Les rôles des pères lors de la naissance	32
La perception de la naissance.....	34
Les sentiments des pères	36
L'impact sur la santé mentale du père	40
L'impact sur le couple	42
La préparation prénatale reçue.....	44
Le rôle des professionnels à l'égard des pères lors de la naissance	47
La réponse des professionnels à l'égard des besoins des pères	50
Méthodologie	55
La phénoménologie en termes de philosophie.....	57
La phénoménologie en termes de méthodologie.....	59
La réduction phénoménologique.....	60
La description.....	61
La réduction eidétique.....	62
Le milieu	63
La population cible.....	65
L'échantillonnage.....	65
Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	67
Le déroulement de l'étude.....	68
Le recrutement des participants	68
La collecte de données	69
Les instruments de collecte de données.....	69

Les considérations éthiques	71
L'analyse des données	73
La collecte des données verbales	73
La lecture des données	74
La division des données en unités de signification.....	74
L'organisation et l'énonciation des données brutes dans un langage disciplinaire.....	75
La synthèse des résultats.....	76
Les forces et limites de l'étude	76
Résultats	79
Le profil sociodémographique des pères	80
Les caractéristiques des pères	81
La situation familiale du père	81
Les caractéristiques de la naissance	83
L'expérience de la naissance.....	86
Se préparer à la naissance	87
Façonner ses attentes	87
Construire des croyances	96
Définir son rôle	98
Le père organisateur.....	99
Le père accompagnateur	99
Exercer son rôle de père auprès de son enfant.....	102
Vivre des émotions	103

Émotions de bien-être	103
Émotions de détresse	104
Être en relation avec des professionnels	111
Être en relation avec des professionnels compétents	111
Être en relation avec du personnel qui limite leur pouvoir d’agir	115
Rencontrer son enfant	118
Le moment de transition	118
Rencontrer sa conjointe.....	119
Le renforcement des liens du couple.....	120
Un tremplin vers la parentalité.....	121
Discussion	123
L’expérience des pères lors de la naissance.....	124
L’expérience nourrissante de la naissance	125
L’expérience traumatisante de la naissance	129
La théorie de la transition de Meleis et l’expérience des pères	133
Recommandations	137
La pratique clinique	138
La gestion.....	141
La formation.....	142
La recherche.....	143
Conclusion	144
Références	148

Appendice A. Choix de la directrice et de la co-directrice de mémoire	160
Appendice B. Approbation du projet de recherche	162
Appendice C. Lettre de publicité	164
Appendice D. Questionnaire sociodémographique.....	166
Appendice E. Guide d'entretien collectif.....	170
Appendice F. Certificat éthique	173
Appendice G. Formulaire de consentement	176
Appendice H. Arbre thématique des unités significatives	180

Liste des tableaux

Tableau

1	Raisons de non-participation à la naissance	30
2	Peurs des pères	38
3	Sentiments vécus par rapport à la naissance	39
4	Situation familiale	82
5	Caractéristiques de la naissance	83
6	Degré de satisfaction globale des services	86

Liste des figures

Figure

- 1 Symbole du modèle des croyances envers la maladie de Wright et Bell (2009).....22

Remerciements

La rédaction d'un mémoire de maîtrise est un travail de longue haleine qui ne peut être réalisée sans l'aide d'un mentor. Ma rencontre avec madame Francine de Montigny lors de la journée d'accueil de l'université a été déterminante dans l'aboutissement de mes études de deuxième cycle. Partageant le même intérêt pour la périnatalité et la paternité, celle-ci a su bien me guider tout au long de ma maîtrise, autant dans mon cheminement scolaire que dans le monde de la recherche par la participation à des conférences et des projets de recherche en tant qu'auxiliaire de recherche. Depuis 2010, elle m'a laissée cheminer à mon gré, a fait preuve de patience, de soutien et a su bien me conseiller, m'encourager et être disponible, en particulier lors de la finalisation de ma rédaction. Elle m'a permis tout au long de mon parcours de découvrir l'importance de la recherche ainsi que son apport à la pratique et de comprendre ce que sont vraiment la rigueur, la persévérance et la débrouillardise pour parvenir à réaliser un mémoire. Elle a su éveiller en moi un potentiel insoupçonné qui se traduit maintenant en une plus grande passion et une curiosité face au monde de la recherche et de la périnatalité et m'a rendue plus confiante envers mes moyens comme agente de changement.

Je tiens aussi à remercier ma codirectrice, madame Christine Gervais, qui a été mon soutien terrain. Grâce à son aide et son accompagnement lors des entretiens collectifs et dans l'analyse des résultats, cette recherche a pu obtenir des résultats intéressants en ce qui concerne l'expérience des pères lors de la naissance. Son écoute et ses encouragements ont été appréciés lors des moments de désarroi ou de découragement.

Un remerciement sincère aux pères qui ont accepté de partager avec générosité et intérêt leur vécu de la naissance. Sans votre participation, cette étude n'aurait pu exister. Vos témoignages ont confirmé la pertinence de ce projet de recherche et m'ont donné l'énergie pour terminer cette étude et émettre des recommandations afin d'améliorer la pratique envers les pères dans les moments entourant la naissance.

Un grand merci au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et à la Banque TD pour votre soutien financier. Grâce à vous, j'ai pu entreprendre mes études sans souci financier et terminer plus rapidement la rédaction de mon mémoire.

Finalement, merci à mon amoureux Tony qui m'a sans cesse soutenue et encouragée dans mon parcours de maîtrise. Merci pour ton soutien, ton écoute et ton intérêt envers mon projet et surtout, pour ta compréhension lors de périodes plus difficiles. À mes chers parents qui depuis mon jeune âge, ont su faire grandir en moi une détermination inestimable afin de me réaliser personnellement et professionnellement. Sans vous, je ne serais pas devenue la personne que je suis maintenant. Je tiens aussi à souligner les encouragements ou l'aide de mes amis et collègues de travail. Vous avez été une source d'énergie incroyable dans l'aboutissement de mon projet.

Introduction

Traditionnellement en Occident, la naissance était un événement qui se déroulait entre femmes. Aujourd'hui, on constate que les femmes sont généralement accompagnées de leur conjoint lorsqu'elles donnent naissance. En effet, selon l'Agence de la santé publique du Canada (2009), 94,6 % des femmes canadiennes étaient accompagnées de leur conjoint lors du travail et 92,3 % l'étaient lors de la naissance. Ce phénomène est plutôt récent en Occident, considérant le fait que les pères sont invités à assister à la naissance de leur enfant que depuis le début des années 70 et à y participer activement que depuis les années 90 (Reed, 2005).

Ce phénomène a fait émerger, depuis les vingt dernières années, plusieurs recherches sur la présence du père lors de la naissance. Ces études s'entendent sur les nombreux bénéfices qu'apporte la participation du père lors de la naissance de son enfant, tant pour le père en termes de soutien au développement de son identité paternelle (Baker, Miron, de Montigny, & Boilard, 2007) que pour la mère dans ses perceptions de l'accouchement, de son contrôle de la douleur lors du travail et de sa confiance en soi (Gungor & Beji, 2007).

Cependant, on note que les pères ressentent souvent une forme de pression sociale pour assister à l'accouchement en tant que spectateur passif plutôt que comme un participant actif (Eriksson, Westman, & Hamberg, 2006). Ils sont donc nombreux à se

sentir mis de côté (Premberg & Lundgren, 2006). Au Québec, l'expérience des pères lors du moment de la naissance reste à ce jour très peu connue. Ainsi, cette étude phénoménologique descriptive a pour objectif de décrire l'expérience vécue de ces pères lors de la naissance de leur enfant, selon trois différents milieux où les pères peuvent vivre cette expérience, soit le centre hospitalier, la maison de naissance et le domicile. Ce choix de milieux permet une représentation des différentes expériences vécues dans la société québécoise. Bien que les infirmières ne côtoient que les couples qui donnent naissance en contexte hospitalier, il demeure pertinent pour elles d'être informées à propos du vécu de l'ensemble des pères. L'objectif de cette étude permettra d'identifier les perceptions de ces pères de l'évènement, de leur rôle et de leurs besoins et d'en arriver à proposer des interventions personnalisées permettant de mieux les accompagner, peu importe le lieu de naissance.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier décrit la problématique entourant l'expérience des pères québécois lors de la naissance de leur enfant. L'objectif de l'étude et les questions de recherche y sont détaillés.

Le second chapitre concerne les connaissances actuelles sur les moments critiques de la transition vers la paternité telles que la grossesse et la naissance et sur l'expérience des pères de la naissance. Les thèmes abordés sont : leur perception de leur présence, de l'évènement en tant que tel, de leur rôle, de la préparation prénatale reçue et des professionnels à leur égard. Les cadres de référence y sont introduits, soit la théorie de la

transition de Meleis (2010) et le modèle des croyances envers la maladie de Wright et Bell (2009). Ces derniers permettent de mieux saisir sous quelles influences théoriques cette étude a été conduite.

Le contenu du troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée, soit la phénoménologie descriptive. La première partie du chapitre explique la philosophie et la méthodologie de la phénoménologie. La seconde partie se consacre à la description du déroulement de l'étude.

Les résultats de l'analyse des données recueillies lors des entretiens collectifs font l'objet du quatrième chapitre. Le profil sociodémographique des pères y est présenté, de même que les thèmes qui découlent de l'étude, soit : se préparer à la naissance, définir son rôle, vivre des émotions, être en relation avec des professionnels, rencontrer son enfant et rencontrer sa conjointe.

Finalement, le cinquième chapitre expose la discussion, les limites et les forces de cette étude. Puis, des recommandations pour la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation en sciences infirmières y sont émises.

Problématique

Près de 88 700 enfants naissent au Québec chaque année selon l'Institut de la statistique du Québec (2012), soit 1,73 enfant par famille (ISQ, 2011). Les femmes québécoises ont maintenant le choix de donner naissance à l'hôpital, à la maison de naissance ou à domicile. L'hôpital offre aux femmes une prise en charge par une équipe médicale, formée de médecins et d'infirmières, tandis qu'à la maison de naissance ou à domicile, ce suivi est offert par une équipe de sages-femmes.

Tant au plan international que national ou provincial, des études sont parvenues à décrire l'expérience des femmes lors de la naissance, indiquant que l'événement de la naissance est significatif pour celles-ci. Ainsi, on sait qu'une expérience maternelle positive ou satisfaisante de l'accouchement peut faciliter l'adaptation de la mère au rôle parental, influencer positivement sur l'autogestion en matière de santé et accroître les chances qu'elle respecte les futures recommandations en matière de soins de santé et de suivi (Peterson, Charles, DiCenso, & Sword, 2005). À l'inverse, celles qui qualifient négativement leur expérience de la naissance ont moins d'enfants subséquents ou attendent plus longtemps avant d'en avoir un autre (Gottvall & Waldenström, 2002). Une mauvaise expérience antérieure entraîne plus d'anxiété, de douleur, d'utilisation d'analgésiques et d'interventions médicales comme le déclenchement artificiel des contractions lors d'un accouchement ultérieur (Lundgren, 2005; Waldenström, 1999b).

En ce qui concerne l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant, plusieurs études exploratoires démontrent que la naissance est de plus en plus considérée comme un évènement familial où les hommes sont encouragés à participer activement (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998). De nombreux pères expriment un désir d'être présents à la naissance (Chan & Paterson-Brown, 2002; Gungor & Beji, 2007; Johnson, 2002; Madsen & Munck, 2001), en particulier lorsqu'ils ont le sentiment d'être invités à faire partie de cet évènement (Chandler & Field, 1997). Cette participation leur permettent de soutenir leur partenaire (Gungor & Beji, 2007; Madsen & Munck, 2001; Wielgos et al., 2007) ou encore, de vivre un moment significatif de transition vers la paternité (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998) et de construire leur identité paternelle (Baker et al., 2007). Les pères se considèrent d'ailleurs comme la meilleure personne pour soutenir leur conjointe dans cet évènement (Martin, 2008) en jouant quatre rôles distincts dont celui d'entraîneur, de coéquipier, de témoin ou d'avocat (Chapman, 1991). Or, certains disent avoir besoin de se sentir encouragés et guidés par leur partenaire dans le but d'avoir l'impression de jouer un rôle actif (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011).

Par contre, des pères demeurent encore réticents à être présents lors de la naissance en raison de leur aversion à l'égard de la souffrance de leur partenaire et de leur manque de préparation affective. Diverses peurs, telles que celles de se sentir inutile, d'être une source de dérangement pour les intervenants ou que l'expérience de la naissance soit déplaisante, sont aussi des sources de découragement (Wielgos et al., 2007). Leur désir

d'être présents à la naissance est influencé par la conjointe, la famille, le contexte social et la préparation reçue. Certains pères mentionnent également ressentir une forme de pression sociale à être présents (Chalmers & Meyer, 1996; Wielgos et al., 2007).

De plus, le sentiment de ne pas être bien préparés émotionnellement face à l'expérience du travail et de l'accouchement se manifestent chez plusieurs d'entre eux (Hallgreen, Kihlgren, Forslin, & Norberg, 1999; Johnson, 2002; Premberg & Lundgren, 2006), en ce qui a trait à la durée du travail et à la douleur de leur partenaire (Hallgreen et al., 1999; Johnson, 2002; Nichols, 1993). Certains mentionnent ressentir de l'anxiété, de la peur et un sentiment de manque de contrôle (Erlandsson & Lindgren, 2009). Ce manque de contrôle peut engendrer une difficulté à identifier le rôle qu'ils désirent jouer lors de la naissance (Longworth & Kingdon, 2011). Aussi, les pères avouent refouler leurs peurs par souci de ne pas en générer chez leur conjointe (Eriksson, Salander, & Hamberg, 2007).

Au Canada, on ne trouve qu'une seule étude traitant de l'expérience des pères lors de la naissance. Chandler et Field (1997) ont mené une étude descriptive exploratoire en Alberta à l'aide d'entrevues ethnographiques sur l'expérience des pères lors du travail et de l'accouchement. Cette étude révèle que l'expérience de la naissance a été perçue comme plus exigeante que prévue. Bien que la force démontrée par leur conjointe pour parvenir à donner naissance ait suscité chez eux un sentiment de surprise et de respect, les pères ont également perçu un manque d'inclusion et de renforcement positif à l'égard

de leurs actions de la part des professionnels. La transmission d'informations sur les moyens de soulagement de la douleur a aussi été soulignée comme manquante. La façon dont le professionnel parvient à rehausser l'importance de l'implication du père lors de ce moment est donc déterminante dans la perception que le père aura de l'évènement.

Au Québec, très peu d'études traitant spécifiquement de l'expérience des pères lors de la naissance ont été répertoriées. Les auteurs Steinberg et Kruckman (2000) ont réalisé une étude mixte sur la perception de la grossesse et de la naissance de pères montréalais, d'origines japonaise ou québécoise. Cette étude démontre que la majorité des hommes des deux groupes étaient présents lors de la naissance. Pour certains, l'expérience s'est déroulée plus facilement que ce qu'ils avaient prévu tandis que pour d'autres, l'expérience a été plus difficile. Selon eux, leur principal rôle était d'être présents ou de soutenir émotionnellement leur conjointe. Plusieurs d'entre eux se sont sentis activement impliqués dans le processus de la naissance. Malgré l'importance accordée à la présence du père lors de la naissance par les professionnels, on constate que ce phénomène a été peu exploré, tant au Québec qu'au Canada. Force est de constater qu'on en connaît davantage sur l'expérience des mères que celles des pères, de même que sur les bénéfices de la participation du père pour la mère.

C'est ainsi que les recherches ont démontré que pour la mère, la présence du conjoint a un effet positif sur sa perception de l'accouchement, en particulier lorsque le conjoint joue un rôle actif (Gungor & Beji, 2007). D'ailleurs, les femmes évaluent de

façon plus positive l'utilité des hommes que ce que ces derniers perçoivent d'eux-mêmes (Chan & Paterson-Brown, 2002). Cette présence aide la femme à se sentir en contrôle et confiante face au processus de la naissance et à la douleur, tout en atténuant la détresse émotionnelle et les inquiétudes, et en favorisant la communication avec la sage-femme (Sabitri, Toshio, & Miyuki, 2011). Le soutien pratique et psychologique apporté par le conjoint diminue les peurs liées à l'accouchement et augmente le bien-être durant le travail (Somers-Smith, 1999). La présence continue du père offre ainsi un sentiment de sécurité et d'apaisement à la femme tout au long du processus de la naissance (Kainz, Eliasson, & von Post, 2010). De plus, on sait que l'offre d'un soutien continu à la femme en travail, soit une personne constamment à ses côtés pour répondre à ses différents besoins physiques et affectifs, augmente les chances d'un accouchement spontané, diminue le taux d'utilisation d'analgésie locale, d'intervention obstétricale et de césarienne (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2012). Une aide de cette nature permet entre autres de diminuer la durée de l'accouchement (Hodnett et al., 2012) et d'augmenter la satisfaction de la femme par rapport à l'expérience de son accouchement (Hodnett et al., 2012; Yuenyong, O'Brien, & Jirapeet, 2012).

Selon Odent (1996), la présence du père pourrait cependant rendre la naissance plus difficile, dans la mesure où le père a tendance à transmettre ses peurs et ainsi à augmenter l'anxiété chez la mère. Sabitri et ses collègues (2011) abondent dans ce sens en affirmant que la majorité des femmes de leur étude réalisée au Népal aurait exprimé le désir ne pas être accompagnées par leur conjoint lors de la naissance. Celles-ci

mentionnaient craindre d'être distraites par la détresse émotionnelle de leur conjoint. Ces mêmes femmes considèrent les sages-femmes comme les mieux placées pour répondre à leurs besoins physiques.

Ces études démontrent les bienfaits pour la mère de la participation du père lors de la naissance, mais aussi les limites, s'il est particulièrement stressé. Il s'avère donc essentiel de mieux comprendre comment l'expérience de la naissance est vécue chez les pères, de manière à pouvoir mieux les soutenir dans celle-ci.

La participation du père comporte aussi des avantages pour l'enfant. Les pères qui s'engagent précocement auprès de leur enfant, soit dès la naissance, sont plus enclins à être disponibles et engagés dans les soins et l'éducation de leur enfant deux ans plus tard (Lamb, Hwang, Broberg, & Bookstein, 1988). Des bénéfices sont aussi ressentis chez le couple. La présence et la participation du conjoint à l'accouchement contribuent positivement à la relation conjugale (Chan & Paterson-Brown, 2002; Waldenström, 1999b), car elle permet le partage d'une expérience unique en couple et comme nouveaux parents (Kainz et al., 2010; Waldenström, 1999a; Wielgos et al., 2007).

Considérant les bénéfices de la présence et de la participation du père lors de la naissance, de nombreuses démarches ont été entreprises au Québec et au Canada afin de faciliter l'implication des pères dans les aspects qui entourent la naissance, et ce, dès le début des années 80. En 1980, l'Association de la santé publique du Québec a tenu le

colloque *Accoucher ou se faire accoucher* afin d'encourager le pouvoir d'agir des femmes et de leur partenaire sur les événements entourant la mise au monde de l'enfant. En 2000, l'Agence de la santé publique du Canada a émis des lignes directrices soulignant l'importance d'une approche centrée sur la famille lors du travail et de l'accouchement. En 2006, on voit apparaître l'ajout du congé paternel de cinq semaines par le gouvernement du Québec (Emploi et Solidarité sociale Québec, 2009). En 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait une mise à jour de sa politique de périnatalité de 1993, soulignant que l'implication du père au cours de la période pré, per et post-natale doit être reconnue, favorisée et soutenue. Toujours en 2008, le Conseil de la famille et de l'enfance du Québec a souligné l'importance de l'accompagnement des pères au cours de la période périnatale afin de les inciter à prendre leur place auprès de leur enfant. Ces différentes démarches font en sorte que les intervenants du Québec œuvrant en périnatalité encouragent maintenant la présence et la participation du père lors de la naissance de leur enfant (Rivard & de Montigny, sous presse).

Force est de constater que bien que la participation des pères soit encouragée et que les bénéfices qui en découlent soient connus, des pères rapportent encore se sentir mal préparés (Hallgreen et al., 1999; Johnson, 2002; Premberg & Lundgren, 2006) et mal accompagnés (Chandler & Field, 1997) lors de la venue de leur enfant. Comme le père s'avère souvent la source de soutien la plus prisée par les femmes lors de l'accouchement (Chalmers & Meyer, 1996; Wielgos et al., 2007) et que la qualité du

soutien est cruciale dans le déroulement et la perception que la femme aura de son accouchement (Gungor & Beji, 2007), c'est toute la famille qui pourrait bénéficier d'un soutien mieux adapté et inclusif des pères. Il est reconnu que la relation que crée le père avec le personnel soignant durant l'accouchement revêt une signification importante à ses yeux (Lacharité, 2009). Afin de favoriser une expérience paternelle positive, les intervenants doivent être en mesure d'encourager et de soutenir la participation du père et surtout de reconnaître son rôle au-delà de la forme simpliste de soutien à la mère (de Montigny & Lacharité, 2004).

But de l'étude

En résumé, bien que l'on note de nombreux bénéfices de la présence des pères lors de la naissance de leur enfant et que les études aient discuté des défis qui méritent d'être revisités, on en connaît toujours peu sur l'expérience vécue par les pères québécois. Ainsi, si l'on souhaite favoriser davantage l'implication active ainsi que la satisfaction des pères et des mères lors du moment de la naissance, il s'avère nécessaire de chercher à mieux comprendre comment les pères perçoivent leurs émotions, attentes, croyances et leur rôle lors de cet événement. Ceci permettra aux professionnels de la santé de découvrir de nouvelles façons de les préparer, de les accompagner et de les impliquer lors de la naissance.

Question de recherche

Cette étude vise à répondre à la question suivante : Comment les pères décrivent-ils l'expérience de la naissance de leur enfant en termes de perception de l'évènement et de leur rôle? La chercheuse tente de répondre aux questions sous-jacentes :

- Quelles sont les émotions, les attentes et les croyances des pères à l'égard des événements entourant la naissance?
- Comment les pères se représentent-ils leur rôle (celui qu'on leur demande de jouer, celui qu'ils acceptent ou non de jouer) au moment de la naissance?

Le prochain chapitre présente le contexte théorique retenu pour cette étude, soit la théorie de Meleis (2010) et le modèle de Wright et Bell (2009). Puis, les connaissances actuelles sont exposées à l'égard de la transition à la paternité ainsi que sous l'angle de l'expérience des pères de la naissance.

Contexte théorique

La transition vers la paternité est une importante étape dans la vie d'un homme. La naissance d'un enfant est reconnue comme un évènement marquant dans cette transition (Bridges, 1980, 1991). Toutefois, on en sait encore très peu sur l'expérience des pères lors de la naissance et sur la façon dont ceux-ci désirent s'impliquer et exercer leur rôle. Le but de cette étude est donc de décrire l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant.

Ce deuxième chapitre présente le contexte théorique en lien avec les deux thèmes principaux de l'étude, soit la transition à la paternité et l'expérience des pères de la naissance. La théorie intermédiaire de la transition de Meleis (2010) et le modèle des croyances envers la maladie de Wright et Bell (2009) servent de cadre de référence pour cette étude et sont présentés dans la première partie de ce chapitre. Ceux-ci contribuent dans l'élaboration des questions du guide d'entretien collectif afin de bien cibler les thèmes et sous-thèmes fondamentaux à la compréhension des moments entourant l'expérience de la naissance chez les pères. La deuxième partie de ce chapitre fait le point sur l'état des connaissances concernant la transition à la paternité et l'expérience de la naissance chez les pères.

Cadre de référence

La théorie intermédiaire de la transition

Chaque individu vit des périodes de transition au courant de sa vie. Ces périodes sont provoquées par des changements sur les plans développementaux (ex. l'adolescence), situationnels ou de conditions de santé (ex. la maladie). De tels changements exigent, pour la personne touchée, une certaine réorganisation de sa vie et des ajustements au niveau cognitif, affectif et comportemental (Palkovitz & Palm, 2009). Ces changements peuvent provoquer de profondes répercussions dans le bien-être et la santé de la personne ainsi que sur son entourage immédiat, en particulier lorsque la personne éprouve de la difficulté à se réorganiser (Meleis, 2010). La théorie de la transition apporte une vision holistique des situations et des contextes particuliers que la personne peut vivre au cours de sa vie. Selon cette théorie, la transition se définit comme le passage d'une phase de vie, d'une condition ou d'un statut vers un autre. La transition est un processus en soi, se déroulant sur une période de temps et variant selon la personne, la situation et son environnement.

Selon cet auteur, cinq propriétés sont essentielles à la reconnaissance d'une transition. La première est la prise de conscience, qui est liée à la reconnaissance de l'expérience de transition. Cette prise de conscience est essentielle afin de pouvoir comprendre son expérience ainsi que les conséquences qui s'y rattachent. Il s'agit, pour les hommes, de réaliser que la naissance de leur enfant constitue une phase de transition dans leur vie.

La deuxième propriété se situe dans le niveau d'engagement, soit le degré de participation de la personne au processus de transition. Concrètement, le niveau d'engagement est démontré par la recherche d'information, par exemple auprès d'une personne vivant la même situation et faisant lieu de modèle. Ainsi, le père démontre son engagement en se préparant activement à la naissance, par exemple en participant aux rencontres prénatales.

La troisième propriété est le changement et la différence. Chaque transition engendre un lot de changements afin que l'individu puisse s'adapter à une nouvelle situation. Le changement aura des conséquences diverses sur la personne et sa famille selon sa nature, sa temporalité, son importance et sa gravité. La différence permet de mieux comprendre si la personne a vécu des attentes insatisfaisantes ou divergentes face à la transition et de voir si elle perçoit la vie d'une façon différente ou si cette personne est perçue différemment par l'extérieur. Il est donc important de connaître les attentes du père face à son expérience de la naissance et les répercussions que cet événement a provoqué sur sa vie.

La quatrième propriété est en lien avec le temps. Toute transition se déroule sur une période de temps, a un début et une fin. Le début d'une transition apparaît dès les premiers signes d'anticipation ou d'instabilité face à une situation. Selon une revue de littérature de Genesoni et Tallandini (2009), la transition à la paternité s'amorce dès le début de la grossesse, puis se concrétise à la naissance, pour se poursuivre lors de

l'arrivée de l'enfant à la maison. La fin d'une transition se traduit plutôt par une période de stabilité entraînant un sentiment de bien-être.

Finalement, la cinquième propriété est le moment critique. Les transitions sont déclenchées par des événements critiques d'ordre individuel ou environnemental. Draper (2002) précise que la transition à la paternité serait influencée par plusieurs moments critiques, soit l'annonce et la confirmation de la grossesse, l'écoute du cœur fœtal, l'échographie, la palpation des mouvements fœtaux et la naissance de l'enfant. Ces moments incitent le père à apporter des changements et à s'engager plus activement dans sa vie. La fin de cette transition se caractérise par un nouvel équilibre dans la vie.

De ce fait, certaines conditions au niveau personnel et environnemental (communautaire et sociétal) exercent une influence négative ou positive sur le déroulement de la transition à la paternité (Meleis, 2010). Certaines d'entre elles influent plus directement sur l'expérience de la naissance.

Au niveau personnel, on retrouve le sens qu'accorde le père à la naissance de son enfant. Cette condition se rattache à ses attentes, à son niveau de planification et à ses connaissances à l'égard de cet événement. Elle concerne notamment le rôle qu'il désire jouer et les émotions vécues. Les expériences antérieures peuvent influencer les attentes et provoquer de la surprise si l'expérience ne correspond pas à celles déjà établies. Le niveau de planification, de connaissances et d'habileté sont souvent une condition

gagnante au succès d'une transition. Finalement, l'état émotionnel et physique de la personne est aussi important. Plusieurs émotions sont vécues lors d'un processus de transition. Celles-ci peuvent occasionner de la détresse émotionnelle qui s'exprime souvent par de l'anxiété, de l'insécurité, de la frustration, de la dépression, de l'appréhension de l'ambivalence et de la solitude.

Du côté des conditions communautaires, on retrouve le soutien de la conjointe, de la famille et des professionnels de la santé, de même que les valeurs véhiculées par ces personnes. Il a été remarqué que lorsque la communication avec les professionnels est défaillante, cela peut provoquer des sentiments d'impuissance, de confusion et de frustration. De leur côté, les conditions sociétales se réfèrent aux valeurs de la société et au contexte socioéconomique et politique tels que la place accordée au père dans la période périnatale et celle qu'on lui reconnaît pour son enfant.

Ainsi, la transition à la paternité évolue selon le rythme du père vivant de profonds changements sur le plan développemental. Cette transition peut être plus laborieuse pour certains pères ayant une difficulté à réaliser les ajustements nécessaires à la venue d'un enfant dans leur vie (Devault & Dubeau, 2012). Lorsque la transition se déroule bien, un point final à la transition se manifeste. Il s'exprime par une nouvelle organisation de la pensée et des comportements du père et par le retour à un état d'équilibre (Palcovitz & Palm, 2009). À l'aide de la théorie de Meleis (2010), on peut penser que la transition de devenir père se termine au moment où celui-ci parvient à se sentir compétent dans son

rôle et qu'il l'assume. Il devient donc important dans le cadre de cette étude de se pencher davantage sur l'un des moments critiques de la transition à la paternité, soit la naissance, sachant que celle-ci a une incidence sur le déroulement de cette transition.

Le modèle « Illness Beliefs » (Modèle des croyances envers la maladie)

Le modèle « Illness Beliefs » en sciences infirmières de Wright et Bell (2009) reconnaît que tout être humain vit avec une multitude de croyances qui évolueront ou disparaîtront pour laisser la place à d'autres croyances au cours de sa vie. Ces croyances sont fondamentales dans la façon dont une personne voit le monde, fait des choix, agit et ressent les événements qui se présentent à elle. Ces croyances résident dans notre cognition, nos émotions et nos comportements. Elles facilitent ou font obstacle à notre façon de faire face à une situation particulière. Ce modèle s'applique non seulement aux personnes vivant des maladies, mais aussi aux personnes vivant une situation particulière de vie, comme la naissance d'un enfant. Ainsi, ce modèle contribue à la compréhension de l'expérience des pères lors de la naissance en permettant de mieux saisir les croyances qui peuvent influencer le vécu de cet événement. La figure suivante présente l'interrelation entre les différentes croyances, soit celles de la personne, de la culture, des membres de la famille et des professionnels qui peuvent influencer la situation de vie de la personne (voir Figure 1).

