



Hes·SO
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

mencare
schweiz
suisse
svizzera
svizra

männer.ch
Dachverband der Schweizer
Männer- und Väterorganisationen

REVUE DE LITTÉRATURE REALISEE DANS LE CADRE DU PROJET « NAISSANCE D'UN PÈRE »

Magali Bonzon, MER, Haute Ecole de Santé Vaud

Mars-avril 2018

La présente revue littérature documente les aspects suivants : la perception de la paternité en Suisse, la transition vers la paternité, l'implication des pères dès la grossesse comme facteur de promotion de santé, la dépression paternelle, le vécu des pères durant la naissance, l'arrivée de l'enfant, l'allaitement et la paternité, la sexualité durant et après l'accouchement et pour finir le rôle des soignants dans la transition vers la paternité.

La perception de la paternité en Suisse:

Historiquement, la responsabilité du père était de soutenir la maternité en protégeant, encourageant et guidant les soins de la mère au nouveau-né. La maternité était considérée comme un travail d'expert et le rôle du père était subordonné. Toutefois, à la fin du 20ème siècle, une paternité participante et attentionnée a commencé à se développer (Premberg, Hellström, & Berg, 2008) et en Suisse, l'image du père nourricier et chef de famille est de moins en moins la norme. Cependant, l'idée naturelle que « les hommes chassent et les femmes cueillent » est encore très présente dans la société et les mœurs (Baumgarten & Borter, 2016; Levto, Van der Gaag, Greene, Kaufman, & Barker, 2015) Ainsi, les pères d'aujourd'hui ont peu de références auxquelles s'appuyer. Ce changement de rôle est un défi commun dans le monde occidental car celui-ci est finalement assez récent (Premberg et al., 2008).

Selon le dernier rapport de l'association ManCare Suisse (2016), environ 80 % des hommes deviendront des pères biologiques à un moment de leur vie (Baumgarten & Borter, 2016; Levto et al., 2015). Cette envie de paternité est caractérisée sur différents plans chez les

hommes. En effet, il est important de faire la distinction entre le désir d'avoir une relation père-enfant, en exerçant son rôle de père de manière quotidienne à travers une implication réelle ; et le désir de fonder une famille, qui s'apparente plus à un statut de père et à l'envie de faire partie d'une famille sans forcément s'impliquer plus que tant pour ses enfants (Baumgarten, Wehner, Maihofer, & Schwiter, 2016; Maihofer & Baumgarten, 2010). Prendre le rôle de père peut également être décrit dans la littérature comme intégrant le « caring masculinities » qui pourrait être traduit comme étant « les activités de soins masculines », qui s'apparenterait au travail fourni non rémunéré pour tous les différents aspects de la famille, allant du soin et de l'éducation des enfants mais également du soin de l'environnement de la famille par une prise de responsabilité dans les tâches quotidiennes en soutien à la mère (Baumgarten & Borter, 2016). Une autre caractéristique s'ajoute à cette modification de l'image de la paternité : l'implication émotionnelle dans la relation père-enfant. Alors que d'antan les preuves d'attention et d'affection paternelle passaient par la virilité, les règles, l'autorité et l'obéissance (Cyprian, 2009). Aujourd'hui, les « pères forts » sont ceux qui montrent leurs émotions et qui offrent un soutien émotionnel à leurs enfants ; ils sont forts s'ils ont « le courage d'être faible aussi » (Baumgarten & Borter, 2016).

Selon, Gesterkamp (2012), le concept de soins à la famille est rattaché essentiellement à la femme et les activités de soins masculines ne sont pas reconnues à leur juste valeur et sont souvent sous-estimées. Or, la recherche l'a démontré, la mère n'est pas naturellement et biologiquement plus à même de s'occuper des enfants, cette idée est purement basée sur des normes culturelles, économiques, législatives et religieuses (Baumgarten & Borter, 2016 ; Maihofer, 2015). Actuellement, cela peut être une difficulté pour un père de mettre en place son désir de paternité et d'introduire le pan de la famille, selon un choix idéal, en parallèle du cadre de leur activité professionnelle souvent à plein temps. Ces derniers sont le plus souvent dans la démarche de devoir combiner leur activité professionnelle avec leur conception de la famille plutôt que l'inverse (Baumgarten, 2016). En effet, le concept de la masculinité est parfois peu compatible avec la notion de famille. Selon Connell (2005) la masculinité désigne un rôle ou une identité construit socialement, généralement adopté par les hommes pour distinguer leurs comportements et leurs croyances des autres hommes, ainsi que pour maintenir leur domination sur les femmes. Les caractéristiques masculines comprennent généralement la force, le stoïcisme et l'ambition. Contrairement aux caractéristiques féminines

telles que la sensibilité, la déférence et la compassion. Le descripteur « être un homme » fait donc référence à l'adoption d'une identité masculine et sexuée. Les croyances et les comportements qui composent son identité sont enseignés, appris, accomplis, validés et renforcés par l'environnement externe d'un individu (famille, école et médias), où les variations ou écarts par rapport au genre attendu peuvent avoir des conséquences sociales (Newton et al. 2018). Notre société, comme beaucoup d'autres sociétés du monde occidental, est encore aujourd'hui marquée par l'hégémonie masculine qui se réfère à l'identité masculine dominante, socialement attendue, qui donne la priorité au statut dominant de l'homme et à la subordination des femmes (Newton et al. 2018). La recherche a montré que c'est le pouvoir culturel de l'hégémonie qui permet aux hommes d'affirmer et de maintenir leur position de leader dans la société. Aussi, même si le rôle du père d'aujourd'hui est en contradiction avec le rôle du père traditionnel, c'est le rôle du père traditionnel qui soutient l'hégémonie masculine en entravant et retardant le développement d'un rôle parental égal (Premberg et al. 2008).

L'aménagement d'une nouvelle répartition des rôles au sein de la famille n'est pas seulement dû à la vie professionnelle du père et de l'impact de la société, celle-ci se discute également dans le couple (Baumgarten & Borter, 2016 ; Gesterkamp, 2012). Il a été observé que cela peut être une difficulté pour une mère de se défaire du modèle du père nourricier en prenant plus de responsabilité sur le pan de la sécurité économique de la famille et en laissant une part de ses activités de soins et d'éducation à son conjoint. Cette difficulté est décrite dans la littérature par le concept de « maternal gatekeeping ou processus de contrôle maternel » : l'engagement du père serait ressenti de manière consciente ou inconsciente par la mère comme une menace face à sa propre position de mère (Allen & Hawikings, 1999). En effet, la position qu'adopte la mère durant la période de la périnatalité a un impact sur le comportement du père. Shoppe-Sullivan et al. (2014), dans leur étude examinant le comportement parental intuitif durant la période prénatale de 182 couples et les corrélations et associations avec l'engagement positif durant les 3 premiers mois du post-partum, ont observé que lorsque les femmes enceintes avaient une plus grande confiance en matière d'auto-efficacité parentale, les futurs pères montraient un comportement parental intuitif plus faible. A contrario, lorsque le comportement de parentalité intuitive maternelle était faible, alors une plus grande participation positive des pères à 3 mois post-partum était observée. Les auteurs suggèrent que ces résultats pourraient être dû au « processus de contrôle maternel » décrit par Allen &

Hawikings (1999), les futures mères se sentant particulièrement confiantes dans leurs propres capacités parentales aurait comme impact des futurs pères moins investis car peu préparés pour une paternité active ; ou alors cela découragerait d'entrée les pères par peur de faire de tout façon moins bien que la mère (Schoppe-Sullivan et al., 2014).

