

Résumé :

Contexte :

En ce début de siècle, l'implication du père dans la parentalité est de plus en plus importante.

On attend d'eux qu'ils s'investissent activement dans les différentes périodes du péri-partum.

Parallèlement, les troubles paternels en rapport avec la grossesse sont de plus en plus évoqués, tant dans la presse publique que dans les revues spécialisées.

Les études sur la paternité ne sont que très récentes, et en nombre limité. Avec plus d'informations, nous serions en mesure de prévenir, ou bien de détecter précocement d'éventuels troubles psychologiques du père.

Nous nous intéresserons ici au vécu du père durant les différentes étapes du péri-partum.

Méthode :

C'est une étude qualitative avec regroupement par thèmes. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec des néo-pères, d'un nourrisson ayant un âge compris entre 1 et 24 mois. Ils ont été recrutés aléatoirement, en consultation de médecine générale ou bien en consultation de protection materno-infantile (PMI).

L'interviewé expliquait son ressenti durant chacune des 3 étapes du péri-partum : la grossesse, l'accouchement, le post-partum.

Les différents verbatims ont ensuite été regroupés par thèmes.

Résultats :

4 thèmes ont été principalement évoqués : l'impuissance, la solitude, la peur, et l'aspect matériel.

3 facteurs aggravants ont été mis en avant : le manque de soutien, la fatigue, et l'insuffisance de ressources matérielles.

Les éléments permettant de lutter contre les difficultés furent : le soutien, ainsi que les congés

Conclusion :

Le père peut parfois mal vivre le péri-partum, voir développer des troubles psychologiques francs.

La société doit changer l'ancienne image, tenace, du père. Il doit être admis que le père, tout comme la mère, peut rencontrer des difficultés lors du péri-partum. Qu'il a ce droit. Et qu'en cas de problèmes, il peut trouver un interlocuteur privilégié.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Année 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Le vécu du père en péri-partum

Présentée et soutenue publiquement le 12/05/2016

à la faculté de médecine de Rouen

Par Maxime REICHMAN

Président : Professeur GERARDIN Priscille

Assesseurs : Professeur LECHEVALLIER Joël

Docteur LADNER Joël

Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès DIDIER

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Éric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

Merci à tous mes professeurs, qui m'ont inspiré et guidé sur la voie de la médecine.

Merci aux équipes médicales, qui m'ont porté et supporté.

Merci à Gilles, pour son soutien et son amitié.

Merci à toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de cette thèse, le Docteur Membrey, et surtout Agnès.

お父さん、お母さん、お世話になりました。

心から、本当にありがとう。

Cette thèse est dédiée à Mayumi, ma muse, mon tout.

Table des matières

I INTRODUCTION	20
1) Evolution du rôle paternel dans les sociétés occidentales :	20
2) Être père au 21ème siècle :	21
3) Les études sur la parentalité :	22
4) Données actuelles :	23
5) De l'utilité de la médecine générale :	24
6) Intérêt d'une thèse de médecine :	25
II) Matériel et Méthode	27
1) Critères d'inclusion :	27
2) Méthode d'invitation des participants :	28
3) Organisation des entretiens :	28
4) Description du guide d'entretien :	29
5) Traitement des données :	29
6) Recherche bibliographique :	30
III) Analyse des résultats	32
Caractéristique des pères et des entretiens :	32
1) La grossesse	33
A) Les aspects psychologiques	33
a) L'humeur du père	33
b) Le père livré à lui-même	34
B) Le père patriarche	35
a) L'aspect matériel	35
b) L'anticipation	36
c) Le rôle de père	37
C) Les interactions avec la mère et le bébé	38
a) Le partage de la grossesse	38
b) Les interactions avec la mère	39
2) L'accouchement	40
A) Les aspects psychologiques	40
a) Le stress du père	40
b) Le sentiment d'exclusion	41
B) Le rapport à l'accouchement	42
a) L'aspect temporel	42

b) La spécificité de l'acte.....	43
c) Les interactions avec la mère.....	44
3) Le post-partum.....	45
A) Les aspects psychosomatiques.....	45
a) L'aspect psychologique.....	45
b) L'aspect somatique.....	46
B) Les interactions avec la mère et le bébé.....	47
a) Les interactions entre le père et la mère.....	47
b) Les interactions entre le père et le bébé.....	48
C) Le père patriarche.....	50
a) Le rôle spécifique de père.....	50
b) L'aspect matériel.....	50
4) Les facteurs protecteurs.....	51
a) Le soutien matériel.....	51
b) Le soutien émotionnel.....	52
IV) Discussion.....	54
1) Les forces de l'étude.....	54
2) Les limites de l'étude.....	56
3) Synthèse des résultats.....	57
A) Les difficultés rencontrées, spécifiques du père.....	57
B) Les facteurs aggravants.....	60
C) Les éléments qui permettraient de lutter contre ces difficultés.....	61
4) Conclusion et perspectives.....	62
A) La place du médecin généraliste.....	62
B) L'information généralisée.....	63
C) La poursuite de la recherche.....	63
D) Le rôle du père dans la société actuelle.....	63
Bibliographie.....	65
Annexe 1 : Définitions.....	68
Annexe 2 : Note informative distribuée au pères participants à l'étude.....	69
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	70
Annexe 4 : Retranscription des entretiens.....	71

I INTRODUCTION

1) Evolution du rôle paternel dans les sociétés occidentales :

Jusqu'au 19^{ème} siècle, le modèle familial traditionnel est basé sur la domination masculine. L'homme et la femme ont des rôles bien définis.

Au début du 20^{ème} siècle, en particulier à la faveur de la première guerre mondiale, s'effectue un bouleversement important :

Les femmes entrent massivement dans la vie professionnelle, et acquièrent des droits civiques et sociaux, leurs permettant de sortir du seul rôle de mère-épouse.

Mais comme le souligne Christine Castelain-Meunier :

« Les femmes [...] sont confrontées à des exigences contradictoires qu'implique la diversité de leurs rôles et n'en continuent pas moins à être sollicitées comme mères tout en étant sur responsabilisées et en pâtissant des inégalités. » [1]

Parallèlement, le statut de père évolue aussi. A la fin du 19^{ème} siècle, la scolarité devient obligatoire. Le père perd une partie de sa fonction éducative, confiée au service public. Par ailleurs, il voit diminuer son rôle de responsable des finances pour sa famille.

Le terme de *paternité*, apparu dans le code civil un siècle plus tôt (édition de 1804), commence à prendre un sens plus profond. Initialement associé à la filiation d'un enfant avec son père, il va progressivement désigner le rôle fonctionnel de père. Puis finalement devenir un lien de droit entre le père et son enfant. (annexe 1)

Cependant, le père n'est pas encore présent dans les rituels de l'accouchement et dans les séances de puériculture.

2) Être père au 21ème siècle :

En ce début de siècle, l'implication du père dans la parentalité [2] est de plus en plus importante.

En 2009, Monard énonce ceci :

« La place des pères a beaucoup évolué. En effet, la société actuelle, en premier lieu les femmes et les soignants, attendent de ceux-ci qu'ils s'investissent activement pendant les périodes de la grossesse et de l'accouchement. Il est à noter que les médias tiennent une large place dans la diffusion de ces attentes. » [3]

Le 1er janvier 2002, Ségolène Royal, alors ministre de la famille, instaure pour la première fois en France les congés paternité, de 2 semaines [4], (annexe 1). Cela reste bien inférieur aux congés maternité, mais reste une avancée conséquente.

Par ailleurs, le congé parental évolue en impliquant le père dans le rôle éducationnel de son enfant.

Depuis le 22 décembre 2014, il est porté de six mois à un an au maximum si les deux parents le partagent à la naissance du premier enfant. [5] [6]

Cette réforme, voulue par Madame Najat Vallaud-Belkacem a pour but d'inciter plus de pères à prendre ce congé.

En effet, une étude publiée en 2012 révèle que la part d'hommes qui prennent un congé parental n'est que de 3,5%. [7]

La fonction de père est donc en pleine évolution. L'homme du 21ème siècle s'implique de plus en plus lors des différentes étapes du péri-partum.

Le père est souvent présent aux échographies de contrôle, peut participer aux séances de préparation à la naissance, assiste sa femme durant toute la durée de l'accouchement, et prend une part plus active aux soins de puériculture.

Toutes ces étapes lui permettent de se rapprocher un peu plus de son enfant, de soutenir la maman, réduisant ainsi sa charge de travail, atténuant son anxiété, et par extension, toutes les pathologies pouvant en découler. [8][9][10]

3) Les études sur la parentalité :

De nombreux travaux de recherches ont été dédiés à la mère en péri-partum.

Une recherche sur Pubmed, en associant les mots "Mother" et "Postpartum" donne plus de 12 000 résultats. En utilisant le même processus, remplaçant "Mother" par "Father", nous n'en retrouvons alors que 640.

Très peu d'études ont été effectuées concernant le père. Les premiers travaux sérieux sont publiés à la fin des années 90 :

- Areias s'intéresse à l'intrication des dépressions du post-partum maternelles et paternelles dans son étude "Correlates of postnatal depression in mothers and fathers" [10]
- Zelkowitz et Millet s'intéressent indirectement au père dans leur étude "The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners". [11]
- Matthew teste une grille de détection de la dépression du post-partum maternel, chez les hommes dans son étude "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners" [12]

A partir des années 2000, un peu partout dans le monde, le rythme s'accélère. La plupart des travaux portent sur la dépression, et la dépressivité du père en postpartum. [8][13][14][15][16][17][18][19]

Comme en écho à l'évolution sociétale de l'homme, le système médico-social tend à s'adapter à ce nouveau bouleversement.