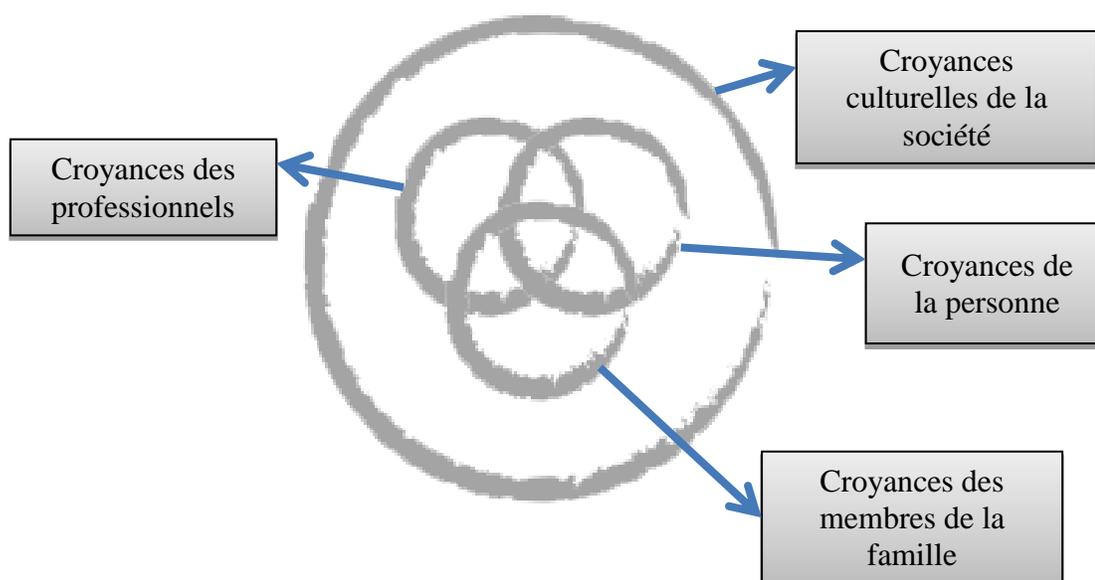


Figure 1. Symbole du modèle des croyances envers la maladie de Wright et Bell (2009).

Pour la plupart des pères, le vécu de la naissance est une expérience très significative (Genesoni & Tallandini, 2009). L'expérience globale de ce moment sera influencée par une gamme de croyances (Wright & Bell, 2009). Plus précisément, la façon dont il expérimentera la naissance de son enfant sera influencée par ses croyances personnelles, celles de sa partenaire, de sa famille, de ses amis et du personnel soignant (infirmières, médecins, sages-femmes, aides natales). Toutes ces croyances sont en réalité aussi influencées par un système plus large de croyances, soit celles véhiculées par la culture et la société lors des moments entourant la naissance.

Les croyances peuvent être facilitantes ou contraignantes lors d'une expérience de santé (Wright & Bell, 2009). Les croyances facilitantes procurent de nouvelles solutions afin de faire face à la situation problématique et de réduire la souffrance physique,

morale ou spirituelle. À l'opposé, les croyances contraignantes diminuent les possibilités de découvrir des solutions qui peuvent améliorer la situation et alléger la souffrance.

Ce modèle apporte donc un complément à cette étude afin d'identifier les croyances qui influencent l'expérience des pères lors de la naissance. En effet, les croyances exercent une influence directe sur le père lors de la naissance en ce qui concerne ses attentes, sa perception de l'évènement et son rôle lors de la naissance et envers son enfant suite à la naissance. L'identification et la compréhension de ces croyances guident les professionnels dans l'accompagnement des pères lors de la période périnatale afin de favoriser une expérience positive de la naissance et par le fait même, faciliter la transition à la paternité.

Recension des écrits

Cette section présente la recension des écrits, à l'échelle internationale, nationale et provinciale, en ce qui concerne l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant. La transition à la paternité lors de la grossesse et la naissance est exposée en premier lieu. Puis, l'expérience des pères de la naissance, sous l'angle des perceptions des pères de leur présence, de leur rôle, de l'évènement et de leurs sentiments sont présentées dans un deuxième temps. Les impacts de leur participation au niveau de leur santé mentale et pour leur couple ainsi que leurs perceptions face aux professionnels de la santé concluent cette recension des écrits.

La transition à la paternité

La grossesse. La grossesse est vécue d'une façon différente chez les hommes et les femmes, ce qui peut engendrer une différence dans le déroulement de la transition de l'homme à la paternité. En fait, la littérature affirme que la grossesse est une période non tangible pour le père contrairement à ce que vit la mère (Finnbogadóttir, Svalenius, & Persson, 2003; Genesoni & Tallandini, 2009). Le père vit donc une certaine ambivalence quant au fait de savoir qu'il sera bientôt père et le fait de ne rien voir ou sentir de l'enfant à venir (Devault & Dubeau, 2012). Selon les propos de 18 pères recueillis lors d'une étude longitudinale ethnographique en Suède, la grossesse est perçue comme irréelle, le père étant dans l'impossibilité de la vivre physiquement comme la mère. Cette perception peut engendrer pour certains pères une distance face à la grossesse et à l'enfant à naître, ainsi qu'un décalage face à leur transition à la paternité par rapport à celle vécue par la future mère (Draper, 2002). Le décalage que vivent les hommes lors de la période de la grossesse serait relié à un sentiment de manque de connaissance par rapport à la grossesse en général, à de l'isolement et à une difficulté à s'engager dans cette nouvelle réalité de devenir père. Certains pères expriment vivre une frustration face au fait qu'ils ne peuvent ressentir les aspects physiologiques de la grossesse contrairement à leur partenaire (Draper, 2003). Ces propos sont corroborés dans une deuxième étude suédoise réalisée par Longworth et Kingdon (2011).

L'annonce de la grossesse constitue toutefois un moment d'ancrage dans cette transition, projetant l'homme vers un nouveau rôle à venir (Draper, 2002). D'autres

auteurs suédois (Ekelin, Crang-Svalenius, & Dykes, 2004) attestent plutôt que l'échographie serait davantage significative pour les pères que l'annonce de la grossesse. Leur étude en théorisation ancrée réalisée auprès de 22 pères révèle que l'échographie est un moment très excitant pour les futurs pères. Ils affirment que le fait de voir l'enfant et que sa présence soit confirmée par un professionnel concrétisent chez le père le sentiment qu'il sera papa et qu'il aura bientôt une famille.

En Afrique du Sud, Chalmers et Meyer (1996) ajoutent que la grossesse provoque chez les pères l'apparition de nouvelles émotions ou d'émotions plus intenses, reliée à la nouvelle transition de vie. Les 150 pères participants à leur étude quantitative ont vécu, durant cette période, de l'excitation (47,8 %), de la joie (43,5 %), de la fierté (41,3 %), de l'anxiété (30,4 %), de l'émotivité (13,4 %), de l'irritabilité (8,7 %), de la désorganisation (8,7 %) et de l'insécurité (8,7 %).

La naissance. Tout comme la grossesse, la naissance constitue un moment marquant de la transition à la paternité. En effet, selon Chalmers et Meyer (1996), les pères vivent un sentiment immédiat d'amour envers leur enfant à la première vue de celui-ci (69,7 %). Une petite proportion des pères affirment avoir ressenti ce sentiment après quelques heures (6,1 %) et une très minime proportion après quelques jours (3 %) (Chalmers & Meyer, 1996).

Ce moment serait plus significatif chez les pères ayant reçu une préparation prénatale. En effet, une étude randomisée suédoise réalisée auprès de 1143 pères ($n = 558$, groupe expérimental, ayant une préparation prénatale et participant à la naissance et $n = 519$, groupe contrôle) aurait révélé que la préparation prénatale et la participation du père lors de la naissance favorisent des sentiments positifs immédiats envers leur enfant (Waldenström, 1999a). Dans cette même étude, l'acte de couper le cordon aurait permis aux pères de passer d'un rôle d'observateur passif à celui de plus actif (Waldenström, 1999a). Cette opportunité a également été rapportée par les pères comme un événement marquant dans une étude quasi expérimentale réalisée au Portugal auprès de 105 pères (Brandão & Figueiredo, 2012) dans une étude auprès de 55 hommes en Angleterre (Johnson, 2002). Cet acte a permis aux pères de créer un rite de passage, en coupant le lien entre la mère et l'enfant et en prenant une position égale à la mère par rapport à l'enfant (Johnson, 2002).

Finalement au Canada, plus précisément en Alberta, une étude descriptive exploratoire réalisée il y a 15 ans auprès de 14 pères démontre que la participation des pères lors de la naissance, par exemple le fait de couper le cordon ombilical, leur permet de concrétiser la transition vers la paternité (Chandler & Field, 1997). Ce moment éveille des sentiments immédiats envers leur enfant et permet d'établir un premier contact affectif avec celui-ci.

L'expérience de la naissance

L'expérience des pères lors de la naissance est en général décrite en fonction de leur désir d'être présents ou non et selon la forme de pression qu'ils ont subie pour être présents. On y retrouve aussi la perception de leur rôle et de l'évènement, les sentiments qu'ils ont vécus ainsi que les impacts sur leur santé mentale et leur couple suite à la naissance. Puis, les professionnels étant importants dans leur satisfaction de l'évènement, les perceptions des pères de la préparation prénatale, du rôle des professionnels et la réponse de ceux-ci à leur égard lors de la naissance sont exposées.

La présence des pères à la naissance. Au niveau international, on remarque une présence accrue des pères lors de la naissance. Par exemple, au Royaume-Uni, le taux de présence des pères est de 77,4 % ($n = 53$) (Johnson, 2002). Au Danemark, on retrouve un taux de 88,1 % ($n = 698$) (Madsen & Munck, 2001) et en Afrique du Sud un taux de 90,9 % lors du travail et de 87,9 % lors de la naissance ($n = 50$) (Chalmers & Meyer, 1996). En Suède, ce taux est de 98 % ($n = 567$ pères) (Waldenström, 1999a). L'Allemagne affiche un taux de présence de 95 % ($n = 100$ couples) (Wöckel, Schäfer, Beggel, & Abou-Dakn, 2007). Du côté canadien, 94,6 % des femmes ont été accompagnées par leur conjoint lors du travail et 94,9 % lors du moment de la naissance ($n = 6421$ femmes), selon une enquête canadienne de l'Agence de la santé publique du Canada (2009).

Cinq études dans différents pays ont ciblé les raisons pour lesquelles les pères désirent être présents ou participer à la naissance. Selon l'étude de Martin (2008) menée au Royaume-Uni, les pères ($n = 78$) se considèrent comme étant la meilleure personne pour soutenir leur partenaire dans le processus de la naissance. De son côté, Johnson (2002) révèle dans son étude quantitative ($n = 53$ hommes) que la présence des pères est reliée au désir d'offrir du soutien à sa partenaire (70,7 %) et de créer un lien d'attachement envers son enfant dans les moments suivants la naissance (17,1 %). Certains pères étaient incapables de préciser les raisons quant à leur désir d'être présents (12,2 %).

Une troisième étude quantitative ($n = 384$ pères), mais cette fois réalisée en Pologne, révèle que la motivation des pères à participer à la naissance est liée à un désir d'aider leur conjointe dans le processus de la naissance (73,9 %), à répondre à un besoin personnel (47,4 %), à la volonté de leur partenaire (34,3 %), à la curiosité (19,5 %), à l'influence des cours prénataux (11,9 %), à la tendance sociale (1,8 %) et à la pression exercée par la famille de la conjointe (1,6 %) (Wielgos et al., 2007).

Une quatrième étude originaire de la Turquie affirme que la participation des pères est en lien avec un désir de soutenir leur partenaire dans le processus de la naissance ($n = 23$). Deux autres pères voulaient surtout s'assurer que leur conjointe et leur enfant se portaient bien (Gungor & Beji, 2007). Cette étude expérimentale et prospective s'est effectuée auprès de 50 femmes et leur conjoint, dont la moitié du groupe d'hommes était

participant à la naissance ($n = 25$) et l'autre non-participant ($n = 25$). Finalement, sur le territoire canadien, l'étude de Chandler et Field (1997), décrite précédemment, explique que le processus de décision de l'homme à participer à la naissance de son enfant s'effectue en couple.

L'absence du père à la naissance. Certains pères préfèrent ne pas participer à la naissance. Plusieurs raisons sont invoquées par ceux-ci selon les résultats des études de Wielgos et ses collègues (2007), de Wöckel et ses collègues (2007) et de Madsen et Munk (2001). Ces raisons sont présentées sous forme de tableau synthèse (voir Tableau 1).

Tableau 1

Raisons de non-participation à la naissance

Raisons sous jacentes à la non participation	Wielgos et ses collègues (2007) (<i>n</i> = 121 pères)	Wöckel et ses collègues (2007) (<i>n</i> = 100 couples)	Madsen et Munk (2001) (<i>n</i> = 83 pères)
Peur de voir leur compagne souffrir	39,7 %	N/A	N/A
Vivre une perte de conscience	17,3 %	N/A	N/A
Peur d'une vision déplaisante de la naissance (sang et autres fluides)	5 %	1 %	N/A
Manquer de préparation émotionnelle	15,7 %	N/A	N/A
Se sentir inutiles	13,2 %	N/A	N/A
Être une source de dérangement pour l'équipe médicale	13,2 %	N/A	N/A
Ne pas se sentir à sa place comme la naissance est une affaire de femmes	9,9 %	N/A	N/A
Décision de la conjointe	42,8 %	2 %	N/A
Conséquences négatives sur la vie sexuelle	5,8 %	N/A	N/A
Convictions religieuses	N/A	N/A	51,8 %
Circonstances particulières de l'accouchement (césarienne, accouchement rapide, prématurité, mortinaissance)	N/A	N/A	24,1 %

Il est précisé dans l'étude de Wöckel et ses collègues (2007) que la raison des mères de ne pas désirer la présence du père lors de la naissance est en lien avec la croyance que l'aile des naissances n'est pas une place pour les hommes. Celles-ci croient que ce moment pourrait révolser le conjoint, provoquant la possibilité de répercussions négatives sur la vie sexuelle du couple. Certaines mères ne souhaitent pas la présence de leur conjoint simplement pour pouvoir se concentrer entièrement à donner naissance au lieu de s'inquiéter pour celui-ci.

Ces différentes études démontrent que les pères peuvent vivre certaines réticences à participer à la naissance. Ces réticences devraient être discutées avec les pères lors de la période prénatale afin d'évaluer l'ensemble des croyances qui peuvent réprimer leur désir de participation.

La pression exercée sur les hommes. Certains hommes disent vivre une forme de pression à accompagner leur conjointe lors de la naissance. En Angleterre, Johnson (2002) a révélé que 57,1 % des 53 hommes interrogés ont exprimé avoir ressenti de la pression pour être présents à la naissance de la part de leur conjointe et de la sage-femme. Cette forme de ressenti se trouve dans les résultats de l'étude qualitative de Kunjappy-Clifton (2008) réalisée auprès de 16 pères. Cet auteur révèle que les pères sont heureux d'avoir participé à la naissance de leur enfant, même s'ils ont vécu une certaine réticence ou un sentiment d'avoir été contraints. Ils ont considéré la naissance comme un moment positif pour établir un premier contact avec leur enfant.

Enfin, en Nouvelle-Zélande, l'étude phénoménologique descriptive de White (2007) suggère plutôt que cette forme de pression à participer à la naissance provient des professionnels et de la société. En fait, les pères rapportent avoir ressenti que leur présence est nécessaire, mais seulement en tant que spectateur. Des attentes non définies envers le rôle du père lors de la naissance sont véhiculées par la société, les médias et les cours prénataux. Ceci suscite un questionnement et une difficulté à bien reconnaître le rôle qu'ils désirent jouer lors de cet événement, ce qui peut les conduire à négocier avec le personnel. L'expérience devient alors, pour certains, déshumanisée et dépersonnalisée.

Les rôles des pères lors de la naissance. D'autres études sont parvenues à mieux comprendre le rôle qu'exerce le père lors de la naissance. Chapman (1991), un chercheur américain reconnu, a mis en lumière à l'aide d'une étude qualitative en théorisation ancrée réalisée auprès de 20 couples, que le père adhère à quatre principaux rôles lors de la naissance de son enfant, soit l'entraîneur, le coéquipier, le témoin et l'avocat. Il décrit ces rôles comme suit :

- l'entraîneur, activement impliqué, guide sa partenaire et l'assiste dans les respirations et techniques de relaxation;
- le coéquipier se voit comme un aidant et répond aux demandes de soutien physique et émotionnel;
- le témoin observe la naissance sans être activement impliqué;

- l'avocat se soucie de ses propres droits et de ceux de sa femme. Il est la personne qui se bat pour obtenir ce que le couple avait planifié par rapport à la naissance.

En Turquie, Gungor et Beji (2007) ont davantage étudié les rôles des pères proposés par Chapman (1991). Selon les résultats de leur étude expérimentale et prospective effectuée auprès de 25 hommes, 28 % ont adopté le rôle d'entraîneur, 36 % le rôle de coéquipier et 36 % le rôle de témoin.

Deux études suédoises et une canadienne ajoutent des constats intéressants en ce qui concerne le rôle du père durant la naissance. Premberg, Carlsson, Hellström et Berg (2011) affirment que les pères éprouvent une difficulté à assumer et à jouer leur rôle au moment de la naissance. Les pères de l'étude rapportent une tendance à éviter la démonstration de toutes formes d'inquiétudes ou d'émotions négatives devant leur femme par souci de lui offrir de la force et la sécurité et d'éviter de la perturber. Pour ce faire, ils évitent toutes discussions au sujet d'irrégularités ou signes d'inquiétudes et dissimulent toutes informations négatives provenant des professionnels. Bäckström et Hertfelt Wahn (2011) ajoutent que les hommes ont besoin d'être encouragés et guidés par leur femme sur ce qu'ils doivent faire, pour se sentir utiles et soutenant lors de la naissance. Les professionnels doivent rassurer le père que son rôle est important auprès de sa partenaire et le guider sur les façons d'être aidant afin de favoriser son implication. Steinberg et Kruckman (2000) précisent dans une étude mixte, auprès d'un échantillon de 33 pères montréalais d'origine japonaise, que 60,6 % des pères ont considéré avoir

joué un rôle actif lors de la naissance et 33,4 % ont adopté le rôle d'entraîneur. Le rôle de soutien auprès de leur partenaire faisait partie des attentes des pères, mais malheureusement, ce rôle a été difficile à jouer par manque de modèle et de stratégie pour le faire.

La perception de la naissance. Plusieurs études recensées décrivent la perception des pères de la naissance comme étant en général positive. Par exemple, selon l'étude danoise de Madsen et Munk (2001), 95 % des pères étaient heureux d'être présents lors du processus de la naissance. D'après l'étude de Wielgos et ses collègues (2007), 95,5 % des 384 pères polonais ont apprécié l'expérience de la naissance, se sont sentis à l'aise et ont eu du plaisir à y participer. Les pères affirment à 83,3 % l'atteinte de leurs attentes et à 96 % le désir de participer à l'accouchement suivant. Le moment de la naissance a été le meilleur moment de leur vie chez 36,5 % des pères.

Du côté canadien, les pères ont trouvé beaucoup plus difficile que prévu la pratique des méthodes de soulagement auprès de leur femme en travail enseignées lors des cours prénataux. Ils ont été ébranlés par la douleur de leur conjointe et ont trouvé le processus du travail et de la naissance beaucoup plus difficile que ce qu'ils croyaient (Chandler & Field, 1997).

Du côté québécois, la naissance a été vécue positivement chez 84 % des pères et a été marquante sur le plan psychologique chez 67 % d'entre eux selon une étude

descriptive quantitative réalisée auprès de 160 pères de premier enfant (de Montigny & Lacharité, 2005). Toujours au Québec, l'étude de Steinberg et Kruckman (2000) indique que seulement 9 des 33 pères rencontrés ont considéré que la naissance s'est déroulée selon leurs attentes. Certains ont trouvé le processus plus facile que ce qu'ils croyaient (30,3 %) et d'autres ont vécu l'inverse (27,2 %). Pour certains, l'expérience a été enrichissante sur le plan émotionnel (27,2 %). Par contre, la procédure de l'épidurale exécutée sur leur conjointe a provoqué, pour d'autres, des inquiétudes face aux effets secondaires possibles de l'intervention (48,5 %).

Dans l'ensemble, les résultats sont donc positifs face à la perception générale des pères lors de la naissance. Toutefois, cette perception peut être négative si des sentiments comme la peur, l'anxiété et l'impuissance sont vécus par les pères lors de cet événement (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998).

Ainsi, on retrouve différentes études traitant de cette perception négative. Tout d'abord, une étude qualitative transversale de Deave et Johnson (2008) menée au Royaume-Uni auprès d'un échantillon de 20 pères d'un premier enfant, révèle qu'un grand nombre de pères ont été marqués par l'expérience de la naissance, en particulier par la durée du travail, l'anxiété et le sentiment d'avoir été exclus par les professionnels. Certains se sont sentis épuisés, à la fois mentalement et physiquement face à la durée du travail et au séjour passé à l'hôpital. Quelques pères ont ressenti de l'anxiété lors de la

naissance allant jusqu'à effacer le sentiment d'émerveillement que procure habituellement le moment de la naissance.

Johnson (2002) explique que l'expérience de la naissance peut être perçue plus stressante chez les pères qui ont subi une pression extérieure pour être présents à la naissance ou s'ils ont eu l'impression de ne pas avoir répondu aux attentes de leur conjointe en termes de soutien. Les résultats proviennent d'entrevues auprès de 20 pères des 53 ayant préalablement répondu à un questionnaire.

En Nouvelle-Zélande, White (2007) indique que la détresse chez les pères est reliée à une mauvaise interprétation de ce qui se passe pendant le processus de la naissance. Ces derniers ont tendance à exagérer la gravité de la situation, ce qui engendre souvent de la détresse, de l'inquiétude et de la peur.

Les sentiments des pères. Cinq études d'origine suédoise se sont intéressées aux peurs des pères lors de la naissance. Tout d'abord, Hildingsson, Johansson, Fenwick, Haines et Rubertsson (2013) rapportent qu'une certaine proportion de pères appréhende le moment de la naissance. En effet, leur étude de cohorte précise que sur 1047 pères, 13,6 % ont obtenu un score de 50 et plus selon l'échelle de peur face à la naissance (FOBS-scale de Haines et ses collègues, 2011). Ce score (0-100) est considéré élevé lorsqu'il est plus grand que 50 et indique une plus grande peur.

Eriksson et ses collègues (2006) corroborent les résultats de cette étude, en affirmant que 72 à 80 % des pères de leur étude ont vécu des peurs lors de la naissance de leur enfant ($n = 194$). Plus précisément, 13 % des hommes ont vécu un degré intense de peur et 59 % un degré léger à moyen. Dans la même veine, ces mêmes auteurs ont réalisé une étude en théorisation ancrée en 2007. Les résultats de l'étude révèlent que la peur est difficilement extériorisée lors de la naissance. Ils affirment avoir l'impression que leurs peurs n'intéressent personne et que d'en parler ne les aidera pas ou pourrait rendre la situation plus difficile. Ils refoulent et conservent leurs peurs pour eux-mêmes par crainte de générer des peurs chez leur conjointe. Ils craignent entre autres de devenir un fardeau pour leur partenaire, de lui causer de la déception ou de lui donner l'impression qu'elle ne recevra pas le soutien désiré.

De leurs côtés, Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998) expliquent que l'inconfort vécu lors de la naissance est plus marqué chez les pères d'un premier enfant ($n = 107$ pères). Hildingsson et ses collègues (2013) rapportent dans ce sens que les pères qui attendent un premier enfant obtiennent un score de peur plus élevé que 50 (7,9 %) que les pères qui ont déjà vécu la naissance (5,4 %).

Un tableau synthèse (voir Tableau 2) présente les différentes peurs vécues par les pères lors de la naissance selon les résultats de l'étude de Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998) et de celle d'Eriksson et ses collègues (2006). Un second tableau

synthèse (voir Tableau 3) affiche les sentiments vécus des pères lors de la naissance et le degré d'inconfort qui s'y rattache selon Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998).

Tableau 2
Peurs des pères

Peurs	Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998) (<i>n</i> = 107)	Eriksson et al. (2006) (<i>n</i> = 329)
Santé et sécurité de l'enfant (bébé avec anomalies, handicaps ou décès)	55 %	79 %
Santé et sécurité de la mère (blessure et mort)	62 %	49 %
Processus de la naissance (durée du travail, douleur de sa partenaire et interventions)	N/A	37 %
Propres capacités et réactions face à la naissance	N/A	24 %

Tableau 3

Sentiments vécus par rapport à la naissance

Sentiments vécus	Fortement	Légèrement
Excitation	53 %	30 %
Anxiété	6 %	30 %
Impuissance	22 %	30 %
Inquiétude	21 %	39 %
Culpabilité face à la douleur de la partenaire	8 %	30 %
Incertitude	12 %	43 %
Peur que la conjointe décède	3 %	27 %

De plus, davantage de craintes seraient ressenties chez les pères d'âge avancé. En effet, Schytt et Bergström (2013) précisent que les pères plus âgés craignent davantage l'événement de la naissance que les pères plus jeunes ($p < 0,001$; 43,3 % âge avancé; 42,9 % âge moyen; 38,7 % jeunes). Notamment, les pères plus âgés perçoivent en plus grand nombre le travail et la naissance comme plus difficiles ($p = 0,005$; 43 % âge avancé; 41 % âge moyen; 32 % jeunes). En conclusion, l'expérience est plus positive chez les jeunes pères contrairement aux plus âgés ($p < 0,001$; 30 % âge avancé; 36 % âge moyen; 43 % jeunes). Ces résultats ont été obtenus selon un échantillon de 777 pères de premier enfant.

Enfin, au Canada, Chandler et Field (1997) soulignent que les peurs des pères seraient momentanées lors de la naissance. En fait, les pères de l'étude rapportent que

lorsque le moment de la naissance devient imminent, leurs peurs et émotions négatives se dissipent pour laisser la place à l'excitation, ce qui leur permet de pouvoir vivre, lors du moment de la naissance, un grand sentiment de fierté.

L'impact sur la santé mentale du père. Le vécu de la naissance chez les pères peut provoquer des effets sur la santé mentale. On remarque en Norvège, selon une étude longitudinale prospective de Skari et ses collègues (2002), différentes répercussions sur la santé mentale des pères suite au vécu de la naissance de leur enfant. L'étude indique qu'un état de détresse psychologique a été signalé chez 13 % des pères (15/115), d'anxiété chez 11 % (12/114) et de dépression chez 2 % (2/115). Ces résultats ont été obtenus entre 0 et 4 jours suivant la naissance à l'aide du questionnaire « General health questionnaire-28 » (Goldberg & William, 1988), « State-Trait Anxiety Inventory » et « Impact of Event Scale » (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). De plus, en lien avec l'état d'anxiété des pères, 2 % de ceux-ci ont fait état d'un stress envahissant sévère et 18 % d'un stress modéré à sévère. Des symptômes d'évitement sévères ont été rapportés chez 2 % des pères. Lors de la phase aiguë, l'irritabilité a été ressentie chez 9 % des pères et l'hypervigilance chez 6 % d'entre eux. De l'hyperexcitation a aussi été rapportée chez 3 % des pères immédiatement après la naissance.

En Finlande, dans une étude quantitative, les auteurs Kurki, Toivonen et Ylikorkala (1995) sont parvenus à démontrer que l'anxiété des pères augmente considérablement

lors du moment de la naissance. Ces auteurs révèlent que le pouls des hommes peut grimper jusqu'à 53 % au-dessus de la normale dans les moments précédents la naissance. L'échantillon de cette étude comportait 20 pères, dont 13 en attente d'un premier enfant et 7 ayant déjà vécu la naissance.

Des scores de stress post-traumatique plus élevés que la normale ont été constatés chez des pères ayant vécu la naissance. Ayers, Wright et Wells (2007) rapportent que 5 % des participants ($n = 64$ couples) de leur étude ont obtenu des scores de stress post-traumatique au-dessus des recommandations, soit trois hommes et trois femmes, et ce, neuf semaines après la naissance. Trois causes ont été identifiées comme déclencheur des symptômes, soit le sentiment qu'il y avait quelque chose qui ne se déroulait pas normalement, le fait d'avoir à composer avec des émotions diverses ou de vivre des complications liées à l'accouchement.

Bradley et ses collègues (2008) ont constaté des résultats plus élevés de stress post-traumatique que l'étude précédente. Un taux de 11,6 % des hommes ($n = 199$) ont vécu un stress post-traumatique lors de la naissance dans au moins une dimension du syndrome, mais sans être complètement symptomatique. Cet état aurait été provoqué par une difficulté d'adaptation et par la crainte que quelque chose de grave puisse arriver à leur conjointe pendant l'accouchement. L'étude a été réalisée par le biais de questionnaires remplis pendant le travail : 1) « Trait section of the State-Trait Anxiety Inventory » (Spielberger, 1983); 2) « Perception of Labour and Delivery Scale »

(Czarnocka & Slade, 2000); 3) « Perceived Control Scale » (Wallston, 1989) et six semaines après la naissance 1) « Post-traumatic Stress Disorder Questionnaire » (Watson, Juba, Manifold, Kucala, & Anderson, 1991); 2) « Impact of Events Scale » (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979); et 3) « State section of the State-Trait Anxiety Inventory » (Spielberger, 1983); et 4) « Edinburgh Postnatal Depression Scale » (Cox, Holden, & Sagowsky, 1987).

Ainsi, ces études démontrent que l'expérience de la naissance peut avoir des répercussions sur la santé mentale des pères telles que l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique. Les pères nécessitent donc une bonne préparation prénatale et un soutien lors de la naissance de la part des professionnels afin de diminuer toutes formes de détresse psychologique.

L'impact sur le couple. L'impact de la naissance sur le couple a été étudié dans deux études en Suède et une au Royaume-Uni. La première étude suédoise de Waldenström (1999a), décrite antérieurement, explique que l'expérience de la naissance a un impact positif sur la relation conjugale. En fait, une moyenne standard à 6,0 d'impacts positifs sur la relation de couple a été obtenue. Cet auteur a utilisé une échelle de mesure dont 1 = *aucun impact important* et 7 = *impacts vraiment importants*.

La deuxième étude suédoise se rapporte plutôt à l'impact de la présence du conjoint sur le couple selon la perspective de 67 mères primipares. Ces auteurs proposent une

étude qualitative herméneutique comprenant les thèmes suivants : le père qui est présent et qui n'abandonne pas sa conjointe, le père qui plaide la cause de sa femme et le père qui inspire sa conjointe à avoir de la force et du courage. L'objectif de ces thèmes était de mieux comprendre l'expérience de la mère par rapport à la présence du père et du bien-être qu'il lui procure. Le résultat qui se dégage de ces thèmes est que les mères considèrent leur conjoint comme la meilleure personne pour répondre à leurs besoins, pour les aider et les comprendre lors de la naissance. Cette présence favorise un sentiment de sécurité et de calme chez la femme. Le conjoint devient l'agent de communication entre la femme et la sage-femme et celui qui encourage et guide dans le processus de la naissance. Ainsi, le fait d'être parvenu en équipe à donner naissance apporte le partage d'une expérience inoubliable ainsi qu'un sentiment de fierté et de rapprochement (Kainz et al., 2010).

La troisième étude indique un renforcement de la relation conjugale suite à l'expérience de la naissance en couple. Seulement 6 % des pères mentionnent que leur relation conjugale s'est détériorée suite à la naissance. Ces résultats proviennent d'une étude prospective auprès d'un échantillon de 86 pères du Royaume-Uni (Chan & Paterson-Brown, 2002).

Au plan des impacts négatifs de l'expérience de la naissance sur la relation conjugale, deux études ont dénoté que la participation du père lors de la naissance peut provoquer certaines répercussions négatives sur la vie sexuelle du couple (White, 2007;

Wielgos et al., 2007). En effet, dans l'étude de White (2007), il se dégage un thème sur les cicatrices sexuelles chez quelques hommes suite à la naissance. Il semble que certains éprouvent de la difficulté à voir leur partenaire comme un être sexué suite à la naissance, surtout s'ils ont subi une forme de pression à assister à cet événement. De son côté, l'étude de Wielgo et ses collègues (2007) révèle un taux très minime de problèmes de sexualité comme la perte d'intérêt et de satisfaction suite à la vision de la naissance (0,86 %).