Afin que les pères puissent bénéficier d'un nouveau modèle de paternité émotionnellement et quotidiennement impliquée, l'Etat, l'économie mais aussi les mères doivent être prêts à réaménager les conditions cadres permettant aux pères de pouvoir choisir librement leur degré d'implication dans leur rôle de père (Baumgarten & Borter, 2016).

La transition vers la paternité

Durant les années 1990, la recherche portant sur la paternité était principalement axée sur l'implication des pères et le développement de l'enfant et l'adolescent. Ce n'est qu'en 1995 que Levin & Pitt (1995) ont reconnu que la paternité débute dès le début de la grossesse. Aussi, ces dernières années la recherche concernant l'implication du père durant la grossesse et la naissance a augmenté, mais celle-ci reste très minime (Xue et al. 2018) et Devenir père est un événement important dans la vie d'un homme. Ces derniers déclarent être profondément émus et fiers de l'arrivée de leur enfant dans leur vie (Genesoni et Tallandini, 2009). Les sentiments d'étonnement, d'amour, de grande responsabilité, de surprise et de confusion sont décrits par les nouveaux pères (Deave et Johnson, 2008). Alors que beaucoup d'hommes trouvent que devenir un père est agréable et significatif, certains éprouvent des défis particuliers. Beaucoup d'hommes ressentent de la pression pour satisfaire les nouvelles attentes sociales d'eux en tant que pères et ont de la difficulté à s'adapter aux rapides changements personnels, conjugaux, familiaux et professionnels liés à la transition vers la paternité. Certains pères éprouvent un niveau élevé de stress et d'anxiété. D'autres se sentent incompetents, inadéquats et anxieux (Gervais et al. 2016).

On ne devient pas père « simplement comme ça », la vie vécue dans la famille d'origine, l'âge, la phase de vie actuelle, le revenu et les perspectives professionnelles jouent un rôle important (Baumgarten & Borter, 2016 ; Maihofer et al. 2010). La transition vers la parentalité est un remaniement complexe qui demande aux futurs parents, un soutien par les réseaux familial, social et institutionnel afin d'accompagner le couple dans ce processus d'adaptation à ce

nouveau rôle (Lomboy, 2009). Or, ce changement important de la part des pères est encore peu reconnu et encouragé dans le milieu des soins, au sein de la société et parfois même de la famille et du couple (Senécal et al. 2013 ; Missonnier, 2010). Effectivement, l'identité paternelle est limitée essentiellement par un manque de conditions-cadres structurelles (Baumgarten & Borter, 2016).

A l'annonce de la grossesse, l'homme traverse une phase de travail émotionnel ambiguë avant d'accepter celle-ci (Le Coq, 2015 ; Fenwick et al. 2012 ; Draper, 2003). Le fait de ne ressentir aucun effet physique leur donnerait un sentiment de vulnérabilité, d'exclusion et de vivre la grossesse par procuration (Le Coq, 2015; Melrose, 2010). Selon Darchis (2004), le processus de parentalité chez les pères s'observe dès la grossesse et en deux mouvements : la régression vers « la période la plus archaïque de sa vie d'origine », notamment par une remémoration de sa relation avec ses propres parents: la couvade ; et le fait de revisiter son enfance, de réajuster ses représentations familiales et parentales afin de construire un nid réaménagé. Il a effectivement été relevé dans la littérature que le modèle familial, notamment lorsque celui-ci est dysfonctionnel, peut être une barrière à l'implication du père dans la paternité (Xue et al. 2018 ; Beaton & Doherty, 2007 ; Bouchard, 2012). Aussi, la relation que le futur-père a eue avec son propre père serait la relation familiale qui influencerait de la manière la plus significative la paternité du futur-père (Beaton and Doherty, 2007). Selon Perceval & McCourt (2004), les pères traverseraient trois phases dans leur adaptation au rôle de père, ils commencent par se débattre avec la réalité de la grossesse et de l'enfant, puis ils se battent pour être reconnu comme parent et enfin ils s'impliquent dans leur rôle de père (Le Coq, 2015).

L'implication des pères dès la grossesse comme facteur de promotion de santé

Quagliariello (2017) dans son étude qualitative s'intéressant à la place de l'homme durant la période de la périnatalité observe que de manière générale, les hommes essaient de s'impliquer dès le début de la grossesse, cet investissement s'intensifie dès le moment où ils ressentent l'enfant bouger à travers le ventre de leur femme se traduisant pour certain par le début d'une relation avec leur enfant. L'ensemble de la littérature est unanime sur le fait que, l'engagement positif des hommes autour de la grossesse améliore les résultats pour la santé de tous les membres de la famille (Xue et al. 2018 ; Roberts, 2016). Effectivement, un

engagement sain avec la paternité dès l'annonce de la grossesse aurait des impacts positifs sur la santé materno-fœtale, néonatale et de la famille. Celui-ci favoriserait également l'attachement du père avec son enfant et le développement de l'enfant durant son enfance, son adolescence et sa vie d'adulte. Cela aurait même un impact, plus tard, sur le futur processus de parentalité de l'enfant lui-même (Xue et al. 2018 ; Baumgarten & Borter, 2016 ; Roberts, 2016; Levtoy et al. 2015 ; Panter-Brick et al. 2014 ; Goodmann et al . 2014 ; Premberg et al. 2008 ; Le Camus, 2006, Gage & Kirk, 2002, Le Camus, 2006, Gage & Kirk, 2002). De plus, un père présent dès la naissance contribuerait à une socialisation précoce et une construction de l'enfant comme sujet séparé et autonome (La Rossa, 1988).

Xue et al. (2018) dans leur revue systématique de la littérature incluant 31 études sur l'implication des pères durant la période de la grossesse et de la naissance soulignent que les cinq facteurs qui influencent cette implication sont : (1) le soutien informationnel pour les pères, (2) les attitudes des pères envers leur participation, (3) les relations conjugales avec les partenaires, (4) les relations des pères avec leurs propres parents et (5) les facteurs sociodémographiques. Ces thèmes seront abordés de manière plus spécifique plus bas.

La présence des hommes lors des visites de soins prénataux constitue une opportunité pour eux de s'engager dans les soins de leur partenaire et de leur enfant. Il a été observé que sensibiliser la femme enceinte et son conjoint, ensemble, a un net impact positif sur les comportements de santé de la mère durant la grossesse (Thomas & Vijayakumar, 2017). Des recherches effectuées aux États-Unis, dans le cadre de femmes enceintes fumeuses, révèlent qu'une implication de leur partenaire durant la grossesse réduirait de 36% plus leur consommation, comparé aux femmes dont le partenaire n'est pas impliqué (Martin et al. 2007). La littérature, de manière générale, relève des taux d'implication des pères durant la grossesse très disparates, ceci étant notamment dû à des méthodologies de mesure très hétérogènes. Certains auteurs ont observé que le niveau d'implication des pères aux cours prénataux était corrélé à leur investissement et à leur compréhension et connaissance envers leur capacité à pouvoir influencer le processus décisionnel concernant la santé de leur enfant (Xue et al. 2018 ; Adamsons, 2013 ; Zvara et al. 2013). En Scandinavie, par exemple, un nombre important d'hommes sont impliqués dans la santé maternelle et du nouveau-né, avec 80% des pères participant aux cours de préparation prénatale et aux consultations prénatales au Danemark et 90% en Suède (MHSA, 2007 ; Madsen, 2002 cité dans Levtoy et al. 2015). Dans les pays à revenu