4) Données actuelles :

Il est maintenant reconnu que le père a lui aussi sa part de difficultés psychologiques en rapport avec le péri-partum. Et ce, même au sein du grand public. Des articles dans les journaux non spécialisés apparaissent un peu partout en France. [20]

Du côté de la presse médicale, plusieurs informations importantes sont à retenir :

- Entre 5,3 et 6,5 % des pères seraient atteints de dépression durant la grossesse de leur conjointe [10] (entre 6,5 et 12,9 % chez la femme [21])
- 5 à 10 % des pères souffriraient d'anxiété ou de tristesse en post-partum [22] (entre 10 et 50 % chez la femme [23])
- Jusqu'à 13 % des pères seraient atteints de dépression du post-partum [24] [22] (entre 10 et 50 % chez la femme [21])
- Jusqu'à 50 % des pères seraient atteints de blues à 4 mois [25]
- Un père antérieurement dépressif guéri, a 25 % de chance de récidiver en post-partum [16] [13]
- 2 pics de fréquence pour la dépression du post-partum : à 6 semaines et entre le 9ème et le 15ème mois de vie du nourrisson [26]
- Il existe une relation entre la dépression du post-partum paternelle et la dépression du post-partum maternelle [10][13][8][27]
- Plus encore, la dépression maternelle est le facteur de risque le plus important de dépression paternelle en post-partum [28][12]
- La dépression paternelle a des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant [29]
- La dépression paternelle du post-partum est peu documentée [8]

Apporter plus d'informations sur le fonctionnement paternel lors du péri-partum, pourrait nous permettre de prévenir la survenue de troubles durant cette période.

Par extension, nous pourrions formuler l'hypothèse, qu'une diminution de la fréquence de ces troubles, pourrait également faire décroître la survenue de troubles maternels du péri-partum, tout comme les troubles du développement de l'enfant.

Ainsi, Bongrand conclut sa revue de littérature sur la dépression du père en post-partum :

« Des stratégies d'intervention pourraient être élaborées afin de prévenir les effets délétères sur le développement de l'enfant. » [30]

5) De l'utilité de la médecine générale :

Le médecin généraliste est le premier acteur en soins primaires. Il est donc en première ligne pour détecter précocement les troubles du père associés au péri-partum.

Les recommandations du Haut comité de la santé publique précisent :

[II] *« peut suivre la famille des femmes et en particulier le père, et être à même de dépister d'éventuels retentissements psychologiques de la grossesse chez la mère, le père, le couple, la fratrie et jouer un rôle important dans la prévention des troubles de l'attachement. Il est mieux placé que quiconque pour comprendre l'environnement dans lequel se développe la grossesse [...] Il a donc un rôle préventif majeur. »* [31]

De plus (devant la méconnaissance des difficultés du père) les équipes soignantes sont peu formées à s'intéresser spécifiquement au père. [32]

Il est intéressant de constater que les recommandations les plus récentes de la haute autorité de santé (HAS, Novembre 2005) sur la préparation à la naissance et à la parentalité n'évoquent pas une seule fois la prise en charge du père de manière isolée (mais seulement à travers le spectre de la mère) [33]

On peut ajouter qu'en raison notamment de règles sociales, l'homme a plus de réticence à se confier en présence d'un proche, en particulier sa femme.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge psychologique du père en péri-partum, ou tout du moins dans la détection des signes d'alerte, apparaît ainsi comme pertinent.

6) Intérêt d'une thèse de médecine :

A la lecture de ces données, 5 idées principales ressortent :

- la fonction du père au sein de la société évolue
- le père tend à s'impliquer de plus en plus dans la parentalité
- à ce jour il n'y a que très peu d'études réalisées sur la paternité
- les études existantes mettent en évidence des troubles paternels
- le médecin généraliste aurait un rôle à jouer dans la détection des signes d'alerte

Il nous a semblé intéressant d'effectuer une étude, orientée sur le vécu du père en péri-partum, en s'intéressant plus spécifiquement aux difficultés qu'il aurait rencontrées.

Et de répondre ainsi à ces 2 questions :

- Quelles sont ces difficultés rencontrées ?
- Quels en sont les facteurs aggravants ?

A partir de ce constat, nous essaierons d'apporter des solutions adaptées aux difficultés ainsi mises en évidence.

II) Matériel et Méthode

1) Critères d'inclusion :

Pour cette étude qualitative, la cohorte devait répondre exclusivement à ces 2 critères :

- être père pour la première fois
- d'un nourrisson âgé de 1 à 24 mois

L'étude doit concerner des pères qui n'ont pas eu d'enfant. Nous estimons que dans le cas contraire, ses réactions seraient influencées par ses expériences précédentes.

Plusieurs études mettent en évidence que les troubles psychologiques paternels interviennent préférentiellement à 2 périodes : lorsque le nourrisson est âgé de 1 mois, et lorsqu'il est âgé de 18 mois [26]. Par ailleurs, avant 1 mois le père n'a pas le temps de prendre de recul sur sa nouvelle situation. Après 24 mois, l'incidence des troubles psychologiques diminue fortement.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi cette tranche d'âge.

Tout père répondant à ces 2 critères était invité à participer à l'étude.

Chaque père a été caractérisé par :

- son âge
- l'âge de son nourrisson
- le sexe de son nourrisson

2) Méthode d'invitation des participants :

Nous avons privilégié 2 modes de recrutement :

- en cabinet de consultation de ville
- en Centre Médico-Social (CMS) dans le secteur Protection materno-infantile (PMI)

Nous n'avons pris aucun contact préalable avec les pères. Aucun d'entre eux n'a été spécifiquement convoqué pour l'étude. Ils venaient spontanément en consultation, accompagnés ou non de leur femme et de leur enfant. A l'issue de la consultation, il leur était demandé si nous pouvions nous entretenir (en privé s'ils étaient accompagnés). Aucun père n'a refusé.

Nous avons pu constituer un échantillon raisonné et diversifié.

3) Organisation des entretiens :

Il s'agit d'entretiens individuels, semi-directifs, menés par un homme.

Il est précisé au participant que l'entretien sera strictement anonymisé. Aucune information communiquée ne sera transmise à sa famille, ni au personnel médical de la structure.

En début d'entretien une note informative lui est délivrée. (annexe 2)

En introduction, nous expliquons la nouvelle place du père dans notre contexte social. Que tout comme la maternité, la paternité peut apporter son lot de réjouissances comme son lot de soucis.

Le fait de parler à un homme peut faciliter l'échange, et pousser le père à se confier plus facilement.

4) Description du guide d'entretien :

Le guide d'entretien est divisé en 3 parties, constituées chacune d'une question principale, et de 3 questions de relance. (annexe 3)

Ce sont des questions volontairement ouvertes, orientées sur leur ressenti durant toute la période du péri-partum. Cette période a été définie par ces 2 bornes chronologiques :

- début de grossesse
- les 2 ans du nourrisson

Le nombre de questions est volontairement restreint pour inciter le père au dialogue, de la manière la plus ouverte possible, avec le moins d'influence possible de la part de l'intervenant.

Le but étant de lui faire exprimer ce qui l'affecte le plus.

5) Traitement des données :

Les données ont été saturées après 18 entretiens. Afin d'augmenter la variabilité de l'échantillon, nous en avons réalisé 2 supplémentaires, ce qui a fait un total de 20 entretiens.

Nous avons fait le choix de l'analyse thématique :

Les entretiens ont été retranscrit par dictée sur ordinateur, à l'aide du logiciel Open Office. Les verbatims ont été extraits et codés. (annexe 4)

Ces codes ont ensuite été regroupés en thèmes.

L'analyse se déroule en 3 partie :

- la grossesse
- l'accouchement
- le post-partum

6) Recherche bibliographique :

Les bases de données principalement sollicités ont été :

- PubMed
- Sudoc
- Cairn
- Littérature médicale
- Articles dans la presse générale francophone

Les mots clés utilisés furent : père, paternité, parentalité, troubles psychiatriques, anxiété, dépression, post-partum, déprime, grossesse, accouchement, enfance, father, fatherhood, depression, psychiatric, anxiety, post-partum, pregnancy, delivering, childhood.

Les ressources soutenant la bibliographie de la thèse ont été gérées à l'aide du logiciel Zotero.

III) Analyse des résultats

Caractéristique des pères et des entretiens :

L'âge des pères était compris entre 20 et 37 ans. La moyenne d'âge était de 29,7 ans.

L'âge des nourrissons était compris entre 1 mois et 24 mois. La moyenne d'âge était de 8 mois.

Les entretiens ont duré entre 4 min30 et 10 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 7 min et 30 secondes.

Ils ont été réalisés entre novembre 2014 et juillet 2015.

1) La grossesse

A) Les aspects psychologiques

a) L'humeur du père

Les émotions, diverses et variées, étaient en rapport avec la grossesse elle-même, mais également avec le futur. Pour beaucoup, la grossesse était une occasion de penser aussi à "l'après".

Certains manifestaient de la joie. Ils étaient heureux de devenir père, d'accéder à un nouveau statut, qu'il soit personnel ou social.

« *J'étais bien, tout simplement bien* » (P1)

« *Je me suis senti bien [...] J'étais bien* » (P8)

D'autres au contraire manifestaient de l'anxiété, pour les mêmes raisons décrites plus haut. La peur de devenir père (voir patriarce), de devoir changer de mode de vie. L'angoisse pouvait également transformer la perception de leur futur. Grossir une réalité qu'ils se sentaient incapable d'affronter.