La préparation prénatale reçue. La préparation prénatale réside dans l'éducation de la personne afin de créer les conditions optimale lors de la transition. Elle nécessite du temps pour permettre à la personne d'assimiler ses nouvelles responsabilités et d'acquérir de nouvelles habiletés et compétences (Meleis, 2010). Ainsi, la préparation prénatale est sans contredit un élément important dans la transition à la paternité. Elle prépare le père émotionnellement à l'expérience du travail et de l'accouchement, en particulier à la durée du travail et à la douleur qui sera ressentie par sa conjointe. De plus, elle aide le père à reconnaître le rôle qu'il désire jouer lors de la naissance. Toutefois, la préparation semble être de façon générale, manquante ou insuffisante chez les pères en période prénatale (Hallgreen et al., 1999; Johnson, 2002; Nichols, 1993).

Hallgreen et ses collègues (1999) affirment qu'une mauvaise préparation émotionnelle des pères face à l'imprévisibilité du processus de la naissance, à la durée du travail, aux réactions de leur partenaire et à leurs propres réactions rend l'expérience

de la naissance plus exigeante que prévue. Selon ces auteurs, la préparation prénatale demeure centrée sur la mère, ce qui engendre un sentiment d'inquiétude chez les hommes. Ces résultats ont été obtenus à l'aide d'une étude phénoménologique herméneutique réalisée en Suède, par le biais de 11 pères rencontrés avant et après la naissance.

L'étude américaine de Nichols (1993) ajoute dans ce sens que d'après leur étude qualitative descriptive réalisée auprès de 44 pères dont 24 ayant reçu des cours prénataux, 46 % d'entre eux ont éprouvé lors du processus de la naissance de l'anxiété et un sentiment d'être inutile. Ces pères mentionnent avoir vécu difficilement la souffrance de leur conjointe ainsi que de l'incertitude face au déroulement de l'accouchement, ce qui, à son tour, a provoqué une fatigue physique et mentale. Tandis que du côté des pères n'ayant reçu aucun cours prénataux ($n = 20$), seulement 35 % ont vécu des sentiments similaires tels que de l'anxiété, de la peur, de la frustration et une difficulté à voir leur partenaire souffrir. Il semble que le groupe de pères n'ayant pas reçu de cours prénataux aurait construit moins d'attentes face à la naissance et aurait vécu moins de sentiments négatifs lors de l'évènement.

Dans le but d'améliorer les cours prénataux, Diemer (1997), un chercheur américain, suggère suite à la réalisation d'une étude quasi expérimentale, l'offre de cours prénataux réservée exclusivement pour les pères. Les résultats de son étude prouvent statistiquement que les hommes ($n = 43$) qui bénéficient de cours prénataux

composés uniquement de futurs pères présentent moins de symptômes psychologiques avant et suite à la naissance, contrairement aux hommes ($n = 40$) ayant bénéficié de rencontres traditionnelles regroupant des couples.

Des chercheurs allemands, Wöckel et ses collègues (2007), ajoutent qu'un temps offert exclusivement entre hommes dans les cours prénataux augmente la satisfaction des pères de la naissance. Ces résultats ont été obtenus à l'aide d'un échantillon de 100 pères dont 48 participaient à des cours prénataux traditionnels et 52 obtenaient un cours supplémentaire exclusivement entre hommes et animé par un obstétricien masculin. L'expérience globale de la naissance a été qualifiée comme très positive chez 77 % des pères de l'étude ayant reçu un cours supplémentaire, 19 % positive et 4 % non positive. Du côté des cours traditionnels, l'expérience de la naissance a été très positive à 42 %, positive à 30 % et non-positive à 28 %.

Finalement au Royaume-Uni, Singh et Newburn (2003) ont remarqué une différence entre la préparation prénatale à la naissance offerte par les sages-femmes et celle offerte par les médecins. En effet, leur étude quantitative menée auprès de 837 futurs pères note que l'expérience avec les sages-femmes est en général positive. Les pères considèrent que les sages-femmes prennent le temps de bien expliquer les choses (71 %), sont ouvertes et à l'écoute face à leurs besoins d'exprimer leur vécu (66 %) et les encouragent à poser toutes leurs questions (56 %). En fait, selon une Commission Audit (1998) citée dans cette étude, la préparation prénatale offerte par les sages-femmes serait

plus adaptée aux pères, celles-ci ayant de meilleures aptitudes de communication que les médecins.

Le rôle des professionnels à l'égard des pères lors de la naissance. Durant le processus de la naissance, les professionnels de la santé sont importants pour le père (Lacharité, 2009). De nombreuses études ont remarqué qu'ils sont considérés par les pères comme leur première source fiable d'information (Chandler & Field, 1997; Dellmann, 2004; Greenhalgh, Slade, & Spiby, 2000).

Les professionnels jouent un rôle déterminant dans le sentiment de satisfaction du père de la naissance et dans son sentiment d'implication. Selon une étude de Johansson, Rubertsson, Radestad et Hildingsson (2012), les pères affirment être moyennement satisfaits des professionnels en ce qui a trait à leur implication lors de la naissance. Seulement 52,6 % des pères de plus d'un enfant se sont sentis impliqués dans les décisions, 51,4 % ont reçu de l'information sur le déroulement de la naissance et 50,2 % se sont sentis globalement impliqués. Du côté des pères d'un premier enfant, 47,4 % se sont sentis impliqués dans les décisions, 48,6 % ont reçu de l'information sur le déroulement du travail et finalement, 49,8 % ont eu le sentiment d'être impliqués.

D'après l'étude de Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998), 100 % des pères ont une confiance entière envers le personnel et 99 % reconnaissent le personnel comme très compétent. Néanmoins, les pères aimeraient recevoir de la part des sages-femmes

davantage d'informations sur la progression du travail, une écoute attentive de leurs opinions et surtout plus de démonstration qu'ils sont les bienvenus.

Du côté de la Grèce, une étude quantitative descriptive de Sapountzi-Krepia et ses collègues (2010) a fait des constats similaires en ce qui concerne le soutien des professionnels envers les pères. Selon 228 pères, seulement 15,7 % étaient « totalement d'accord » au fait qu'ils avaient été encouragés par les professionnels à exprimer leurs émotions et à être eux-mêmes lors de la naissance. Une proportion de 80,2 % des pères ont senti que les professionnels se préoccupaient de leur bien-être physique, 32,4 % ont été régulièrement informés sur l'évolution du travail et de la naissance et 32,9 % ont été encouragés à toucher le bébé suite à la naissance.

Au Royaume-Uni, l'étude de Kunjappy-Clifton (2008) révèle que la majorité des pères considère la sage-femme comme un grand atout pour l'implication des pères lors de la naissance. Par contre, certains se sentent ignorés lors du processus de la naissance et recommandent que la sage-femme reconnaisse davantage leur place. Selon les conclusions de l'étude, la sage-femme peut aider les pères à surmonter toutes formes de sentiments négatifs, en particulier si elle permet et encourage le père à prendre des pauses lors du processus de la naissance et si elle offre régulièrement de l'information et du réconfort.

Au Canada, l'étude qualitative de Chandler et Field (1997) identifie des résultats similaires aux études précédentes en ce qui concerne le soutien et l'information reçus par les professionnels. Selon cette étude, les pères sont en général désappointés du service offert par les professionnels. Ils considèrent que les informations sont transmises de façon inadéquate lors du processus de la naissance. Le manque d'inclusion des professionnels et de renforcement dans leur rôle a aussi été rapporté. De plus, certains ont perçu que leur présence était tolérée plutôt que considérée vraiment comme nécessaire. C'est seulement à partir du moment de l'expulsion de l'enfant que les pères se sont sentis activement impliqués. Les auteurs suggèrent donc aux professionnels de la santé de reconnaître les futurs parents comme des partenaires, mais aussi comme des individus ayant des besoins différents.

Finalement au Québec, Lacharité (2009) explique dans un texte synthèse que les mères et le personnel soignant s'attendent à ce que le père soit engagé concrètement dans le processus de la grossesse, de la naissance et des soins envers leur bébé. Pourtant, on remarque lors de la naissance que le père occupe souvent un rôle de soutien auprès de la mère plutôt que d'être guidé comme un participant actif.

On en retient que les professionnels jouent un rôle primordial dans l'expérience du père lors de la naissance, en particulier lorsqu'ils encouragent et permettent une participation active de celui-ci. De plus, pour rassurer le père dans ses moyens, les professionnels doivent donner régulièrement de l'information sur le déroulement de la

naissance, écouter les opinions du père, le guider dans des actions aidantes pour sa femme et lui démontrer qu'il est le bienvenu.

La réponse des professionnels à l'égard des besoins des pères. On ne retrouve qu'une seule étude s'intéressant aux besoins propres des pères lors de la naissance de leur enfant. En effet, une étude québécoise sur le parcours des pères lors de la période périnatale de Baker et ses collègues (2007) a permis l'identification de quatre formes de besoins des pères lors du processus de la naissance :

- 1) le besoin de disposer d'espace et de temps pour exprimer leurs attentes, leurs désirs, leurs émotions, leurs aspirations, leurs préoccupations et leurs craintes;
- 2) le besoin de se sentir soutenus face aux défis personnels qu'ils rencontrent;
- 3) le besoin de se sentir utiles et compétents;
- 4) le besoin de créer un lien précoce avec leur enfant.

Suite à l'identification des besoins des pères lors de la naissance, il convient de mieux connaître comment les pères perçoivent la réponse des professionnels en ce qui concerne leurs besoins et leurs attentes. Plusieurs études internationales se sont intéressées à ce sujet.

En Suède, Johansson et ses collègues (2012) affirment que la compétence du personnel a une grande influence sur l'expérience du père lors de la naissance. Cette compétence inclut le professionnalisme qui est essentiel dans les soins lors de la

naissance afin que le père se sente en confiance. Le professionnalisme est défini par les pères par un contrôle de la situation et une capacité à prendre les bonnes décisions. De plus, une approche empathique et l'établissement d'une relation de confiance aident le père à faire face au processus du travail et de la naissance. Il semble que de l'inquiétude, de l'insécurité, une perte de contrôle et un sentiment d'être inutile se feraient sentir chez les pères lorsque les professionnels ne sont pas en mesure d'offrir suffisamment de soutien. Le manque d'information, de respect et d'écoute engendrent aussi moins de satisfaction face à la naissance. Ces résultats proviennent d'une étude mixte réalisée auprès de 827 pères, dont 436 pères de plus d'un enfant et 391 d'un premier enfant. Les 827 pères ont rempli un questionnaire et 111 ont participé à une entrevue.

Bäckström et Hertfelt Wahn (2011) ajoutent que les pères se sentent comme avoir reçu un bon soutien lorsqu'on leur permet de poser des questions, d'interagir quand ils le désirent avec la sage-femme ou sa partenaire et de choisir les moments où ils désirent participer ou non. Le sentiment d'implication prend forme lorsque la sage-femme propose des façons d'agir pour soutenir sa partenaire ou encourage celui-ci à l'imiter lorsqu'elle offre du soutien. À l'inverse, les pères qui se sentent mis de côté ont tendance à se sentir impuissants, ce qui peut engendrer un sentiment de panique ou de confusion face à leur rôle à jouer auprès de leur conjointe. Ces résultats proviennent d'une étude qualitative menée auprès de 10 pères d'un premier bébé.

En Afrique du Sud, Fenwick, Bayes et Johansson (2012) rapportent l'importance d'un accueil chaleureux et d'un soutien tant envers leur femme qu'envers eux. Des soins individualisés, holistiques et de qualité sont essentiels. Ces résultats ont été rapportés à l'aide d'une étude descriptive, exploratoire et contextuelle auprès d'un échantillon de cinq pères.

Au Royaume-Uni, Deave et Johnson (2008) suggèrent d'apporter une attention particulière à la façon dont est transmise l'information aux pères. Les auteurs rapportent que le jargon médical utilisé par les professionnels peut augmenter l'incertitude chez les pères par rapport à la compréhension du déroulement de la naissance, n'arrivant pas à bien comprendre l'information transmise.

Au Québec, une approche favorisant l'implication des pères lors de la naissance est exposée selon une étude sur la pratique des sages-femmes de Baker, Miron et de Montigny (2009). L'approche est décrite de façon métamorphique par des moments de va-et-vient entre la femme, l'homme et le bébé. Il s'agit d'une position qui se modifie selon les rythmes de chacun des individus. Le respect de ces rythmes est important, car ils sont le produit des expériences vécues par la femme et l'homme, en lien avec l'attente de leur enfant. De plus, pour parvenir à bien soutenir les pères lors de ce moment, les sages-femmes affirment avoir développé une sensibilité à observer les messages non verbaux des pères, les mots qu'ils emploient et leurs réactions envers leur conjointe et leur bébé. Ces résultats ont été recueillis auprès de 23 sages-femmes.

En résumé, la première partie du contexte théorique a mis en lumière les bases théoriques qui sous-tendent cette recherche afin de guider la chercheuse dans le déroulement de son étude et la soutenir dans l'analyse des entretiens collectifs réalisés. La théorie intermédiaire de la transition de Meleis (2010) a permis de comprendre la transition à la paternité chez un homme en général et de cibler les thèmes importants pour cette étude. Le modèle Beliefs and Illness de Wright et Bell (2009) a, pour sa part, mis en lumière les croyances facilitantes et contraignantes que peuvent vivre les pères lors de la naissance.

La deuxième partie a permis de connaître la littérature existante sur l'expérience de la naissance chez les pères. Celle-ci démontre sans aucun doute que l'expérience de la naissance des pères est teintée par ses sentiments vécus, les perceptions de son rôle et de l'événement ainsi que par les impacts sur sa santé mentale et sur son couple. La relation établie avec les professionnels exerce aussi une grande influence sur sa participation active et son appréciation globale de la naissance. Il se dégage qu'on en connaît encore peu sur les bénéfices qu'apportent la participation du père lors de la naissance pour lui-même ou pour son couple. De plus, les répercussions sur la santé mentale des pères demeurent peu documentées.

Par ailleurs, bien que plusieurs études qualitatives examinant l'expérience des pères de la naissance de leur enfant aient été réalisées sur le plan international, très peu l'ont été au Québec. Ces études démontrent la pertinence du sujet étudié et l'importance d'en

connaître davantage au niveau provincial. En ce sens, le Conseil de la famille et de l'enfance du Québec (CFEQ, 2008) stipule que le stress lors de la naissance affecterait de façon générale les pères, mais que ceux-ci auraient de la difficulté à en parler. Le rapport signalerait que certains pères vivraient même un choc psychologique lors de ce moment. Le CFEQ (2008) recommande que les intervenants valorisent davantage le rôle du père et prennent en considération leurs préoccupations lors de la naissance. Ce projet s'insère dans une réponse à ses recommandations. De même, il s'inspire des recommandations issues de la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS (2008) qui encourage tous les intervenants en périnatalité à démontrer plus d'ouverture face aux pères pour que ceux-ci se sentent interpellés tout autant que les mères lors des moments entourant la naissance. Cette politique considère que l'implication des pères doit être reconnue, favorisée et soutenue dans les services offerts en périnatalité. C'est dans cet esprit que se réalise l'étude, dont la méthodologie est présentée au prochain chapitre.

Méthodologie

L'objectif de cette étude est de décrire l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant. Cet objectif est atteint à l'aide d'une approche phénoménologique descriptive, exposée dans ce chapitre. Ainsi, le début de ce chapitre se consacre à l'explication de la philosophie puis de la démarche scientifique phénoménologique utilisée dans cette étude. Ensuite, on y retrouve la description des milieux de recrutement, la population cible ainsi que l'échantillon. Le déroulement de l'étude, la collecte et l'analyse des données sont détaillés par la suite. Le chapitre se termine par une description des critères de scientificité, les considérations éthiques ainsi que les limites et les forces de l'étude. On retrouve le choix de la directrice de mémoire ainsi que l'approbation du projet de recherche par le Département des sciences infirmières en appendices A et B.

La phénoménologie est à la fois une philosophie et une méthode de recherche (Burns & Grove, 2013). Cette approche permet de bien comprendre le phénomène à l'étude et d'en saisir l'essence du point de vue des personnes qui l'ont expérimentée (Fortin, 2010). Les deux volets de la phénoménologie permettent de bien approfondir le sujet de cette étude, de développer le guide d'entrevue collectif, de guider l'analyse des données et d'atteindre une rigueur dans les résultats de recherche.

La phénoménologie en termes de philosophie

Historiquement, la phénoménologie a pris son essor lors de la première moitié du 20^e siècle, principalement en Europe par le biais des travaux de Husserl (1859-1938) et d'Heidegger (1889-1976) (Burns & Grove, 2013; Deschamps, 1993; Woodruff, 2011). Philosophe et mathématicien d'origine allemande, Husserl s'est inspiré des travaux de Brentano pour développer une phénoménologie transcendantale ou « pure » (Deschamps, 1993). Plusieurs philosophes comme Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre se sont tournés vers cette nouvelle approche phénoménologique. Ils considéraient celle-ci comme détenant les fondements appropriés pour toute philosophie (Woodruff, 2011). Pour Husserl, la phénoménologie est définie comme étant l'étude des phénomènes, ce qui réfère à l'apparence des choses ou les choses telles qu'elles apparaissent de façon subjective dans notre expérience (Woodruff, 2011).

Pour arriver à bien comprendre la phénoménologie, il s'agit de bien saisir le terme « phénomène ». Selon Bachelor et Joshi (1986), il représente :

Ce qui est donné (given) d'un acte de la conscience, tel qu'un individu en fait l'expérience, où le chercheur se propose de définir précisément le phénomène tel qu'il est présenté par l'individu et de l'exposer dans toute sa signification (p. 11).

On en comprend que le chercheur n'aura accès au phénomène étudié que par l'intermédiaire d'une personne ayant vécu, par sa conscience, le phénomène à l'étude. Selon Giorgi (2009), le sens du phénomène indique être présent à ce qui est donné, exactement comme il se présente sans rien ajouter ni soustraire de ce qui nous est

présenté. Ainsi, la philosophie de la phénoménologie selon Husserl se réfère à quatre concepts fondamentaux : la conscience, l'intentionnalité, l'intuition et la réduction phénoménologique (Woodruff, 2011).

La conscience est à la base de la phénoménologie (Giorgi, 2005). Elle est le seul moyen d'accéder aux phénomènes, car elle renvoie à la totalité des expériences vécues par une personne (Giorgi, 1997). La conscience est toujours dirigée vers un objet (Giorgi, 2005). Sans la conscience, il n'y a rien à dire ni à faire (Giorgi, 2005). Concrètement, Deschamps (1993) explique que la conscience est comme : « Une activité à priori orientée vers le monde, tel un phare qui éclaire les objets du monde perçu. » (p. 25). On parle donc de perception d'une personne face à un phénomène.

L'intentionnalité est un autre concept fondamental, considérée selon Husserl comme la clé pour accéder à l'expérience humaine (Fortin, 2010; Giorgi, 1997). L'intentionnalité permet de saisir la signification que la personne attribue au phénomène vécu (Giorgi, 1997, 2005). Toutefois, le concept d'intentionnalité ne peut exister sans la conscience. Comme la conscience est toujours dirigée vers un objet (Giorgi, 1997), l'intentionnalité crée un lien entre l'objet et la conscience de la personne, donnant ainsi un sens à l'expérience vécue (Giorgi, 1997). Selon Pavie (2009), l'intentionnalité est « la visée idéale », l'objet intentionnel de la conscience qui permet d'apporter la connaissance, la donation et surtout qui parvient à interroger l'essence. La particularité

de l'intentionnalité, selon Pavie (2009), est qu'elle force à regarder au-delà de soi. Elle guide vers un monde extérieur au lieu de demeurer centrée sur soi-même.

L'intuition se nourrit de l'expérience et donne forme à la pensée (Pavie, 2009). L'intuition est donc un acte de la conscience qui se manifeste de façon psychique et non tangible par l'entremise des rêves, des fantasmes, des perceptions, des hallucinations, des souvenirs, des rituels, des rites de passage, des images et symboles, etc. (Giorgi, 1997, 2005).

Finalement, la réduction phénoménologique est essentielle pour celui qui souhaite étudier un phénomène (Meyor, 2007). Cette étape favorise un retour sur soi du chercheur. Elle permet une prise de conscience de son activité à l'égard de l'expérience du monde étudié, donc de sa propre subjectivité dans l'observation, pour ainsi arriver à mettre entre parenthèses cette prise de conscience. Ceci permet alors d'accéder à l'expérience telle que vécue par la personne rencontrée.

La phénoménologie en termes de méthodologie

Comprenant mieux les fondements de la philosophie de la phénoménologie, il devient maintenant essentiel de connaître le cadre méthodologique de recherche en phénoménologie choisi par la chercheuse, soit le cadre d'Amedeo Giorgi (Giorgi, 1997), inspiré des écrits de Husserl. Ce dernier propose une méthodologie de recherche qui permet au chercheur une approche descriptive rigoureuse centrée sur l'expérience

humaine. Cette méthodologie apparaît comme la plus pertinente pour la chercheuse afin d'arriver à décrire et à faire surgir l'essence des thèmes liés au phénomène de l'étude sur l'expérience des pères lors de la naissance en termes de leur perception de l'évènement, de leur rôle et de leurs besoins. Cette démarche phénoménologique se compose de trois étapes fondamentales et interreliées : la réduction phénoménologique, la description et la recherche des essences (Giorgi, 1997, 2000).

La réduction phénoménologique

Pour Husserl, l'action de « réduire » est utilisée dans le sens de ramener à l'essentiel. Ce processus de réduction phénoménologique guide le chercheur vers deux phases de réduction. La première phase se concentre sur la technique de « bracketing », soit l'action de suspendre ses croyances personnelles (Mapp, 2008) et de laisser de côté ses connaissances théoriques et antérieures, dans le but d'être entièrement présent au phénomène et de saisir le phénomène tel qu'il se présente (Deschamps, 1993; Giorgi, 2005). Cette action dirige le chercheur vers l'adoption d'une « attitude naturelle », soit pure et désintéressée connue sous le nom « epochè ». Ce terme se définit comme étant la suspension de jugement afin de purifier la conscience humaine, de découvrir l'essence du phénomène étudié (Deschamps, 1993; Giorgi, 2005) et de saisir tous les modes intentionnels qui régissent notre relation au monde : pensée, perception, imagination, volonté, affectivité, impression, rêve, etc. (Meyor, 2007). Cette étape est primordiale pour le chercheur qui désire conserver une objectivité (Streubert & Carpenter, 2011).

Le chercheur doit donc prendre le temps de réfléchir sur ses propres expériences, ses observations et ses lectures en lien avec le sujet étudié. Dans cette étude, la chercheuse a sans aucun doute développé sa propre idée de la paternité lors de la naissance, travaillant comme infirmière dans le domaine de la périnatalité depuis plusieurs années. Ainsi, le chercheur peut atteindre une attitude naturelle seulement s'il prend conscience de ses propres croyances en lien avec le sujet d'étude et s'il est capable de les mettre de côté pendant tout le déroulement de l'étude.

La description

À la deuxième étape de la démarche phénoménologique, la description devient déterminante afin de conserver les données originales de l'étude (Deschamps, 1993) et d'être en mesure de bien révéler le phénomène tel qu'il a été perçu par les participants (Streubert & Carpenter, 2011). Selon Giorgi (1997), le verbe « décrire » renvoie en phénoménologie à l'attribution d'une expression linguistique du phénomène tel qu'il apparaît pour le participant. En fait, selon Giorgi (1997), si un aspect de la description originale n'est pas pris en compte dans la structure du contenu descriptif, alors la description devient inexacte. La description concrète fournie par le participant demeure spécifique et particulière. Ces données doivent ensuite être transformées en une expression disciplinaire tout en conservant l'expression originale dans le but d'une validité et d'une fidélité des données (Giorgi, 2005). Pour ce faire, le chercheur doit guider les participants dans la description de leur expérience et surtout, éviter que ceux-ci se cantonnent dans des descriptions généralisées ou abstraites (Giorgi, 1997). De plus,

l'écoute du chercheur inspire les participants à rapporter ce qui se présente à leur conscience dans la situation immédiate. L'ouverture est facilitée par la réalisation d'entrevues dans un environnement qui est confortable pour le participant (Kleiman, 2004). La rencontre en face à face avec les participants est essentielle pour permettre au chercheur d'obtenir certaines nuances de l'expérience de ceux-ci transmise à travers, par exemple, les expressions du visage, les rougissements, les gestes, les larmes, les sons, les silences et les autres dynamiques vocales (Kleiman, 2004). Finalement, le chercheur doit éviter de décrire le phénomène prématurément, qui constitue une erreur méthodologique fréquente de ce type d'étude (Spiegelberg, 1965, 1975, cité dans Streuberg & Carpenter, 2011).

La réduction eidétique

La troisième étape qui se nomme réduction eidétique est la poursuite de la réduction dans le but de décrire et de rechercher les essences du phénomène. L'étape de la recherche d'essences a comme but de présenter à la communauté savante des conclusions qui soient durables dans le temps et selon différents contextes (Giorgi, 1997). Husserl, cité dans Giorgi (1997), suggère de saisir l'essence en utilisant le processus de la « variation libre et imaginaire » et indique que pour accéder à l'essentiel des relations entre les différentes essences, cela implique une étude attentive des exemples d'expériences concrètes fournies par les participants et de la variation systématique de ces exemples dans l'imagination. Ce processus de recherche d'essences permet de cibler ce qui est essentiel de ce qui est accidentel dans la description

phénoménologique. D'après Giorgi (2012), même si la description provient du participant, le chercheur doit réfléchir sur les significations qui sont présentes dans le contenu descriptif et percevoir les unités de signification pour arriver à une compréhension du monde de l'autre. Il s'agit d'une description du monde de l'autre, pas une interprétation. Finalement, les résultats obtenus par la recherche d'essences ne peuvent être considérés comme une description dite existentielle. En effet, Giorgi (1997) affirme que le chercheur se retrouve toujours face à une impossibilité de décrire l'expérience concrète du participant, ne l'ayant pas vécue. Le chercheur doit donc se rapporter à une description subjective du participant de ce qui s'est réellement passé.

La pertinence de l'approche phénoménologique dans cette étude est liée au fait qu'elle permet de décrire l'expérience subjective vécue par les pères dans les moments entourant la naissance. Cette description engendre par la suite une meilleure compréhension du phénomène au niveau scientifique.

Le milieu

Cette étude cible les différents milieux dans lesquels les pères québécois ont vécu l'expérience de la naissance de leur enfant. Au Québec, les couples qui attendent un enfant ont la possibilité de choisir de vivre la naissance dans trois milieux distincts, c'est-à-dire à l'hôpital, à la maison de naissance ou à domicile. Ces milieux proposent une approche différente et un encadrement par des professionnels distincts. Spécifiquement, la naissance en milieu hospitalier est entourée d'une équipe médicale

regroupant un gynécologue-obstétricien ou un médecin de famille et une infirmière. En maison de naissance ou à domicile, l'accompagnement de la naissance est accomplie par une sage-femme, avec le soutien d'une seconde sage-femme et parfois d'aides natales. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2009), on répertorie l'assistance d'une sage-femme dans 2,1 % des naissances au Québec par rapport à 70 % par un obstétricien et 13,7 % par un médecin de famille.

On retrouve aussi, chez certains couples, l'ajout d'un service d'accompagnement lors de la grossesse et de la naissance. Le service d'accompagnement nécessite des coûts et comprend le suivi de couple par une femme qui a reçu une formation d'accompagnante qui peut être reconnue ou non par le réseau québécois des accompagnantes à la naissance (Réseau québécois d'accompagnement à la naissance, 2013). Ce service est un complément aux soins médicaux offrant au couple un soutien pratique et émotionnel tout au long de la période pré, péri et postnatale (Fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2009).

Les régions sélectionnées pour l'étude sont les régions de Montréal, de Lanaudière, de Laval et des Laurentides. Ces régions desservent neuf hôpitaux et quatre maisons de naissance. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2012), le nombre de naissances par année de ces régions est respectivement de 23 536 pour Montréal, de 5915 pour Lanaudière, de 4399 pour Laval et de 5915 pour les Laurentides, ce qui représente un total de 39 765 naissances sur 88 700 naissances au Québec. Ce territoire permet donc

d'avoir accès à des nouveaux pères issus de milieux urbains, ruraux et semi ruraux et ayant vécu la naissance de leur enfant dans différents milieux.

La population cible

La population cible se compose de l'ensemble des pères ayant vécu la naissance de leur enfant dans les derniers 20 mois, dans les régions de Montréal, de Lanaudière, de Laval et des Laurentides.

L'échantillonnage

La chercheuse a eu recours, lors de cette recherche, à la méthode d'échantillonnage non probabiliste à choix raisonné dans le but d'accéder à une variété de participants et d'expériences. Cette méthode permet de faire appel à des participants volontaires (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). La méthode consiste à ce que le chercheur choisisse ses participants un à un afin qu'ils correspondent le mieux aux besoins de l'étude (Loiselle et al., 2007). Poupert et ses collègues (1997) spécifient que le chercheur crée son échantillon à l'aide de caractéristiques précises selon ce qu'il désire étudier, dans le but d'avoir un accès à une connaissance détaillée et précise de l'expérience humaine. Précisément dans cette recherche, ce choix d'échantillonnage permet d'avoir accès à un échantillon hétérogène d'expériences de naissance, des pères ayant participé à la naissance dans des milieux différents comme le milieu hospitalier, la maison de naissance ou le domicile et des pères ayant un seul ou plusieurs enfants, etc.

Dans une recherche qualitative, un nombre relativement petit de participants est étudié dans le but d'obtenir une richesse et une profondeur dans les données recueillies (Burns & Grove, 2013). Il s'agit d'obtenir un échantillon qui représente bien le phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Ainsi, le principe de plusieurs auteurs est d'établir la taille de l'échantillon par l'atteinte d'une saturation des données recueillies (Burns & Grove, 2013; Fortin, 2010; Loiselle et al., 2007). Pour sa part, Poupart et ses collègues (1997) suggèrent plus spécifiquement une saturation empirique et théorique. La saturation théorique, conçue par Glaser et Strauss (1967), s'atteint lorsque les données obtenues n'offrent plus aucune propriété nouvelle au concept étudié (Poupart et al., 1997). Pour sa part, la saturation empirique est atteinte lorsque le chercheur juge que ses entrevues ne lui permettent plus d'accéder à de nouvelles données et fait donc le choix de cesser ces entrevues (Poupart et al., 1997).

Morse (1989), cité par Burns et Grove (2013), parle plutôt d'aspiration à une saturation théorique car selon cet auteur, de nouvelles données vont continuellement émerger lorsqu'on consulte à nouveau un groupe. Morse (2000) considère que le nombre de participants de l'échantillon dépend surtout de la question de recherche. Plus la question sera vaste et plus l'échantillon devra être grand pour arriver à aborder l'étendue de la question de recherche. De plus, toujours selon Morse (2000), la taille de l'échantillon dépendra surtout de la capacité des participants à réfléchir à leur expérience et à communiquer clairement leur vécu.

Dans cette étude, la chercheuse a sélectionné son nombre de participants selon une saturation des données empiriques, c'est-à-dire qu'elle a cessé sa collecte de données lorsqu'aucune information nouvelle n'a pu être recueillie lors des récits d'entrevues auprès des pères. Cette saturation des données a été atteinte au compte de 20 pères, qui étaient regroupés dans cinq groupes sous forme d'entretiens collectifs.

Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants de cette étude devaient tout d'abord répondre à des critères personnels comme : 1) être âgés de plus de 18 ans; 2) être capables de lire, parler et comprendre le français; ainsi que 3) être le père biologique d'un enfant de moins de 20 mois. De plus, certains critères concernant les enfants devaient être respectés : 1) l'enfant doit être né après 36 semaines de gestation; avec un poids supérieur à 2 500 g; et 2) l'enfant ne doit pas avoir présenté de déficit de santé important ayant nécessité un séjour en néonatalogie de plus de 24 heures.

Le seul critère d'exclusion est d'être un père ayant un enfant né par césarienne. Ce critère d'exclusion a été déterminé dans cette étude suite à une recension de la littérature mentionnant que l'événement de la naissance par césarienne semble être vécu moins positivement, en particulier lorsqu'elle découle d'une situation d'urgence (Johansson et al., 2012). De plus, la césarienne est une technique chirurgicale qui se déroule dans une salle d'opération régie par des techniques d'asepsie rigoureuses contrairement au

processus de la naissance physiologique, limitant ainsi la possibilité du père d'y prendre une part active.

Le déroulement de l'étude

Le déroulement de la recherche est présenté dans cette section en expliquant la méthode de recrutement des participants puis la collecte et l'analyse des données.

Le recrutement des participants

La méthode de recrutement « par réseaux » a facilité le recrutement de pères. Cette technique consiste à recruter des participants par des réseaux sociaux, mais aussi en utilisant les participants déjà recrutés pour qu'ils suggèrent la participation d'amis et de connaissances qui répondent aux critères de l'étude (méthode boule de neige) (Fortin, 2010). Ainsi, le recrutement du premier groupe a été réalisé par l'affichage d'une publicité (voir Appendice C) sur les sites Web suivants : Facebook de la chercheuse, Facebook.com/AuCoeurDesFamilles, cerif.uqo.ca. Puis, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), certains centres prénataux, le Regroupement pour la valorisation de la paternité (RVP) et le Comité de soutien aux parents étudiants de l'UQAM (CSPE UQAM) ont aussi affiché la publicité dans leurs milieux et sur leur page Web. De plus, la codirectrice de la chercheuse, certains employés du CERIF (Centre d'études et de recherche en intervention familiale) et intervenants du domaine de la périnatalité se sont intéressés au projet et en ont fait la promotion dans leurs réseaux personnels pour accélérer le recrutement. Les participants intéressés communiquaient

avec la chercheuse par courriel. Suite à cette prise de contact, une communication par courriel ou par téléphone avec le participant était débutée. Une vérification de l'admissibilité à l'étude du participant était tout d'abord réalisée. Puis, si le participant répondait aux critères d'inclusion de l'étude, une explication des objectifs de l'étude et la nature de la participation étaient données. Finalement, un accord verbal ou écrit du participant, une date et un lieu de rencontre étaient proposés pour participer à l'entretien collectif.

La collecte de données

Dans le but de favoriser une collecte de données de qualité, il était impératif d'avoir un espace physique fermé et non bruyant disposant de places assises lors de l'entretien collectif. Les locaux choisis ont été le laboratoire Au Cœur des Familles de l'Université du Québec en Outaouais campus St-Jérôme, l'école Rose-des-Vents à Montréal et un local de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont toujours à Montréal. Lors de chacun des entretiens collectifs comprenant de 3 à 6 pères, les étapes de la rencontre consistaient à expliquer clairement le formulaire de consentement et le faire signer, faire remplir le questionnaire de données sociodémographiques puis réaliser l'entretien collectif.

Les instruments de collecte de données. Le premier instrument de mesure utilisé pour cette étude est le questionnaire de données sociodémographiques (voir Appendice D). Ce questionnaire permet de dresser un portrait global de l'ensemble des participants. Ce questionnaire comporte 28 questions à propos des caractéristiques

personnelles et d'emploi du participant, de l'accouchement du dernier enfant ainsi que de la naissance des autres enfants s'il y a lieu. Ce questionnaire a été validé par la directrice et la codirectrice de recherche.

Le guide d'entretien collectif semi-dirigé (voir Appendice E) est l'instrument primordial de cette étude phénoménologique permettant de bien approfondir l'expérience des pères lors de la naissance. Il est composé de questions ouvertes portant sur les thèmes suivants : la préparation prénatale, les attentes face à la naissance, la naissance comme telle et les services professionnels. Le guide d'entretien collectif a été validé par la directrice et codirectrice de recherche.

L'entrevue est privilégiée comme méthode de collecte de données dans les études qualitatives pour sa flexibilité qui permet d'explorer et d'accéder en profondeur à l'expérience des participants (Burns & Grove, 2013; Giorgi, 1997). L'entrevue est considérée essentielle au chercheur qui désire pénétrer le sens d'une expérience (Deschamps, 1993). Le choix de l'entretien collectif a comme intention d'encourager une interaction entre les participants afin d'enrichir et d'approfondir les thèmes de la recherche (Streubert & Carpenter, 2011). De plus, la dynamique du groupe aide les participants à exprimer et à clarifier leur vision des thèmes abordés (Burns & Grove, 2013). Le chercheur a comme rôle, lors d'entrevues collectives, d'orienter les discussions selon certains thèmes préétablis et d'encourager les participants à parler librement des sujets questionnés (Loiselle et al., 2007). Le chercheur doit être en mesure

de rendre les participants confortables à parler librement en faisant preuve d'écoute, d'empathie et d'intérêt à propos de ce qui est dit (Poupart et al., 1997).

L'entrevue a été réalisée auprès de cinq groupes composés de trois à six pères. Trois de ces groupes étaient formés de pères ayant vécu la naissance en milieu hospitalier et les deux autres groupes étaient formés de pères ayant vécu la naissance en maison de naissance ou à domicile. L'entrevue était d'une durée moyenne de deux heures et a été enregistrée sur bande vidéo.

Étant débutante dans l'animation d'entretien collectif, la chercheuse a choisi de réaliser la première entrevue en duo avec sa codirectrice qui a agi comme coanimatrice. La chercheuse observait attentivement et relançait occasionnellement les pères avec des questions d'éclaircissement. Les rôles ont été interchangés lors des deuxième et troisième entrevues, c'est-à-dire que la chercheuse animait et la codirectrice occupait plus une position d'observatrice. Les deux dernières entrevues ont été réalisées seulement par la chercheuse, celle-ci étant plus habile et confiante.

Les considérations éthiques. Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a donné son accord au déroulement de cette recherche (voir Appendice F). La participation des pères à l'étude était volontaire, ce qui veut dire que les participants ont pris l'initiative de contacter la chercheuse par courriel ou par téléphone après avoir été informés du projet par une publicité (voir Appendice C).

Lorsque la participation était confirmée, un code alphanumérique était attribué à chacun des participants dans le but de préserver la confidentialité. Lors des entrevues collectives, la chercheuse a pris le temps de se présenter, d'expliquer le formulaire de consentement (voir Appendice G) en entier et a permis la lecture du document avant de répondre aux questions et de le faire signer.

Une mention particulière a été expliquée par rapport à la confidentialité. Il a été spécifié à tous qu'il était important de préserver le caractère confidentiel des discussions et des propos partagés lors de l'entrevue, mais comme un groupe de discussion a été choisi pour cette étude, il n'est pas possible de garantir le respect de la confidentialité des autres participants. Les participants ont été informés qu'ils étaient libres de répondre ou non aux questions et qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. De plus, comme cette recherche comporte un risque psychologique minimal, un inconfort lors de la participation a été mentionné aux participants. Ce possible inconfort peut être en lien avec certaines questions d'ordre personnel portant sur l'expérience de la naissance de leur enfant. La chercheuse a recommandé aux participants de ne pas hésiter à faire mention de cet inconfort afin que la chercheuse et sa directrice de recherche puissent diriger le participant vers les professionnels pouvant offrir le soutien nécessaire. Chacun des pères avait en sa possession le courriel de la chercheuse et les coordonnées de sa directrice de recherche. Finalement, il a été expliqué que les données de l'étude et certains verbatim feront partie d'un mémoire et pourront être publiés dans des revues

scientifiques, mais qu'il sera impossible d'identifier les participants dans ces publications.

L'analyse des données. L'analyse des données a été élaborée à l'aide de la méthode phénoménologique développée par Giorgi (1997, 2012). Cette méthode comporte cinq étapes : la collecte de données verbales, la lecture des données, la division des données en unités de signification, l'organisation des données brutes dans le langage de la discipline et la synthèse des résultats (Giorgi, 1997, 2012).

La collecte des données verbales. Le dialogue des participants lors des entretiens collectifs a été utilisé afin de recueillir des données descriptives selon la méthode phénoménologique. Les entretiens semi-dirigés ont permis à la chercheuse d'ajouter de nouvelles questions au fur et à mesure, mais aussi de laisser une liberté aux participants quant à l'ordre des sujets à discuter et l'ajout de nouveaux sujets.

Pour conserver l'intégrité des données et permettre au chercheur d'être entièrement présent à ce que le participant a à raconter, le chercheur doit idéalement enregistrer les entrevues afin de ne pas être distrait par la prise de notes. L'enregistrement des entrevues est aussi un bon moyen pour accéder à toute l'information partagée par les participants et pour conserver la spontanéité des participants (Giorgi, 1997). De plus, l'enregistrement sur bande-vidéo permet au chercheur d'ajouter une description des réactions, émotions et expressions faciales qui se sont produites lors des entrevues.

Selon Poupart et ses collègues (1997), le chercheur doit laisser le participant prendre l'initiative de son récit car plus le récit est spontané, moins il y a de chance d'être teinté par le chercheur. Pour parvenir à cette spontanéité, Giorgi (1997) propose d'éviter d'interrompre le participant, de respecter les moments de silence et d'employer la reformulation pour mieux expliquer ou éclaircir les thèmes abordés.

Suite aux entrevues, le chercheur doit transcrire mot à mot le récit des participants en verbatim. Cette transcription a été effectuée auprès des cinq groupes de pères.

La lecture des données. À cette étape, le chercheur doit lire toutes les transcriptions une première fois afin d'avoir une vue de l'ensemble des données (Giorgi, 2012). En fait, Giorgi (2012) affirme que puisque la phénoménologie est holistique, il est impossible pour le chercheur d'aller plus loin dans sa recherche s'il n'arrive pas à comprendre l'ensemble des données du phénomène étudié. Deschamps (1993) ajoute que cette étape permet au chercheur de se familiariser avec le langage utilisé par les participants et de se replonger dans le contexte. Ainsi, dans cette recherche, la chercheuse a fait la lecture des entretiens collectifs pour bien comprendre le sens global du phénomène de l'expérience des pères lors de la naissance.

La division des données en unités de signification. Suite à la lecture des données, le chercheur doit relire le contenu et apposer des marqueurs à chaque fois qu'il observe un changement de signification dans la description. Le chercheur se retrouve dans une

démarche de découverte d'essences (Deschamps, 1993). C'est le début du processus de constitution des unités de signification qui facilitera par la suite l'analyse (Giorgi, 2012). Giorgi (2012) explique que ce processus de création d'unités de signification est arbitraire, car chaque chercheur développera des unités de signification différentes pour un même phénomène étudié.

L'organisation et l'énonciation des données brutes dans un langage disciplinaire.

Cette avant-dernière étape amène le chercheur à examiner, explorer et décrire de façon plus explicite, selon sa perspective disciplinaire, chaque unité de signification énoncée dans l'étape antérieure (Giorgi, 1997). Par contre, en adoptant une perspective disciplinaire, le chercheur se retrouve à mettre de côté certaines unités de signification peu intéressantes pour la discipline en question ou les objectifs de l'étude (Giorgi, 1997). Le chercheur désire à cette étape regrouper ensemble les unités de signification qui ont le même sens et distinguer celles qui divergent (Giorgi, 1997). L'utilisation de ce processus fait appel à la méthode d'imagination libre de la phénoménologie (Giorgi, 2012) qui consiste à adopter une attitude d'ouverture d'esprit et d'intuition (Giorgi, 1997). Le chercheur doit, à la fin de cette étape, avoir recours à des experts externes afin d'obtenir une appréciation éclairée dans le choix des unités de signification (Deschamps, 1993), soit la directrice et codirectrice dans le cas de cette étude.

S'enchaîne par la suite une étude rigoureuse de l'essence qui émerge de chacune des unités de signification. La chercheuse utilise dans cette étape le contexte théorique choisi

pour cette étude, soit la théorie de la transition de Meleis (2010) et le modèle des croyances envers la maladie de Wright et Bell (2009), afin de reformuler et de ramener à son essence chaque unité de signification selon sa propre discipline (Giorgi, 1997).

La synthèse des résultats. Cette dernière étape constitue l'aboutissement de l'analyse, c'est-à-dire la synthèse de la structure globale du phénomène étudié (Deschamps, 1993). Il s'agit d'une synthèse fidèle qui arrive à décrire toutes les unités de signification, qu'elles apparaissent de façon implicite ou non (Deschamps, 1993). Le chercheur doit discriminer les unités de signification selon leur importance et leurs liens entre elles (Giorgi, 1997). Ceci lui permet de regrouper et de classifier les unités de signification sous différents thèmes, ce qui généralise la description du phénomène tout en préservant l'essence du phénomène vécu. Lors de cette étape, le chercheur doit écrire autant de thèmes qu'il est nécessaire, mais ne doit surtout pas tenter d'entrer le plus possible d'unités significatives dans un seul thème (Giorgi, 1997).

Les forces et limites de l'étude

La force de cette étude se retrouve dans l'originalité du sujet d'étude, qui est très peu étudié au Québec et même au Canada. De plus, l'une des particularités de l'étude est d'avoir intégré un échantillon de pères selon les milieux de naissance au Québec, soit le milieu hospitalier, la maison de naissance et le domicile.

En ce qui concerne les limites de l'étude, la première est en lien avec la méthode d'échantillonnage. Le fait d'avoir choisi des participants selon une méthode non-aléatoire peut nuire à la transférabilité des résultats. Par contre, ce choix permet une étude en profondeur du groupe représenté (Fortin, 2010).

Le choix de l'entretien collectif peut être une deuxième limite, considérant que le groupe peut être influencé par des participants ayant une personnalité plus extravertie, ne permettant pas aux personnalités plus timides de s'exprimer (Carey & Smith, 1994, cité dans Streubert & Carpenter, 2011). Toutefois, la dynamique du groupe permet d'exprimer et de clarifier la vision des participants, ce qui ne peut être réalisée en entrevue individuelle (Burns & Grove, 2013).

Finalement, une limite peut être perçue par certains chercheurs en qualitatif au niveau de l'analyse des données. En fait, aucune validation de l'interprétation des données n'a été réalisée auprès des participants. Toutefois, cette validation n'est pas suggérée par Giorgi (1997) afin de conserver l'intuition du chercheur et l'intégralité de l'expérience vécue au moment choisi. Une troisième limite peut être perçue au niveau du genre des intervieweuses et les participants. Cette différence de genre peut avoir influencé les réponses des pères. De plus, l'interprétation des verbatim est issue de la pensée féminine de trois femmes, soit la chercheuse, la codirectrice et la directrice de recherche.

En résumé, afin de mieux décrire et comprendre le phénomène à l'étude, la chercheuse a réalisé une étude phénoménologique descriptive. Les résultats de recherche découlent d'un déroulement d'étapes subséquentes, soit la description du milieu, de l'échantillon, des critères d'inclusion et d'exclusion, des considérations éthiques et des forces et limites. Le prochain chapitre présente les résultats d'analyse des entretiens collectifs réalisés auprès de 20 pères.

Résultats

Ce quatrième chapitre fait état des résultats de l'analyse des entretiens collectifs réalisés auprès de 20 pères ayant vécu la naissance de leur enfant. Une analyse de ces données à l'aide de la méthode phénoménologique descriptive proposée par Giorgi (1997) a permis de répondre à la question de recherche suivante : « Comment les pères décrivent-ils l'expérience de la naissance de leur enfant en termes de perception de l'évènement et de leur rôle? ». Plus précisément, ce processus d'analyse a permis l'émergence d'unités de signification catégorisées en ce qui a trait à la préparation prénatale, au rôle du père, aux émotions vécues lors de la naissance, à la relation avec les professionnels et à la rencontre avec leur enfant et leur conjointe. La théorie intermédiaire sur la transition de Meleis (2010) a permis de mieux comprendre la transition à la paternité et le moment de la naissance comme un évènement significatif dans la transition des pères. Le modèle Illness Beliefs de Wright et Bell (2009) a facilité le dégagement des croyances et des perceptions des pères face à cette expérience. La présentation de l'analyse des résultats se divise en deux sections, soit le portrait sociodémographique des participants et l'exposition des différents thèmes issus de l'analyse des résultats.

Le profil sociodémographique des pères

Dans le cadre de cette étude, cinq groupes composés de 3 à 6 pères ayant vécu la naissance de leur enfant ont été rencontrés pour un total de 20 pères. Le portrait

sociodémographique des pères obtenu par le biais d'un questionnaire sociodémographique (voir Appendice D) fait état des caractéristiques des pères, de leur situation familiale et des caractéristiques de la naissance vécue.

Les caractéristiques des pères

L'âge moyen des pères est de 32 ans. Le plus jeune père est âgé de 20 ans et le plus vieux de 41 ans. Le niveau d'éducation des pères est majoritairement universitaire ($n = 10$) et collégial ($n = 6$). Vingt pour cent (20 %) des pères détiennent moins de onze ans de scolarité, soit un père avec un niveau d'éducation primaire et trois pères ont un diplôme de niveau secondaire ou d'étude professionnelle. Le revenu familial de ces pères se retrouve principalement entre 50 001 et 125 000 \$. Plus précisément, quatre pères ont un revenu familial se situant entre 50 001 et 75 000 \$, cinq se situent entre 75 001 et 100 000 \$ et cinq entre 100 001 et 125 000 \$. Deux pères se retrouvent avec un revenu familial entre 25 001 et 50 000 \$, mais ceux-ci sont actuellement aux études.

La situation familiale du père

Tous les pères sont en couple (voir Tableau 4). L'âge de la partenaire est en moyenne de 30 ans avec des écarts entre 21 et 41 ans. On retrouve dix pères primipares et dix pères multipares. Parmi les pères multipares, six pères sont à leur deuxième enfant et quatre autres à leur troisième enfant. Trois de ces pères (PAT03, PAT10, PAT14) ont vécu la naissance de leur deuxième enfant au sein d'une deuxième union conjugale et

deux de ces pères (PAT03 et PAT14) étaient absents à la naissance de leur premier enfant.

Tableau 4

Situation familiale

Sujets	1 ^{re} ou 2 ^e union	Nombre d'enfants
PAT01	1	1
PAT02	1	1
PAT03	2	2 (Non présent à la 1 ^{re} naissance)
PAT04	1	1
PAT05	1	2
PAT06	1	1
PAT07	1	2
PAT08	1	3
PAT09	1	1
PAT10	2	2
PAT11	1	3
PAT13	1	3
PAT14	2	3 (Non présent à la 1 ^{re} naissance)
PAT15	1	1
PAT16	1	1
PAT17	1	2
PAT18	1	1
PAT19	1	1
PAT20	1	2
PAT21	1	1

Les caractéristiques de la naissance

Leur expérience de la naissance se caractérise selon le lieu de la naissance, la durée de l'accouchement, les interventions obstétricales ainsi que les complications ou les particularités de la naissance. Ces caractéristiques ont une influence sur l'expérience des pères de la naissance. Le Tableau 5 résume ces éléments, de même que l'âge du dernier enfant lors de l'entretien et le nombre d'enfants du père.

Tableau 5

Caractéristiques de la naissance

Sujets	Nombre d'enfants	Lieu	Durée	Interventions obstétricales et particularités	État de santé de l'enfant à la naissance
PAT01	1	H	16 h	Épid., Épisio	Bon
PAT02	1	H	9 h	Épisio., forceps suite à une longue poussée (2-3 h)	Bon
PAT03	2	H	2 h		Bon
PAT04	1	H	9 h		Bon
PAT05	2	H	3 h		Bon
PAT06	1	H	16 h	Épid.	Bon (Réanimation chez le bébé x 1 min. à la naissance)
PAT07	2	H	10 h		Bon
PAT08	3	H	9 h	Épid.	Bon
PAT09	1	H	7 h		Bon
PAT10	2	H	16 h	Épisio., forceps suite à une longue poussée (6 h 15) et malposition du bébé, hémorragie post-partum	Bon
PAT11	3	M	4,5 h		Bon
PAT13	3	D	5 h		Bon

Tableau 5

Caractéristiques de la naissance (suite)

Sujets	Nombre d'enfants	Lieu	Durée	Interventions obstétricales et particularités	État de santé de l'enfant à la naissance
PAT14	3	M	7 h	AVAC, transfert à l'hôpital pour une lacération vaginale	Bon
PAT15	1	H	6 h	Épid.	Bon
PAT16	1	H	15 h		Bon
PAT17	2	H	4 h	Épid.	Bon
PAT18	1	H	6 h	Épid., ventouse pour décél. fœtale lors de la poussée	Bon
PAT19	1	D	12 h		Bon
PAT20	2	M	3 h		Moyen (Détresse respiratoire chez l'enfant, transfert à l'hôpital)
PAT21	1	M	10 h	Transfert et naissance à l'hôpital pour décél. fœtale lors de la poussée	Bon

H = Hôpital M = Maison de naissance D = Domicile Épid. = Épidurale
 Épisio = Épisiotomie Décél. = Décélération

L'âge moyen des enfants lors des entretiens collectifs avec les pères était autour de 10 mois, avec des écarts se situant entre 1 et 19½ mois. On remarque, à l'aide du Tableau 5, qu'un peu moins de la moitié des pères ont vécu la naissance à plus d'une reprise ($n = 9$), dont trois ont eu une expérience antérieure de naissance traumatisante. Une majorité des pères ont vécu la naissance en milieu hospitalier ($n = 14$) contrairement à la maison de naissance ($n = 4$) et à domicile ($n = 2$). La durée moyenne

du déroulement de la naissance était de 8,5 heures. En ce qui concerne les naissances en milieu hospitalier, les interventions suivantes ont été utilisées : l'épidurale (6/14 naissances), l'épisiotomie (3/14 naissances), la ventouse (1/14 naissances) pour décélération fœtale et les forceps (2/14 naissances) suite à une longue poussée chez la mère. Deux pères, dont un en milieu hospitalier et un en maison de naissance, ont vécu des complications en regard de leur enfant suite à la naissance. Finalement, trois pères de maisons de naissance sur six ont vécu un transfert en milieu hospitalier. L'un pour décélération fœtale lors de la poussée, le second pour lacération vaginale profonde et le troisième pour détresse respiratoire transitoire chez l'enfant. La perception des pères de l'état de santé de l'enfant suite à la naissance a été considérée bonne chez presque tous les pères ($n = 19$). Un seul père rapporte l'état de l'enfant comme étant moyen.

Finalement, le degré de satisfaction globale des pères de milieu hospitalier face aux services offerts lors de la naissance a été considéré comme très bon chez la moitié des pères ($n = 7/14$), bon chez cinq pères et faible chez deux pères (voir Tableau 6). Du côté des pères ayant vécu la naissance en maison de naissance ou à domicile, presque la totalité ont considéré les services comme très bons ($n = 5/6$) et un seul comme bons.

Tableau 6

Degré de satisfaction globale des services

Milieu de naissance	Satisfaction
Hôpital (N : 14)	Très bon 50 % Bon 36 % Faible 14 %
Maison de naissance (N 4)	Très bon 75 % Bon 25 %
Domicile (N 2)	Très bon 100 %

L'expérience de la naissance

Différentes unités de signification ont pu être dégagées lors de l'analyse des cinq entretiens collectifs de pères ayant vécu la naissance de leur enfant. Ces unités de sens sont présentées par un regroupement de thèmes et de sous-thèmes. Il en résulte que l'expérience des pères comporte deux facettes, l'une nourrissante et l'autre traumatisante. Ces deux facettes sont coconstruites avec les mêmes thèmes, mais comportent des sous-thèmes distinctifs. Les six principaux thèmes sont : a) se préparer à la naissance; b) définir son rôle; c) vivre des émotions; d) être en relation avec des professionnels; e) rencontrer son enfant; et f) rencontrer sa conjointe. Le résultat est schématisé par un arbre thématique (voir Appendice H).

Se préparer à la naissance

Le thème « se préparer à la naissance » comporte les sous-thèmes « se façonner des attentes » et « se construire des croyances ». On note que tout au long de la grossesse, les pères se créent des attentes et des croyances à l'égard de la naissance. Celles-ci se construisent sous l'influence de la conjointe, de l'entourage et des cours prénataux. Cette préparation est donc le point de départ dans la façon dont les pères percevront leur expérience de la naissance.

Façonner ses attentes. L'intérêt des pères à s'informer sur la grossesse et la naissance, à se préparer à être père, ainsi qu'à s'impliquer dans les prises de décisions face à l'évènement est stimulé par la conjointe à travers le partage d'informations et d'attentes. Celle-ci devient, en général, la source principale d'informations sur la grossesse et sur le déroulement de la naissance pour le père tel que l'affirment les pères suivants :

Je dirais que la préparation s'est beaucoup faite dans le couple là avec des lectures et des discussions. Ça adonne que je suis le premier de ma gang à avoir un enfant. La plupart de mes amis sont des ados attardés... (rires). Faque sont pas vraiment là-dedans (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

Moi, dans le fond, elle m'apprenait plein d'affaires. On n'a pas fait beaucoup de rencontre prénatale. Elle s'est plus renseignée. Elle m'en apprenait ou mettons qu'à tel livre, un passage qui est intéressant. Elle a beaucoup, beaucoup aimé Isabelle Brabant. Vous connaissez un peu. J'ai fait une couple de lectures. Je me suis renseigné pis je me posais des questions. Ça amenait là, je n'avais pas vraiment d'intérêt à tous ces sujets-là avant, mais ça l'a amené l'intérêt de comprendre pis que justement que c'était important tout ça (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Une différence a été remarquée chez les pères ayant vécu la naissance en maison de naissance ou à domicile. La décision d'opter pour un suivi avec une sage-femme, qui est relativement marginale au Québec, semble être un déclencheur d'un plus grand partage d'attentes au sein du couple. Un participant explique ce processus de décision :

Moi, c'est là-dessus que le débat s'est vraiment fait. Quand on parle de choisir, maison de naissance ou même hôpital, le débat au début à savoir quelle option on choisit. C'est vraiment ça qui était le pivot si tu veux... moi je débarque de nulle part, pis là je suis là ok, moi mon rôle c'est de regarder que l'environnement soit correct pis de gérer si on a les possibilités dans la mesure du possible. Pis là, vraiment la façon en t-k que je vois ça c'est : « Est-ce que je donne, comme tu dis j'aimais la formulation, est-ce que je donne toute la chance à l'accouchement naturel ou je me garde une réserve pour des complications? » Pis tu vois ça, j'en ai finalement parlé avec la sage-femme parce que même après avoir fait le choix, il restait un espèce de si tu veux, un espèce de doute là que est-ce que j'ai fait le bon choix. Est-ce que si y'a une complication qui se présente ça, mon choix qu'on aura fait fera en sorte qu'on aura perdu l'enfant ou amputé peu importe que ce soit (PAT19, père d'un premier enfant né à domicile).

Suite au choix de vivre l'accouchement en maison de naissance, l'implication précoce du père est recherchée par les sages-femmes lors des rencontres prénatales. Cette implication précoce semble faciliter la réflexion et la construction d'attentes des pères par rapport au rôle qu'ils désirent jouer lors de la naissance. Deux participants illustrent bien l'espace créé par la sage-femme pour favoriser l'implication du père :

Les rencontres, ce qui est le fun, c'est que les sages-femmes, elles demandaient toujours : « Toi comment ça va? As-tu des questions? ». Tsé, elles prenaient quand même un 5-10 minutes pour te jaser pis euh te questionner (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Ça sert beaucoup à jauger. Y'a des questions qui sont faites pendant la préparation. Je sens que l'idée de la sage-femme, c'est justement de voir ok, toi euh en tant que père : « Comment tu vas vouloir? » (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite

à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Une différence a aussi été remarquée chez deux pères de la présente étude qui ont fait appel au service d'une accompagnante. Celle-ci a mieux préparé ces pères face à l'évènement en clarifiant leurs attentes de manière à cerner les façons de pouvoir s'impliquer lors de la naissance. Un père explique son expérience avec l'accompagnante ci-après :

Pour l'homme, ça devient vraiment une personne à référence parce que des fois, on est un peu mal pris dans plein de situations, on ne sait pas ce qui se passe, on ne sait pas ce que notre blonde vit. Et elle le sait, elle connaît un peu le désarroi des hommes alors elle dit : « Regarde Yannick, ne t'inquiète pas, je vais te montrer les points de pression quand ta blonde a mal ». Alors, ça fait vraiment le pont entre les deux parce que des fois, on ne sait pas trop quoi faire [...] Pis moi personnellement ça me rassurait beaucoup en tant que père. J'ai dit : « Go, je veux être impliqué », dès la première minute que j'ai su que ma blonde était enceinte. Mais là j'ai dit « Go, je fais quoi, mais je fais quoi? Je fonce, mais je fais quoi? » [...] Pis moi je n'arrivais pas à trouver toute ma place là-dedans. Donc, l'accompagnante a fondamentalement répondu à ces deux critères-là. À me replacer là-dedans pis à elle, la douleur pis comment passer à travers les 10 - 15 heures de travail (PAT16, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

L'élaboration en couple du plan de naissance, soit la planification du déroulement de la naissance de façon formelle ou informelle, devient un moment propice pour le père de façonner ses propres attentes et de les partager avec sa conjointe. Au fur et à mesure que le plan de naissance est élaboré, les pères identifient leurs propres attentes et les partagent avec leur conjointe et vice-versa. L'élaboration du plan de naissance permet donc au père de se préparer à l'évènement tel que décrit ci-après :

... Parce que ma femme voulait que cela soit le plus naturel possible. Il y a beaucoup de choses, en fait ma femme tenait à beaucoup de choses. Et moi, ça

me permettait de bien l'écrire et moi aussi de me sentir concerné par ses attentes à elle (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

... la cristallisation de mon idée de où c'est que je m'enlign. Toute l'information que j'aurais voulue, c'est ça que j'ai écrit dans mon plan de naissance; où je m'en allais. Je fais beaucoup de visualisation, pis j'aime ça prévoir où je vais être. Pis de savoir comment ça se déroulerait (PAT18, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

En général, les attentes forgées par les pères sont en lien avec le déroulement de la naissance et leur rôle. On retrouve deux types d'attentes, soit les attentes irréalistes et rigides et les attentes réalistes et souples. On parle d'attentes irréalistes et rigides lorsqu'elles sont très précises et que le père éprouve de la difficulté à composer avec une situation différente que celle prévue, tandis que les attentes réalistes et souples créent une ouverture vers des situations non envisagées.

Les pères qui développent des attentes réalistes et souples ont davantage tendance à vivre une expérience nourrissante lors de l'évènement de la naissance. Pour ces pères, il n'est pas nécessaire d'anticiper la naissance, ils adhèrent alors aux propos suivants : « On verra quand ça arrivera » ou encore « Il vaut mieux réagir à la situation en temps voulu ». Ainsi, les pères ne sont pas déçus, n'ayant établi aucune attente précise :

Pis tsé je veux dire, dans ma tête, c'était : « Peu importe comment je vais me préparer avant, je veux dire, je vais le vivre quand ça va arriver. De toute façon, s'il arrive quelque chose, je ne pense pas que je vais être vraiment mieux préparé. » (PAT02, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

J'avais pas d'attentes, mais tsé je suis chanceux dans ma malchance parce que mes deux accouchements étaient des accouchements très, très difficiles (PAT10, père de deux enfants dont le premier est né en mode pieds et a subi une réanimation et le deuxième né par forceps et où la mère a eu une hémorragie post-partum).