faible et intermédiaire, la présence des hommes lors des visites prénatales varie considérablement de 18% au Burundi à 96% aux Maldives, d'après les données Démographiques et Enquêtes sur la Santé (2005-2013) (Levtov et al. 2015). La littérature observe que dans ces pays, l'implication et la coopération des partenaires est l'une des raisons principales liée à la participation aux soins prénataux (Omer et al. 2014). Aussi, malgré un manque de connaissance et d'implication, les hommes dominant souvent le processus de prise de décision lié à la grossesse, en particulier dans les cultures dominées par ceux-ci (Thomas & Vijayakumar, 2017, Davis et al. 2016). En effet, dans plusieurs pays sous ou moyennement développés, ce sont les hommes qui prennent les décisions à propos de la sexualité, la contraception, la taille de la famille et de l'accès ou non à l'utilisation des services de santé. Pourtant ceux-ci sont généralement exclus des programmes de santé sexuel et de reproduction (Davis et al. 2016 ; Levtov et al. 2015 ; Montgomery et al., 2011 ; Gipson et al., 2007). Il est d'autant plus important de veiller au soutien de ces pères, notamment en leur donnant suffisamment d'information et en les sensibilisant aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement afin de prévenir et améliorer la santé de la mère et de l'enfant (Thomas & Vijayakumar, 2017, Davis et al. 2016).

Il existe en Suède et en Ukraine, "des écoles du père". Ceux-ci se réunissent en groupes pendant deux heures, six à sept fois avant la naissance et une ou deux fois après celle-ci. Les objectifs principaux sont pour les pères de reconnaître l'importance centrale et essentiel de leur rôle dans la vie familiale, pour leurs enfants et leur conjointe, de préparer l'arrivée du bébé, de prendre un congé parental, de soutenir l'allaitement, et de comprendre le développement de l'enfant et les droits de l'enfant. D'autres objectifs sont de renforcer la relation de couple et de prévenir la violence contre les femmes et les enfants (Berggren et al. 2012).

Xue et al. (2018) ont relevé à travers leur revue systématique que certain facteur sociodémographique avait été relevé comme influençant l'implication de pères durant la grossesse et la naissance, tels : la paternité (Xue et al. 2018 ; Redshaw & Henderson, 2013), les pères jeunes et possédant un niveau d'éducation plus élevé (haute école ou université) (Xue et al. 2018 ; Ampt et al. 2015 ; Redshaw & Henderson, 2013 ; Plantin et al. 2011, Wielgos et al., 2007). Finalement, les pères avec un revenu élevé seraient plus enclins à participer au processus de la naissance de leur enfant alors les pères avec un revenu bas

auraient plus de réserve à participer à l'accouchement (Xue et al. 2018 ; Bhatta, 2013 ; Wielgos et al. 2007).

Tout le monde s'accorde sur le fait que l'implication des pères dès l'annonce de la grossesse semble influencer leur investissement précoce dans la grossesse (Draper, 2003). Or, la grossesse est unanimement perçue comme essentiellement féminin et orienté vers la santé de la mère et de l'enfant à naître. Cela rend l'espace hostile à l'expression de la masculinité (Dolan & Coe, 2011). Effectivement, les femmes étant au centre de la prise en charge dans le cadre de la Maternité, celles-ci bénéficient de la grande majorité des apprentissages et outils nécessaires au « prendre soin du nouveau-né », elles deviennent « expertisées » (Schlesinger & Urban, 2015). Les pères, eux, ne sont approchés « que » par l'intermédiaire de la mère et de l'enfant et sont rarement au centre de l'attention (Le Coq, 2015). Dans les jours qui suivent la naissance d'un enfant, les pères perçoivent que les interventions des prestataires de soins s'adressent principalement aux mères et sont conçues pour répondre à leurs besoins (deMontigny et Lacharité, 2004). D'ailleurs, le terme « Maternité » ne laisse que peu de place à la présence de la paternité et les deux parents ne s'engageraient pas avec des moyens égaux dans l'apprentissage des gestes et des compétences en Maternité (Le Coq, 2105). Selon Tuc (2006), la maternité serait une institution « matri focalisée », qui déresponsabiliserait les hommes et où la paternité serait avant tout au service de la maternité. Actuellement, le père ou future père ne peut pas encore constituer en tant que tel une individualité autonome dans la maternité : il n'existe que par et pour la mère. Alors que les pères souhaiteraient trouver leur place, être informés et savoir comment être de « bons pères », ils perçoivent la grossesse comme « traverser des limbes » et une absence de statut durant celle-ci (Chin et al. 2011 ; Deave & Johnson, 2008, Draper, 2003; Gage & Kirk, 2002 dans Le Coq, 2015). La Maternité est un lieu où les pères ont une chance d'acquérir les compétences parentales nécessaire à leur autonomie, mais peut également être considéré comme propice à la reproduction de leurs craintes et blocages (Truc, 2006 dans Le Coq, 2015). De plus, selon la personnalité et la culture de l'homme, celui-ci peut être gêné de demander des informations concernant la grossesse et l'accouchement, c'est donc au personnel soignant de prendre des mesures pour assurer la participation des pères car il a été observé que les hommes deviennent plus confiants et se sentent de « bons pères » s'ils sont en possession de connaissances suffisantes sur ce sujet (Thomas & Vijayakumar, 2017).

La nouvelle d'une grossesse et la réaction de l'homme face à celle-ci est généralement un important point de repère émotionnel et psychologique. Dans la plupart des grossesses, l'ajustement transitoire peut être vécu comme un degré de stress psychosocial significatif (Roberts, 2016). Condon (2006) utilise les termes «psychological nesting» et «psychological birth» pour décrire le fonctionnement réflexif des parents autour de la périnatalité. Ils se réfèrent aux processus par lesquels les femmes et les hommes préparent un espace interne pour accueillir un nouvel enfant. La nidification psychologique chez les hommes comprend le développement de l'attachement à la grossesse, l'anticipation des changements dans les relations familiales et la conceptualisation d'eux-mêmes comme « père ». Les hommes qui parlent de la paternité avec leur partenaire, les autres hommes ou les pères plus expérimentés semblent aborder la parentalité avec plus de confiance, tout comme les hommes ayant de bonnes relations avec leur propre père (Roberts, 2016).

La dépression paternelle

Les changements et les exigences rencontrés au cours de la transition durant la période périnatale peuvent nuire gravement au bien-être des parents. L'impact de ces défis est bien reconnu avec des taux de dépression postpartum d'environ 20% chez les mères et de 10% chez les pères (Hamilton et al. 2016 ; Missonnier, 2010). Toutefois, le taux de dépressions paternelles serait sous diagnostiquées car le père n'est pas au centre de l'attention durant le postpartum et donc la dépression n'est pas identifiée (Missonnier, 2009). Et quand bien même certains signes paternels susciteraient de l'attention, les outils de dépistage, conçus pour les mères, ne sont pas adaptés (Melrose, 2010) car les hommes n'ont pas les mêmes symptômes: détresse, abus d'alcool, drogues, fuite dans le travail, désinvestissement vis-à-vis de l'enfant etc. (Huang & Warner, 2005). En effet, les programmes de dépistage et de prévention de la dépression périnatale sont presque inexistants pour les pères, malgré la pertinence potentielle de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg pour les pères (Matthey et al. 2001). Une autre raison résiderait dans le fait que les hommes estiment qu'ils devraient, selon les normes, soutenir leur partenaire dans cette période difficile. De ce fait, ils se découragent à exprimer leurs émotions et cela peut conduire à une répression de tout chagrin qu'ils ressentent (Levtov et al. 2015). Pour beaucoup d'hommes, demander ou accepter un soutien est perçu comme un échec ou une preuve d'incompétence (Gervais et al. 2016). De plus, un grand nombre

d'hommes estiment qu'ils ne sont pas autorisés à considérer pour eux-mêmes, les services offerts durant la périnatalité. Ils se retrouvent ainsi isolés de trois façons: par les soignants, qui ne les considèrent que comme des sources de soutien pour la mère; par leur partenaire, qui n'est pas disponible pour prendre en compte leurs besoins; et par leur propre perception de la période périnatale, orientée vers la satisfaction des besoins de leur partenaire (de Montigny et al. 2006).