« *J'étais stressé. C'était la première fois ! [...] Je savais pas être papa.* » (P3)

« *J'étais un peu angoissé. Comment m'occuper d'elle ? [...] Et après ?* » (P7)

Certains pères décrivaient également un sentiment d'impatience. Parfois de la frustration par rapport à cette phase d'attente qu'est la grossesse. Une envie de passer à l'étape suivante.

D'autant plus quand la grossesse était pathologique. L'accouchement était alors l'occasion de se libérer des complications potentielles.

« *J'avais hâte qu'il arrive, c'est dur d'attendre* » (P7).

« *Fallait qu'elle accouche. J'avais peur pour elle et le bébé* » (P10)

b) Le père livré à lui-même

Parmi les réponses entendues, certaines étaient en rapport étroit avec la solitude du père. Le sentiment d'être seul face aux difficultés, qu'elles soient similaires ou totalement différentes de celles éprouvées par la mère.

Le père pouvait reconnaître l'existence des troubles maternels, mais se sentait incompris lorsqu'il évoquait les siens.

Ainsi :

« Elle ne me comprenait pas. Elle disait que c'était elle qui portait l'enfant, pas moi. » (P5)

Plus généralement, le père se sentait insuffisamment compris, insuffisamment soutenu par sa compagne, mais également non écouté par son entourage :

« Personne était là pour m'aider. Mes parents ni ma femme ne voulaient admettre que le père peut souffrir aussi. » (P14)

En revanche, tous les pères ayant ce ressenti ont trouvé du réconfort au sein de l'équipe médicale. Se sentir écouté contribuait à les rassurer. Par ailleurs, savoir qu'il n'était pas seul à être dans ce cas le soulageait :

« Je suis allé voir un psy. Ça m'a fait du bien. Il a dit que ça existait. » (P5)

B) Le père patriarche

Nous avons fait le choix de regrouper 3 thèmes sous cette appellation, car c'est l'idée principale qui en ressort au cours de pratiquement tous les entretiens. Le sentiment de devoir prendre la responsabilité de la famille, que ce soit sur le plan matériel (travail, gestion des dépenses), sur l'anticipation de la naissance (et la planification des étapes dès la conception), ainsi que sur le rôle du père imaginé par l'interviewé.

a) L'aspect matériel

Nombreux pères ont évoqué l'aspect matériel comme un thème indispensable à aborder. Avoir un emploi stable était la priorité :

« *Est ce que j'aurai un travail ?* » (P4)

« *J'avais pas de boulot. Ça ajoutait à mon stress.* » (P11)

Plus généralement, les soucis financiers étaient évoqués. Gagner de l'argent, gérer les dépenses actuelles, les achats futurs.

« *Est-ce que j'apporterai assez d'argent ?* » (P4)

« *Est-ce qu'on gagnera suffisamment ?* » (P3)

Enfin, ils évoquaient les difficultés liées à leur habitation. Avoir un logement fixe, suffisamment grand. La question de déménager pour avoir un logement plus adapté se posait.

« *Est-ce que l'appartement sera assez bien pour lui ?* » (P3)

b) *L'anticipation*

Ce deuxième thème rassemble tout ce qui est lié à l'anticipation, à la prévision de la grossesse. Encore une fois, les réponses étaient variées.

Certains pères ne voulaient pas, ou bien étaient dans l'incapacité de prévoir le futur. Cela était responsable d'un stress certain.

« *J'avais l'appréhension du lendemain* » (P7)

« *Qu'est-ce qui va se passer ensuite ?* » (P3)

Au contraire, des pères étaient plus organisés. Ils anticipaient plus facilement la suite de la grossesse, l'accouchement ou le post-partum immédiat. Ainsi ils étaient plus sereins :

« *On n'a pas eu de problème. [...] On avait tout prévu.* » (P1)

Cette organisation était souvent suggérée par une source extérieure. Que cela soit au niveau des proches, par des conseils, ou bien par les différentes structures médicales :

« *Mes parents m'ont dit tout ce qu'il y avait à savoir* » (P20)

« *[...] l'importance de l'information médicale. L'échographie, les prises de sang. Sans ça on est perdu.* » (P14)

c) *Le rôle de père*

Qu'il soit façonné par l'environnement sociétal extérieur (en particulier les médias), ou bien par son entourage familial, la conception du "rôle de père" est propre à chacun. Mais peu importe cette conception personnelle, l'idée propre à ce rôle a été beaucoup évoquée, pour mettre en évidence une certaine responsabilité propre à l'homme :

« Je me suis surinvesti car j'étais le père » (P5)

« On se demande si on va faire le taf, assumer en tant que chef de famille » (P11)

Cette responsabilité assumée par de nombreux pères, les mettait la plupart du temps en difficulté. Ils se sentent investis d'un pouvoir qu'ils doivent exercer, mais ne sachant pas toujours comment :

« Le sentiment de ne pas être à la hauteur en tant que père » (P14)

« Qu'est ce que je dois faire ? Je suis le papa ! » (P3)

C) Les interactions avec la mère et le bébé

a) *Le partage de la grossesse*

Les pères ont été concernés par les symptômes de la grossesse, à travers leur conjointe. Sans réellement exprimer les symptômes de manière psychosomatique (à la différence du syndrome de couvade), ils étaient surtout conscients de leurs aspects délétères sur la mère :

« Les vomissements m'ont stressé. Je voulais les arrêter mais je ne pouvais pas » (P10)

En plus de l'angoisse, ils décrivent cette sensation d'impuissance, de frustration, d'être uniquement spectateur :

« Je ne pouvais pas partager ses problèmes de grossesses. Juste regarder » (P6)

Par ailleurs, ils étaient également concernés par le bébé. Que cela soit par le biais des symptômes de mauvaise tolérance de la grossesse par la mère, ou bien tout simplement dans le cadre de la grossesse physiologique, sans point d'appel particulier :

« J'étais autant angoissé pour le bébé que pour ma femme » (P10)

Plus spécifiquement, dans les cas de grossesse pathologique, les risques pouvaient s'orienter vers la mère ainsi que vers le bébé. La source d'angoisse était alors dirigée vers ces 2 protagonistes :

« J'avais peur pour les deux car le médecin a dit qu'il pouvait y avoir des conséquences pour les deux » (P7)

b) *Les interactions avec la mère*

Aux dires des pères, la grossesse a été l'occasion de nombreuses rixes entre les deux progéniteurs. Les origines des disputes étaient variées. Très souvent, la grossesse elle-même était un tel moment de tension, qu'il n'y avait pas d'autre raison pour créer un conflit entre le père et la mère :

« *On s'est beaucoup disputé [...] tout le temps pour rien* » (P5)

Tel un cercle vicieux, la tension de l'un se répercutait sur l'autre :

« *Elle était énervée, du coup moi aussi* » (P13)

Le facteur responsable principalement cité, fut l'asthénie de la mère :

« *Elle était fatiguée, et difficile à gérer* » (P16)

A contrario, la grossesse a pu également créer des interactions positives dans le couple. Le père pouvait se montrer plus proche, plus attentif. De son côté, la mère pouvait ressentir l'envie de se rapprocher de son conjoint, afin de mieux partager ses émotions :

« *J'étais plus attentionné que d'habitude* » (P9)

Le couple se veut plus fusionnel, les mentalités changent, au moins le temps de la grossesse, qui peut être un moment de pause dans les tensions du couple :

« *Pendant la grossesse, on s'engueulait moins* » (P12)

2) L'accouchement

A) Les aspects psychologiques

a) Le stress du père

Encore une fois, les humeurs du père furent variées. Rarement positives, le panel d'humeur était au contraire dominé par le stress, sous différentes formes.

Le facteur responsable de ce stress était majoritairement la peur de l'inconnu. Que les pères aient anticipé ou pas l'accouchement, qu'ils aient assisté aux cours de préparation à la naissance ou non, être spontanément propulsé dans le feu de l'action les déstabilisaient :

Cela était parfois une simple angoisse :

« *J'étais complètement angoissé* » (P2)

Mais le plus souvent, cet état de stress est exacerbé :

« *J'étais complètement paniqué* » (P3)

Dans l'attente de la délivrance, l'imagination des pères les travaillait, de manière pessimiste. Ce sentiment pouvait être spécifiquement lié au bébé :

« *J'étais anxieux que ma fille soit anormale. Jusqu'à ce qu'elle sorte.* » (P10)

Très rarement, les pères deviennent presque apathiques, prostrés :

« *J'étais indifférent [...], presque déconnecté de la réalité* » (P8)

A l'opposé, le père pouvait également ressentir des émotions, mais les cacher à la mère durant l'accouchement, afin de mieux la soutenir :

« *Je ne pouvais pas montrer que j'étais stressé, pour soutenir ma femme* » (P10)

« *J'avais pas le choix, fallait faire le taf sans réfléchir* » (P9)

b) Le sentiment d'exclusion

Pour les accouchements qui se sont déroulés par césarienne en urgence, les pères pouvaient éprouver une sensation d'exclusion. Le fait de soutenir sa femme pendant le pré-travail, voir pendant une grosse partie du travail, puis de subitement devoir être mis de côté.