Certains pères choisissent plutôt de se protéger en se préparant au pire afin de ne pas être déçus. Cette forme d'attente augmente les chances d'être satisfait de l'expérience et diminue les déceptions face à des attentes trop optimistes. De plus, certains pères sont même agréablement surpris lorsque la naissance se déroule mieux que ce qu'ils avaient prévu. Il s'agit ici de pères qui mettent l'accent sur l'éventualité de vivre des complications lors de la naissance, cette appréhension ayant été acquise suite à des histoires négatives de l'entourage. Un père rapporte avoir vécu de fortes appréhensions par rapport aux complications possibles lors de la naissance, allant jusqu'à être ambivalent à participer à la naissance, tel que décrit ci-après :

Je m'attendais à pire que ça parce qu'avec notre entourage qui ont des enfants, il y en a qui m'en avait parlé un petit peu et j'appréhendais un peu l'accouchement, je ne voulais pas vivre ça. Et en plus, pendant cette partie-là, j'aurais possiblement travaillé à l'extérieur, faque c'est pour ça que j'ai dit : « Dans le pire des cas, je ne serai pas là », pis je veux dire, pour moi, en tout cas, peut-être que je suis ingrat, mais pour moi ça ne me dérangeait pas parce que je ne voulais pas vivre ça. Mais en même temps, je voulais être là pour elle, pour la supporter [...] Bien pas que je ne voulais pas vivre, mais que j'appréhendais plus que d'autres choses [...] Je ne m'attendais pas à ça. Je m'attendais plus à des complications, ou plus dur, ou quoi de même, qu'elle souffre beaucoup, bien ça allait se faire, mais pas comme je m'y attendais. En fait, je ne m'attendais pas à ça du tout (PAT15, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

D'autres pères s'attendent aussi au pire, mais plutôt en lien avec le rôle qu'ils joueront durant l'accouchement et l'image de l'enfant lorsqu'il naîtra, tel que décrit ci-après :

J'avais comme le sentiment de ne pas exister comme papa dans une salle d'accouchement euh, je ne devais pas être le seul père à vivre ça. Je pense que c'est validé. Avec les gens qui sont là ici ce soir, mais euh... Je pense qu'à partir du moment où ce sentiment-là se heurte à tout ce que tu as planifié, c'est comme si tout s'écroulait. J'ai comme l'impression que plus le château est gros, plus le

château est installé, plus ça va fesser fort si on a l'impression que, si les gens en fait, ne te donnent pas l'impression que tu peux jouer un rôle actif pis que té important tsé (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Quand il est sorti, je m'attendais à ce qu'il soit comme plus laid... il avait déjà la face, elle était déjà pas si pire. Elle était très ronde pis sa peau était même belle. Je m'attendais qu'il ait plus un genre de liquide (PAT01, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Une expérience antérieure de naissance traumatisante peut aussi créer cette forme d'attente à la naissance suivante. En fait, les pères qui ont vécu des complications concentreront toute leur énergie à se préparer au pire. Cette forme d'attente réaliste ouvre la porte à la possibilité de complications à la naissance suivante et surtout les protège à l'éventualité d'être déçus à nouveau. Ainsi, lorsque la naissance se déroule finalement positivement, les pères sont doublement heureux, tel qu'expliqué par ce père :

... Idéalement, je voulais juste pas me faire des attentes. Pour ne pas être déçu [...] Je m'étais dit : « Pfff, là je me prépare au pire là. Ça se peut qu'elle veule... » Elle voulait un AVAC, mon Dieu! Ça se peut que ça réussisse, mais ça se peut que ça chie complètement, pis que ça finisse en césarienne. Faque là, mais là ç'a été magique au contraire (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

À l'opposé, on retrouve les attentes irréalistes et rigides, comme ne pas envisager de possibilités de complications lors de la naissance. Ceci provoque fréquemment des déceptions qui peuvent engendrer à leur tour une expérience de la naissance traumatisante. En rétrospective, ces pères auraient préféré être davantage informés des complications qui peuvent survenir lors de la naissance afin d'être préparés

émotionnellement à ce genre de situation et être moins pris au dépourvu lorsqu'elles se produisent. Deux pères de maisons de naissance expriment les propos suivants :

C'est beau, mais faut pas oublier l'autre. Tsé, parlez-moi en du reste aussi de si ça ne va pas bien. Qu'est-ce qui arrive? (PAT20, père de deux enfants nés en maison de naissance dont le deuxième a eu une détresse respiratoire transitoire à la naissance nécessitant un transfert en milieu hospitalier).

Faque il faut que tu sois prêt pis pour être prêt, il faut que tu puisses te projeter un peu, pis il faut comme savoir toutes les éventualités, tout ce qui peut arriver pour être prêt à ça (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Cette réaction semble plus marquée chez les pères dont la conjointe a donné naissance dans une maison de naissance. Il est possible que l'approche des sages-femmes soit davantage axée sur la transmission d'informations positives à l'égard de la naissance favorisant ainsi des attentes irréalistes chez les pères. Un père ayant vécu une césarienne explique l'effet de cette approche sur son expérience de la naissance :

En fait, c'est plus, avant c'est ça avant que ça se passe pis qu'on arrive à la préoccupation, dans l'idée que qu'est-ce qui va se passer, ça se peut que ça ne se passe pas comme on veut, que le suivi avec la sage-femme, que l'accouchement avec la sage-femme naturel que ça ne puisse pas être possible pis c'est tout. Pis ça vraiment, on n'en a jamais parlé. On n'en a jamais parlé comme ça. On ne s'est pas dit : « Pis qu'est-ce qui arrive tsé? ». Pis après-coup dans le suivi après la naissance, je me suis rendu compte qu'il y a une certaine statistique quand même de femmes qui avaient des césariennes en bout de ligne. Ça, on se l'est fait dire à l'hôpital... Non j'ai vraiment senti qu'il y avait comme un « on ne veut pas trop parler de ça » (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Des pères dont l'enfant est né en maison de naissance ajoutent qu'ils auraient voulu en rétrospective être informés et préparés à la possibilité de complications et d'un

transfert en milieu hospitalier. Selon eux, une complication lors de la naissance est difficile à vivre, encore plus lorsqu'un transfert en centre hospitalier est nécessaire. Ce genre de situation est vécu comme une « cassure » lorsqu'elle est inattendue et qu'on n'en connaît pas préalablement l'existence :

... y'avait cette question-là dans l'air, ce stress-là. Pis on dirait que c'est le seul moment où on dirait que tout casse parce que là comme papa là, parce que là tu te dis le transfert là ça bouscule tout. Là ça veut dire que t'arrêtes tout ce que tu as entrepris, tu mets une pause. C'est les ambulanciers, la civière, l'ambulance, l'auto, arrive là-bas, pis là c'est le transfert de responsabilités aussi avec le corps médical. Pis là tu repars, pis là ça vient de foutre le camp (PAT20, père de deux enfants nés en maison de naissance dont le deuxième a eu une détresse respiratoire transitoire à la naissance, nécessitant un transfert en milieu hospitalier).

C'est sûr que le transfert, c'est une cassure. C'est deux visions de l'accouchement aussi. Tsé quelque part, c'est comme d'admettre bon ben on voulait un accouchement complètement naturel, ça n'arrivera pas là. On va basculer dans le monde du médical euh, pis c'est sûr que c'est très dramatique. Tsé, t'as les ambulanciers qui arrivent pis machin, pis bon tout ça. Pis c'est sûr qu'il y a un aspect un peu traumatisant, un peu panique, perte de contrôle (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

Plusieurs pères façonnent leurs attentes en fonction de l'expérience vécue lors de la naissance précédente. Cette forme d'attente est parfois irréaliste, car elle crée chez les pères de la surprise. Ils sont déstabilisés par le fait d'être confrontés à un déroulement bien différent de la naissance précédente. Ce sentiment de surprise est augmenté lorsque le déroulement de la naissance est plus éprouvant et intense pour la mère. Deux pères de plus d'un enfant illustrent bien ce type d'attentes par une comparaison entre les naissances :

Moi, le plus facile, je trouve que c'était le premier. Les deux autres, c'est là que ç'a été le plus intense (PAT11, père de trois enfants nés en maison de naissance).

Mais ça été comme on s'attendait, mais un petit peu plus intense que les autres là. Plus court, plus intense (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Lorsque les pères ont vécu une expérience antérieure traumatisante, on retrouve aussi une forme d'attente qui se concrétise autour de tout ce qu'ils ne désirent pas vivre à la prochaine naissance. Ce type d'attentes demeure irréaliste et rigide, car le père se ferme aux différentes éventualités qui peuvent se produire lors de la naissance et devient réticent aux interventions des professionnels. Il s'ensuit que l'expérience de la naissance peut être frustrante et même traumatisante si tout ne se déroule pas tel qu'anticipé. Un père illustre bien cette attente :

C'est vraiment mes attentes sont plus sur ce qui n'aura pas. Euh, y'aura pas 3-4 internes. Je m'en fous que tu sois une institution universitaire [...] faque avant que ça fasse 24 heures là, achale moi même pas. Je ne veux même pas que tu m'en parles (ocytocine)... Elle n'en veut pas d'épidurale. Je m'en fous si la cinquième voisine d'à côté est éœurée de l'entendre crier. Tu ne lui donneras pas d'épidurale tsé. Euh, c'est plus à ce niveau-là. Des choses qu'on ne veut pas (PAT10, père de deux enfants dont le premier est né en mode pieds et a subi une réanimation et le deuxième est né par forceps et dont la mère a vécu une hémorragie post-partum).

Différentes attentes, souvent irréalistes, se construisent par rapport au moment de la rencontre avec l'enfant. Le père s'expose plus particulièrement à des déceptions lorsque la situation ne lui permet pas de réaliser ses attentes comme d'accueillir l'enfant à la naissance, de couper le cordon ombilical, de le prendre ou de faire du peau à peau :

... j'ai raté un des meilleurs moments, c'est de couper le cordon ombilical (PAT06, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

... pour moi, ça été un départ vraiment raté avec le bébé, pis la famille parce qu'étant donné que j'étais malade comme un chien, j'ai pas pu moi faire le peau à peau avec le bébé (PAT09, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

J'avais des attentes que j'allais accueillir euh l'enfant. Là tsé, le moment où finalement c'était une césarienne là. C'était vraiment l'accueillir l'enfant. Je voulais aider euh. C'était vraiment là dans l'idéal là (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Construire des croyances. L'analyse des données sous l'angle du modèle Beliefs and Illness permet de dégager une croyance qui est à la fois facilitante pour les mères et contraignante pour les pères en ce qui concerne le thème de se préparer à la naissance. Spécifiquement, les croyances facilitantes atténuent les souffrances physiques, morales ou spirituelles en apportant davantage de solutions pour faire face à une situation problématique. À l'opposé, les croyances contraignantes apportent moins de solutions ou de possibilités par rapport à une situation, ce qui peut occasionner plus de souffrance (Wright & Bell, 2009).

Croire que les attentes et les choix de leur conjointe face au déroulement de la naissance sont prioritaires afin de privilégier son bien-être. Cette croyance semble être engendrée par le développement d'une forme de respect des pères face à ce que vivra et éprouvera leur conjointe lors de la naissance. Les pères privilégient donc que la planification du déroulement de la naissance, le choix des méthodes de soulagement et le rôle qu'ils joueront soient planifiés par leur conjointe :

Moi, je voulais qu'elle soit dans les meilleures conditions possibles pour pouvoir accoucher dans de bonnes conditions. C'était comme ça. Comme tu disais tout à

l'heure, euh, c'est pas moi qui a le bébé, qui porte le bébé, c'est pas moi qui va le nourrir... Je lui ai fait confiance dans la démarche (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Dans ma tête, c'est elle qui accouche. Ça va se passer comme elle, elle le veut. À partir du deuxième, elle a eu une sage-femme, elle était contente. Pis le troisième, le dernier, là on avait encore la sage-femme, elle était contente. Moi quand elle m'a dit : « Je veux accoucher à la maison, je veux accoucher avec une sage-femme. ». C'est beau, c'est ça que tu veux. C'est toi qui va l'accoucher (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Bien que facilitante pour les mères, cette croyance alimente un appui inconditionnel du conjoint à l'égard des décisions de sa partenaire face à la naissance. Cette croyance s'avère contraignante pour certains pères, car elle limite leurs possibilités d'explorer les différents choix qu'ils souhaitent.

De plus, quelques pères semblent croire qu'il n'y a aucun terrain de négociation possible en ce qui a trait à la naissance puisque la femme est la seule personne à vivre physiologiquement la naissance. Cette croyance semble nourrir un sentiment d'illégitimité du père et le maintenir à l'écart de la préparation prénatale. Le père a alors tendance à s'effacer, à ne pas se construire d'attentes et à se rallier aux différentes attentes que sa conjointe exprime lors de la naissance afin de favoriser son bien-être :

Moi l'attente, je voulais comme faire ce qu'elle avait besoin. Je ne voulais pas comme dire : « Ah non, tu peux pas faire ça, tu vas faire ça. » De toute façon, ça aurait rien donné, mais c'était important de supporter pis de, d'aller dans son sens à elle, de l'encourager (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Dans le plan de naissance, on avait dit que c'était moi qui recevrais l'enfant. Un moment donné, elle me dit : « Écoute Jérôme, j'aimerais ça... si je le désire sur le coup, de moi le prendre quand il naît, je veux le faire. Si sur le coup, c'est ça

que je sens, je veux le faire ». Pis là au début j'ai dit « Bien là, ça fait 9 mois que tu le portes, c'est toi qui accouches, moi ça va être ma contribution. ». Pis après, je me suis dit : « Bon, d'un autre côté... » Tu ne peux pas aller contre cette volonté biologique, un bébé et sa mère, c'est quelque chose. Tu ne peux pas te mettre entre les deux. Même si tu veux essayer, tu ne peux pas (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

La préparation à la naissance est donc déterminante pour le père dans sa construction d'attentes réalistes et souples afin de favoriser une expérience nourrissante lors de cet évènement. La conjointe joue un rôle primordial dans l'élaboration de ses attentes par son partage d'information sur la naissance. Les professionnels comme les médecins, infirmières, sages-femmes et accompagnantes sont aussi des ressources importantes lors de la grossesse afin d'inciter le père à s'impliquer et à construire ses attentes par rapport à la naissance. Même si certains pères ont tendance à prioriser et appuyer les choix de la partenaire dans la planification de la naissance, il demeure important de les encourager à transmettre leurs attentes à l'égard de la naissance et de l'enfant.

Définir son rôle

Les pères mentionnent jouer plusieurs rôles lors de la naissance, tant envers leur conjointe en début de travail et lors du déroulement de la naissance qu'envers leur enfant suite à la naissance. Ceux-ci désirent avoir une participation active lors de la naissance afin de se sentir impliqués et de vivre une expérience nourrissante. On retrouve ainsi comme sous-thèmes les rôles suivants : 1) le père organisateur; 2) le père accompagnateur; et 3) le père qui exerce son rôle de père auprès de son enfant.

Le père organisateur. Le père organisateur est le premier rôle que s'attribue le père lorsque le travail s'amorce. Le père devient responsable de l'organisation du départ vers l'hôpital. Il s'occupera, par exemple, de l'itinéraire ou de finaliser les bagages. Il prend ce rôle à cœur afin de permettre à sa femme de se concentrer sur le travail. Deux pères décrivent leur rôle d'organisateur de la façon suivante :

J'avais fait deux itinéraires de chemin en considération que si la 40 ou la 15 étaient congestionnées, je passais par la ville (PAT03, père de deux enfants nés à l'hôpital dont le premier non-présent à la naissance).

Toute la partie logistique. Euh, tout ce qui était bouffe. Tout ce qui a à apporter. Tout le confort, la musique aussi. On s'était mis une lumière tamisée, une musique d'ambiance pour se sentir le plus possible à la maison (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Le père accompagnateur. Le rôle d'accompagnateur est assuré par les pères selon trois formes d'accompagnement envers leur conjointe, soit en étant une présence rassurante, un soutien ou un protecteur. La présence rassurante s'articule de prime abord, par une présence physique continue et des gestes tels que donner la main à sa conjointe :

... dans le deuxième, j'ai juste donné la main, mais tsé c'est ça, peu importe le besoin qui va se présenter té là (PAT20, père de deux enfants nés en maison de naissance).

Moi, j'étais à côté de toute façon, ça faisait depuis le début que j'étais là, que je lui tenais la main (PAT05, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Cette présence est perçue comme facilitant le travail de la mère. Elle prend parfois la forme d'une répression de ses propres émotions, de manière à afficher un sang-froid qui pourra sécuriser leur conjointe telle que décrite ci-après :

Par rapport au mal, j'essaie d'être froid, tsé de ne pas trop montrer mes émotions à ma blonde parce que si deux personnes gueulent parce que tu as mal,

ça rassure personne. Faque quand ma blonde elle avait mal, je lui disais tsé « respire » (PAT18, père d'un premier enfant né par ventouse à l'hôpital).

Je ne voulais pas qu'elle me voit faire : « Ah mon dieu chérie, t'es-tu correcte, est-ce que ça va aller? ». Tsé non, moi ma position, c'était euh : « Ça va, tout va bien, t'as-tu besoin d'un peu d'eau? As-tu besoin de quelque chose, non? Ok c'est cool. » Moi, c'était ça le rôle que j'ai adopté puis [...] j'étais là je lui répondais tak, tak, tak, aucun problème, mais vraiment euh, c'est pas que je n'avais pas d'empathie pour elle, mais je l'avais comme bloqué. Tsé ça n'aiderait pas l'accouchement (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

Le soutien moral est aussi privilégié par le père lorsque sa partenaire est souffrante. Les moyens utilisés par les pères sont de guider la mère dans les respirations, d'exécuter une forme de mantra et de l'encourager dans les poussées, tels que décrits ci-après :

Nous, on avait un mantra en fait. Durant la grosse crise, on avait un son qui faisait « Mmmmm », les deux en même temps (PAT16, père d'un enfant né à l'hôpital).

...c'est moi qui l'ai menée dans ses respirations. Euh, j'étais constamment avec elle (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Veux ou veux pas, moi je l'ai aidée à pousser aussi. Je veux dire c'est pas juste elle qui poussait, mais moi aussi, je poussais. Faque dès que c'était le moment de pousser, je disais : « Go vas-y, pis grande respiration, pis awaye on pousse ». C'était mon rôle, faque c'était un rôle de base (PAT06, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Le soutien peut aussi être physique, lorsque le père offre des soins de confort à sa conjointe, par exemple en lui offrant à boire, en lui faisant des massages et en s'assurant que l'environnement physique est confortable. Ce soutien physique est décrit par les trois pères :

J'étais préposé aux serviettes mouillées à l'eau froide, des massages dans le dos, serviettes, oreillers... tout ce qu'il faut (PAT17, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Mettre la main quand il faut, masser euh, aller prendre une marche, aller chercher un verre d'eau, couler un bain, être là (PAT11, père de trois enfants nés en maison de naissance).

... je voyais qu'elle avait trop chaud, je baissais le chauffage, je m'occupais des rideaux aussi, lui donner de l'eau, des trucs comme ça. J'allais l'aider euh, je lui ai suggéré des changements de position aussi, l'aider à se soutenir dans certaines positions, des trucs comme ça (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

Deux pères de l'étude ont utilisé la technique Bonapace. Cette technique de soutien consiste, selon Bonapace (2013), à l'exécution de points douloureux à des endroits spécifiques (points d'acupuncture) afin de créer une seconde douleur et ainsi, provoquer un soulagement de la douleur des contractions. Cette technique valorise le père dans un rôle actif lors du processus de la naissance, ayant un pouvoir sur la douleur de sa conjointe. Un père décrit cette technique par les propos suivants :

On appliquait toujours les points de Bonapace, les points de pression que j'ai appris (PAT03, père de deux enfants, dont le premier non-présent à la naissance).

Le père exerce aussi un rôle de protecteur à l'égard de sa conjointe, qui est perçue plus vulnérable et moins consciente de la réalité. Il est responsable de la communication avec l'extérieur afin de permettre à sa conjointe de demeurer en contrôle de la douleur. Il s'agit, par exemple, de communiquer le plan de naissance et de négocier avec le personnel afin qu'il soit respecté.

... lui permettre d'être dans sa bulle, pour qu'elle puisse être en lien avec son corps, qu'elle puisse sentir ce qui se passe. Donc, que c'était moi qui étais en charge de toute la communication avec l'extérieur. Avec les infirmières, avec les médecins, même s'ils ne me voyaient pas [...] j'étais censé être là et pis surtout, de faire respecter le plan de naissance (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Exercer son rôle de père auprès de son enfant. En ce qui concerne les rôles du père envers son enfant lors de sa naissance, ceux-ci mentionnent l'exécution d'actions concrètes, soit accueillir l'enfant (PAT19), couper le cordon (PAT04, PAT11 et PAT18) ou prendre l'enfant en peau à peau (PAT06, PAT18 et PAT08). Voici les actions concrètes relatées par les pères :

Bien, je l'ai attrapé (PAT19, père d'un premier enfant né à domicile).

Rien, elle n'a même pas regardé le coupage du cordon. C'est tout moi qui a fait ça (PAT11, père de trois enfants nés en maison de naissance).

Quand elle est arrivée, on m'a offert de la prendre, de faire du peau à peau avec. Euh, pis ça été un beau moment pour moi, dans le sens où j'ai parlé à ma fille (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Faque le corps à corps après je l'ai bien pris et c'était réconfortant pis ça faisait du bien... (PAT06, père d'un premier enfant dont une réanimation a été entreprise à la naissance).

Ces résultats démontrent que le père désire être un participant actif lors de la naissance. Le père débute par un rôle d'organisateur lors du départ vers le lieu de naissance et puis d'accompagnant lors du déroulement de la naissance, étant décrit par ceux-ci comme étant l'offre d'une présence rassurante et d'un soutien moral et physique. Le père désire entre autres exercer son rôle auprès de son enfant par des actions

concrètes telles que l'accueillir à sa sortie, couper son cordon ombilical ou le prendre dans ses bras.

Vivre des émotions

Le thème « Vivre des émotions » a une influence sur la perception des pères de la naissance selon le type d'émotion qui est vécue. Il se divise en deux sous-thèmes, soit : 1) les émotions de bien-être; et 2) les émotions de détresse.

Émotions de bien-être. Le moment de la naissance de l'enfant procure de grandes émotions de bien-être. Des pères iront jusqu'à décrire ce moment comme « magique » (PAT11 et PAT14). Les pères décrivent aussi des sentiments de soulagement lorsque l'enfant naît. Ce moment met fin à toutes les souffrances et l'épuisement, autant pour la conjointe que pour le père lui-même. Ce sentiment de soulagement se transforme rapidement en un doux sentiment d'apaisement et de bonheur partagé avec sa conjointe et son enfant. Ce moment est décrit comme suit :

Tu es comme genre content de voir ton fils arriver. Té content de voir ta blonde arrêter de souffrir. C'est un mélange d'émotions. Le petit moment où ce que le bébé est collé sur toi, pis là ta blonde se colle sur toi pis qu'on est tous les trois là. Pis là, tu vois les sages-femmes qui sont discrètes et se mettent loin pour te laisser ce petit moment-là. C'est un beau moment (PAT11, père de trois enfants nés en maison de naissance).

Il a été observé que ces émotions de bien-être semblent plus marquantes et intenses à la première naissance, telles qu'expliquées ci-après :

Pis la deuxième fois aussi c'était super beau, mais on dirait que comme ça avait déjà été vécu (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

C'est quand même un des moments les plus beaux de la vie. Mais je dirais que la première fois que je l'ai vécu, ç'a vraiment plus été intense. J'ai pleuré, j'ai pleuré, je ne voyais plus rien. Même que j'ai coupé le cordon ombilical pis je me souviens que j'ai quasiment eu la main guidée là. Je clignais des yeux, j'essayais de voir quelque chose, mais j'étais ému ça avait pas d'allure (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Lors des naissances suivantes, les pères affirment se sentir davantage en contrôle par le fait d'avoir déjà vécu cette expérience et d'avoir été confronté à la douleur de leur conjointe :

... la première fois, je me suis senti impuissant. La deuxième fois oui, j'ai senti que j'avais plus de pouvoir (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

... parce que comme on parle du troisième, on est rendu avec une expérience. On apprend à connaître notre conjointe. On apprend à gérer ses douleurs (PAT11, père de trois enfants nés en maison de naissance).

Émotions de détresse. Plusieurs pères ont vécu des émotions de détresse lors de la naissance. Bien que ces émotions soient présentes autant lors d'une première qu'une deuxième naissance, elles demeurent plus intenses chez les pères d'un premier enfant, l'expérience étant pour eux inconnue. Les émotions qui sont rapportées sont le sentiment de surprise, de dégoût, de perte de contrôle, de souffrance psychique, d'impuissance, de fatigue, d'urgence et de peurs.

Le sentiment de surprise peut être déstabilisant et est souvent provoqué par des situations inattendues, comme de voir s'écouler une grande quantité de fluides vaginaux comme le liquide amniotique ou les pertes sanguines :

Pis quand il est sorti, j'ai juste eu le temps de me tasser parce que c'a sorti de partout. Le liquide amniotique qui sort. Tsé, il y en a partout là (PAT03, père de deux enfants nés à l'hôpital dont le premier non-présent à la naissance).

... j'ai regardé pis là j'ai vu oh! Y'avait du sang. Tsé là, ça giclait. Faque là, j'ai comme compris qu'il y avait peut-être d'autres choses là (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression à la maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Cette surprise peut se transformer en sentiment de dégoût chez certains pères, tel que le relate ce père :

Euh, les poussées de voir la petite le premier coup, j'ai apprécié ça l'espace de deux secondes le temps que je réalise à quel point que ça étirait tous les tissus, faque [...] J'ai vraiment eu deux secondes d'appréciation, je pense. Pis pas plus que ça. C'est pas figuré là. Pis après ça, c'est les liquides partout. C'est pas beau comme scène. T'a l'impression d'être à la guerre là. Pour vrai, c'est le feeling que ça me donne (PAT19, père d'un premier enfant né à domicile).

Le sentiment de perte de contrôle est aussi vécu par les pères, en particulier lorsque la naissance se déroule rapidement, tel que l'expriment ces deux participants :

Pis tsé à l'hôpital, j'ai perdu le contrôle parce que ça c'est tellement passé vite qu'un moment donné, j'avais peur de ne pas suivre le bateau (PAT03, père de deux enfants, dont le premier non-présent et le deuxième où l'accouchement a été précipité).

Là, le travail s'est mis à vroom. À partir tout d'un coup là. Faque là, la deuxième fois, ç'a été effectivement plus vite que la première fois pour elle. Faque là euh, un moment donné c'était comme : « Ahhhh! » (PAT14, père de trois enfants dont le premier non-présent à la naissance, le 2^e né par césarienne suite à un arrêt de progression en maison de naissance et le 3^e né en maison de naissance).

Une naissance rapide évoque souvent un sentiment d'urgence. En fait, ce sentiment semble être relié à la quantité de personnel dans la chambre et à leur rapidité d'exécution.

C'était comme l'alarme qui avait sonné. Tu as eu 5 infirmières qui sont rentrées, le médecin qui est rentré, le résident rentré... Là ça fait comme : « Oh là. Ça va vite là! » (PAT03, père de deux enfants nés à l'hôpital dont le premier non-présent à la naissance et le 2^e où l'accouchement a été précipité).

Faque quand elle a dit : « Go la ventouse », ça fait un peu le même brouhaha dans notre chambre. Il a eu genre huit spécialistes qui sont arrivés en même temps. Pis « go go go ». On le sort pis c'est fini. Ç'a duré une minute (PAT18, père d'un enfant né à l'hôpital par ventouse pour décélération fœtale lors de la poussée).

La douleur de leur conjointe éveille un sentiment de souffrance psychique difficile à vivre pour les pères, en particulier si celle-ci réagit à la douleur par des cris, telle qu'illustrée ici :

Moi, pour ma part, l'accouchement j'ai trouvé ça pénible à voir et à vivre là. Genre y'a du monde qui disent qu'ils le referaient n'importe quand. Non vraiment pas. Ma blonde souffrait, c'est pas une expérience que je ne chéris particulièrement pas. Je vois ça comme un peu masochiste dans un sens tsé parce que c'est de la souffrance pure et simple là (PAT19, père d'un premier enfant né à domicile).

... ouais, je vais m'en souvenir toute ma vie. Mais ma blonde, elle a crié là. Ma blonde, ça arrive qu'elle crie des fois, mais comme ça! Écoute ça vient te chercher dans les tripes là (PAT05, père de deux enfants nés à l'hôpital dont le 2^e sans épidurale).

Cette forme de souffrance engendre fréquemment un sentiment d'impuissance chez les pères se retrouvant dans l'impossibilité d'aider leur conjointe dans la douleur. Un père émet les propos suivants en ce qui a trait à la deuxième naissance :

Je me sentais tout seul face à un corps qui souffre. Je ne savais plus quoi faire. » (PAT14, relatant la naissance par césarienne du 2^e enfant suite à un arrêt de progression en maison de naissance, dont le premier non-présent à la naissance).

On remarque aussi que les pères sont davantage atteints émotionnellement lorsque la naissance occasionne des douleurs intenses sur une longue période ou encore que la période de poussées est longue. Deux pères d'un premier bébé expliquent de façon éloquente cette émotion :

Tsé moi à la poussée, pour ma blonde, ç'a duré 2 h 39. C'est comme interminable là. C'est de la voir avoir mal pendant tsé la longueur du film The lord of the ring. Tu dis : « Tabarnouche là! » Ça reste tout le temps comme, super intense (PAT09, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

... quand ça fait une dizaine d'heures que tu es là, que tu te bloques quand même pour ne pas penser à la souffrance pis que tu vois quand même un autre niveau, parce que la souffrance d'une poussée qui n'avance pas c'est autre chose là (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

S'ensuit, lorsque la naissance de l'enfant tarde, un sentiment de fatigue émotionnelle :

Ç'a duré comme un 24 h complet. C'est à 7 h le lendemain qu'à finalement eu la césarienne là. Mais ç'a vraiment été intense là-dessus. La nuit à l'hôpital là. J'étais complètement à bout là. J'étais comme entre le sommeil. On dirait que je dormais sans m'en rendre compte que je vais m'endormir, pis je voulais rester réveillé. Pis d'autres fois, je voulais dormir pis je n'arrivais pas à dormir (PAT14, père de trois enfants, dont le premier non-présent à la naissance, relatant la naissance par césarienne du 2^e enfant suite à un arrêt de progression en maison de naissance).

Pis moi où j'ai trouvé ça tough, c'était long. C'était plus l'endurance là. Tsé c'est parce que ç'a été trois heures de poussée à William (PAT20, père de deux enfants nés en maison de naissance relatant la naissance du premier enfant).

La peur a aussi été fortement exprimée par les pères. Certaines peurs sont propres au père, notamment celle de manquer l'accouchement :

Parce qu'on avait une inquiétude d'être sur l'autobus pis bon qu'elle accouche. Pis bon, moi avec mon travail, ce n'est pas facile de me dégager rapidement. Pis le côté de sa famille qui accouche comme des chattes...j'avais une crainte que je sois sur l'autobus... J'avais une grosse, grosse crainte par rapport à ça, d'être sur le travail pis manquer l'accouchement (PAT03, père de deux enfants, dont le premier non-présent à la naissance).