La santé mentale paternelle peut affecter le bien-être de la famille aussi profondément que la santé mentale maternelle. La détresse et la maladie mentale chez les pères et futurs pères, comme chez les hommes en général, sont en grande partie silencieuses sur le plan clinique (Möller-Leimkühler, 2002). Les effets négatifs de la détresse paternelle post-partum ont été signalés, y compris son association avec des difficultés émotionnelles chez les enfants, l'impact sur les relations conjugales et le bien-être familial et l'effet préjudiciable sur la relation de la mère avec son enfant (Hamilton et al. 2016). Les hommes dont les partenaires souffrent de dépression ou d'anxiété périnatale sont plus susceptibles d'avoir eux-mêmes ces maladies (Condon et al. 2004). Effectivement, le taux de dépression paternelle est d'autant plus important chez les hommes dont les partenaires souffrent également de dépression post-partum (24% à 50%) (Goodmann, 2004). Dans toute famille naissante, la santé de chaque membre affecte profondément la santé des autres (Freitas & Fox, 2015). Un père en détresse prédispose toute la famille à la détresse, et justifie une attention clinique équivalente à ce qui est offert à la santé mentale maternelle et infantile périnatale car ils sont tous intimement liés et la paternité est une fenêtre idéale pour engager les hommes autour de leur propre santé (Roberts, 2016). En effet, la période périnatale est une période de transition, offrant une fenêtre d'opportunité d'introduction d'outils opportuns et d'informations permettant d'influencer positivement les pères et les mères (Hamilton et al., 2016 ; Gervais et al. 2016). Une prise en compte des futurs pères dans les soins pré et postnataux permettrait non seulement de réduire le taux de dépression postpartum paternelle mais également maternelle car un grand nombre d'études suggèrent, qu'impliquer les hommes durant la grossesse réduirait les risques pour la femme de développer une dépression du post-partum (Yargawa & Leonardi, 2015).

Le vécu des pères durant la naissance

L'accouchement a longtemps été considéré comme l'action la plus féminine de la vie et les hommes, en entrant dans la salle d'accouchement, ont dû s'adapter à un domaine féminin (Premberg et al. 2008). Avant les années 60, les hommes étaient plutôt vus comme un inconvénient et comme source d'infection dans la salle de naissance (Bedford & Johnson, 1988 cité dans Ledenfors & Berterö, 2016). Puis dans les années 70, les pères ont eux-mêmes évoqué le désir de participer à la naissance de leur enfant et de soutenir leur conjointe durant ce processus (Ledenfors & Berterö, 2016). De ce fait, une place leur a clairement été attribuée au sein des salles d'accouchement dans notre société occidentale (Capponi et al. 2016 ; Sapountzi-Krepia et al. 2015). Cependant, les pères sont encore marginalisés et le personnel soignant ne favorise, ni n'aide leur transition vers la paternité où les pères se sentent souvent mis à l'écart voire exclus (Capponi et al. 2016 ; de Montigny & Lacharit, 2004). Ils sont vus comme un accompagnant et non comme un parent à part entière, au sein d'un couple, qui participe à la naissance de son enfant (Ledenfors & Berterö, 2016).

Les futurs pères sont généralement tout à fait prêts du point de vue « logistique » : le sac pour la maternité est prêt, l'itinéraire pour aller jusqu'à la maternité est acquis et les meubles de la chambre de l'enfant sont montés, c'est par contre plus difficile pour eux de se préparer mentalement à ce qui va se passer en salle d'accouchement (Ledenfors & Berterö, 2016). L'ensemble de la littérature s'accorde à dire que durant le processus de la naissance, les futurs pères ressentent diverses émotions passant de la joie extrême à des moments d'angoisse, de stress et d'inquiétude plus ou moins intense (Capponi et al. 2016 ; Sapountzi-Krepia et al. 2015 ; Bergström et al. 2013 ; Leodoro et al. 2013 ; Premberg et al. 2008). Les pères éprouvent également souvent une incertitude quant à l'évolution imprédictible et imprévisible du travail de l'accouchement ce qui peut se traduire par un sentiment d'insécurité et de détresse ; plus particulièrement lorsqu'il se passe des choses inhabituelles qui accentuent leur vulnérabilité, comme un professionnel supplémentaire qui entre dans la salle ou à l'installation d'électrodes sur le crâne du fœtus (Premberg et al. 2011). De plus, les pères se sentent souvent inutiles, impuissants et culpabilisent face aux douleurs que vivent leur compagne (Capponi et al. 2016 ; Leodoro et al. 2013). Les informations ci-dessus soulignent l'importance pour les professionnels de la santé de fournir aux papas, des informations claires au fur et à mesure afin de les guider et de soutenir leur rôle et leur présence dans le but de favoriser leur participation. Aussi, Ledenfors & Berterö (2016), observent dans leur étude qualitative qui s'intéresse au vécu des

pères durant la naissance physiologique, que les sentiments ressentis négativement par les hommes peuvent être facilement transformés par de la joie et de la sécurité, lorsque la sage-femme les aide à trouver leur place et les informe sur le déroulement des événements. En effet, Capponi et al. (2016), ont mené une étude Franco- Suisse ayant comme objectif de valider le questionnaire suédois « First-Time Father Questionnaire » (Premberg et al. 2012) à travers l'évaluation du vécu de l'accouchement de 160 « primipères » francophones. Les résultats soulignent que les pères, dans cette études, on ressentit significativement moins d'inquiétude lors d'accouchement voie basse spontanés que lors d'accouchement voie basse instrumenté/césarienne réunis ou que lors de césarienne (respectivement $F[1,150] = 3,73$; $p = 0,05$ et $F[1,150] = 4,11$; $p = 0,04$). Ces résultats sont soutenus par Sapountzi- Krepia et al. (2015) qui décrivent le vécu de la césarienne « en urgence » par les pères comme étant le plus traumatisant et angoissant. Les pères ont également un vécu significativement plus négatif vis-à-vis du soutien par le personnel soignant en car de césariennes versus d'accouchement voie basse ($F[1,150] = 3,27$; $p = 0,07$). Au niveau des variables sociodémographiques, les pères ayant le niveau scolaire le plus élevé ont significativement le sentiment d'avoir été moins bien préparé avant l'accouchement ($F[1,144] = 5,16$; $p < 0,03$). Toutefois, il n'y a pas de lien entre le vécu de l'accouchement et l'âge, l'origine (natifs de Suisse ou de France versus immigrants) ou le niveau de scolarité des participants. Ces résultats tendent à soutenir l'importance du soutien des pères par le personnel soignant, d'autant plus dans le cas de naissance non physiologique et de ne pas oublier de soutenir les pères malgré que l'urgence soit auprès de la mère et de l'enfant (Capponi et al. 2016). Bergström et a. (2013) décrivent dans leurs écrit, une prévalence de la peur de l'accouchement chez les hommes estimés à environ 13%. Ils soulignent qu'une expérience négative de la naissance peut augmenter le risque d'anxiété et de stress chez les hommes. Cela pourrait avoir comme conséquences d'entraver le bien-être psychologique postnatal et l'engagement émotionnel avec le nourrisson. Ils s'appuient sur la définition de l'appréhension anxieuse de Barlow (2002) comme étant : « un état d'impuissance avec une incapacité perçue de prédire, contrôler et obtenir des résultats ou des résultats désirés dans certaines situations personnelles importantes à venir » (Barlow, 2002 cité dans Bergström et al. 2013). Le manque d'information et de communication envers les pères seraient des facteurs qui auraient un grand impact sur le vécu des pères et leur stress durant la période de la périnatalité (Xue et al. 2018).