« *Je voulais vivre l'accouchement mais je n'ai pas pu* » (P5)

Cette mise à l'écart pouvait être brutale, et ainsi être mal ressentie :

« *J'ai été éjecté [...] comme si je ne faisais pas partie de l'accouchement* » (P16)

Dans la majorité des cas, le temps passé seul sans informations était mal vécu :

« *Je ne savais pas ce qui se passait. J'arrêtais pas de me dire qu'il y avait un problème* » (P2)

« *J'étais stressé car je ne savais rien* » (P4)

B) Le rapport à l'accouchement

a) L'aspect temporel

L'aspect de durée a été évoqué spontanément lors des entretiens. Le sentiment de stress mentionné plus haut, transformait la vision de la réalité. Ainsi la perception du temps elle-même était altérée.

Que ça soit pour signifier que le temps était court, quand l'accouchement se déroulait relativement bien :

« Ça n'était pas long. On a pas vu le temps passer. » (P1)

Ou plus fréquemment que le temps était long, surtout quand la délivrance tardait, et quand l'accouchement n'était pas physiologique (extraction avec outils, césarienne) :

« Je me disais : quand est-ce que ça se termine ? » (P3)

La notion de temporalité pouvait également être évoquée pour montrer le côté pragmatique de la situation, du rôle que le père se voyait attribuer :

« On devait se dépêcher. [...] Pas le temps d'avoir peur. » (P9)

b) *La spécificité de l'acte*

En dehors de l'angoisse ressentie, l'acte de l'accouchement en lui-même a été source d'émotions multiples. La perception de l'accouchement en tant que concept, influençait les pères le moment venu :

« *C'était ça l'accouchement. J'étais perdu.* » (P17)

« *Je me suis surinvesti donc j'étais stressé au moment de l'accouchement.* » (P5)

L'accouchement devenait parfois une étape en dehors de la réalité :

« *C'est comme si j'étais ailleurs. Je ne me souviens pas en détails de ce qui s'est passé* » (P16)

Très souvent, le dégoût a également été évoqué. L'accouchement est l'occasion pour des personnes non habituées à la réalité « crue » de la médecine, d'en faire l'expérience de manière brutale. Le personnel en costume qui s'agite autour de la mère, le sang et autres sécrétions, les outils inconnus, les différentes aiguilles, la chair à vif, sont autant d'éléments qui peuvent mettre mal à l'aise le père :

« *Quand on coupe le cordon, on voit des choses qu'on aimerai pas voir* » (P16)

« *Je n'étais pas écœuré [...] J'ai pas vu le placenta et tout.* » (P11)

c) *Les interactions avec la mère*

Des pères décrivaient une sensation spontanée de rapprochement avec leur conjointe. Même s'ils étaient d'accord pour dire que c'était la femme qui faisait tout le travail, ils essayaient d'apporter leur modeste contribution. Le simple fait de leur tenir la main, ou bien de leur vaporiser de l'eau fraîche, de leur parler, de leur répéter les consignes de la sage-femme. Plus qu'une participation, c'était une envie de fusion avec leur partenaire :

« J'étais son manager. Je lui disais de pousser et de respirer. » (P9)

Des pères, partageaient à leur manière la souffrance de leur partenaire. Leur souffrance à eux, était alors psychologique :

« Les contractions me faisaient souffrir car je ne pouvais rien faire pour ma femme. Je ne pouvais que regarder » (P10)

Au contraire, des pères étaient rassurés de ne plus voir la maman souffrir :

« Aucun problème après la péridurale, plus aucune douleur pour elle. Je me sentais serein. » (P11)

3) Le post-partum

A) Les aspects psychosomatiques

a) L'aspect psychologique

Les étapes de la grossesse et de l'accouchement passées, les pères sont confrontés à une toute nouvelle situation. Cette fois-ci, ils ont l'occasion s'impliquer beaucoup plus directement. De nombreux bouleversements psychologiques s'effectuent dès lors. Devant l'inconnu, les humeurs sont nombreuses.

Cependant, et même si cette étape est différente des 2 précédentes, on peut envisager une augmentation du seuil de tolérance face à l'inconnu, une meilleure capacité d'adaptation :

« On commence à être habitué aux situations nouvelles [...] ça se passe mieux. » (P18)

Si bien que certains pères ne ressentent pas de stress ou de tristesse :

« Je ne vois pas ce qui peut me rendre dépressif » (P5)

Plus encore, certains pères se sentent heureux. Ils ne se focalisent plus que sur les bons moments du post-partum :

« Je me sens mieux qu'avant » (P6)

A l'opposé, des pères ressentent mal la suite des événements, sur le plan psychologique :

« Je panique car il n'arrive pas à exprimer ce qu'il ressent. Est-ce qu'il est malade ? » (P14)

« *La mort subite du nourrisson me fait peur* » (P12)

b) L'aspect somatique

Les bouleversements psychologiques s'accompagnent de changements somatiques caractéristiques. De même, l'arrivée d'un nouvel être au sein du foyer, demande une modification du rythme habituel de vie. Pour des raisons de budgets, plus d'heures peuvent être consacrées au travail. Le père doit également se réserver pour s'occuper de son nourrisson. Tout ceci ampute des moments de détente, voir plus simplement du temps de repos.

Ainsi, le symptôme prédominant est la fatigue.

Cela peut concerner le fonctionnement du père dans le quotidien :

« *Je suis fatigué de m'occuper de lui* » (P6)

« *Aller au travail était fatiguant* » (P10)

Plus directement, cela peut concerner le sommeil lui-même. Que ça soit à cause des activités nocturnes en rapport avec l'enfant (biberons, changes), ou bien directement les pleurs nocturnes de l'enfant. Dans les 2 cas, cela interfère avec la capacité de récupération du père :

« *J'arrive pas à dormir* » (P4)

« *C'est surtout le manque de sommeil qui est difficile* » (P1)

Moins souvent évoqué, certains pères évoquent un trouble alimentaire. Il est la traduction directe d'une humeur triste, voir dépressive.

« *Je mange plus [...] J'ai pas le moral.* » (P4)

B) Les interactions avec la mère et le bébé

Ce sont les parties les plus riches en informations. L'arrivée de l'enfant au sein du foyer transforme le couple en triade familiale. Des interactions se forment entre les parents et l'enfant, tandis que les liens entre le père et la mère se modifient, s'adaptent à cette nouvelle triade.

a) Les interactions entre le père et la mère

Si les troubles psychologiques du post-partum chez la mère sont reconnus et admis au sein de notre société, il est en tout autre concernant les troubles du père.

Le changement brutal de style de vie chez le père est indéniable. Et si les transformations physiques chez la mère lors de la grossesse, annoncent concrètement une nouvelle étape de la vie, le progéniteur n'exprime quant à lui aucun symptôme physique.

Par ailleurs, la société actuelle a encore du mal à reconnaître les souffrances de l'homme. Le rôle du père change mais l'image que la société a de lui a un cran de retard. Si bien que bon nombre de pères, même s'ils souffrent, se garde de le montrer, alimentant le cycle de souffrance / frustration.

Nous pouvons mettre en évidence un isolement du père dans sa détresse :

« Elle ne comprend pas que je ne vais pas bien » (P4)

« Elle croit qu'il n'y a qu'elle qui a le droit de ne pas être bien » (P4)

Si à contrario, sa compagne est réceptive, elle peut lui apporter une aide précieuse, pour surmonter les difficultés susnommées :

« Sans ma femme, je serai perdu » (P12)

La maman sert également de relais pour atténuer la potentielle frustration du père :

« *Quand il s'énerve, je dis à ma femme de me relayer* » (P11)

« *Quand on est fatigué, on se relaye* » (P13)

De nouvelles relations se forment. Ou bien un renforcement des liens unissant les 2 parents.

Cette "alliance du couple" est souvent évoquée :

« *C'est le couple, le partage des tâches, chacun sa responsabilité* » (P8)

« *Notre couple est fusionnel* » (P6)

Enfin, moins directement, le père peut être affecté par la condition de la mère. C'est l'excès d'alliance du couple qui entraîne la souffrance de l'homme :

« *Le stress de ma femme a été le plus dur à supporter* » (P10)

b) *Les interactions entre le père et le bébé*

L'homme fait face à son enfant. Des interactions totalement nouvelles apparaissent.

A chaque situation apparaît une nouvelle action, un nouveau jugement à effectuer. Le premier pleur, le premier repas, le premier change, le premier sourire.

Les pères évoquent un stress vis à vis de la prise en charge de leur enfant :

« *J'ai peur de m'occuper de lui* » (P2)

« *Quand il pleure je stresse* » (P6)

« *Quand elle a pleuré, je ne savais plus quoi faire* » (P12)

Le nourrisson s'exprime d'une manière totalement atypique, entre pleurs (apparemment) immotivés, et grimaces non interprétables. Pour certains pères, il est difficile d'interagir avec son enfant, devant tant d'incompréhension :

« On comprend pas quand il pleure » (P9)

« Quand elle est malade, je suis un peu angoissé car elle ne sait pas s'exprimer » (P12)

Plus pragmatique, les actes spécifiques que le père effectue auprès de son bébé sont les occasions citées pour pleinement interagir avec lui. C'est souvent le premier lien, plus concret, qu'ils développent avec leur enfant :

« J'ai peur de m'occuper de lui » (P2)

« Je le change » (P9)

« Quand elle se réveillait la nuit je devais y aller » (P10)

C) Le père patriarche

a) Le rôle spécifique de père

Encore une fois, même si le rôle parental de l'homme évolue, il reste attaché à l'ancienne définition qui veut qu'il soit le pilier familial. Et donc associé aux exigences de l'homme moderne. Il est en quelque sorte pris entre 2 statuts.

Les témoignages peuvent être orientés vers la notion fondamentale du père, le chef de famille, qui se doit d'assumer cette responsabilité.