D'autres peurs sont reliées à la conjointe. En premier lieu, on note la peur de voir souffrir leur conjointe telle qu'expliquée par ce participant :

... le plus inquiétant, c'est quand je suis arrivé, on arrive dans la salle d'accouchement. Pis c'est des murs, c'est des portes, c'est fermé quand même. Tu es intime, tu es tout seul, mais tu entends crier. Je n'avais jamais entendu quelqu'un crier comme ça. Pis quand j'ai réalisé, j'ai dit à l'infirmière « Là ma blonde vas-tu crier comme ça tantôt? ». J'avais l'impression, tsé les films d'horreur qu'ils se font arracher les tripes quand ils sont vivants. Bon bien, j'avais l'impression que c'était ça, mais pire. Massacre à la tronçonneuse, c'est une partie de plaisir comparé à ce qui se passe à côté. Mais dans le fond, ce n'est pas que ça me faisait peur d'entendre ma blonde crier, mais je me disais « Ça veut dire qu'elle va souffrir »... petite source de stress sur ce qui allait se passer (PAT02, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

En deuxième lieu, vient la peur que leur conjointe ne parvienne pas à donner naissance :

À chaque fois je me disais : « Ah mon dieu ». Quand elle a commencé à pousser, pis on a commencé à voir la tête, j'étais comme ah mon dieu, elle force tellement. Comme euh, à ne sera pas capable. Pis là, j'ai continué à l'encourager, mais ah mon dieu. Finalement, elle a réussi pis j'étais comme : « T'es bonne, t'es bonne. ». (PAT13, père de trois enfants relatant la 3^e naissance vécu à domicile).

En troisième lieu, la peur que des complications se produisent chez la conjointe, allant jusqu'à l'angoisse de la perdre :

... tsé tu te dis toujours comme : « D'un coup que ça va mal ». Tu y penses un peu quand même. Tu essayes de garder cette idée de côté (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

... un moment donné, dans le moment de la césarienne là, c'est vraiment la peur de, de la perdre. Ah oui t'a dit : « Je ne pensais pas tant le bébé, mais plus à elle, je m'inquiétais plus pour elle là ». Ça m'a fait penser à un moment donné, j'ai eu peur de la perdre pis tsé je me suis comme un peu imaginé mettons qu'elle à survive pas à l'accouchement, pis que le bébé survive pis euh... (PAT14, père de trois enfants relatant son vécu de la césarienne au 2^e enfant, dont le premier enfant non-présent à la naissance).

Dans la foulée des complications, la peur des interventions obstétricales est aussi nommée telles que l'amniotomie, l'épisiotomie, l'épidurale et l'utilisation de forceps ou ventouse. Ces interventions sont perçues comme impressionnantes pour les pères et créent une certaine appréhension et de l'inconfort :

Ils ont crevé les eaux, mais euh tsé, avec une tige là. Ça, c'est quelque chose aussi à voir là. Parce que là, ça rentre vraiment une grosse tige pointue pis tsé ça splach tsé (PAT14, père d'un troisième enfant relatant le vécu de l'amniotomie).

... elle sort les ciseaux, pis là j'entends le son de comme 20 feuilles de papier là. Tsé le bruit que ça fait « crick ». Ça fait ce son-là. [...] Ah ouais, c'est vraiment le son qui m'a fait aaaah, il y a vraiment de la chair! On coupe (PAT18, père d'un premier enfant ayant vécu l'épisiotomie).

Juste moi qui a eu une petite faiblesse avec les piqûres. Moi, je regardais tout le temps. Moi chu bien curieux, j'aime ça regarder là. Faque, j'ai regardé pendant un peu bout... Justement, je la serrais fort pour pas qu'à bouge, mais là, un moment donné, j'ai eu comme une bouffée de chaleur (PAT01, père d'un premier enfant ayant vécu l'épidurale).

Faque là, il arrive pis bien tsé chop chop. Sors les ventouses. Quand j'ai vu les chops chops, je me suis dit : « Oh boy, je ne veux plus jamais voir ça tsé ». Ça m'a un peu traumatisé là (PAT02, père d'un premier enfant ayant vécu l'utilisation des forceps).

Enfin, les pères mentionnent la crainte que la vision de la naissance puisse avoir des répercussions négatives sur leur vie sexuelle :

Pour avoir vu, pas des films, mais tu vois, tu vois... What ever là, tu entends des affaires. Moi je me disais, je pense peut-être du côté sexuel, mais moi je me disais : « Voir mon enfant sortir par là, ça traumatise son homme un peu. ». Faque j'ai dit : « Moi je ne regarderais pas nécessairement la tête sortir. ». (PAT02, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

En ce qui a trait à l'enfant, des pères ont craint pour la vie de leur enfant pendant le travail, lors de la naissance et dans les moments suivants la naissance, soit lorsque des inquiétudes du personnel (infirmières ou sages-femmes) étaient perçues en présence de décélérations du cœur fœtal ou encore lorsque l'enfant présentait des difficultés respiratoires à la naissance :

Tsé un moment donné, je me demandais même si euh, ça allait pas signifier la mort du bébé là. Je ne savais pas là (PAT14, père d'un troisième enfant relatant son vécu d'une césarienne au 2^e enfant, suite à un transfert de la maison de naissance pour arrêt de progression).

... sur le coup, tu t'imagines que ton bébé frôle la mort (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

... ç'a duré au moins 1 h 30, excuse-moi 1 minute 30 (rire). Oh! 1 min 30 s qui était 1 h 30 pour moi. Je regarde mon enfant, pis je suis comme il ne respire pas. Pis tu vois qu'il a de la difficulté. C'était mon moment de panique (PAT06, père d'un premier enfant dont une réanimation a été entreprise à la naissance).

D'autres pères ont craint pour le développement ultérieur de l'enfant comme dans le cas où l'enfant avait son cordon ombilical autour de son cou à la naissance :

Mais c'est sûr que quand j'ai vu que le cordon était autour du cou, j'ai eu un stress. Parce que tu es dans l'inconnu. Tu as déjà entendu plein d'histoires. C'est pas long. Ça va vite, mais il y a-tu un risque? C'est cet aspect-là qui m'a comme surpris (PAT17, père de deux enfants nés en milieu hospitalier).

On retient que la naissance est un moment rempli d'émotions pour le père. Cet évènement procure des émotions de bien-être telles que du soulagement et de l'apaisement. Le moment où l'enfant naît est décrit, pour certains, comme un moment magique. D'autres pères vivront plutôt des émotions de détresse telles que le sentiment de surprise face aux fluides vaginaux ainsi que le dégoût et la perte de contrôle lors d'une naissance rapide. Certains iront jusqu'à ressentir une souffrance psychique et de l'impuissance face à la douleur de leur partenaire ou de la fatigue face à un processus long de la naissance. Un sentiment d'urgence peut notamment être ressenti lorsqu'il y a trop de personnel et une rapidité dans leurs actions.

Être en relation avec des professionnels

La perception que les pères ont des professionnels lors de la naissance est étroitement liée à la compétence des professionnels et aux rôles que ceux-ci encouragent et permettent aux pères de jouer. Le thème « être en relation avec des professionnels » renferme donc les deux sous-thèmes suivants : 1) être en relation avec des professionnels compétents qui reconnaissent leur compétence; et 2) être en relation avec des professionnels qui limitent leur pouvoir d'agir.

Être en relation avec des professionnels compétents. La compétence des professionnels est un élément essentiel pour les pères afin de se sentir en confiance et de vivre une expérience nourrissante de la naissance. Cette compétence est décrite par les pères sous forme d'attitude, d'approche et d'aptitude. Selon les pères de cette étude, une

attitude accueillante et joviale, calme et aidante de la part des infirmières ou des sages-femmes favorisent le processus de la naissance :

... étaient accueillants. Tsé, la naissance c'est quelque chose qui est de la joie. C'est déjà plus heureux pour les infirmières. Après l'accouchement, elles sont contentes de travailler, elles sont là pour t'aider. Elles sont toujours souriantes. Déjà continuer dans cette attitude-là, je trouve ça intéressant (PAT03, père de deux enfants nés à l'hôpital, dont non-présent à la naissance du premier enfant).

Bien comment elle reconfortait, justement « Ah! Voulez-vous avoir un miroir? ». Elle détendait l'atmosphère. Elle nous encourageait. Les explications qu'elle donnait pour la respiration, pour pousser plus fort. Ça nous a aidés un peu dans tout le processus (PAT01, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Une aptitude gagnante identifiée par les pères est la capacité du personnel de s'adapter aux attentes diverses de la clientèle et à toutes éventualités :

C'est plus de s'adapter à la personne qu'ils ont devant eux. C'est vraiment ça l'une des plus grandes qualités qu'ils ont selon moi à l'hôpital. Pis tsé, c'est de s'adapter aussi aux changements. Tsé des fois, il peut y avoir des complications (PAT01, père d'un premier enfant né en milieu hospitalier).

... elle nous a laissés beaucoup, beaucoup tous seuls en fait. Elle venait une fois de temps en temps. Elle ouvrait la porte, elle me regardait, elle venait me poser des questions, elle voyait que Catherine était dans sa bulle, qu'elle faisait ses trucs pis que ça déroulait bien. Et euh, je pense qu'elle s'est super bien adaptée en fait, à nous, à nos attentes pendant l'accouchement et quand ça l'a été un peu plus difficile, on la sentait très professionnelle (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

L'approche participative des professionnels à l'égard des pères nourrit leur sentiment d'être important et leur perception positive à la fois des professionnels eux-mêmes et de la naissance de leur enfant. Cette approche s'amorce par une reconnaissance du père comme un participant actif dans le processus de la naissance.

L'invitation du père à participer et le respect du rôle qu'il désire jouer sont des attitudes appréciées par ces derniers :

Ben tsé, moi je suis arrivé, j'ai dit à l'infirmière : « Moi je fais rien, je touche à rien. ». Pis elle a dit : « C'est correct. » [...] les deux infirmières étaient vraiment incroyables. Ils m'ont demandé tout de suite ce que je voulais faire. Je leur ai dit tout de suite : « Je veux l'aider elle, mais rien d'autre. ». [...] Tsé moi, je voulais l'aider elle, mais je ne voulais pas faire rien d'autre. Ils ont fait : « Ok c'est beau. ». Tsé nous, ils nous ont respectés, tsé ils parlent de respect, nous ils nous ont respectés dans qu'est-ce que nous on voulait. Ils étaient super professionnels (PAT15, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

... j'ai senti que je n'ai pas été euh tsé, un gars qui pleure, tsé je suis supposé soutenir ma blonde. Pis là, je ne me sentais pas super à l'aise non plus avec ça. Mais vraiment, j'ai tellement senti aucun jugement (PAT14, père d'un troisième enfant, relatant son vécu de la césarienne au 2^e enfant, dont le premier enfant non-présent à la naissance).

Le fait d'offrir régulièrement des explications sur le déroulement physiologique de la naissance favorise à la fois l'implication du père et favorise une meilleure compréhension de la situation. Normaliser et sécuriser le père à propos du déroulement des événements sont des interventions appréciées, autant de la part des médecins que des infirmières et des sages-femmes :

... le médecin qui voyait que j'étais un peu dans les patates là tsé. Qui : « Ça va papa? Ok, tu veux regarder, regarde vient voir, vient voir. ». Elle m'impliquait vraiment beaucoup dans le processus. J'ai trouvé ça génial. Tsé un moment donné, elle voyait que je m'inquiétais parce que je regardais le moniteur, pis je voyais le cœur de mon bébé tsé qui un moment donné oh (mime une descente), pis il va comme ça (mime une vague). Pis là, elle me l'a expliqué elle m'a dit : « Non ça, ça va. C'est normal quand il y a une poussée pis tout ça. » À dit : « Mais là, un moment donné là, il va commencer à être tard là, pis euh si on n'accouche pas, ça va commencer à être inquiétant, mais je vais te tenir au courant. ». Pis que tsé, j'avais vraiment un maximum d'information (PAT09, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Moi aussi, je n'ai pas eu de difficultés de communication avec les infirmières. Elles avaient des bonnes réponses à mes questions au fur et à mesure des deux

accouchements. Pas savoir, mais j'apprenais en même temps. J'avais l'information quand même claire. Elles m'expliquaient « Bon bien, on est rendu là. », « Bon les contractions ça va bien, ça approche ». Elles m'expliquaient bien (PAT17, père de deux enfants nés à l'hôpital).

En termes d'explication, les pères s'attendent des professionnels à recevoir de l'information exacte et précise, surtout lorsque les choses ne se déroulent pas normalement. Ils ne veulent surtout pas être faussement rassurés :

... le fait qu'ils ont fait cette réanimation pis y'avait une infirmière près de nous qui disait c'est correct, c'est correct... J'étais comme arrête de me niaiser, pis dit-moi la vérité. Moi c'est une chose, je veux dire dit-moi qu'est-ce que c'est exactement. Ment-moi pas dans la face et me dire c'est correct (PAT06, père d'un premier enfant réanimé à la naissance).

Les pères apprécient que les infirmières les guident à travers des actions concrètes pour aider leur conjointe lors des contractions et de la poussée, en insistant sur le fait que leur rôle est important :

L'infirmière me parlait en me disant d'encourager ma blonde. Essayer de m'intégrer. Continuer de lui parler, de la rassurer. « Dis qu'elle pousse en même temps ». Au lieu que ce soit elle qui le disait. Elle me disait « Dis-y ça ». Ma blonde le savait pareil, mais elle me disait de continuer à être impliqué dans la poussée même si c'est une phase plus plate pour nous autres, pis plus loin, pis on est utile si tu veux (PAT03, père d'un deuxième enfant à l'hôpital, dont le premier non-présent à la naissance).

Les professionnels ont d'autres occasions concrètes de soutenir le pouvoir d'agir des pères suite à la naissance de leur enfant, notamment en leur offrant d'accueillir l'enfant à la naissance et de couper le cordon :

... le médecin m'a proposé de sortir l'enfant tsé. Euh, peut-être que j'aurais aimé ça tsé le planifier. Déjà en parler, si on ne me l'avait pas proposé, ben ça serait passé comme ça, pis j'aurais manqué une super belle expérience (PAT09, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Ouais ouais, sauf que ... Il avait le cordon autour du cou au premier quand il est sorti. Le deuxième aussi. Donc, il a coupé le cordon, mais il l'a comme caché, pis il me l'a redonné pour que je le coupe (PAT17, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Il s'avère que d'office, les sages-femmes sont plus à l'aise dans l'utilisation d'une approche qui favorise un travail d'équipe avec le père en ce qui concerne l'accompagnement et le bien-être de la mère qui donne naissance. Il en découle un sentiment d'implication partagé par les pères suivants :

...je pense que le cadre de la maison de naissance en est quand même un qui permet beaucoup plus que le conjoint soit impliqué, pis c'est une bonne manière de commencer l'expérience de la parentalité (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

C'est fou parce que c'est un moment qui est super intime pis la sage-femme à s'intègre là-dedans, ça l'air de couler. Pis elle devient comme une amie du couple. Là, on sent vraiment que... moi j'avais vraiment, je sentais que je faisais équipe avec elle. Tsé, je la sentais qu'elle était présente pour Mélodie, mais elle ne prenait pas ma place. Vraiment euh, elle me parlait. Tsé des fois, elle parlait à Mélodie pis je sentais qu'elle était là pour elle parce qu'elle l'encourageait pis tsé, elle lui disait des choses réconfortantes. Pis après ça, tout le temps elle me regardait, elle établissait un contact pis y'a avec moi mettons, elle me donnait des informations plus tsé. Faque elle partageait un peu les connaissances y'avait quelque chose. Je sentais vraiment que c'était ouvert pis que ce n'était pas comme justement un professionnel là (PAT14, père d'un troisième enfant né en maison de naissance, dont le premier enfant non-présent à la naissance).

Être en relation avec du personnel qui limite leur pouvoir d'agir. Les pères notent que l'approche du personnel est parfois déshumanisée, par exemple lorsqu'il y a trop de personnels, soit des étudiants ou des stagiaires, qui se retrouvent dans la chambre, que celle-ci soit en centre hospitalier ou en maison de naissance :

Ma femme à l'accouchement après 16 h, quand le troisième interne est entré, j'ai dit : « Prends une photo pour montrer aux autres, té le dernier qui passe,

j'suis tanné ». Ça entre, c'est euh : « Salut, j'suis docteur un tel, j'suis l'interne ». Là, on lève la jupe, pis on regarde. Euh moi, j'suis comme : « Euh, excuse-moi, là! » (PAT10, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Un moment donné, y'avait pas mal de personnes dans la pièce parce que euh, y'étaient dans le jus pis y'avait beaucoup de stagiaires, peut-être plus qui étaient venues aider pour justement... Pis euh, y'a un moment où je m'étais dit : « Bon c'est-tu trop? » (PAT14, père d'un troisième enfant né en maison de naissance, dont le premier non-présent à la naissance).

La gestion du déroulement de la naissance en milieu hospitalier contribue aussi à une certaine déshumanisation de l'approche qu'un père nomme : « le syndrome de l'usine à bébé » (PAT10). Deux autres pères expliquent cette approche :

J'ai l'impression que ma blonde pis le bébé sont des objets de soins... L'objectif, ça devrait être té sujet de soins (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

... j'ai détesté mon expérience à l'hôpital. J'ai trouvé ça super froid et clinique. Peut-être que pour le prochain, ce sera dans une maison de naissance ou à la maison. [...] Bien l'expérience de la naissance c'était bien, mais l'expérience avec l'hôpital et le personnel j'ai trouvé ça... beaucoup d'infirmières, le médecin à la dernière minute... Je savais parce que l'accompagnante me l'avait expliqué, elle m'avait tout dit ça que c'était comme ça, mais j'ai trouvé que pour un... c'est peut-être trop idéaliser la chose, mais pour une expérience aussi magique de mettre ton enfant au monde, ça faisait un peu usiné tout ça. » [...], mais il faudrait que les infirmières, les médecins, les résidents disent : « Écoutez, aller à votre rythme, comme vous voulez ». Ce qu'on n'a pas senti. Pourtant, tout c'est bien passé. Il y a eu aucun problème. [...] Mais c'est pas tant l'accouchement, c'est plus le rapport humain avec les personnes. Je trouvais que c'était très administratif. Ça pis aller passer son permis, c'était à peu près la même chose (PAT16, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

Lorsque les pères sont en relation avec des professionnels qui limitent leur pouvoir d'agir, ils décrivent des approches, des attitudes, des gestes et des paroles qui les confinent au rôle de témoin, ou encore d'accessoire. Ces rôles, lorsqu'ils ne sont pas désirés par le père, entraînent des sentiments d'impuissance, d'inutilité et de non-

reconnaissance. Les pères nomment certaines approches non participatives des professionnels, comme leur positionnement d'expert qui ne favorise pas la participation du père aux décisions :

... fameux positionnement en expert, ben à quelque part plus, quelqu'un se positionne en expert et dit : « Moi, je sais ce qui est bon pour toi ». Moins tu finis par avoir l'impression que t'as une part active dans les décisions qui peuvent se prendre (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Des comportements de non-inclusion et de non-reconnaissance ont été décrits par les pères de l'étude, notamment par les comportements suivants : tourner le dos, ne pas adresser la parole au père ou ne pas lui demander son nom :

... j'avais comme le sentiment de ne pas exister comme papa dans une salle d'accouchement. [...] On ne te demande même pas ton nom. On ne sait même pas t'es qui (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Je vais être le fameux facilitateur, mais ce n'était pas reconnu ça. C'est comme si c'était elle, qui fallait qui la demande la péridurale [...] Y'a carrément du monde que j'ai vu me tourner le dos... à peu près une infirmière sur deux qui faisaient systématiquement ça. Qui entrait pis qui parlait à la deuxième personne du singulier avec ma blonde [...] j'ai même vu des externes faire ça sur le département de naissance. Des médecins en stage, entrer, pas me regarder, se tourner, pis faire l'intervention médicale avec ma blonde [...] tsé autant que t'arrives au comptoir pour t'inscrire pis que l'infirmière te parle pas tsé. Pis elle demande : « Est-ce que vous êtes avec tsé? » Là té assis dans une chaise pis elle fait le questionnaire, pis à demande à la conjointe : « Est-ce que vous êtes avec le père de l'enfant? ». Pis là écoute, ma blonde dit oui. Pis là, elle me regarde pis à me demande : « Est-ce que c'est vous ça? ». Oui, pis c'est à peu près la seule question que tu fais poser pendant une demi-heure de questionnaire (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Étant le père de l'enfant qui va naître, les pères se considèrent aussi importants que la mère et s'attendent à recevoir le même soutien des professionnels que celui qui est

apporté à la mère, mais ce n'est souvent pas le cas. Les pères en arrivent à se percevoir peu reconnus dans le processus de la naissance :

Dans le fond, ce qu'on nous disait c'est euh, mangez pis soyez bien parce que si vous n'allez pas bien, on n'a pas le temps de s'occuper de vous là. Madame est en train d'accoucher (PAT06, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

... pis t'as pas de repas. T'as peut-être pas nécessairement de lit non plus. Euh, té pas un patient à l'hôpital. Té pas un patient faque on te donne rien (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Bref, selon ces résultats, les pères désirent de la part des professionnels qu'ils démontrent une attitude accueillante et joviale, calme et aidante. Ils doivent aussi être en mesure de s'adapter aux diverses attentes du couple et être prêts à toutes éventualités. Une approche participative permet aux pères de se sentir reconnus et importants. Pour ce faire, les professionnels doivent offrir régulièrement de l'information sur le déroulement tout en normalisant et sécurisant le père. Ils doivent entre autres le guider à travers des actions concrètes envers leur partenaire et l'enfant.

Rencontrer son enfant

Le thème « Rencontrer son enfant » est abordé par les pères par un seul sous-thème, soit le moment de transition.

Le moment de transition. Le moment où le père rencontre enfin son enfant est un moment critique de transition et très symbolique pour celui-ci. En fait, c'est un moment émouvant et tangible dans la transition à la paternité. Ce premier contact est bien illustré par ces pères :

Quand tu vois ses yeux, quand tu le regardes là, c'est comme : « Oh c'est vivant! » (rires). Non, mais tsé tu l'as jamais vu, moi je suis ben visuel là tsé. Pis quand tu le vois, c'est comme tu te fais une idée mentale à ce qui pourrait ressembler. Là quand tu le vois, y'as-tu des cheveux, pas de cheveux. Pis là, ses petits yeux qui te regardent. Je sais pas, il te regarde pis y'a un contact qui se fait. Pis ben ça, c'était fort aux trois là, le dernier. Quand tu le regardes. C'est comme tu ne peux pas être indifférent (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Quand elle est arrivée, on m'a offert de la prendre, de faire du peau à peau avec. Euh, pis ç'a été un beau moment pour moi, dans le sens où j'ai parlé à ma fille, pis comme ç'a été les premiers mots que je lui ai dit. Je voulais que cela soit des mots très, très significatifs, tsé du genre, ben bienvenue dans la vie. C'est moi ton papa. Salut ma belle. Eh, ça me fait plaisir de te voir, je t'attendais depuis longtemps. Tsé vraiment y parler, prendre contact avec (PAT08, père de trois enfants nés à l'hôpital).

Cependant, ce moment est parfois vécu avec une certaine ambivalence. En effet, l'un des pères de l'étude a vécu un sentiment d'ambivalence par rapport à la fragilité de l'enfant et un second par rapport à un dégoût à l'égard des liquides biologiques recouvrant l'enfant à la naissance. Voici comment cette ambivalence est illustrée par ces deux pères :

C'est tellement trop petit ... Qu'est-ce que tu fais? C'est ton gars, mais est-ce que tu vas le casser? (PAT03, père de deux enfants qui n'a pas été présent à la naissance pour le premier).

Tu reviens les deux pieds sur terre pis là tu te dis : « Ouach, yé dégueu le bébé là. ». Je vais prendre ça dans mes mains là. Pis là je me dis : « Ben voyons donc, c'est ton enfant », mais c'est le mélange de sentiments là. Là, écoute, c'est même pas identifiable là (PAT19, père d'un premier enfant né à domicile).

Rencontrer sa conjointe

Le thème « Rencontrer sa conjointe » se rapporte à l'expérience de la naissance partagée en couple, qui semble avoir un impact positif sur le couple. On retrouve les

sous-thèmes suivants : 1) le renforcement des liens du couple; et 2) un tremplin vers la parentalité.

Le renforcement des liens du couple. Le partage de l'expérience de la naissance en couple a été perçu comme un élément positif pour les pères en permettant le renforcement des liens du couple. Un père explique bien ce que procure la naissance au couple :

Je pense que ça nous a soudés un peu plus comme évènement [...] on s'aime tellement plus. Tsé, ça nous a vraiment rapprochés. Tsé, on s'aimait déjà beaucoup, pis on ne pensait pas pouvoir s'aimer autant, ou aimer autant quelqu'un. Pis là pouff, c'est la coche là tsé (PAT09, père d'un premier enfant né à l'hôpital).

La naissance est une occasion de se rencontrer mutuellement et de se découvrir l'un l'autre. Pour les pères, la découverte porte sur les capacités et la résistance de leur partenaire. Il s'ensuit une grande admiration en lien avec le courage, la force et l'endurance avec lesquels leur partenaire est parvenue à donner naissance :

... moi de voir ma femme passer à travers... C'est quand même une épreuve assez incroyable. Tsé, ta vois passer trois, quatre heures avec des veines qui lui sortent du front avec les poussées pis qui continue pis tout ça. C'est quand même crissement impressionnant. Pis tsé, ça te questionne dans un sens où euh, je ne sais pas si j'aurais été capable de passer à travers ce à quoi elle, elle est passée [...] Je la vois comme plus forte que je la voyais avant tsé. C'est pas qu'elle l'est plus nécessairement, parce que si elle l'a fait, c'est qu'elle l'était déjà, mais tsé tu l'as vu faire quelque chose d'incroyable. C'est comme si je l'avais vue sortir dans la rue et soulever un char à bout de bras. Wow, ben c'est presque ça. Tsé vraiment dans la poussée, je la regardais pis je pensais tsé quand tu vois les olympiques, les haltérophiles qui se donnent, ouahhhh! Pis je me dis c'est rien à côté de ce que fait une femme en train d'accoucher là. C'est un autre niveau de profondeur, de force tsé d'aller vraiment dans les dernières réserves que ça fait dix heures qu'elle n'a pas dormi mais tsé, elle en a encore (PAT21, père d'un

premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

Pour certains, cette admiration a été amplifiée par le fait que leur conjointe soit parvenue à donner naissance sans épidurale, démontrant ainsi une force incroyable à l'égard de la douleur :

« C'est comme si c'est une fierté. Ah moi ma blonde, elle n'a pas eu l'épidural » (PAT02, père d'un premier enfant né par forceps).

Pour les femmes, la naissance leur permet de développer un plus grand sentiment de confiance à l'égard de leur conjoint et d'exprimer leur reconnaissance, ce qui renforce les liens du couple :

...elle a beaucoup de reconnaissance du support que je lui ai donné pour tout le déroulement de l'accouchement. Ça a renforcé sa confiance, à quel point qu'elle peut se porter sur moi, avoir beaucoup confiance en moi. On s'en est vraiment sortis plus forts (PAT07, père de deux enfants nés à l'hôpital).

Finalement, la complicité du couple se renforce suite à l'expérience de la naissance telle que décrite par ce participant :

... comme tu dis ça, renforcie le couple. Té un petit peu plus complice. C'est sûr que plus tu vis des choses avec quelqu'un et plus il se crée des liens (PAT13, père de trois enfants, dont le premier est né à l'hôpital, le 2^e à la maison de naissance et le 3^e à domicile).

Un tremplin vers la parentalité. La naissance vécue en couple est une préparation et un tremplin vers la vie parentale. Le partage de l'expérience de la naissance favoriserait la coparentalité selon un participant :

... ça a permis de vivre l'accouchement, donc euh conjointement et je pense que maintenant, on réussit la parentalité euh conjointement aussi. C'est vraiment

une aventure à deux donc, je dirais ça (PAT21, père d'un premier enfant né à l'hôpital suite à un transfert de la maison de naissance pour décélération fœtale lors de la poussée).

En conclusion, l'analyse du discours des pères illustre qu'une expérience nourrissante de la naissance chez les pères dépend de ses attentes et croyances élaborées au cours de la grossesse avec sa partenaire de même que sa préparation face à l'évènement et par rapport à son rôle. Sa participation dans le bien-être de sa conjointe lors de l'accouchement et des actions concrètes à l'égard de l'enfant sont aussi déterminantes dans sa perception de la naissance. Celle-ci sera, entre autres, influencée par le type d'émotions vécues lors de l'évènement, soit de bien-être ou de détresse et par l'approche utilisée par les professionnels pour démontrer son importance et pour l'inviter à participer. Le prochain chapitre discute de ces résultats et explique davantage les deux facettes de la naissance, soit l'expérience nourrissante ou traumatisante.

Discussion

Ce chapitre présente la discussion des résultats obtenus à la suite d'entretiens collectifs qui ont permis de décrire et de mieux comprendre l'expérience des pères lors de la naissance. Les six thèmes qui ont émergé de cette étude sont : a) se préparer à la naissance; b) définir son rôle; c) vivre des émotions; d) être en relation avec des professionnels; e) rencontrer son enfant; et f) rencontrer sa conjointe. Rappelons que ces thèmes sont le produit d'une coconstruction de deux facettes de l'expérience de la naissance, soit l'une nourrissante et l'autre traumatisante. L'expérience des pères lors de la naissance selon les deux facettes mentionnées précédemment est discutée dans la première partie de ce chapitre. On y retrouve certaines croyances contraignantes qui sont expliquées à l'aide du modèle Beliefs and Illness (2009). La deuxième partie comporte une explication des résultats selon la théorie de Meleis (2010) retenue comme toile de fond pour cette étude. Finalement, ce chapitre se conclut par une proposition de recommandations pour la pratique clinique, la gestion, la recherche et la formation.

L'expérience des pères lors de la naissance

Les résultats présentés dans le précédent chapitre ont permis de mieux comprendre l'expérience des pères lors de la naissance selon deux facettes, l'une nourrissante et l'autre traumatisante. Ces deux facettes sont discutées dans cette partie ainsi que les similitudes et avec la littérature scientifique. Ainsi, une expérience nourrissante de la

naissance aura comme effet de favoriser la transition à la paternité chez le père tandis que l'expérience traumatisante la rendra plus laborieuse.

L'expérience nourrissante de la naissance

L'analyse du discours des pères révèle que pour vivre une expérience nourrissante de la naissance, le père a besoin de se façonner des attentes réalistes et souples, de jouer un rôle de participant actif, autant envers sa conjointe qu'envers son enfant, de vivre des émotions de bien-être ainsi qu'être en relation avec des professionnels compétents et qui reconnaissent ses compétences.

La présente étude démontre que la conjointe joue un rôle primordial dans la préparation du père à la naissance et dans l'élaboration de ses attentes. La littérature révèle que la conjointe est la source principale d'information et de soutien pour le père lors de la grossesse (Deave & Johnson, 2008; Hildingsson & Sjöling, 2011; Johnson, 2002) par le biais de discussions au sujet du suivi de grossesse et des classes prénatales (Chalmers & Meyer, 1996). En fait, la préparation prénatale est essentielle à l'élaboration d'attentes réalistes chez le père (Baker et al., 2007; Chandler & Field, 1997). Baker et ses collègues (2007) affirment que le père a besoin de disposer d'espace et de temps pour exprimer ses attentes, ses désirs, ses émotions, ses aspirations, ses préoccupations et ses craintes, tant avec sa conjointe qu'avec les professionnels de la santé. Par contre, aucune étude n'a été recensée concernant les attentes des pères à l'égard de la naissance, confirmant l'aspect novateur de ce sous-thème.