Du point de vue des femmes, la présence du père à la naissance est une expérience vécue de manière positive, elles se sentent plus en sécurité, détendues et mieux concentrées sur le processus et cela aurait des effets directs sur la réduction de la durée du travail (Sapountzi-Krepia et al. 2015), ils ont un rôle de soutien psychologique en encourageant leur femme à travers une langage verbal et non verbal tels des sourires, caresses et regards afin de la reconforter (Quagliariello, 2017)

Quagliariello (2017) souligne dans son étude qualitative que l'idéologie de l'implication actives du père durant le moment de la naissance pourrait mener à plusieurs ambiguïtés. En effet, dans son étude, plusieurs femmes témoignent un forme d'inversion des mérites en attribuant à leur conjoint la majeure partie du succès de la naissance. De plus, le duo femme-sage-femme est aujourd'hui remplacé par un trio dans lequel le conjoint occupe une place médiane et où la sage-femme accompagne et conseille non plus une femme mais un couple. La présence de l'homme est aujourd'hui normalisée, or parfois tout le monde ne souhaite pas forcément ce modèle et quand c'est le cas, le point de vue de ces gens-là est souvent nié, voire problématique, ce n'est pas « normal » un homme ou une femme qui ne souhaite pas que ce dernier participe à la naissance. Tel est plus fréquent le cas dans le cadre de groupes minoritaires ou étranger, ce qui peut consolider des imaginaires racialisants et conduire à de nouvelles discriminations (Quagliariello, 2017).

L'arrivée de l'enfant

Pour les futurs premiers parents, un système de deux doit devenir un système plus complexe de trois. Tout comme pour les parents qui ont déjà un ou plusieurs enfants ainsi que pour les familles reconstituées, ce chamboulement émotionnel et organisationnel se répète avec des variations, tout comme la complexité de la vie de famille qui augmente avec l'arrivée de chaque nouveau membre.

Toute naissance demande un ajustement de relation au sein du couple. Les deux parents éprouvent des changements qui peuvent être vécus de manière plus ou moins difficile et être aggravés par la privation de sommeil, l'isolement et un sentiment de peur et de chaos en tant que nouveau parent (Robert, 2016). Le domaine de la sexualité et de l'intimité peut être, en

particulier, vu comme un défi. En effet, comparé à d'autres pertes ressenties par les parents, la perte de proximité sexuelle peut être plus difficile à reconnaître ou partager (Snellen, 2010). Certains parents feront face aux difficultés d'ajustement de l'arrivée d'un nouvel enfant en se concentrer sur le bien-être de celui-ci ou alors, en déplaçant leur attention au travail, aux passe-temps ou à d'autres relations (Roberts, 2016). Cependant, les enfants sont profondément affectés par la santé de la relation de leur parents (Wallerstein & Kelly, 1979 cité dans Roberts, 2016). Le respect et la valorisation de la maternité et de la paternité de la part de deux parents, qu'ils soient ensemble ou non (familles séparées et recomposées) est essentiel afin d'assurer un « toit émotionnel » au-dessus de la tête d'un enfant. Ce toit émotionnel est synonyme de base de sécurité dans la théorie de l'attachement et reste longtemps après que l'enfant ait grandi et quitté le toit physique de ses propres parents (Holmes, 1993 cité dans Roberts, 2016). Le plus souvent, au moment de la naissance, le père coupe le cordon. Ceci rompt symboliquement le lien physique exclusif entre la mère et l'enfant et marque le commencement de l'implication directe du père dans les soins du nouveau-né (Quagliariello, 2017)

Le premier contact avec l'enfant né est vécu de différentes manières par les pères, certains ressentent ce premier contact comme un sentiment plus fort que tous qu'ils n'aient encore jamais pu imaginer faisant disparaître l'angoisse et la peur de la naissance pour laisser place au bonheur. D'autres papas décrivent ce premier contact plutôt comme un choc, provoqué par l'écart entre leur conception imaginaire de la naissance et la réalité : l'enfant peut ne pas ressembler à ce qu'il avait imaginé (Ledenfors & Berterö, 2016).

La dépression postpartum de la mère peut avoir un impact sur l'implication du père face à son nourrisson. Goodman et al. (2004) expliquent que les sentiments négatifs des pères face à la dépression de leur partenaire peuvent amener les pères à se retirer de la famille et s'éloigner du nourrisson. Ou, alternativement, les pères peuvent essayer de compenser, ou amortir, la dépression de leur partenaire en devenant plus impliqué avec le nourrisson.

L'allaitement et la paternité

L'homme devient père dans un contexte où l'allaitement est fortement encouragé (de Montigny & Lacharité, 2012). L'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF (2003)

recommande aux nourrissons d'être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie, avec une prolongation allant jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. La littérature observe que le soutien des partenaires est un facteur connu pour influencer positivement l'allaitement maternel. De plus, l'implication des pères dans l'éducation à l'allaitement a également un impact positif sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel (de Montigny & Lacharité, 2012 ; Henderson et al. 2011 ; Vaaler et al. 2011). De même, des attitudes négatives à l'égard de l'allaitement maternel et le manque de soutien de la part des pères ont été associés à l'impact le plus important favorisant l'allaitement artificiel. Des recherches antérieures ont également confirmé que certains pères ne sont pas à l'aise avec l'allaitement de leur partenaire devant des membres de la famille, des amis ou en public, indépendamment de leurs préférences pour la méthode d'alimentation du nourrisson (Henderson et al. 2011 ; Vaaler et al. 2011)

Henderson et al. (2011), dans leur étude qualitative s'intéressant aux perceptions embarrassantes de 28 pères Anglais et de bas niveau économique, relève que tous les pères ont confié, avec une touche d'humour, un sentiment d'embarras face à l'allaitement, notamment lorsque leur conjointe se trouve dans un lieu public ou lorsqu'une autre femme allaite devant eux. Un des pères a fait un parallèle avec le magazine « playboy » et cette ambivalence entre corps sexuel et nourricier. En effet, pour la plupart des hommes, les seins sont synonymes de sexualité et ces derniers ont souvent peur que l'allaitement soit un obstacle envers leur intimité sexuelle. L'allaitement est parfois également identifié depuis le jeune âge comme quelque chose s'apparentant à la sexualité, un père raconte qu'à 8 ans, il s'est fait reprendre par sa grand-maman car il regardait une photo de femme en train d'allaiter et cette dernière lui dit : « tu es bien trop jeune pour regarder ce genre de chose ! » [traduction libre]p.65. Cela souligne l'importance d'enseigner dès le plus jeune âge que l'allaitement n'a rien de sexuel. Tout comme la santé sexuelle, c'est quelque chose de normal, naturel et positif.