« *Je n'assume pas mon rôle de chef de famille* » (P4)

« *J'assume ma famille* » (P9)

b) L'aspect matériel

Plus concrètement, les pères racontent leur responsabilité face à la gestion matérielle. Le paiement du loyer, de la nourriture, des fournitures pour le bébé.

Elle peut mentionner la notion d'argent directement :

« *J'ai peur de ne pas avoir assez d'argent* » (P3)

« *Si on avait de l'argent* » (P4)

Ou bien les éléments impliquant l'aspect financier :

« *De pas pouvoir payer le loyer* » (P9)

« *Si je perdais mon travail* » (P12)

4) Les facteurs protecteurs

Devant cet afflux de difficultés, il nous a paru pertinent de nous intéresser aux facteurs protecteurs, potentiels ou directs. Tout comme lorsque l'on étudie une maladie, la recherche des influences extérieures durant le péri-partum peut révéler de précieuses informations.

Quand nous évoquons avec les pères les éléments qui ont, ou qui auraient pu les aider à surmonter leurs difficultés, 2 éléments reviennent invariablement : le soutien matériel, et le soutien émotionnel de l'entourage.

a) Le soutien matériel

Les témoignages orientent vers l'aspect financier directement :

« Si on avait de l'argent... » (P4)

« Heureusement on gagne bien notre vie. On se pose pas trop de questions pour les achats. » (P16)

« Nos parents sont là pour aider, si on a besoin d'argent par exemple » (P2)

b) *Le soutien émotionnel*

Le soutien peut venir de la partenaire. Elle est première ligne pour comprendre les difficultés du père, puisqu'elle peut les éprouver directement :

« *Sans ma femme, je serai perdu* » (P12)

Pareillement, le soutien mutuel constitue un cycle de réassurance et de lutte efficace contre les difficultés du couple :

« *Notre couple est fusionnel* » (P6)

Sans partager les difficultés directement, les parents apportent un soutien conforté par leur expérience. Expliquer comment solutionner un problème qu'ils auraient eu dans le passé est un atout majeur :

« *Nos parents sont très présents, surtout sa mère* » (P6)

« *Mes parents nous soutiennent* » (P3)

Pareillement, le soutien vient également de personnes extérieures à la famille :

« *Heureusement, mon meilleur ami a déjà eu un enfant, alors dès que j'ai une question, il peut me répondre* » (P17)

IV) Discussion

1) Les forces de l'étude

Le thème abordé

Si le ressenti des mères en péri-partum a été largement documenté, très peu d'études sur le père, tant sur le plan national qu'international ont été réalisées.

Les pères étant de plus en plus impliqués, le sujet semble pertinent afin de mieux connaître leurs difficultés, ainsi que leur prise en charge.

La méthode utilisée

L'objectif de ce travail a été de recueillir, comprendre et interpréter des émotions. Pour un tel processus, l'étude qualitative semble être parfaitement adaptée.

Elle consistait à réaliser des entretiens semi-dirigés, avec le maximum de liberté possible autorisé à l'interviewé. Le guide d'entretien n'intervenait réellement que si le dialogue se faisait difficilement, et ce pour donner un aspect naturel à la discussion.

Aucun des pères ne s'est refusé à participer à l'étude. La plupart ont même paru heureux de parler, parfois soulagés de s'être confiés, ou simplement d'être entendu.

Dans un contexte où le père est rarement écouté, en opposition à la mère, le fait que l'interviewer soit du même sexe a pu aider les hommes à se livrer plus ouvertement.

La population étudiée

Dans ce genre d'étude, l'échantillon se doit non pas significatif, mais diversifié. Ainsi, les pères n'ont pas été sélectionnés, mais pris au hasard, sans limite précise, si ce n'est la saturation des données.

La fourchette d'âge ainsi que le profil des pères étaient larges, tant au point de vue du statut marital, que du statut social.

Les modes d'accouchement, ainsi que les types d'alimentation du nourrisson étaient eux aussi très variés.

Les hommes devaient simplement correspondre au profil demandé, c'est à dire être père pour la première fois, d'un nourrisson ayant un âge compris entre 1 et 24 mois. La néo-paternité se justifiait par le fait qu'une expérience ancienne aurait complètement changé ses perceptions, probablement à type de renforcement positif.

L'âge du nourrisson, volontairement limité, permettait de couvrir un panel d'émotions suffisamment large dans toutes les étapes de structuration de la paternité. Par ailleurs, les difficultés se rencontrant majoritairement dans les 2 premières années de vie du nourrisson, un âge trop avancé aurait induit un biais de mémoire. [25]

Ainsi, nous avons pu avoir un échantillon raisonné et diversifié.

2) Les limites de l'étude

Le biais de sélection de la population

Les pères ont été interviewés à l'occasion d'une visite en PMI pour leur nourrisson, ou bien une visite en cabinet de médecine générale, pour eux-mêmes ou bien pour un membre de leur famille. Dans les 2 cas ils ne sont pas venus dans l'idée de parler de leurs difficultés en rapport avec leur paternité. On peut supposer que, n'étant pas préparés, ils ne puissent pas décrire avec une parfaite acuité leurs problèmes.

Par ailleurs, possiblement pressés par le temps, il est probable que certains entretiens furent écourtés pour des raisons purement logistiques.

Enfin, de par la méthode de recrutement, nous avons également ignoré les pères n'allant pas en consultation de PMI, ou bien en consultation de médecine générale.

Le biais de mémoire

Comme dans de nombreuses études qualitatives, la mémoire du patient influe sur les informations fournies. N'ayant pas préparé l'entretien en avance, il est possible que leur reconstitution des souvenirs soit partiellement faussée. On peut ainsi craindre qu'ils n'évoquent que les difficultés les plus récentes ou bien uniquement les plus marquantes.

Le biais lié à l'enquêteur

L'enquêteur était novice quant à la réalisation d'une recherche qualitative. On peut supposer que son habilité augmentait au fur et à mesure que le travail avançait. Mais on peut humblement imaginer qu'elle n'était pas au niveau de celle d'un professionnel.

3) Synthèse des résultats

A) Les difficultés rencontrées, spécifiques du père

A partir de cette étude, 4 thèmes ressortent :

- L'impuissance face à l'inconfort de la grossesse et l'attente de l'accouchement
- La solitude du fait d'un partage difficile de son ressenti
- La peur face aux événements
- L'aspect matériel

L'impuissance

Le père moderne a la possibilité de vivre pleinement les différentes étapes de la grossesse. Il est appelé à venir aux échographies, aux différents rendez-vous, à la préparation à l'accouchement. Il peut parfois difficilement s'y rendre mais surtout, toutes ces consultations sont prévues et organisées pour la mère. Le père est simplement invité à y assister.

Pendant la grossesse, il ne sent pas le bébé grossir dans son ventre, l'expérience unique de ressentir la vie bouger en soi. Il ne subit pas les changements corporels successifs, le préparant progressivement à avoir un enfant. Il assiste impuissant, aux inconvénients, voir aux souffrances de la grossesse, sans pouvoir agir directement. Il subit les sautes d'humeur de sa conjointe.

Pendant l'accouchement, il doit compter sur le personnel médical pour soulager la douleur de sa femme. Devoir attendre patiemment que se termine le travail, pour que sa conjointe arrête de souffrir, mais également pour constater que son enfant soit en bonne santé.

Si une extraction en urgence doit se faire, on le met de côté, sans ménagement. L'attente est d'autant plus angoissante.

La solitude et le sentiment d'être incompris

Entre l'image du patriarche et du papa impliqué, le père ne sait pas exactement où se situer. De même, vouloir participer au mieux, mais devoir accepter d'être exclu quand c'est nécessaire, d'avoir une relation moins intime avec son enfant, peut entraîner le père vers un sentiment de solitude.

Complicant la problématique, l'image de l'homme viril, sans craintes ni faiblesses, est fermement ancrée dans les mœurs de notre société. Il est ainsi difficile pour le père de reconnaître avoir des problèmes d'humeur, et encore plus compliqué de les confier. Et s'il arrive à sauter ces barrières, trouver un interlocuteur qui saura l'écouter sera loin d'être évident.

La partenaire est bien souvent déjà concentrée sur ses propres problèmes. Elle aura facilement tendance à ne pas admettre que le père puisse se sentir faible, triste. Au mieux elle minimisera ces troubles de l'humeur, et au pire elle les ignorera. Ceci contribuant encore à rendre le père isolé.

Concernant le corps médical, il paraît intéressant de rappeler que lors du suivi de la grossesse, on ne parle (pratiquement) que de la mère et du bébé. Le père passe au second plan, voir est complètement oublié.

De plus, il y a peu de circuits d'aide psychologique au père. Leur accès est très souvent méconnu, autant du grand public que des acteurs en soin primaire.

La peur

Le père n'est que rarement suffisamment préparé à cette étape unique qu'est la venue de l'enfant. En voulant s'impliquer au mieux, il se pose légitimement de nombreuses questions. Et ces interrogations finissent souvent sans réponses.

L'inconnu génère ainsi une sensation de peur.

Durant la grossesse, il se demande si tout va se passer normalement, sans accidents. Il espère que le fœtus ne sera pas mal formé. Il s'inquiète d'un accouchement prématuré. Il se questionne sur symptômes ressentis par la mère, et si ceux-ci nécessitent de consulter en urgence.

Pendant l'accouchement, il voit le personnel s'affairer autour de sa conjointe, sans toujours comprendre la signification de leurs gestes. Quand il est subitement exclu de la salle de travail, il éprouve l'angoisse de ne pas savoir ce qu'il se passe.