Tout comme dans cette étude, l'approche des sages-femmes lors du suivi prénatal semble mieux préparer les pères à la naissance et favoriser leur implication dans le processus. Il semble que la construction d'attentes réalistes et souples en lien avec la naissance favorise davantage une expérience nourrissante chez les pères. Les sages-femmes prennent davantage de temps pour bien expliquer les éléments de la naissance. Elles sont ouvertes et à l'écoute des besoins exprimés par les pères et encouragent ceux-ci à poser des questions (Singh & Newburn, 2003). Par contre, quelques pères de l'étude se sont créés des attentes irréalistes, n'ayant pas reçu de préparation face à la possibilité de complications et de transfert en milieu hospitalier de la part de la sage-femme.

Le respect des attentes face à la naissance est capital dans le discours des pères de cette étude. Toutefois, certains n'ont pas d'attentes préétablies et admettent la non-nécessité de se préparer à la naissance. Dans les écrits, on retrouve dans ce sens qu'il n'est pas nécessaire pour certains pères d'anticiper la naissance. En effet, Deslauriers et Villeneuve (2012) parlent plutôt d'une attitude se traduisant par : « On verra quand ce sera le temps! » (p. 204).

Plusieurs rôles lors de la naissance ont été identifiés à travers des témoignages de pères. Trois de ces rôles correspondent à ceux décrits dans l'étude de Chapman (1991). On retrouve l'entraîneur qui guide sa conjointe dans les respirations, le coéquipier qui répond aux demandes de soutien physique et émotionnel comme tenir la main, faire des massages et répondre aux soins de confort et finalement, l'avocat qui se soucie des droits

de sa conjointe. Le rôle de l'avocat a été plus développé dans cette présente étude et il est caractérisé par le mandat de communiquer avec l'extérieur et de négocier avec les intervenants afin de suivre le plan de naissance élaboré par le couple.

Pour les pères rencontrés, démontrer un sang-froid a été identifié comme une attitude à privilégier lors du travail. Ce résultat confirme ceux de Premberg et ses collègues (2011), dont l'étude présente la tendance des pères à éviter la démonstration de toutes formes d'inquiétudes ou émotions négatives devant leur femme par souci d'offrir un sentiment de sécurité et d'éviter de la perturber.

Finalement, couper le cordon de l'enfant est une action concrète et importante pour les pères de cette étude. Effectivement, cette action leur permet de passer du rôle d'observateur passif à celui de participant actif (Waldenstrom, 1999a) et de vivre un rite de passage (Johnson, 2002).

L'expérience de la naissance procure sans contredit des émotions de bien-être chez les pères (Erlandsson & Lindgren, 2009; Kunjappy-Clifton, 2008; Madsen & Munck, 2001). En fait, Madsen et Munck (2001) affirment que la majorité des pères ont été heureux d'être présents à cet événement et Kunjappy-Clifton (2008) ajoute qu'une grande proportion de pères exprime le désir d'être présents à la prochaine naissance. Par contre, on ne retrouve aucun écrit décrivant une plus grande intensité de bien-être chez

les pères à la naissance du premier enfant, tel que vécu chez les participants de la présente étude.

L'expérience de la naissance est aussi influencée par la pratique du personnel. En effet, la relation que crée le père avec le personnel soignant durant l'accouchement est importante à ses yeux (Lacharité, 2009) et favorisera une expérience plus nourrissante. Les prestataires de soins sont identifiés par les pères comme la principale source de confiance en ce qui a trait à la transmission d'informations et de soutien (Chalmers & Meyer, 1996; Chandler & Field, 1997; Dellmann, 2004; Greenhalgh et al., 2000).

D'après les résultats de la présente étude, une approche empathique et l'établissement d'une relation de confiance avec les professionnels sont essentiels pour l'implication du père (Johansson et al., 2012). Le fait de lui démontrer qu'il est le bienvenu lors de la naissance peut favoriser un sentiment d'être reconnu et important (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998). Afin de favoriser son implication, les professionnels doivent rassurer le père dans l'importance de son rôle auprès de sa partenaire, tout en le guidant sur les façons d'être aidant (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011; Chandler & Field, 1997). Plus précisément, il s'agit d'impliquer le père dans les décisions, de lui donner de l'information sur le déroulement du travail (Johansson et al., 2012), de lui permettre de poser des questions, d'interagir et de participer de la manière et où il le désire (Bäckström & Hertfelt Wahn, 2011).

Selon les témoignages des pères, la rencontre avec l'enfant à la naissance est un moment de transition à la paternité. Cet évènement est marquant et particulièrement concret (Chalmers & Meyer, 1996), facilitant une transition tangible à la paternité (Chandler & Field, 1997). Kunjappy-Clifton (2008) ajoute en ce sens que l'expérience de la naissance est marquée par la rencontre avec l'enfant et le début d'une forme d'attachement envers celui-ci.

Les pères de la présente étude ont mentionné un renforcement de leur couple suite à la naissance et une forme de tremplin vers la paternité. Le renforcement des liens du couple par le partage d'une expérience de la naissance a été identifié dans plusieurs études telles que Chan et Paterson-Brown (2002), Kainz et ses collègues (2010) et Waldenström (1999a). Kainz et ses collègues (2010) expliquent que le fait d'être parvenu en équipe à donner naissance et d'avoir vécu une expérience inoubliable génèrent des sentiments de fierté et de rapprochement. Un tremplin vers la parentalité a aussi été rapporté par ces auteurs (Kainz et al., 2010) en précisant que cette expérience est un point de départ en tant que parents et famille.

L'expérience traumatisante de la naissance

À l'opposé, une expérience traumatisante de la naissance est liée à un façonnement d'attentes irréalistes et rigides, une construction de croyances contraignantes, un vécu d'émotions de détresse et à une relation avec du personnel qui ne reconnaît pas la participation du père comme importante, limitant ainsi son pouvoir d'agir.

Cette étude met en lumière le façonnement d'attentes irréalistes et rigides, ce qui a tendance à conduire les pères vers une expérience traumatisante de la naissance. Ainsi, pour certains pères de la présente étude, s'attendre à un accouchement parfait, sans aucune complication, peut résulter en une expérience traumatisante lorsque des complications se produisent. Selon ces pères, la préparation à l'éventualité de complications devrait être incluse dans la préparation prénatale. Hallgreen et ses collègues (1999) confirment d'ailleurs qu'une préparation émotionnelle est primordiale chez les pères afin qu'ils puissent faire face à l'imprévisibilité du processus de la naissance, à la durée du travail, aux réactions de leur partenaire et à leurs propres réactions et surtout, afin de rendre l'expérience de la naissance moins pénible.

Du côté des croyances, *croire que les attentes et les choix de leur conjointe face au déroulement de la naissance sont prioritaires*, a été identifié comme une croyance contraignante chez certains pères du fait qu'elle limite les possibilités du père à explorer les différentes options qu'il souhaite par rapport à la naissance. Le modèle de Beliefs and Illness (2009) rappelle que les croyances contraignantes diminuent les possibilités de découvrir des solutions qui peuvent améliorer la situation d'une personne. L'identification de cette croyance devrait être prise en compte dans la période périnatale afin de favoriser une expérience nourrissante de la naissance.

Cette croyance a été identifiée chez les pères de premier enfant dans l'étude de Fenwick et ses collègues (2012). Ces auteurs constatent que certains pères n'ont aucune

attente et croyance d'établies par rapport à la naissance, menant spontanément ceux-ci à adopter les attentes de leurs partenaires. De leurs côtés, Longworth et Kingdon (2011) ont remarqué, dans leur étude, que le fait que le père vive un manque de connaissance et une forme de déconnexion physique à l'égard de la grossesse incite la femme à exercer un pouvoir décisionnel en ce qui concerne la naissance et l'enfant. Un père qui n'est pas impliqué dans les décisions aura plus de difficultés à développer ses connaissances et à reconnaître le rôle qu'il désire jouer lors de la naissance.

La naissance est perçue émotionnellement difficile pour certains pères, rendant l'expérience plus traumatisante. Plusieurs similitudes en ce qui concerne les émotions de détresse vécues par les pères se retrouvent dans le cadre de cette étude et dans la littérature actuelle telles que le sentiment de perte de contrôle (Erlandsson & Lindgren, 2009; Longworth & Kingdon, 2011) et la souffrance face à la douleur vécue par la conjointe (Chandler & Field, 1997; Nichols, 1993; Premberg et al., 2011). Ces émotions de détresse peuvent s'accompagner d'une fatigue physique et mentale, en particulier lorsque la durée du travail est longue (Deave & Johnson, 2008) ou que l'expérience est plus exigeante que prévu (Chandler & Field, 1997). Finalement, la présence d'un trop grand nombre d'intervenants lors du moment de la naissance semble perturber les pères, allant jusqu'à provoquer un sentiment d'urgence et une perception que les choses ne se déroulent pas bien. Ce sentiment a été retrouvé dans l'étude de Deave et Johnson (2008) lors d'une césarienne tandis que dans le cadre de cette étude, ce sentiment a été nommé dans des contextes d'un accouchement précipité.

Les peurs révélées dans les témoignages des pères sont répertoriées dans plusieurs écrits scientifiques. Tout d'abord, la peur de voir souffrir leur conjointe et que la naissance se déroule anormalement a été identifiée dans l'étude d'Eriksson et ses collègues (2006). Les peurs liées à la santé et à la sécurité de la mère et de l'enfant ont été constatées dans l'étude de Vehviläinen-Julkunen et Liukkonen (1998). Toutes interventions obstétricales semblent provoquer des inquiétudes chez les pères. Selon Chan et Paterson-Brown (2002), l'utilisation d'instrumentation et l'exécution de l'épisiotomie à la naissance ont été perçues comme des interventions déplaisantes et traumatisantes (Chalmers & Meyer, 1996). Enfin, la peur de conséquences négatives sur la vie sexuelle du couple a été identifiée dans l'étude de Wielgo et ses collègues (2007) comme une raison de non-participation à la naissance.

Finalement, dans la présente étude, certains pères ont perçu une non-reconnaissance de leurs compétences par les professionnels lors de la naissance, ayant comme conséquence de limiter leur pouvoir d'agir. Ces constats se retrouvent dans l'étude de Chandler et Field (1997) qui affirment que les hommes ont senti que leur présence était tolérée plutôt qu'importante et nécessaire. Lacharité (2009) ajoute que bien souvent, les pères se voient attribuer un rôle de soutien auprès de la mère plutôt que d'être guidés comme des participants actifs lorsqu'ils ne se sentent pas soutenus ou limités dans leur pouvoir d'agir par les professionnels. Il en résulte, selon Johansson et ses collègues (2012), des sentiments d'inquiétude, d'insécurité, de pertes de contrôle et une perception d'être inutile et ignoré.

Une approche humanisée de la part des professionnels est primordial pour les pères, en particulier en ce qui a trait au respect des besoins du couple et de l'accouchement physiologique. Cette approche fait d'ailleurs partie des recommandations de la politique de périnatalité (p. 16) du ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Malheureusement, tout comme le révèlent certains pères de la présente étude, la naissance a tendance à demeurer un événement médicalisé, où les décisions sont exclusivement prises par les intervenants (Vadeboncoeur, 2005).

La théorie de la transition de Meleis et l'expérience des pères

Selon la théorie intermédiaire de Meleis (2010), la naissance d'un enfant est un événement marquant dans la transition à la paternité. Les résultats de la présente étude permettent d'identifier certaines conditions personnelles et environnementales pouvant influencer la manière dont l'expérience de la naissance est vécue. On remarque qu'au niveau personnel, la construction d'attentes, le niveau de connaissance, le soutien de la conjointe et de l'entourage et le niveau de planification ont une influence sur la perception du père de la naissance. Déjà en 2007, Baker et ses collègues affirmaient que pour se préparer à devenir parent durant la grossesse, les pères ont besoin de disposer d'espace et de temps de la part des professionnels pour exprimer leurs attentes, leurs désirs, leurs émotions, leurs aspirations, leurs préoccupations et leurs craintes liées à la naissance.

D'après Meleis (2010), la préparation est un atout majeur, car elle permet à la personne d'acquérir une connaissance préalable des événements à venir lors d'une transition et de trouver les stratégies qui peuvent être utiles pour mieux la gérer. En fait, lorsque la personne sait à quoi s'attendre, le stress associé à la transition est allégé. La préparation prénatale des pères au déroulement de la naissance est donc primordiale afin que ceux-ci vivent une expérience nourrissante de la naissance. Cette préparation doit essentiellement permettre l'établissement d'attentes réalistes et souples chez les pères (Chandler & Field, 1997) et l'acquisition de connaissances sur le déroulement de l'accouchement en lien avec l'intensité de la douleur, l'imprévisibilité du déroulement de la naissance (Hallgreen et al., 1999) et les différentes façons pour le père de jouer un rôle actif (Steinberg & Kruckman, 2000). Il s'agit ici de préparer le père aux différentes réactions de la conjointe, mais aussi à celles que vit personnellement le père lors de la naissance (Hallgreen et al., 1999).

Ces études confirment que la qualité de la préparation prénatale permet aux pères d'élaborer des attentes réalistes et de se préparer adéquatement face à l'évènement et le rôle qu'ils désirent jouer, favorisant ainsi une expérience nourrissante de la naissance. L'uniformisation des cours prénataux devient un bon moyen afin d'augmenter la qualité de la préparation. En fait, selon Deslauriers et Villeneuve (2012), ce manque d'uniformité est expliqué par une non-existence d'une ligne de conduite claire du MSSS ou d'autres instances gouvernementales en ce qui a trait à l'intégration des pères dans les cours prénataux. Finalement, l'aptitude du professionnel à bien communiquer devient à

son tour essentielle dans la qualité de la préparation prénatale. En effet, une communication insuffisante ou non suffisamment claire peut engendrer des sentiments d'impuissance, de confusion et de frustration (Meleis, 2010).

Du côté des conditions environnementales, la conjointe est considérée comme une forme de soutien considérable dans la transition (Meleis, 2010) et joue un rôle primordial dans la préparation du père à la naissance (Deave & Johnson, 2008). En l'impliquant dans les décisions, en explorant et élaborant différentes attentes et en lui apportant de l'information, la conjointe contribue à faire de la naissance une expérience positive pour le père. Les pères privilégient cependant une prise de décision contrôlée par la conjointe en ce qui a trait au déroulement de la naissance. Cette tendance serait reliée au fait que le père vit une déconnexion physique et un manque de connaissance en ce qui concerne l'évènement et son rôle, ce qui l'incite à laisser sa conjointe prendre les décisions en ce qui a trait à la naissance et l'enfant (Longworth & Kingdon, 2011).

L'élaboration d'un plan de naissance informel ou formel en couple semble être un bon outil pour explorer, échanger et définir leurs attentes face à cet évènement et ainsi contribuer à la préparation du père et faciliter son expérience de la naissance chez les pères. Martin (2008) présente cette stratégie en premier plan afin de diminuer les appréhensions et augmenter le confort du père lors de la naissance.

Une approche de partenariat avec le couple est aussi à privilégier puisqu'elle permet une pratique collaborative se caractérisant par un processus dynamique d'interactions sous forme d'échange d'informations, d'éducation et de prises de décisions entre le professionnel, la femme et son partenaire (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Cette approche de partenariat fondée sur des pratiques collaboratives a des effets à long terme sur les pères, favorisant des perceptions d'efficacité des pères auprès de leur enfant en période postnatale (de Montigny & Lacharité, 2008; de Montigny, Lacharité, & Amyot, 2006).

Le discours des pères rencontrés dans le cadre de cette étude confirme l'importance, à leurs yeux, du soutien offert par les professionnels en pré, per et post-natal. Le soutien apporté aux pères au moment de la naissance contribue à la perception d'une expérience nourrissante de l'événement. Les pères ont alors le sentiment d'être impliqués et reconnus en tant que parent à part entière dans le processus de la naissance. Malheureusement, des pères confirment n'avoir pas reçu ce soutien de la part des professionnels et avoir été plutôt confinés à un rôle de soutien auprès de la mère (Lacharité, 2009). Si le ministère de la Santé et des Services sociaux (2008) recommande que : « Les professionnels œuvrant dans les établissements d'obstétrique soient en mesure de reconnaître les besoins de la femme et de son partenaire et d'offrir un accompagnement dans ce sens, tout en respectant le rythme du déroulement du travail et en favorisant l'accouchement physiologique. » (Politique de périnatalité 2008-2018,

p. 16), force est de constater que des pères n'ont pas eu la chance de recevoir cet accompagnement ni de rencontrer des intervenants sensibles à leurs besoins.

Selon les témoignages des pères ayant bénéficié d'un accompagnement par une sage-femme, celles-ci semblent avoir développé une approche favorisant le partenariat et l'implication du père lors de la naissance. Celle-ci tente de suivre les différents rythmes de la mère, du père et de l'enfant. Le respect de ces rythmes est important, car ils sont le produit des expériences vécues par la femme et l'homme, en lien avec l'attente de leur enfant (Baker et al., 2009). Par contre, les pères de la présente étude auraient aimé être mieux préparés aux complications possibles et à l'éventualité d'un transfert.

Recommandations

Une meilleure compréhension de l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant apporte des retombées positives sur la pratique des infirmières, des sages-femmes et des médecins, en particulier en ce qui a trait au rôle d'accompagnement et de soutien offert aux pères lors de cette expérience. Cette compréhension est importante pour la gestion, la formation et la recherche afin de favoriser une expérience nourrissante de la naissance et faciliter une meilleure transition à la paternité. Cette section présente les principales recommandations qui découlent des témoignages des pères en ce qui concerne la préparation prénatale offerte aux pères et l'accompagnement des professionnels de la santé lors de cet événement. Nous espérons que les résultats de cette

étude vont permettre aux professionnels de la santé de mieux saisir l'expérience des pères lors de la naissance.

La pratique clinique

L'analyse des propos des pères de cette étude permet de formuler des recommandations quant à la forme et au contenu des cours prénataux. En effet, la diversité des pratiques rencontrées par les pères de cette étude lors de leur préparation prénatale invite à uniformiser les activités de préparation prénatale offertes au Québec. Différents formats de cours ont été proposés par les pères afin de mieux répondre à leurs besoins tels que l'offre de cours condensés, des ateliers par thème, l'utilisation de DVD préparatoire ou l'accès à de l'information prénatale sur Internet. Les pères souhaitent que la composition des groupes soit modulée en fonction du type de clientèle et de leurs besoins (grossesse en jeune âge, clientèle défavorisée, immigrante, etc.). Finalement, une partie des cours prénataux devrait être donnée exclusivement entre hommes par un formateur qui est père.

En ce qui a trait au contenu des cours prénataux, ceux-ci devraient contenir de l'information sur les différentes phases du travail, leur durée et les éventualités qui s'y rattachent (complications, interventions obstétricales). Une préparation émotionnelle devrait être entreprise afin de préparer le père à la douleur de sa conjointe et à l'exigence physique et émotionnelle que demande la naissance, tant pour la mère que pour le père. L'importance du rôle du père lors de la naissance devrait être expliquée, ainsi que le rôle

et les actions concrètes que celui-ci peut entreprendre envers sa partenaire et son enfant. Finalement, l'élaboration d'un plan de naissance formel ou informel devrait être enseignée et encouragée afin de favoriser le partage d'attentes et de décisions dans le couple.

L'ajout d'un document de référence complètement dédié aux pères, incluant des sources Internet à consulter, serait bénéfique dans la reconnaissance du père lors de la naissance. La création de groupes de partage et de parrainage afin d'aider les hommes qui ont peu de soutien ou qui vivent de la détresse lors de la grossesse ou suite à la naissance serait un service à offrir, comme pour les femmes qui peuvent bénéficier de soutien d'organismes tels que *La ligue la lèche* et *Nourri-source*.

Du côté des familles suivies en maison de naissance, il serait important de mieux préparer émotionnellement les pères à la possibilité de complications qui peuvent conduire à un transfert en milieu hospitalier. Ce genre d'évènement provoque chez les pères des inquiétudes à l'égard de la santé de la mère et de l'enfant et un sentiment de perte de contrôle.

En ce qui concerne la pratique des professionnels lors de la naissance, une approche collaborative et participative envers le père est recommandée, favorisant ainsi le respect du plan de naissance élaboré par les parents, la prise de décisions éclairées et l'implication du père. Les parents ont besoin de recevoir des explications régulières sur

le processus de la naissance, en particulier lorsque le plan de naissance ne peut être respecté ou que des complications se produisent. White (2007) explique que de façon générale, les inquiétudes des pères sont souvent déclenchées par une mauvaise interprétation de ce qui se passe pendant le processus de la naissance et par une exagération de la gravité de la situation; ce qui engendre fréquemment une forme de détresse se traduisant par de l'inquiétude et de la peur. Ayant remarqué ce type d'appréhension dans plusieurs témoignages de pères en ce qui a trait au déroulement de la naissance, aux interventions obstétricales et à la sécurité de la mère et de l'enfant, il devient nécessaire que les professionnels offrent de l'information régulière sur l'état du déroulement de la naissance, l'état de santé de l'enfant ainsi que des explications avant l'exécution d'une intervention obstétricale.

Afin de soutenir et impliquer les pères dans un rôle de participant actif, les professionnels doivent démontrer que le rôle du père est important et prendre le temps de connaître leurs attentes à l'égard de l'évènement et du rôle qu'ils désirent jouer. Durant le travail, ils invitent et guident les pères dans un rôle actif tout en respectant le rôle qu'ils désirent jouer. De plus, les professionnels accompagnent le père au fur et à mesure de la naissance afin de répondre à ses besoins d'enseignement sur les aspects physiologiques de la naissance et les interventions obstétricales entreprises ainsi que sur les méthodes de soulagement de la douleur comme les massages, le positionnement, le soutien dans les respirations et les soins de confort. Finalement, les professionnels doivent offrir un soutien moral constant aux pères en ce qui a trait à la douleur de la

partenaire, à la durée du travail et aux complications. Accueillir l'enfant, couper le cordon et faire le peau à peau sont, entre autres, des moyens concrets de donner une place au père et de reconnaître son importance.

Finalement, une constance dans le personnel lors du suivi et lors de l'évènement de la naissance semble créer une meilleure relation de confiance entre les professionnels et le père. Cette constance permet aux professionnels de mieux connaître les besoins du père, le rôle qu'il désire jouer et les façons dont il désire être impliqué.

La gestion

L'organisation des services offerts en périnatalité au Québec relève des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et des décideurs gouvernementaux. Le père, n'étant pas reconnu comme un client officiel lors du suivi prénatal et dans les différents lieux de naissance, se retrouve souvent avec une attention professionnelle inférieure à celle offerte à sa partenaire. Or, l'adaptation du père à son rôle paternel ou des difficultés dans sa transition à la paternité ont des effets sur l'ensemble des membres de la famille (de Montigny & Lacharité, 2006). Les services offerts aux familles doivent être en mesure de répondre aux besoins propres des pères afin de favoriser une expérience de la naissance nourrissante et de faciliter la transition à la paternité. Pour ce faire, les gestionnaires doivent travailler de concert avec les professionnels (médecins, sages-femmes et infirmières) afin de favoriser un discours et des pratiques des professionnelles qui reconnaissent le père comme un acteur important

dans les moments entourant la naissance. En modifiant certains outils institutionnels, les gestionnaires contribueraient à modifier les pratiques des intervenants. De plus, en adoptant une mission d'organisme, ceux-ci indiqueraient clairement l'importance égale du père. La modification du nom du secteur mère-enfant pour unité des naissances parents-enfants inciteraient également les intervenants à inclure les pères dans leurs observations et leurs interventions. Des outils documentaires qui incluent des informations adressées aux deux parents contribuent aussi à des pratiques inclusives des pères et en incluant un endroit dans les formulaires pour inscrire le nom du père et les informations reliées à celui-ci. Tous ces changements inciteront les intervenants œuvrant en périnatalité à améliorer leur pratique de partenariat à l'égard des pères.

La formation

On sait que la paternité est peu enseignée dans les institutions d'enseignement du Canada (de Montigny et al., 2009) et que les professionnels travaillant en périnatalité sont majoritairement des femmes qui n'ont pas été habituées à interagir avec la clientèle masculine (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Ces professionnels ont souvent donc des difficultés à lire et à décoder les messages des hommes et se sentent moins en mesure de répondre à leurs besoins (Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes, 2004). Une formation sur la paternité devrait, par conséquent, être incluse dans les programmes de formation universitaire des différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, le programme d'orientation initial des intervenants œuvrant auprès des familles lors des

moments entourant la naissance devrait aussi contenir des informations pour guider les intervenants dans des actions novatrices et efficaces auprès des pères. Finalement, comme les pères ont des expériences variées de la naissance et des besoins diversifiés pendant cet évènement, il serait important que les professionnels disposent d'un espace de réflexion collective afin de discuter de leurs expériences et de leurs pratiques auprès des pères dans le but d'y donner un sens et de les améliorer (de Montigny & Gervais, sous presse).

La recherche

L'expérience des pères lors de la naissance est documentée au niveau international par l'entremise de recherches qualitatives, mais demeure peu connue au Québec. Cette étude apporte une vue partielle de l'expérience des pères du Québec lors de la naissance. La recherche doit se poursuivre afin de développer un savoir propre au Québec dans le but d'intégrer des résultats probants et des pratiques cohérentes aux formations des intervenants. Pour approfondir ce thème, il semble important de connaître davantage les éléments de la préparation prénatale qui favorisent une expérience nourrissante du père lors de la naissance. De même, les perceptions des médecins, des sages-femmes et des infirmières de leur pratique à l'égard des pères, et les interventions favorisant l'implication des pères lors de la naissance doivent être investiguées. Finalement, de plus amples recherches sont à réaliser auprès de pères immigrants.

Conclusion

Pour conclure, cette étude en sciences infirmières a permis d'une part de décrire l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant, mais aussi de mieux la comprendre. Tout au long de ce processus de recherche phénoménologique, la chercheuse a tenté de répondre à la question de recherche suivante : « Comment les pères décrivent-ils l'expérience de la naissance de leur enfant en termes de perception de l'évènement et de leur rôle? »

Des données sociodémographiques ainsi que des verbatim éloquents sur la perception des pères de l'évènement, de leur besoin et rôle ont pu être recueillis à l'aide de cinq entretiens collectifs regroupant un total de 20 pères. La théorie de Meleis (2010), agissant comme toile de fond, a favorisé l'émergence de plusieurs thèmes lors de cette recherche. Le modèle Illness Beliefs (2009) a, pour sa part, permis de cibler des croyances contraignantes et facilitantes par rapport à la transition à la paternité.

L'analyse des résultats permet d'affirmer que la naissance est en général une expérience symbolique et nourrissante pour les pères. Étant un moment critique de transition, non seulement le père bénéficie de cette expérience, mais aussi le couple à travers le partage d'une expérience marquante qui renforce les liens et initie à la coparentalité. Une préparation prénatale répondant aux besoins des pères semble être le point de départ vers une expérience nourrissante de la naissance, car elle permet aux

pères de façonner des attentes qui concordent avec la réalité et encouragent le partage d'attentes dans le couple. La relation avec les professionnels aura aussi une grande incidence sur l'expérience des pères de la naissance. Lorsque la naissance tant attendue se produit, les pères désirent occuper une place et un rôle actif dans le processus. Les professionnels de la santé, en particulier les infirmières, les sages-femmes et les médecins, peuvent répondre à ce besoin en établissant dès l'arrivée du couple, une relation de collaboration qui reconnaît le père comme un participant important et actif. Tout au long du processus de la naissance, les professionnels doivent reconnaître les attentes du père, l'inviter à participer à l'évènement, tout en respectant le rôle qu'il désire occuper, offrir un soutien moral au père et de l'enseignement sur le déroulement de la naissance, les interventions obstétricales et les méthodes de soulagement. Pour favoriser son rôle auprès de son enfant, les professionnels doivent proposer aux pères des actions concrètes comme accueillir l'enfant, couper le cordon, prendre l'enfant ou faire le peau à peau.

Globalement, les constats émis concordent avec les écrits actuels, tout en ajoutant une dimension nouvelle à la littérature scientifique du Québec qui est peu développée sur l'expérience des pères lors de la naissance. Étant une entité différente et un parent à part entière de l'enfant à venir, le père mérite l'attention des professionnels au même titre que la mère. Soucieux d'offrir une expérience nourrissante tant à la mère qu'au père lors de la naissance, les professionnels et les gestionnaires en périnatalité peuvent apporter des changements dans la formation en orientant les intervenants dans des

pratiques qui reconnaissent le père en tant qu'acteur important. De même, sur le plan de la pratique clinique, la présence et l'implication du père peuvent être favorisées dès l'admission par une approche participative qui reconnaît le père comme important. Concrètement, le professionnel doit faire ressentir au père qu'il est le bienvenu et surtout, l'inviter à participer à la naissance. Il doit s'adresser autant au père qu'à la mère et lui offrir régulièrement de l'information sur le déroulement de la naissance tout en normalisant et sécurisant le père sur la situation. Il doit entre autres le guider à travers des actions concrètes, tant envers la mère lors de la naissance qu'envers l'enfant dans les moments suivants la naissance. Ces changements amèneront les services à répondre davantage aux besoins des pères, leur offrant un espace pour exprimer leurs attentes, leurs désirs, leurs émotions, leurs aspirations, leurs préoccupations, leurs craintes, afin qu'ils se sentent soutenus, utiles et compétents. Un tel contexte favorisera la création d'un lien précoce avec leur enfant (Baker et al., 2007).