Il a été observé que l'apparition précoce d'une relation indépendante entre le père et le nourrisson favorisait de manière positive l'implication du père dans la paternité. Dans l'étude de Premberg et al. (2008), qui s'intéresse aux expériences vécues par les pères Suédois durant la première année de vie de leur enfant, ils observent que les hommes devaient rechercher plus activement le contact avec l'enfant que la mère qui avait une relation symbiotique avec ce dernier notamment à travers l'allaitement. En effet, la littérature s'accorde à dire depuis ces 30

dernières années que les pères d'enfant allaité auraient plutôt tendance à se sentir exclus et rejetés de la relation mère-enfant. Ces pères verraient l'allaitement comme un ralentissement dans leur implication paternelle (de Montigny & Lacharité, 2012). Toutefois, même si l'allaitement maternel est ressenti comme un obstacle dans la relation entre le père et l'enfant, l'homme considérerait toujours qu'il est de son devoir d'aider la femme à allaiter. Effectivement, le soutien du père à la mère allaitante a un effet positif sur l'allaitement maternel, l'attachement entre la mère et l'enfant et la dynamique familiale (Pisacane et al. 2005). Les pères ont révélé avoir besoin d'informations spécifiquement conçues pour eux, incluant des outils sur comment ils peuvent aider la mère et son enfant dans cet objectif (Abbass- Dick et al. 2017). Aussi, un manque de connaissances sur l'importance de l'allaitement maternel peut être un facteur d'impartialité masculine. La littérature observe que lorsque les hommes étaient mieux informés des nombreux avantages de l'allaitement maternel, ceux-ci étaient alors plus susceptible de vouloir que leur conjointe allaite, il serait donc primordial d'inclure les futurs pères dans les programmes d'éducation sur l'allaitement maternel. S'assurer que les partenaires masculins soutiennent l'allaitement même avant la grossesse peut augmenter la probabilité que les mères allaitent après l'accouchement (Vaaler et al. 2011)

La sexualité durant et après l'accouchement

Olsson et al. (2010) discutent le fait que les hommes sont mal préparés aux impacts et changements que provoque la parentalité dans leur vie. Spécifiquement au sujet de la sexualité. Condon et al. (2004) observent que l'activité sexuelle déclinerait dès l'annonce de la grossesse et reprendrait que de manière minime après la première année de vie de l'enfant. Les raisons ont essentiellement la modification de corps dû à la grossesse ou l'accouchement et la fatigue. Olsson et al. (2010), dans leur étude qualitative interviewant 8 pères à propos de leur sexualité durant les 6 premiers mois après la naissance de leur enfant, relève que la vision qu'on les hommes sur leur sexualité diffère. En effet, pour certains pères, la sexualité passe forcément par la pénétration alors que pour d'autre, le fait d'être couché l'un contre l'autre en se touchant ou se caressant fait partie de la sexualité. De plus, certains pères relèvent que le monde tend à croire que les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes alors que d'autre ne sont pas en accord avec ceci.

Le rôle des soignants dans la transition vers la paternité

De plus en plus, les institutions et les fournisseurs de soins de santé veulent que les pères soient présents durant le processus de la périnatalité. Ils les invitent, mais ensuite leur accordent très peu d'attention, comme si leur objectif était atteint simplement par la présence physique des pères. En effet, les pères sont les bienvenus dans les services, mais y occupent un espace limité, alors qu'émotionnellement et psychologiquement, ils sont constamment en mouvement lorsqu'ils font l'expérience de la paternité. Le manque d'information et de communication envers les pères seraient des facteurs qui auraient un grand impact sur le vécu des pères et leur stress durant la période de la périnatalité (Xue et al. 2018). Il est primordial pour les pères de leur mettre à disposition un espace physique pour qu'ils puissent être présents, mais aussi et surtout, un espace pour parler de leurs expériences, où ils sont reconnus comme un parents à part entière (Gervais et al. 2016). Cela soulignent également la nécessité pour les professionnels de la santé d'anticiper les besoins des pères, d'intervenir de façon proactive et de trouver différentes façons d'inviter les pères à prendre leur place dans la relation établie (Hayes et al. 2010).

La période périnatale est une occasion d'engager les futurs parents dans des programmes/activités axés sur le bien-être, ce qui est particulièrement important étant donné qu'un meilleur bien-être au cours de cette phase est associé à des résultats postpartum positifs (Hamilton et al. 2016). Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont actuellement le lieu-dit pour les pères afin d'acquérir des connaissances. La littérature s'accorde à dire que l'impact de ces cours sur les pères est mixte en répondant ou non aux besoins des futurs papas. Certains pères ont le sentiment que les cours sont essentiellement centrés sur la mère et non sur le couple de parents en devenir et encore moins sur le père en devenir lui-même (Xue et al. 2018 ; Tohotao et al. 2010). Boyce et al. (2007) souligne dans leur étude australienne que les pères ayant le sentiment de ne pas avoir reçu assez d'information sur la grossesse et la naissance sont 18.6 fois plus à risque de vivre un stress psychologique avant ou après la naissance de leur enfant. Le fait de répondre aux besoins spécifiques des pères, notamment à travers de rencontre entre hommes ou d'inclure un intervenant de genre masculin durant les cours prénataux aiderait les pères à oser se confier à propos de leurs peurs et craintes et cela réduirait le stress paternel (Tohotao et al. 2010).

Beaucoup d'hommes semblent anticiper le jugement, le rejet ou même le ridicule (par exemple des partenaires, des cliniciens, des collègues) en montrant la vulnérabilité qu'ils pourraient ressentir durant leurs expériences au sein de la périnatalité (Roberts, 2016). Étant donné que la période périnatale est une période de grande vulnérabilité pour la plupart des pères, une approche fondée sur les compétences et les ressources déjà présentes chez les pères a été jugée essentielle dans cette pratique, créant un lien avec les hommes d'une manière respectueuse et collaborative (Roberts, 2016 ; Kobau et al. 2011).

L'un des défis de la transition vers la paternité est de développer une implication envers l'enfant. La relation père-enfant se développe dans un contexte spécifique où les caractéristiques personnelles et contextuelles, telles que les services et les politiques de santé-sociales, ont une influence déterminante (Gervais et al., 2016).

Un des buts du rapport Midwifery 2020 est que les sages-femmes offrent des informations, des conseils et un soutien aux pères car celles-ci sont idéalement placées pour s'engager dans le soutien des futurs-pères (Department of Health, Social Services and Public Safety, 2010 ; Deave et Johnson 2008 ; Ives, 2014). Néanmoins, une méta-synthèse ayant pour but de recenser les expériences vécues par les pères durant la grossesse, l'accouchement et la maternité a observé que le personnel soignant n'est pas bien équipé pour soutenir les pères durant la période périnatale et qu'il reste beaucoup à faire pour faciliter l'implication « authentique » et la transformation des nouveaux pères vers une paternité positive » (Steen et al., 2012). Ce diagnostic est accepté par le Royal College of Midwives (RCM), dont les recommandations (2011) stipulent que davantage doit être fait:

« Puisque les pères ont une influence importante sur les choix et les expériences de santé de la mère avant, pendant et après la naissance, il profite à toute la famille lorsque les professionnels de la maternité font en sorte que les pères se sentent accueillis et impliqués et les préparent à leur rôle pour la naissance et dans le postpartum. Les futurs pères doivent être inclus dans tous les aspects des soins de maternité et ceux-ci doivent avoir l'opportunité de discuter de leurs sentiments à n'importe quelles occasions » [Traduction Libre] (RCM, 2011)