Durant le post-partum, il émet des réserves à pouvoir créer un lien avec son bébé, aussi étroit que peut l'être la relation innée qu'a la mère avec son enfant. Finalement, il a tout simplement peur de ne pas être un père à la hauteur.

L'aspect matériel

Le père se considérant très souvent comme le chef de la famille, il se sent responsable de l'aspect matériel.

Pour adhérer cette image sociétale, il "doit" avoir un travail assez rémunéré. Il "doit" fournir un logement décent, et assez grand pour la venue de l'enfant. Il "doit" pouvoir payer la nourriture et les fournitures pour le bébé.

A la difficulté financière pure, s'ajoute ainsi la pression psychologique, de ne pas être à la hauteur, de ne pas remplir sa mission patriarcale.

B) Les facteurs aggravants

Le manque de soutien

Durant cette période difficile, le soutien moral de proches est probablement indispensable. Que cela soit un soutien au sein du couple, aussi bien qu'un soutien venant de l'extérieur.

Si la notion que l'homme doit soutenir sa conjointe durant le péri-partum, l'idée que l'inverse est également possible, est insuffisamment répandue.

Il doit pouvoir compter sur quelqu'un en cas de problème. Savoir qu'il peut se confier, ou partager ses peines.

Par ailleurs, être père ne s'improvisant pas, le futur papa a besoin de conseils pour se préparer, pour aider sa conjointe, ou bien pour éduquer son enfant.

La fatigue

La fatigue est un élément majeur parmi les difficultés éprouvées par le père.

Il y a la fatigue mentale, due à l'angoisse, aux soucis financiers, au surinvestissement pour trouver sa place.

Il y a également la fatigue physique. Elle est due au manque de sommeil, de par les réveils nocturnes du nourrisson, mais aussi causée par la multiplication des tâches supplémentaire, couplée au fait de continuer de travailler normalement. En effet, peu de père prennent leur congé parental (3,5 %). [7]

Le manque de ressources matérielles

Parallèlement, les ressources matérielles sont tout aussi importantes. Les pères dans une situation précaire seront légitimement stressés. Ainsi, ne pas avoir de travail, ne pas avoir de revenus assez conséquents, vivre dans un appartement trop petit, ou peu hygiénique, sont tout autant d'éléments susceptibles d'aggraver une détresse psychologique.

C) Les éléments qui permettraient de lutter contre ces difficultés

Le soutien

Invariablement, le thème principalement abordé fut le soutien.

Le soutien matériel tout d'abord. Beaucoup de témoignages difficiles étaient centrés sur le manque de ressources matérielles. Les pères sans travail, ou bien mal rémunérés, étaient très anxieux face au présent et au futur. Au contraire, les pères avec une situation financière confortable, et surtout stable, avaient tendance à se sentir confiant vis-à-vis de toutes les étapes du péri-partum.

Ensuite, le soutien moral. Les pères ayant facilement accès à un conseil, que cela vienne de ses parents, d'un frère ou d'une sœur, ou encore d'amis, se sentaient beaucoup plus sereins.

Par ailleurs, les conseils recueillis au sein des professionnels de santé étaient ressentis bénéfiques, mais ne remplaçaient pas la sensation de soutien venant de proches. On peut supposer que c'est la sensation de partager avec un proche, plus que de recevoir un conseil utile qui était plus importante.

Les congés

Enfin, certains pères estimaient que les congés parentaux avaient, ou auraient pu aider à ce que le post-partum se déroule au mieux. S'il pouvait être pris, comme beaucoup l'ont précisé avec regret.

En effet, en raison d'un écart souvent significatif entre les salaires homme / femme, c'était majoritairement la mère qui prenait l'intégralité des congés parentaux. Le père ne pouvait ainsi pas vivre au rythme de l'enfant et donc cumuler deux rôles différents.

Pareillement, les pères ont souligné le bénéfice reçu en prenant leur congé paternité, même si ce fut pour un temps court (au maximum 11 jours consécutifs pour une grossesse simple).

4) Conclusion et perspectives

A) La place du médecin généraliste

Il est intéressant de souligner qu'après avoir parlé de leurs problèmes au décours de l'interview, les pères avaient l'air heureux s'être confiés.

Le médecin traitant, premier acteur en soin primaire, pourra tout à fait jouer ce rôle d'écoute.

Il est à même de connaître le père et sa partenaire, ainsi que le type de relations qu'ils entretiennent.

Il dépasse souvent le rôle de Docteur en médecine, pour devenir simple confident. Un confident tenu par le secret professionnel.

Il peut informer le père. Il peut lui faire relativiser ses éventuelles difficultés. Par exemple en lui précisant que si elles ne sont pas forcément (re)connues du grand public, elles le sont par le corps médical.

Au décours d'un entretien, il peut dépister les pères à risque de développer des troubles psychologiques, et ainsi orienter le patient vers des spécialistes.

Nous pourrions ainsi créer une consultation dédiée au père en fin de grossesse, ainsi qu'en post-partum précoce.

Au cours de cette consultation spécifique, le médecin pourrait aborder les différentes problématiques paternelles, et proposer des solutions pour les surmonter. En profiter pour enfin donner un espace de parole au père.

Enfin, nous pourrions suggérer au médecins généralistes de réserver un temps spécifique pour s'entretenir avec le père lors des consultations dédiées au nourrisson.

Ce sont autant de pistes qu'il serait intéressant de développer.

B) L'information généralisée

Une autre piste dans le domaine de la prévention, serait de d'établir des campagnes d'information, à diffuser dans les cabinets de médecine générale, les réseaux de santé périnataux, les centres de PMI, les journaux, pour informer de l'existence de tels troubles.

C) La poursuite de la recherche

Dans le domaine de la recherche, beaucoup de choses sont encore à faire. En France, trop peu d'études ont été entreprises. Des études quantitatives incluant les différents facteurs favorisant les troubles psychiatriques, par exemple. Des enquêtes plus ciblées sur les pères souffrant de troubles psychiatriques en péri-partum.

D'autres études pourraient mettre en valeur le bénéfice apporté par une thérapie précoce au sein des pères en difficulté.

D) Le rôle du père dans la société actuelle

Dans une société en constante évolution, la place du père au sein de sa famille est en pleine mutation. Hier encore, il était cantonné au simple rôle de patriarche. Aujourd'hui, il assume pleinement ses sentiments, et s'implique plus que jamais dans sa paternité. Cette paternité, qui a totalement changé au cours de ces dix dernières années.

Les différents témoignages révèlent un père se sentant encore responsable du cercle familial, notamment sur le plan matériel.

Ils expriment un amour profond que les hommes portent pour leur enfant.

Coincé entre le passé et le présent, le père actuel est en train de construire son nouveau modèle, sans aucune valeur de référence. C'est à lui d'inventer une nouvelle façon d'être papa.

Pour toutes les raisons évoquées, il est indéniable que le père peut parfois mal vivre le péri-partum,

voir développer des troubles psychologiques francs. (en particulier l'anxiété, la dépression)

La société doit changer l'ancienne image, tenace, du père. Il doit être admis que le père, tout comme la mère, peut rencontrer des difficultés lors du péri-partum. Qu'il a ce droit. Et qu'en cas de problèmes, il peut trouver un interlocuteur privilégié.

Bibliographie

- [1] C. Castelin-Meunier, « Pères, mères, enfants », 1998.
- [2] P. C. Racamier, C. Sens, et L. Carretier, « [Mother and child in postpartum psychoses] », *Evol. Psychiatr.*, vol. 26, p. 525-570, déc. 1961.
- [3] S. Monard, *L'entretien prénatal individuel : incidence sur la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité*. Metz, France, 2009.
- [4] Service public, « Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du privé », mai 2015
- [5] Conseil du sénat, « Loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, PLFSS. Loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 - Panorama des lois - Actualités - Vie-publique.fr », déc. 2014
- [6] Ministère du travail, « Le congé parental d'éducation », avr. 2015
- [7] D. et A. Boyer, « Les pères bénéficiaires du complément de libre choix d'activité », *E-Ssentiel*, vol. 131, n° Janvier 2013, janv. 2013.
- [8] J. Cox, « Postnatal depression in fathers », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 366, n° 9490, p. 982, sept. 2005
- [9] S. Brummelte et L. A. M. Galea, « Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care », *Horm. Behav.*, août 2015
- [10] M. E. Areias, R. Kumar, H. Barros, et E. Figueiredo, « Correlates of postnatal depression in mothers and fathers », *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 169, n° 1, p. 36-41, juill. 1996.
- [11] P. Zerkowitz et T. H. Milet, « The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners », *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 189, n° 9, p. 575-582, sept. 2001.
- [12] S. Matthey, B. Barnett, D. J. Kavanagh, et P. Howie, « Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners », *J. Affect. Disord.*, vol. 64, n° 2-3, p. 175-184, mai 2001
- [13] J. H. Goodman, « Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health », *J. Adv. Nurs.*, vol. 45, n° 1, p. 26-35, janv. 2004
- [14] R. V. Reed, « Postnatal depression: Don't forget children and fathers », *BMJ*, vol. 337, p. a1414, 2008.