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Repéré le 9 septembre 2012 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-05-fra.php#participation>
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Repéré le 9 septembre 2012 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra-php>
- Audit Commission First Class Delivery. (1998). A national survey of women's views of maternity care. Dans D. Singh & M. Newburn. (Eds), What men think of midwives. *RCM Midwives*, 6(2), 70-74.
- Ayers, S., Wright, D. B., & Wells, N. (2007). Symptoms of post-traumatic stress disorder in couples after birth: association with the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 25(1), 40-50.
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Bäckström, C., & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: First-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1), 67-73. doi: 10.1016/j.midw.2009.07.001
- Baker, M., Miron, J.-M., & de Montigny, F. (2009). « Entre la sage-femme et le père, des espaces coconstruits : étude exploratoire ». *Enfances, familles, générations*, 11, 64-79.
- Baker, M., Miron, J. M., de Montigny, F., & Boilard, H. (2007). Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale. *Revue québécoise de psychologie*, 28(3), 11-31.
- Bonapace, J. (2013). *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*. Repéré le 20 novembre 2013 à <http://www.bonapace.com/page.php?s=methode&l=fr>
- Bradley, R., Slade, P., & Leviston, A. (2008). Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495

- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: Impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2730-2739. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x
- Bridges, W. (1980). Transitions. Dans A. I. Meleis, L. M. Sawyer, E.-O. Im, D. K. H. Messias, & K. Schumacher. (Eds), *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in nursing science*, (Septembre), 12-28.
- Bridges, W. (1991). Managing transitions. Dans A. I. Meleis, L. M. Sawyer, E.-O. Im, D. K. H. Messias, & K. Schumacher. (Eds), *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in nursing science*, (Septembre), 12-28.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2013). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7^e éd.). Saint-Louis: Saunders Elsevier.
- Chalmers, B., & Meyer, D. (1996). What men say about pregnancy, birth and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17(1), 47-52.
- Chan, K. K. L., & Paterson-Brown, S. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 11-15. doi: 10.1080/01443610120101628
- Chandler, S., & Field, P. A. (1997). Becoming a father: First-time fathers' experience of labor and delivery. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 17-24.
- Chapman, L. (1991). Searching: Expectant father's experiences during labor and birth. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4(4), 21-29.
- Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Repéré le 21 juillet 2013 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-911-01rap.pdf>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré le 28 novembre 2013 à http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf
- Conseil de la famille et de l'enfance du Québec. (2008). *L'engagement des pères. Le rapport 2007-2008, sur la situation et les besoins des familles et des enfants*. Repéré le 15 septembre 2012 à <http://www.conseilfamille.ca>

- Cox, J. L., Holden J. M., & Sagowsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10 items EPDS. Dans Bradley et al. (2008), Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. Dans Bradley et al. (2008), Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495
- de Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Quéniart, A., Dubeau, D., Miron, J.-M., & Lozier, F. (2009). L'enseignement des enjeux de la paternité dans les universités canadiennes. *Reflets : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 102-119.
- de Montigny, F., & Gervais, C. (sous presse). *L'Initiative Amis des pères au sein des familles*. Collectif sous la direction de C. Sellenet. Nantes : France.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(3), 328-339. doi: 10.1177/0884217504266012
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Devenir père : un portrait des premiers moments. *Enfances, familles, générations*, (3), 40-55.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2006). Accompagner la famille lors de la naissance d'un enfant. Dans F. Duhamel (Éd.), *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (2^e éd., pp. 106-128). Montréal : Gaëtan Morin.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2008). Modeling parents and nurses' relationships. *Western Journal of Nursins Research* 30(6), 743-758.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, E. (2006). The transition to fatherhood: The role of formal and informal support structures during the post-partum period (Transição para o papel de pai: contribuição das estruturas de apoio formal e informal no período pós-natal natal) *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4), 601-609.
- Deave, T., & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: What does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 626-633. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x
- Dellmann, T. (2004). The best moment of my life: A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery*, 17(3), 20-26.

- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal : Guérin.
- Deslauriers, J.-P., & Villeneuve, R. (2012). La préparation prénatale : accompagner les pères et les couples. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds), *La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 198-217). Montréal : Chenelière Éducation.
- Devault A., & Dubeau, D. (2012). La transition à la paternité. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds), *La naissance de la famille : accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 130-145). Montréal : Chenelière Éducation.
- Diemer, G. A. (1997). Expectant fathers: Influence of perinatal education on stress, coping, and spousal relations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 281-293.
- Draper, J. (2002). It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563-570.
- Draper, J. (2003). Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nursing Inquiry*, 10(1), 66-77.
- Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 20(4), 335-344.
- Emploi et Solidarité sociale Québec. (2009). *Qu'est-ce que le Régime québécois d'assurance parentale?* Repéré le 5 novembre 2013 à http://www.rqap.gouv.qc.ca/a_propos_regime/information_generale/index.asp
- Eriksson, C., Salander, P., & Hamberg, K. (2007). Men's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(4), 409-418. doi: 10.1016/j.jmhg.2007.07.045
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men. Analysis of an open-ended question. *Journal of Midwifery & Women Health*, 51(2), 112-118.
- Erlandsson, K., & Lindgren, H. (2009). From belonging to belonging through a blessed moment of love for a child - the birth of a child from the fathers' perspective. *Journal of Men's Health*, 6(4), 338-344. doi: 10.1016/j.jomh.2009.09.029
- Fédération canadienne pour la santé sexuelle. (2009). *Choisir un professionnel de la santé prénatale*. Repéré le 16 mai 2013 à http://www.cfsh.ca/fr/Your_Sexual_Health/Pregnancy/PrenatalCare/

- Fenwick, J., Bayes, S., & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3, 3-9.
- Finnbogadóttir, H., Svalenius, E., & Persson, E. K. (2003). Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy. *Midwifery*, 19(2), 96-105.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(4), 305-318. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires (Éds), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Giorgi, A. (2000). The status of husserlian phenomenology in caring research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 3-10.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 75-82.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology. A modified husserlian approach*. Pittsburgh: Duquesne university press.
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3-12. doi: 10.1163/156916212x632934
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Eds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Goldberg, D., & William, P. (1988). User's guide to the general health. Dans Skari et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.

- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109*(3), 254-260. doi: 10.1016/s1470-0328(02)01200-4
- Greenhalgh, R., Slade, P., & Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*, *27*(3), 177-184.
- Gungor, I., & Beji, N. K. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, *29*(2), 213-231.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. Dans Hildingsson et al. (2013), Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, (0). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001>
- Hallgreen, A., Kihlgren, M., Forslin, L., & Norberg, A. (1999). Swedish fathers' involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery*, *15*(1), 6-15. doi: 10.1016/s0266-6138(99)90032-3
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2013). Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, (0). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001>
- Hildingsson, I., & Sjöling, M. (2011). Fathers' experiences of support during pregnancy and the first year following childbirth - findings from a Swedish regional survey. *Journal of Men's Health*, *8*(4), 258-266. doi: 10.1016/j.jomh.2011.03.007
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*.
- Horowitz, M, Wilner, N, & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Dans Skari et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *109*(10), 1154-1163.
- Institut de la statistique du Québec. (2011). *Familles avec au moins un enfant de 24 ans et moins selon la structure de la famille et le nombre d'enfants, Québec, 1951-2011*. Repéré le 22 avril 2013 à http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/men_fam_enf/familles/tableau_10.htm

- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Naissances et taux de natalité, Québec, 1900-2012*. Repéré le 22 avril 2013 à http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/401.htm
- Johansson, M., Rubertsson, C., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2012). Childbirth -An emotionally demanding experience for fathers. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(1), 11-20.
- Johnson, M. P. (2002). An exploration of men's experience and role at childbirth. *Journal of Men's Studies*, 10(2), 165-182.
- Kainz, G., Eliasson, M., & von Post, I. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: A hermeneutic study. *Health Care for Women International*, 31(7), 621-635. doi: 10.1080/07399331003725499
- Kleiman, S. (2004). Phenomenology: To wonder and search for meanings. *Nurse Researcher*, 11(4), 7-19.
- Kunjappy-Clifton, A. (2008). And father came too... A study exploring the role of first time fathers during the birth process and to explore the meaning of the experience for these men: Part two. *MIDIRS Midwifery Digest*, 18(1), 57-66.
- Kurki, T., Toivonen, L., & Ylikorkala, O. (1995). Father's heart beat responds to the birth of his child. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 74(2), 127-128.
- Lacharité, C. (2009). L'expérience paternelle entourant la naissance sous l'angle du discours social. *Enfances, familles, générations*, (11), i-x. doi: 10.7202/044118ar
- Lamb, M. E., Hwang, C.-P., Broberg, A., & Bookstein, F. L. (1988). The determinants of paternal involvement in primiparous swedish families. *International Journal of Behavioral Development*, 11(4), 433-449.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : ERPI.
- Longworth, H. L., & Kingdon, C. K. (2011). Father in the birth room: What are they expecting and experiencing? A phenomenologie study. *Midwifery*, 27, 588-594.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354.

- Madsen, S. A., & Munck, H. (2001). Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 27-38.
- Mapp, T. (2008). Understanding phenomenology: The lived experience. *British Journal of Midwifery*, 16(5), 308-311.
- Martin, C. J. H. (2008). A tool to measure fathers' attitudes and needs in relation to birth. *British Journal of Midwifery*, 16(7), 432-437.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Meyor, C. (2007). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherches qualitatives – Hors Série*, 4, 103-108.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Repéré le 10 juin 2012 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf>
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. *Qualitative Health Research*. Repéré le 10 juin 2013 à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=2642604&lang=fr&site=ehost-live>
- Nichols, M. R. (1993). Paternal perspectives of the childbirth experience. *Maternal-child nursing journal*, 21(3), 99-108.
- Odent, M. (1996). La participation du père à l'accouchement est-elle dangereuse? Dans A. Kopff-Landas, A. Moreau, N. Séjourné, & H. Chabrol (Éds), *Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative*. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(11), 1101-1104.
- Palcovitz, R., & Palm, R. (2009). Transition within fathering. *Fathering: A Journal of Theory, Research, & Practice about Men as Fathers*, 7(3), 3-22.
- Pavie, X. (2009). *Exercices spirituels dans la phénoménologie de Husserl*. Paris : Éditions l'Harmattan.
- Peterson, W. E., Charles, C., DiCenso, A., & Sword, W. (2005). The newcastle satisfaction with nursing scales: A valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 672-681. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x

- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Lapperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Premberg, A., Carlsson, G., Hellström, A. L., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth-A phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848-853.
- Premberg, A., & Lundgren, I. (2006). Fathers' experiences of childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 15(2), 21-28.
- Reed, R. (2005). *Birthing fathers*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Réseau québécois d'accompagnement à la naissance. (2013). *L'accompagnement à la naissance*. Repéré le 5 juin 2013 à http://www.naissance.ca/rqan_accompagnement.htm
- Rivard, A., & deMontigny, F. (sous-presse, parution 2014). *L'implication des pères durant la grossesse et l'accouchement : Continuités et ruptures culturelles au XX^e siècle*. Montréal : Nota Bene.
- Sabitri, S., Toshio, K., & Miyuki, T. (2011). Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. *British Journal of Midwifery*, 19(7), 426-432
- Sapountzi-Krepia, D., Lavdaniti, M., Dimitriadou, A., Psychogiou, M., Sgantzos, M., & He, H.-G. (2010). Fathers' feelings and experience related to their wife/partner's delivery in Northern Greece. *The Open Nursing Journal*, 4, 48-54. doi: 10.2174/1874434601004010048
- Schytt, E., & Bergström, M. (2013). First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery*, 30(1), 82-88.
- Singh, D., & Newburn, M. (2003). What men think of midwives. *RCM Midwives*, 6(2), 70-74.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth--a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- Somers-Smith, M. J. (1999). A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15(2), 101-108. doi: 10.1016/s0266-6138(99)90006-2

- Spielberger, C. D. (1983). Manual for the state-trait inventory (form Y). Dans Bradley et al. (2008), Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495
- Steinberg, S., & Kruckman, L. (2000). Reinventing fatherhood in Japan and Canada. *Social Science & Medicine* (1982), 50(9), 1257-1272.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic perspective* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vadeboncoeur, H. (2005). L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? *Le médecin du Québec*, 40(7), 77-86.
- Vehviläinen-Julkunen, K., & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14(1), 10-17.
- Waldenström, U. (1999a). Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of the birth and adaptation to fatherhood. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 17(4), 357-368.
- Waldenström, U. (1999b). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482. doi: 10.1016/s0022-3999(99)00043-4
- Wallston, K. A. (1989). Assessment of control in health-care settings. Dans Bradley et al. (2008), Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, E. D. (1991) Dans Bradley et al. (2008), Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 295-302. doi: 10.1348/014466508x279495
- White, G. (2007). You cope by breaking down in private: Fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 15(1), 39-45.
- Wielgos, M., Jarosz, K., Szymusik, I., Myszevska, A., Kaminski, P., Ziolkowska, K., & Przybos, A. (2007). Family delivery from the standpoint of fathers-Can stereotypes of participant or non-participant father be fully justified? *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 132(1), 40-45. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.05.031

- Wöckel, A., Schäfer, E., Beggel, A., & Abou-Dakn, M. (2007). Getting ready for birth: Impending fatherhood. *British Journal of Midwifery*, 15(6), 344-348.
- Woodruff, D. S. (2011). Phenomenology. *Stanford encyclopedia of philosophy*. Repéré le 10 février 2013 à <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/>
- Wright, L., & Bell, M. (2009). *Beliefs and illness. A model for healing* (4^e éd.). Canada : Floor Press.
- Yuenyong, S., O'Brien, B., & Jirapeet, V. (2012). Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 45-56. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01311.x

Appendice A

Choix de la directrice et de la co-directrice de mémoire



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Le 8 juin 2012

Madame Josée Tremblay
103-1085, rue Yves-Blais
Terrebonne (Québec) J6V 0A9

Objet : Choix de la directrice et de la codirectrice de recherche

Madame,

Le 31 mai dernier, le comité de programmes de deuxième cycle en sciences infirmières a examiné pour approbation votre choix de la directrice de recherche. Madame Francine de Montigny est officiellement votre directrice de recherche et madame Christine Gervais est officiellement votre codirectrice de recherche.

Les membres du comité de programmes vous souhaitent bonne chance dans la poursuite de vos études.

Chantal Saint-Pierre
Responsable des programmes de deuxième
cycle en sciences infirmières
CSP/ap

c.c. Madame Francine de Montigny, directrice de mémoire
Madame Christine Gervais, codirectrice de mémoire

Appendice B
Approbation du projet de recherche



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Le 8 juin 2012

Madame Josée Tremblay
103-1085, rue Yves-Blais
Terrebonne (Québec) J6V 0A9

Objet : Approbation du projet de recherche

Madame,

Le 31 mai dernier, le comité de programmes de deuxième cycle en sciences infirmières a examiné pour approbation votre projet de mémoire. Bien que nous approuvons ce projet de recherche, nous vous recommandons de garder la porte ouverte face au nombre de rencontres de vos *focus groupe* basées sur la saturation des données. Aussi, la description des analyses pourrait aussi être plus étoffée. Nous vous félicitons pour ce projet de recherche qui mettra en lumière une problématique fort importante.

Les membres du comité de programmes vous souhaitent bonne chance dans la poursuite de vos études.

Chantal Saint-Pierre
Responsable des programmes de deuxième
cycle en sciences infirmières
CSP/ap

c.c. Madame Francine de Montigny, directrice de mémoire
Madame Christine Gervais, codirectrice de Mémoire

Appendice C
Lettre de publicité

L'expérience des pères lors de la naissance



Êtes-vous...

- Un père dont le bébé est né en maison de naissance?
- Un père dont le bébé est né en centre hospitalier?

Nous souhaitons vous rencontrer, dans le cadre du projet de recherche, **L'expérience des pères lors de la naissance**, qui s'intéresse à l'expérience des pères et de la naissance de leur enfant dans deux milieux de naissance au Québec, soit le centre hospitalier et la maison de naissance.

Nous voulons connaître vos perceptions :

- de la naissance
- de votre rôle
- de vos besoins
- des pratiques professionnelles à votre égard.

Ce projet est réalisé par Josée Tremblay, étudiante au 2^e cycle en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, sous la direction de F. de Montigny titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles de l'Université du Québec en Outaouais et de C. Gervais, avec le soutien de l'Association pour la santé publique du Québec. Nous sommes à la recherche de pères désirant partager leur expérience dans des *focus groups* qui réuniront 5 à 7 pères d'un enfant âgé de moins de 18 mois et se tiendront entre décembre 2012 et mars 2013 (date à venir).

Pour plus d'informations ou pour nous faire part de votre intérêt, vous pouvez nous joindre à trej18uqo.ca ou famille@uqo.ca.

CENTRE D'ÉTUDES ET
DE RECHERCHE EN
INTERVENTION
FAMILIALE



CHAIRE DE RECHERCHE
DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE
DES FAMILLES

C.P. 1250, succursale B, Gatineau (Québec),
Canada J8X 3X7
1-800-567-1283 (poste 2248)

ASPO

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE DU QUÉBEC

4126, St-Denis # 200
Montréal, QC H2M 1W6 (514) 528-5811

Appendice D
Questionnaire sociodémographique

Numéro d'identification :

Date : ___ / ___ / 20__

QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

A) Caractéristiques du participant

1. Quel est votre âge : _____
2. Êtes-vous né au Canada : 1- Non 2- Oui
Sinon quel est votre pays d'origine : _____
Depuis combien d'années vivez-vous au Québec : _____
3. Votre conjointe est-elle née au Canada : 1- Non 2- Oui
Sinon quel est votre pays d'origine : _____
Depuis combien d'années vit-elle au Québec : _____
4. Pratiquez-vous une religion : 1- Non 2- Oui
Si oui, laquelle pratiquez-vous : _____
5. Quel est l'âge de votre conjointe: _____
6. La grossesse actuelle était-elle planifiée : 1- Non 2- Oui
7. Êtes-vous toujours en couple avec la mère de l'enfant : 1- Non 2- Oui
8. Quel est votre dernier niveau d'éducation complété :
1- Aucun 3- Secondaire V ou D.E.P 5- Universitaire
2- Primaire 4- Collégial
9. Quel a été le revenu familial (pour les deux conjoints ensemble, avant impôts) durant la dernière année :
1- Moins de 25 000\$ 4- 75 001 à 100 000\$ 7- 150 000\$ et plus
2- 25 001 à 50 000\$ 5- 100 001 à 125 000\$
3- 50 001 à 75 000\$ 6- 125 001 à 150 000\$
10. Avez-vous pris ou allez-vous prendre le congé de paternité : 1- Non 2- Oui
Si oui, combien de jours ou semaines : _____
11. Avez-vous partagé ou allez-vous partager le congé parental : 1- Non 2- Oui
Si oui, comment l'avez-vous partagé : 1-Votre conjointe : _____ mois 2- Vous : _____ mois
12. Avez-vous vécu des fausses-couches avant la grossesse de votre enfant : 1- Non 2- Oui
Si oui combien : _____

L'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant.

Page 2 de 3

Numéro d'identification :

13. Avez-vous vécu des décès périnataux : 1- Non 2- Oui
Si oui : 1- < 20 semaines de grossesse 2- > 20 semaines de grossesse
3- À la naissance
14. Avez-vous eu recours à des services de fertilité pour la dernière grossesse : 1- Non 2- Oui
Si oui, quel traitement a été nécessaire : _____
Combien de temps a été nécessaire à la conception de l'enfant : _____
- B) Caractéristiques de l'accouchement
15. Avez-vous participé aux rencontres prénatales : 1- Non 2- Oui
16. La date de naissance du bébé actuel : 201__/__/__ (A/M/J)
17. Nombre de semaine de grossesse au moment de l'accouchement :
1- 36-40 semaines 2- > 40 semaines
18. Particularités lors de la grossesse : 1- Non 2- Oui
Si oui décrire la/les particularité(s) (par exemple, diabète de grossesse, hypertension, diminution de liquide amniotique) : _____

19. Durée du travail et de l'accouchement : _____ (heures)
20. Lieu de naissance de l'enfant :
Nom de l'établissement : _____
1- Hôpital
2- Maison de naissance
3- Travail en maison de naissance puis transfert à l'hôpital
21. Interventions obstétricales :
1- Épidurale
2- Épisiotomie
3- Forceps/ventouse
4- Autre, décrire : _____
22. Complications/inquiétudes liées aux la mère ou à l'enfant lors de la naissance : 1- Non 2- Oui
Si oui décrire la/les complication(s) : _____

23. État de santé du bébé à la naissance :
1- Bon 2- Moyen 3- Faible

Numéro d'identification :

24. Quel est votre degré de satisfaction global face aux services professionnels reçus lors du travail et de l'accouchement:

- 1- Très bon 3- Faible
2- Bon 4- Très faible

C) Caractéristiques de la naissance des autres enfants

25. Combien d'enfant avez-vous au total : _____

26. Est-ce que vos enfants sont tous issus de la même mère :

- 1- Non 2- Oui

Si non, préciser : _____

27. Description des autres naissances :

1- Premier enfant Âge : _____

Né à terme (> 37 semaines) : 1- Oui 2- Non

Naissance en : 1- milieu hospitalier 2- Maison de naissance

Complications lors de la grossesse et/ou la naissance : 1- Oui 2- Non

Si oui décrire : _____

2- Deuxième enfant Âge : _____

Né à terme (> 37 semaines) : 1- Oui 2- Non

Naissance en : 1- milieu hospitalier 2- Maison de naissance

Complications lors de la grossesse et/ou la naissance : 1- Oui 2- Non

Si oui décrire : _____

3- Troisième enfant Âge : _____

Né à terme (> 37 semaines) : 1- Oui 2- Non

Naissance en : 1- milieu hospitalier 2- Maison de naissance

Complications lors de la grossesse et/ou la naissance : 1- Oui 2- Non

Si oui décrire : _____

28. Voulez-vous être informé des résultats de l'étude : 1- Non 2- Oui

Appendice E
Guide d'entretien collectif

Entretiens collectifs avec les pères

Entrevue	Commentaires
<p>Objectifs de l'entretien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mentionner que nous nous intéressons à l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant. ✓ Le but de l'entrevue est de décrire et de mieux comprendre l'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant, en terme de perceptions de l'événement, de leur rôle, de leurs besoins, des pratiques professionnelles à leur égard et de découvrir des pistes sur les façons de mieux les préparer et de les impliquer lors de la naissance. 	<p>Explication du déroulement de l'entrevue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La durée de l'entrevue devrait être d'environ deux heures. ❖ Rappelez au groupe les règles de confidentialité de l'entrevue et les objectifs. ❖ Expliquez-leur que vous êtes tenu à la confidentialité, mais que vous ne pouvez assurer que les autres participants la respecteront. Rappelez qu'ils sont libres de répondre ou non aux questions et qu'ils peuvent quitter l'entrevue à tout moment. ❖ Expliquez la nécessité de réaliser un enregistrement vidéo. ❖ Il est indispensable de demander le consentement écrit des personnes une fois les objectifs et les procédures d'enregistrement expliquées. ❖ Expliquer le fonctionnement d'un focus group

1° Thème : la préparation prénatale

1. Est-ce qu'il y en a parmi vous qui ont participé à des rencontres prénatales ? Pour quelles raisons ? Racontez-nous comment ils se sont déroulés. Qu'est-ce que vous alliez y chercher ? Qu'est-ce qui vous a le plus marqué ? Qu'avez-vous le plus ou le moins aimé lors de ces rencontres ? Est-ce que des discussions ont été occasionnées avec votre conjointe après les rencontres et quels sujets ont été discutés?
2. Comment avez-vous pris la décision de participer aux rencontres prénatales? Avez-vous ressenti une pression d'y assister? Pour ceux qui ont fait le choix de ne pas participer, est-ce que cela a provoqué une source de conflit avec votre partenaire?
3. Avec un peu de recul, maintenant que votre enfant est né, quelles informations avez-vous reçues lors des rencontres prénatales que vous avez trouvé particulièrement utiles lors de la naissance de l'enfant? Celles que vous avez trouvées particulièrement inutiles ? Pourquoi ? Qu'auriez-vous aimé recevoir comme information ?
4. Auriez-vous trouvé intéressant d'avoir des rencontres entre hommes seulement?

2° Thème : les attentes face à la naissance

5. Durant la grossesse, aviez-vous l'intention de participer à la naissance de votre enfant ? Comment cette décision a-t-elle été prise? Avec qui en avez-vous parlé? Comment aviez-vous prévu participer? Comment voyiez-vous votre rôle?
6. Avez-vous fait un plan de naissance avec votre conjointe? Quand vous parliez de la naissance avec votre conjointe, de quoi parliez-vous? (ex. soulagement de la douleur, craintes, rôle, présence d'autres personnes)

7. Comment vous étiez-vous imaginé le déroulement de naissance ? En quoi la réalité a-t-elle correspondue à ce que vous aviez imaginé ? Comment était-ce différent?

3° Thème : la naissance

8. Est-ce quelques-uns d'entre vous voudraient nous raconter comment se sont déroulées les dernières semaines de grossesse. Y a-t-il eu des événements particuliers ?
9. Comment avez-vous su que c'était le vrai travail ? Comment se sont déroulés le travail et la naissance?
10. Avez-vous été présent du début à la fin ? Comment étiez-vous impliqués ou quels rôles aviez-vous à jouer ? Étiez-vous satisfaits de ce genre d'implication ? Qu'auriez-vous préféré ?
11. Y a-t-il eu des événements auxquels vous ne vous attendiez pas ? Comment vous sentiez-vous ? Comment avez-vous réagit ?
12. Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans toute cette expérience ? Qu'est-ce que vous avez le plus aimé ? Le moins aimé ? Pourquoi ?
13. Qu'est-ce que l'expérience de la naissance a apporté à votre couple? Avez-vous vécu des changements par rapport à la sexualité?
14. Si c'était à refaire, qu'est-ce que vous changeriez de votre expérience ? Qu'est-ce que vous garderiez?

4° Thème : Les services professionnels

15. Comment se sont déroulés les contacts avec les services de santé et les professionnels qui y travaillent (sage-femme, médecin, infirmière, accompagnante)? Y a-t-il eu des épisodes d'insatisfaction ? Qu'est-ce que vous avez trouvé positif de leur part ?
16. Vous êtes-vous sentis impliqués par les professionnels de la santé au moment du travail et de la naissance ? De quelle façon? Qu'auriez-vous eu besoin de plus ou de moins de la part des professionnels qui vous ont accompagné ?
17. À votre avis, est-ce que les professionnels de la santé devraient favoriser davantage la participation des pères pendant le travail et l'accouchement ? De quelle façon pourraient-ils y arriver ?

6° Synthèse

18. Maintenant que l'entrevue est presque terminée, quel message voudriez-vous envoyer aux professionnels qui accompagnent les couples pendant la grossesse et la naissance? Plus spécifiquement, auriez-vous quelque chose à leur dire à propos de l'expérience des pères ?

Appendice F
Certificat éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau le 3 octobre

Madame Josée Tremblay
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

cc: Francine de Montigny
Professeure
Département de sciences infirmières

Objet: L'expérience des pères et de la naissance de leur enfant

Projet #: 1617

J'ai pris connaissance des modifications apportées à votre projet en titre. Comme les changements indiqués sont mineurs et n'ont pas d'impact éthique, il me fait plaisir de vous informer que votre demande est acceptée.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Notre référence: 1617

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: L'expérience des pères et de la naissance de leur enfant

Soumis par: Josée Tremblay
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: FRSQ

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: **20 octobre 2013**

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Date d'émission: 20 octobre 2012

Appendice G
Formulaire de consentement

L'expérience des pères de la naissance de leur enfant.

Numéro d'identification :



Université
du Québec
en Outaouais

DÉPARTEMENT DES SCIENCES INFIRMIÈRES
C.P. 1250, succursale B, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-2330

Titre du projet de recherche : L'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant.

Chercheurs principaux : *Josée Tremblay*, infirmière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.
Francine de Montigny, Ph. D. psychologie, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais.
Christine Gervais, Ph.D. (c) continuum en psychologie recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Organismes subventionnaires : MELS-Université

Introduction : L'expérience des pères lors de la naissance est peu connue au Québec. Dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières, nous sollicitons votre participation à un projet d'étude qui vise à décrire et mieux comprendre l'expérience des pères de la naissance de leur enfant dans les milieux de naissance institutionnels du Québec, soit le centre hospitalier ou la maison de naissance.

Objectifs de l'étude :

- a) Mieux comprendre la perception des pères de l'événement,
- b) Mieux comprendre la perception des pères de leur rôle et leurs besoins en lien avec l'événement de la naissance.
- c) Mieux comprendre la perception des pères des pratiques professionnelles à leur égard.
- d) Proposer des pistes d'action pour optimiser la préparation et l'implication des pères lors de la naissance de leur enfant.

Nature de la participation demandée : Afin de participer à la réalisation des objectifs de cette recherche, vous comprenez que vous devrez:

- a) Participer à une entrevue de groupe, en compagnie de 5 à 7 autres pères, portant sur votre expérience de la naissance de votre enfant. Cette entrevue se tiendra dans un local de l'UQO ou de l'un de ses partenaires et sera d'une durée approximative de deux heures. Cet entretien sera enregistré sur bande-vidéo.
- b) Compléter un court questionnaire de données sociodémographiques, d'une durée de 5 à 10 minutes, avant la tenue de l'entrevue.

Bénéfices : Les avantages liés à votre participation à cette recherche sont les suivants :

- a) Sur le plan personnel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience entourant la naissance de votre enfant. Vous pourrez exprimer vos besoins spécifiques et les difficultés que vous avez rencontrées en regard des pratiques professionnelles.

Initiales du participant : _____

Initiales du représentant du chercheur : _____

L'expérience des pères de la naissance de leur enfant.

Numéro d'identification :

Titre du projet de recherche : L'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant.

Risques, inconvénients, inconforts : Il vous a été expliqué que la participation à cette recherche comporte un risque minimal pour vous. Un inconfort lié à votre participation pourrait être le suivant :

En tant que père, vous pourriez éprouver un inconfort vis-à-vis certaines questions d'ordre personnel portant sur votre expérience lors de la naissance de votre enfant. Il se peut que vous remettiez en question vos perceptions face à votre expérience vécue, votre implication et face aux pratiques vécues entourant la naissance. Vous ne devriez pas hésiter à en faire mention afin que les professionnels puissent vous apporter le soutien nécessaire.

Diffusion des résultats : Suite à l'analyse des données reçues, un mémoire sera rédigé. Un article scientifique sera également rédigé et soumis pour publication.

Confidentialité :

- a) Vous comprenez que les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeurent strictement confidentielles. *Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche seront traitées confidentiellement par l'équipe de recherche.*
- b) Un numéro d'identification sera substitué au nom de chaque participant. Les données seront traitées pour l'ensemble du groupe de participants et non de manière individuelle. Le matériel d'entrevue et les questionnaires seront entreposés à l'Université du Québec en Outaouais dans un classeur et un local verrouillés pour une durée de 5 ans après la fin de l'étude. Les transcriptions d'entrevues seront rendues anonymes. Advenant votre retrait de l'étude, le matériel sera détruit, à l'exception des enregistrements vidéo qui seront faits en groupe.
- c) Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.
- d) Puisqu'un groupe de discussion a été choisi pour cette étude, il ne sera pas possible de garantir la confidentialité des propos émis. Il est donc important pour vous et pour chaque participant de préserver le caractère confidentiel des discussions et des propos partagés lors du focus group.

Participation volontaire : Vous reconnaissez que votre participation à cette recherche est tout à fait volontaire et que vous êtes libre d'accepter d'y participer. Vous certifiez que la recherche vous a été expliquée verbalement. On a répondu à vos questions et on vous a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Restriction et retrait :

- a) Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions qui vous mettent mal à l'aise.
- b) Vous reconnaissez être libre de retirer votre consentement et de cesser de participer à cette recherche à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice.

Initiales du participant : _____

Initiales du représentant du chercheur : _____

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PAGE 3 DE 3

*L'expérience des pères de la naissance de leur enfant.*Numéro d'identification : **Titre du projet de recherche : L'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant.**

Personnes à contacter : Cette recherche est réalisée par Josée Tremblay, infirmière, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQO sous la direction du professeur Francine de Montigny. Pour toute information concernant cette recherche, vous pouvez téléphoner à Francine de Montigny au (819) 595-3900 poste 2257 (UQO, Gatineau).

Cette recherche a été approuvée par un comité éthique de l'UQO. Le numéro du certificat est le suivant: 1617. Si vous désirez des renseignements supplémentaires pour toute question d'ordre éthique, vous pouvez vous référer au président du Comité d'Éthique de la Recherche, M. André Durivage au 819-5953900(poste 1781) (UQO, Gatineau).

Je soussigne _____ accepte librement de participer à une recherche conduite par Mme Josée Tremblay portant sur l'expérience des pères lors de la naissance. La nature de la recherche et ses procédures m'ont été expliquées et je les comprends.

J'ai lu l'information ci-dessus et je choisis volontairement de participer à cette recherche. Je certifie qu'on m'a expliqué verbalement la recherche. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.

Signé à (ville) _____

Nom du participant

Signature du participant

Date

Nom du représentant du chercheur

Signature du représentant du chercheur

Date

Appendice H
Arbre thématique des unités significatives