Références

- Abbass-Dick, J., Xie, F., Koroluk, J., Alcock Brillinger, S., Huizinga, J., Newport, A. & Goodman, M.W. (2017). The Development and piloting of an eHealth breastfeeding resource targeting fathers and partners as co-parents. *Midwifery*. Vol. 50, pp.139–147
- Adamsons, K. (2013). Possible selves and prenatal father involvement. *Fathering* 11, 245–255. doi:10.3149/fth.1103.245
- Allen S. & Hawkings A. (1999). Maternal Gatekeeping: Mother's Beliefs and Behaviors That Inhibit Greater Father Involvement in Family Work. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 199-212.
- Ampt, F., Mon, M.M., Than, K.K., Khin, M.M., Agius, P.A., Morgan, C., Davis, J., Luchters, S., 2015. Correlates of male involvement in maternal and newborn health: A crosssectional study of men in a peri-urban region of Myanmar. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 122–132.
- Barlow DH. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd edn. New York: Guilford Press.
- Baumgarten D & Borter A. (2016). *Patrie Suisse. MenCare Suisse-Report Vol. 1*. Burgdorf/Zurich, Institut Suisse pour les questions d'Hommes et de Genre Sàrl (ISHG)
- Baumgarten D., Wehner N., Maihofer A., Schwiter K. (2016). „Wenn Vater, dann will ich Teilzeit arbeiten“. Die Verknüpfung von Berufs- und Familienvorstellungen bei 30jährigen Männern aus der deutschsprachigen Schweiz. *GENDER Sonderheft 4* (im Erscheinen).
- Beaton, J.M., Doherty, W.J., 2007. Fathers' family of origin relationships and attitudes about father involvement from pregnancy through first year postpartum. *Fathering* 5, 236-245.
- Berggren, M., Eremin, N., Kazansky, S., Martsenyuk, V., Motygin, V. & Turovets, A. (2012). *Father School: Step by Step*. Moscow: UNICEF
- Bergström, M., RUDMAN, A., Waldenström, U. & KIELER, H. (2013). Fear Of Childbirth In Expectant Fathers, Subsequent Childbirth Experience And Impact Of Antenatal Education: Subanalysis Of Results From A Randomized Controlled Trial. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 92, Pp. 967–973.
- Bhatta, D.N., 2013. Involvement of males in antenatal care, birth preparedness, exclusive breast feeding and immunizations for children in Kathmandu, Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth* 13, 14. doi:10.1186/1471-2393-13-14
- Bouchard, G., 2012. Intergenerational transmission and transition to fatherhood: A mediated moderation model of paternal engagement. *Journal of Family Psychology* 26, 747–755
- Boyce, P., Condon, J., Barton, J. and Corkindale, C.(2007) First-Time Fathers' Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 41, 718-725.
- Connell, R. 2005. *Masculinities*, 2nd ed. Berkeley: University of California Press.
- Capponi, I., Carquillat, P., Premberg, A., Vendittelli, F. & Guittier, M.J. (2016). Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Vol. 44, pp.480–486

- Chin R, Daiches A, Hall P. 2011. A qualitative exploration of first-time fathers' experiences of becoming a father. *Community Pract.* 84(7) : 19-23.
- Condon J, Boyce P, Corkindale CJ. (2004). The First-Time Fathers Study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry* 38(1–2):56–64.
- Condon J. 2006. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 35(9):690–92.
- Cyprian G. (2007). *Väterforschung im deutschsprachigen Raum – ein Überblick über Methoden, Ergebnisse und offene Fragen*. In Mühling Tanja & Rost Harald (Hrsg.). *Väter im Blickpunkt. Perspektiven der Familienforschung*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 23-48.
- Darchis E. (2004). Prévention familiale en périnatalité, in Pévention précoce, parentalité et périnatalité, sous la direction de Dugnat M. Ed. Erès, p 175-81
- Davis, J., Vyankandondera¹, J., Luchters, S., Simon, D. & Holmes, W. (2016). Male involvement in reproductive, maternal and child health: a qualitative study of policymaker and practitioner perspectives in the Pacific. *Davis et al. Reproductive Health* (2016) 13:81 Deave T & Johnson D. (2008). The transition to parenthood : what does it mean for fathers ? *J Adv Nurs.* 63(6) : 626-33.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 328 –339.
- de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, É. (2006). The transition to fatherhood: The role of formal and informal support structures during the postpartum period. *Texte & Contexte Enfermagem*, 15, 601–609. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400008>
- de Montigny, F. & Lacharité, C. (2012). Transition to Fatherhood : Modeling the Experience of Fathers of Breastfed Infants. *Advances in Nursing Science*. Vol. 35, n°3, pp. 11-22.
- Department of Health, Social Services and Public Safety (2010) *Midwifery 2020: Delivering Expectations*. London: The Stationary Office. Available at <https://www.gov.uk/government/publications/midwifery-2020-delivering-expectations> (vu le 03.03.2018).
- Dolan, A., Coe, C. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health and Illness.* 33(7):1019-34.
- Draper J. Men's passage to fatherhood : an analysis of the contemporary relevance of transition theory. *Nurs Inq.* 2003 Mar ; 10(1) : 66-77.
- Freitas CJ, Fox CA. (2015). Fathers matter: Family therapy's role in the treatment of paternal peripartum depression. *Contemp Fam Ther* 37(4):417–25.
- Gage JD, Kirk R. 2002. First-time fathers : perceptions of preparedness for fatherhood. *Can J Nurs Res.* 34(4) : 15-24.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36, 305–318. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>

Gervais, C., de Montigny, F., Lacharité, C. & St-Arneault, K. (2016). Where Fathers Fit in Quebec's Perinatal Health Care Services System and What They Need. *Psychology of Men & Masculinity*. Vol. 17, No. 2, pp. 126–136.

Gesterkamp, Thomas (2012). Für Männer, aber nicht gegen Frauen. *APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte* 60/40, 3-10.

Gipson JD, Hindin MJ. 'Marriage means having children and forming your family, so what is the need of discussion?' Communication and negotiation of childbearing preferences among Bangladeshi couples. *Culture, Health & Sexuality*. 2007; 9(2): 185-198

Goodman JH. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing* 45(1): 26-35.

Goodman, S.H., Lusby, C.M., Thompson, K., Newport, D.J & Stowe, Z.N (2014). Maternal Depression In Association With Fathers' Involvement With Their Infants: Spillover Or Compensation/Buffering?. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 35(5),pp. 495–508.

Hamilton, K., Kavanagh, D., Connolly, J., Davis, L., Fisher, J., Halford, K. et al. (2016). Baby Steps - An Online Program Promoting the Well-Being of New Mothers and Fathers: A Study Protocol. *JMIR Res Protoc*. Vol. 5 (3) e140

Hayes, D., Jones, D. A., Silverstein, L. B., & Auerbach, C. F. (2010). In their own words: Early Head Start fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 11, 241–250. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021036>

Henderson L, McMillan B, Green JM, Renfrew MJ. (2011). Men and Infant Feeding: Perceptions of Embarrassment, Sexuality, and Social Conduct in White Low-Income British Men. *BIRTH* 38(1): 61-70.

Holmes J. (1993) John Bowlby and attachment theory. London: Routledge, p. 70.

Huang CC, Warner LA. (2005). Relationship Characteristics and Depression among Fathers with Newborns. *Social Service Review* 79 (1): 95-118.

Ives, J. (2014). Men, maternity and moral residue: negotiating the moral demands of the transition to first time fatherhood. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 36, (7), pp. 1003–1019.

Kobau R, Seligman MEP, Peterson C, et al. (2011). Mental health promotion in public health: Perspectives and strategies from positive psychology. *Am J Public Health* 101(8):e1–9.

Le Coq M. (2015). L'accès à la paternité, une transition propre à l'homme et à ses besoins masculins : analyse des écrits parus entre 2001 et septembre 2015 concernant les caractéristiques du père en devenir en périnatalité. Mémoire Master Université Paris XIII – Sorbonne Paris Cité, U :F :R. Santé, Médecine, Biologie Humaine « Léonard de Vinci », Mention : Santé Publique.