- [15] M. Schumacher, C. Zubaran, et G. White, « Bringing birth-related paternal depression to the fore », *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives*, vol. 21, n° 2, p. 65-70, juin 2008
- [16] P. G. Ramchandani, A. Stein, T. G. O'Connor, J. Heron, L. Murray, et J. Evans, « Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 47, n° 4, p. 390-398, avr. 2008
- [17] P. Kim et J. E. Swain, « Sad dads: paternal postpartum depression », *Psychiatry Edgmont Pa Townsh.*, vol. 4, n° 2, p. 35-47, févr. 2007
- [18] J. Condon, « What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers », *Aust. Fam. Physician*, vol. 35, n° 9, p. 690-692, sept. 2006
- [19] P. Turton, W. Badenhorst, P. Hughes, J. Ward, S. Riches, et S. White, « Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium », *Br. J. Psychiatry*, vol. 188, n° 2, p. 165-172, févr. 2006
- [20] « BABY BLUES - Dur, dur d'être papa », *Le Point*, mai 2010
- [21] N. I. Gavin, B. N. Gaynes, K. N. Lohr, S. Meltzer-Brody, G. Gartlehner, et T. Swinson, « Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence », *Obstet. Gynecol.*, vol. 106, n° 5 Pt 1, p. 1071-1083, nov. 2005
- [22] C. F. Garfield, G. Duncan, J. Rutsohn, T. W. McDade, E. K. Adam, R. L. Coley, et P. L. Chase-Lansdale, « A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults », *Pediatrics*, p. peds.2013-3262, avr. 2014
- [23] A. Wenzel, E. N. Haugen, L. C. Jackson, et J. R. Brendle, « Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum », *J. Anxiety Disord.*, vol. 19, n° 3, p. 295-311, 2005
- [24] F. Gressier, M. Tabat-Bouher, O. Cazas, et P. Hardy, « [Paternal postpartum depression: a review] », *Presse Médicale Paris Fr. 1983*, vol. 44, n° 4 Pt 1, p. 418-424, avr. 2015
- [25] M. J. Zaslow, F. A. Pedersen, R. L. Cain, J. T. Suwalsky, et E. L. Kramer, « Depressed mood in new fathers: associations with parent-infant interaction », *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.*, vol. 111, n° 2, p. 133, 135-150, mai 1985
- [26] Lemperière et Al, « Troubles psychiques liés à la puerpéralité », *Encycl. Méd.-Chir. Psychiatr.*, vol. 37660-A-10, juill. 1984
- [27] S. H. Goodman, C. M. Lusby, K. Thompson, D. J. Newport, et Z. N. Stowe, « Maternal depression in association with fathers' involvement with their infants: spillover or compensation/buffering ? », *Infant Ment. Health J.*, vol. 35, n° 5, p. 495-508, oct. 2014
- [28] R. T. Pinheiro, P. V. S. Magalhães, B. L. Horta, K. a. T. Pinheiro, R. A. da Silva, et R. H. Pinto, « Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil », *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 113, n° 3, p. 230-232, mars 2006

- [29] M. B. Keller, W. R. Beardslee, D. J. Dorer, P. W. Lavori, H. Samuelson, et G. R. Klerman, « Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 43, n° 10, p. 930-937, oct. 1986
- [30] R. Bongrand, « La dépression paternelle postnatale », Thèse d'exercice, Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine, 1970-2011, France, 2010
- [31] Haut comité de santé publique « Consultations de prévention » Mars 2009
- [32] L. Morisseau, « 4. Observation des bébés en Unité mère-bébé et apports spécifiques », *Vie L'enfant*, p. 57-70, janv. 2009
- [33] HAS, « Préparation à la naissance et à la parentalité », nov. 2005

Annexe 1 : Définitions

Paternité :

Emprunté du latin *paternitas*.

Etat, qualité de père ; le fait d'être père

Lien de droit entre le père et son enfant

(Académie française, 1986)

NB : Définition dans le même dictionnaire, en 1798 : L'état, la qualité du père. Il n'est guère en usage que dans le style didactique.

Congé de paternité :

Après la naissance de son enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissance multiples.

(Code du travail, article L1225-35)

Congé parental :

Le congé parental est un congé non rémunéré pendant lequel l'agent cesse totalement son activité professionnelle pour élever son enfant. Il ne peut pas être refusé.

(Direction de l'information légale et administrative, Avril 2015)

Annexe 2 : Note informative distribuée au pères participants à l'étude

Monsieur,

Je réalise une thèse de médecine générale, sur le ressenti des pères autour de la grossesse.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous allons nous entretenir, de manière individuelle.

Je vais vous poser des questions sur votre vécu autour de la grossesse. La durée de l'entretien est de 7 minutes environ. Nous pouvons l'écourter si vous le désirez.

Les informations seront strictement anonymes.

Selon l'article R. 1121-3 du code de la santé publique, vous disposez de la faculté d'opposition à votre participation à la recherche.

Merci de votre compréhension.

Maxime Reichman

Interne en médecine générale

Annexe 3 : Guide d'entretien

1) La grossesse

Question principale :

- *Comment avez-vous vécu la grossesse ?*

Questions de relance :

- *La grossesse était-elle désirée ?*
- *Comment se passait votre relation avec la maman ?*
- *Votre quotidien changeait-il ?*

2) L'accouchement

Question principale :

- *Comment avez-vous vécu l'accouchement ?*

Questions de relance :

- *Etiez-vous présent ?*
- *Vous êtes-vous senti impliqué, exclu ?*
- *Avez-vous eut la notion du temps ?*

3) Le post-partum

Question principale :

- *Comment vivez la période de la naissance à aujourd'hui ?*

Questions de relance :

- *Votre quotidien change-t-il ?*
- *Votre relation avec la maman change-t-elle ?*
- *Comment vous sentez-vous ?*

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

(Caractéristiques des sujets et principaux verbatims)

Patient 1

30 ans

Fille âgée de 1 mois et 28 jours

Mariés

Situation des parents : Père pharmacien / Mère Pharmacienne

Congé paternel : 2 semaines

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement exclusif

Grossesse :

« *Je me suis sentit bien* »

« *Tout était bien prévu* »

Accouchement :

« *Ça s'est passé comme prévu* »

« *Pas long* »

Post-partum :

« *Je me sens très fatigué* »

« *C'est surtout le manque de sommeil qui est difficile* »

Facteur protecteur :

« Avoir pris des vacances m'a fait du bien »

Patient 2

30 ans

Garçon âgé de 2 mois et 2 jours

Mariés

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne en urgence

Alimentation : Biberons

Grossesse :

« Je me suis senti bien »

Accouchement :

« J'étais complètement paniqué »

« Je ne savais pas ce qui se passait »

Post-partum :

« Tout se passe bien »

« J'ai peur de m'occuper de lui »

« J'ai peur de lui faire du mal »

Facteur protecteur :

« Nos parents sont là pour m'aider »

« Je me sens soutenu »

Patient 3

36 ans

Garçon âgé de 2 mois et 23 jours

En couple

Situation des parents : Père agent de maintenance / Mère opératrice de formation

2 semaines et demi de congés parental

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : Allaitement exclusif 2 semaines puis mixte

Grossesse :

« *J'étais stressé. C'était la première fois. [...] Je savais pas être papa. »*

« *le sentiment de ne pas être à la hauteur en tant que père »*

« *est ce qu'on aura assez d'argent ? »*

« *qu'est-ce que je dois faire [en tant que père] ? »*

Accouchement :

« *J'avais peur du déroulement de l'accouchement »*

« *quand est-ce que ça se termine ? »*

Post-partum :

« *Un grand soulagement »*

« *Je suis fatigué »*

« *J'ai peur de le donner à un étranger »*

« J'ai peur d'avoir des problèmes d'argent »

Facteur protecteur :

« Mes parents nous soutiennent »

Patient 4

27 ans

Garçon âgé de 2 mois et 2 jours

En concubinage

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée mais non prévue

Accouchement : césarienne en urgence

Alimentation : Biberons

Grossesse :

« *J'étais stressé* »

« *Est ce que je serai un bon père ?* »

« *Est ce que j'aurai un travail ?* »

« *Est ce que je pourrai apporter assez d'argent ?* »

« *Est ce que l'appartement sera assez bien pour lui* »

Accouchement :

« *J'étais complètement paniqué* »

« *Je ne savais pas ce qui se passait* »

« *Je n'ai pas pu assister à l'accouchement* »

« *J'étais stressé car je ne savais rien* »

Post-partum :

« *On se dispute sur l'argent* »

« *Je n'assume pas mon rôle de chef de famille* »

« *J'arrive pas à dormir* »

« Je mange plus [...] J'ai pas le moral »

« Je n'ai pas le soutien de ma femme »

« Elle ne comprend pas que je vais pas bien »

« Elle croit que c'est elle seulement qui a le droit de ne pas aller bien »

« On ne fait plus l'amour »

Facteur protecteur :

« Si on avait de l'argent... »

Patient 5

37 ans

Garçon âgé de 1 mois et 6 jours

Mariés

Situation des parents : Père agent EDF / Mère enseignante chercheur

4 semaines de congés parental

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne en urgence

Alimentation : Biberons

Grossesse :

« J'étais stressé »

« Je me suis surinvesti »

« On s'est beaucoup disputé »

« Elle ne me comprenait pas »

« Je suis allé voir un psy »

Accouchement :

« Je me suis trop investi donc j'étais stressé »

« Je voulais vivre l'accouchement mais je n'ai pas pu »

« J'ai été éjecté »

Post-partum :

« Je me sens bien »

« Je ne vois pas ce qui peut me rendre dépressif »

Facteur protecteur :

« *L'alliance du couple* »

Patient 6

35 ans

Garçon

2 mois et 2 jours

Concubinage

Situation des parents : Père chauffeur livreur / Mère sans emploi

Grossesse désirée non prévue

Accouchement : voie basse sans complications

Alimentation : Allaitement

Grossesse :