Ledenfors, A. & Berterö, C. (2016). First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*. Vol. 40, pp. 26–31.

Levine, J.A., Pitt, E.W., 1995. *New expectations: Community strategies for responsible fatherhood*. New York: Families and Work Institute

Levtov R, van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, et Barker G (2015). L'état des pères dans le monde: Executive Summary. Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, et the MenEngage Alliance, trad. française.

Levtov R, van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, and Barker G (2015). State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication. Washington, DC: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, and the MenEngage Alliance.

Lombay B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? différentes approches pour un même concept. *Devenir*. 2009 ; 21(1) : 31-60.

Madsen SA. Fadres tilknytning til spædbørn [Fathers' involvement with infants]. Copenhagen, Denmark: Hans Reitzels Forlag; 2002. Cited in: World Health Organization. *Fatherhood and Health Outcomes in Europe*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.

Maihofer Andrea (Mitarbeit Diana Baumgarten) (2015). Sozialisation und Geschlecht. In Hurrelmann Klaus, Bauer Ullrich, Grundmann Matthias & Walper Sabine. (Hrsg.). *Handbuch Sozialisationsforschung*. 8. vollständig überarbeitete Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 630-658.

Maihofer Andrea, Baumgarten Diana, Kassner Karsten, Wehner Nina (2010). Familiengründung und Kinderlosigkeit bei Männern. Bedingungen von Vaterschaft heute im Spannungsfeld zwischen alten und neuen Männlichkeitsnormen. ZGS Diskussionspapier, Zentrum Gender Studies, Basel. PDF unter https://genderstudies.unibas.ch/fileadmin/genderstudies/user_upload/redaktion/pdf/Divers/ZGS_Diskussionspapier_Maenner-Familie-Kinderlosigkeit_2010_01.pdf (Zugriff 10.5.2016).

Martin LT, McNamara MJ, Milot AS, Halle T, Hair EC. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*. 2007; 11(6): 595–602.

Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. 2001. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *J Affect Disord* 64(2-3):175-184. [Medline: 11313084]

Melrose S. (2010). Paternal postpartum depression: how can nurses begin to help? *Contemp Nurse*. 34(2):199-210

Ministry of Health and Social Affairs. *Stöd i föräldraskapet [Parental support]*. Stockholm, Sweden: Fritzes Offentliga Publikationer; 1997. Cited in: World Health Organization. *Fatherhood and Health Outcomes in Europe*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.

Missonnier S. Dépressivité et dépression paternelles périnatales. Dans : Braconnier A, Golse B. *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*. Toulouse : Erès ; 2010.p. 103-122.

Möller-Leimkühler AM. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord*;71(1–3):1–9.

Montgomery ET, van der Straten A, Chidanyika A, Chipato T, Jaffar S, Padian N. The importance of male partner involvement for women's acceptability and adherence to female-initiated HIV prevention methods in Zimbabwe. *AIDS and Behavior*. 2011; 15(5): 959–69.

Newton, S.L., Hebert, L.E., Nguyen, B.T & Gilliam, M.L. (2018). Negotiating Masculinity in a Women's Space: Findings from a Qualitative Study of Male Partners Accompanying Women at the Time of Abortion. *Men and Masculinities*, pp. 1-18 DOI: 10.1177/1097184X18762260

Olsson, A., Robertson, E., Björklund, A., Nissen, E. (2010). Fatherhood in focus, sexual activity can wait: new fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 24(4):716-25.

Omer K, Afi NJ, Baba MC, Adamu, M, Malami SA, Oyo-Ita A, Cockcroft A, Andersson A. Seeking evidence to support efforts to increase use of antenatal care: A cross-sectional study in two states of Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014; 14: 380.

Plantin, L., Olukoya, A.A., Ny, P., 2011. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering* 9, 87–102. doi:10.3149/fth.0901.87

Premberg, A., Hellström, AL. & Berg, M. (2008). Experiences of the first year as father. *Scand J Caring Sci*. Vol. 22, pp. 56–63.

Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. (2005). A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 116: e494–8.

Quagliariello, C. (2017). "Ces Hommes qui accouchent avec nous". La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. *Nouvelles Questions Féministes*. Vol. 36, pp.82-97.

Redshaw, M., Henderson, J., 2013. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 13, 70. doi:10.1186/1471- 2393-13-70

Royal College of Midwives (RCM) (2011) *Reaching out: involving fathers in maternity care*. London: Royal College of Midwives.

[Roberts M.](#) (2016). There from the start: Men and pregnancy. [Aust Fam Physician](#). Vol. 45(8), pp. 548-51.

Sapountzi-Krepia D, Psychogiou M, Sakellari E, Tsigiri M. (2014). Greek fathers' experiences from their wife's/partner's labour and delivery: A qualitative approach. *International Journal of nursing practice*. 21(5):470-77

Schlesinger Kerstin, Urban Sonja (2015). Wenn Eltern für ihr Baby einkaufen - Pränatale Elternschaftspraktiken an Orten der kommerziellen Babyausstattung. In Seehaus Rhea, Rose Lotte & Günther Marga (Hrsg.). *Mutter, Vater, Kind - Geschlechterpraxen in der Elternschaft*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 31-48.

Senécal I, Saucier J-F, Garon R. Transition à la paternité et changements psychiques. *Recension des écrits publiés entre 1950 et juin 2012. Médecine & Hygiène*. 2013 ; 25(3) : 159-202.

Schoppe-Sullivan, S.J., Altenburger, L.E., Settle, T.A., Kamp Dush, C.M., Sullivan, J.M. & Bower, D.J. (2014). Expectant Fathers' Intuitive Parenting: Associations With Parent Characteristics And Postpartum Positive Engagement. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 35(5), pp. 409–421.

Snellen M. (2010). *Rekindling your relationship after childbirth*. Melbourne: Text Publishing, p. 59.

Steen, M., Downe, S., Bamford, N. and Edozien, L. (2012) Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care, *Midwifery*, 28, 4, 362–71.

Thomas, S. & Vijayakumar, C. (2017). Knowledge of Expectant Fathers on Childbirth Care. *International Journal of Nursing Education*. Vol.9, No. 2, pp. 46-52.

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y., Howat, P., Burns, S. & Binns, C. (2010). Supporting mothers to breastfeed: the development and process evaluation of a father inclusive perinatal education support program in Perth, Western Australia. *Health Promotion International*, Vol. 26 No. 3, pp. 351-361
doi:10.1093/heapro/daq077

Truc G. La paternité en Maternité. *Ethnologie française*. 2006 ; 36(2) : 341-49.

Vaaler, M.L., Castrucci, B.C., Parks, S.E., Clark, J., Stagg, J. & Erickson, T. (2011). Men's Attitudes Toward Breastfeeding: Findings from the 2007. *Matern Child Health J*. Vol. 15, pp.148–157.

Wallerstein JS, Kelly JB. (1979). *Surviving the breakup*. New York: Basic Books.

Wielgos, M., Jarosz, K., Szymusik, I., Myszewska, 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, 40–45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.05.031>

World Health Organization & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*: World Health Organization. Author, Geneva.

Xue WL, Shorey S, Wang W, He HG. (2018). Fathers' involvement during pregnancy and childbirth : An integrative literature review. *Midwifery* 62:135-145

Yargawa J, Leonardi-Bee J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 0: 1–9.

Zvara, B.J., Schoppe-Sullivan, S.J., Dush, C.K., 2013. Fathers' involvement in child health care: Associations with prenatal involvement, parents' beliefs, and maternal gatekeeping. *Family Relations* 62, 649–661.