« J'étais stressé par rapport à ma femme »

« Je ne pouvais pas partager ses problèmes de grossesse »

Accouchement :

« Tout s'est bien passé »

Post-partum :

« Je me sens mieux qu'avant »

« Quand il pleure je stress »

« Je suis fatigué de m'occuper de lui »

Facteur protecteur : «

« Nos parents sont très présents, surtout sa mère »

« Notre couple est fusionnel »

Patient 7

24 ans

Garçon

1 mois et 8 jours

Mariés

Situation des parents : Père carrossier / Mère pédiatre

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne en urgence

Alimentation : mixte

Grossesse :

« J'avais hâte qu'il arrive »

« Le retard de croissance m'a plombé »

« J'étais un peu angoissé. Comment m'occuper d'elle ? [...] Et après ? »

« J'avais peur pour les 2 car le médecin a dit qu'il pouvait y avoir des conséquences pour la mère et le bébé »

Accouchement :

« Juste avant la césarienne j'étais paniqué »

« On m'a dit « préparez-vous au pire »

« Quand on m'a dit que ça allait bien, j'étais soulagé »

Post-partum :

« Ça me faisait un petit peu peur [pour sa femme] »

« Avec le temps ça a été » [...] « C'est dur d'aller voir son enfant en couveuse »

« Maintenant c'est que du plaisir »

Facteur protecteur :

« Ma femme est dans le milieu ça me rassure, par exemple quand il pousse des cris bizarres »

Patient 8

32 ans

Fille

24 mois

Mariés

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« *C'était normal* »

Accouchement :

« *C'était normal* »

Post-partum :

« *Parfois il y a du stress mais c'est quelque chose de passager* »

« *Concernant l'enfant pas de problèmes* »

« *C'est le couple, chacun sa responsabilité, c'est le partage des tâches* »

Facteur protecteur :

« *Là c'est un bon partage des tâches* »

Patient 9

35 ans

Fille

16 mois

Mariés

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« J'étais heureux »

« J'étais bien »

« C'est des bons souvenirs »

« Elle a fait une belle grossesse »

« J'étais plus attentionné que d'habitude »

« Si on est énervé c'est pas bon »

« Il faut respecter ses envies »

Accouchement :

« J'étais son manager »

« J'avais pas le choix »

« J'ai fait mon rôle de papa »

« Pas le temps d'avoir peur »

« Quand il est sorti j'ai ressenti un truc bizarre »

Post-partum :

« C'est que du bonheur »

« Il y a des moments de fatigue mais on s'en fout »

« Il veut pas dormir »

« On préfère quand il dort »

« Il dort bien »

« Lors des rapports sexuels il dort »

« On comprend pas quand il pleure »

Facteur protecteur :

« J'assume ma famille »

« Je lui donne à manger »

« Je le change »

Patient 10

31 ans

Fille

16 mois

Mariés

Situation des parents : Père informaticien / Mère secrétaire médicale

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« Simplement j'étais heureux »

« Les vomissements m'ont stressé »

« Quand elle travaillait, j'avais peur que quelque chose lui arrive »

« J'étais autant angoissé pour le bébé que pour ma femme »

Accouchement :

« De la perte des eaux à l'accouchement, j'étais stressé »

« Les contractions m'ont fait souffrir car je ne pouvais rien faire pour ma femme. Je ne pouvais que regarder. Mais je ne pouvais le montrer pour soutenir ma femme. »

« J'étais anxieux que ma fille soit anormale, jusqu'à ce qu'elle sorte »

Post-partum :

« L'allaitement ne fonctionnait pas bien donc ça me faisait souffrir, à travers ma femme »

« Quand elle se réveillait la nuit je devais y aller. Aller au travail le lendemain était fatigant »

Facteur protecteur :

« Je me suis concentré sur les belles choses, en me forçant à ne pas penser au mauvaises »

Patient 11

20 ans

Garçon

4,5 mois

Mariés

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« On se demande si on va faire le taf, assumer »

« J'avais pas de travail »

« Appréhension »

Accouchement :

« C'était nickel »

« Aucun problème après la péridurale, plus aucune douleur pour elle »

« J'étais pas écœuré. J'ai pas vu le placenta et tout. »

Post-partum :

« Quand il s'énerve, je dis ma femme de me relayer »

« C'est pas pour rien qu'on est en couple »

Facteur protecteur :

« S'il se développe bien, je suis rassuré »

« S'il a l'air en bonne santé »

Patient 12

24 ans

Fille

6,5 mois

Mariés

Situation des parents : Père intérimaire / Mère guichetière

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : biberons

Grossesse :

« Pendant la grossesse, on s'engueulait beaucoup moins »

Accouchement :

« *Je savais pas ce qu'il fallait faire* »

« *On avait pas pris de cours avant* »

« *On est arrivé sur le tas* »

Post-partum :

« *Ma femme s'en occupe beaucoup* »

« *Quand elle a pleuré, je ne savais plus quoi faire* »

« *J'essaie de la garder de plus en plus mais c'est ma femme qui gère tout* »

« *Quand elle est malade, je suis angoissé, car elle sait pas s'exprimer* »

« *La mort subite du nourrisson, ça me fait peur* »

Facteur protecteur :

« *Sans ma femme, je serai perdu* »

« *Dès qu'il y a un truc que je sais pas faire, elle m'explique* »

Patient 13

25 ans

Garçon

2 mois

Mariés

Situation des parents : Père sans emploi / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne

Alimentation : biberons

Grossesse :

« *Grossesse difficile* »

« *Elle était énervé, du coup moi aussi* »

« *Elle était fatigué, et difficile à gérer* »

Accouchement :

« *C'était pas prévu, et bizarre* »

« *J'avais un petit peu peur* »

Post-partum :

« *Quand je le prends dans les bras, il crie beaucoup, ça m'angoisse un petit peu* »

« *Quand il pleure, une fois sur deux j'arrive à le calmer, ça m'angoisse* »

« *Quand on est fatigué, on se relaye* »

Facteur protecteur :

Aucun

Patient 14

27 ans

Garçon

18 mois

Séparé

Situation des parents : Père informaticien / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne

Alimentation : mixte

Grossesse :

« T'es un peu stressé, tu connais pas. La grossesse c'est abstrait. »

« Elle peut t impliquer tout ce que tu veux, tu t'en rends compte que quand il arrive »

« Tu te demandes ce qui va changer, ce qui va pas changer. C'est vraiment l'inconnu. »

« Tu te reposes sur les médecins. »

« Importance des informations médicales. »

« Fallait qu'elle accouche. J'avais peur pour elle et le bébé. »

Accouchement :

« J'ai pas pu y assister. C'était super stressant. »

Post-partum :

« Il dort pas c'est difficile. »

« Y a pas beaucoup d'interaction dans la première année. La relation change quand il se déplace. »

« Je panique car il peut pas exprimer ce qu'il ressent. Est ce qu'il a mal, est ce qu'il est malade ? »

Facteur protecteur :

« Assumer ses responsabilités »

Patient 15

31 ans

Garçon

9 mois

Marié

Situation des parents : Père informaticien / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : césarienne

Alimentation : mixte

Grossesse :

« J'étais très proche de la maman. »

« J'étais attentionné avec le bébé. »

« Pressé qu'il arrive. »

« J'ai cessé mon activité. »

Accouchement :

« Ça m'a rien fait, mais ça a déçu ma femme, du coup j'étais dégouté. »

« Ça m'a paru long. »

« Soulagé quant est arrivé le bébé. »

Post-partum :

« On est devenu très proche. »

« Ça serai un vide sans lui. »

« Le premier mois était dur, personne n'arrivait à dormir. »

Facteur protecteur :

« Il est en bonne santé »

Patient 16

34 ans

Fille

7 mois

Marié

Situation des parents : Père comptable / Mère comptable

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : biberons

Grossesse :

« Rien d'insurmontable »

« On avait peur des vomissements, mais finalement y en a pas eu. »

Accouchement :

« La péri a bien marché. »

« Elle était fatiguée, mais a pas souffert [...] j'étais soulagé »

Post-partum :

« Ma mère dort chez nous. »

« On se lève à tour de rôle. »

Facteur protecteur :

« Heureusement on gagne bien notre vie. On se pose pas trop de question pour les achats. »

Patient 17

28 ans

Fille

14 mois

En concubinage

Situation des parents : Père fonctionnaire EDF / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« Je faisais tout ce qu'elle me demandait. »

« Elle manquait de rien. »

Accouchement :

« C'était ça l'accouchement. J'étais perdu. »

« J'ai pas pu couper le cordon. »

Post-partum :

« On change de rôle. »

« On est jamais sûr de comprendre ce qu'il veut, c'est frustrant. »

Facteur protecteur :

« Mon meilleur ami a déjà eu un enfant, alors quand j'ai une question, il me répond. »

Patient 18

30 ans

Fille

3 mois

En concubinage

Situation des parents : Père sans emploi / Mère secrétaire

Grossesse non désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : biberons

Grossesse :

« Je n'étais pas assez présent. Ça m'a frustré. »

Accouchement :

« J'avais trop peur, j'ai attendu dehors. »

« C'était trop long. »

Post-partum :

« J'ai le temps de m'en occuper. »

« On est très complice, mais j'ai l'impression qu'elle préfère sa maman. »

« On commence à être habitué aux situations nouvelles [...] ça se passe mieux. »

Facteur protecteur :

« Avoir plus d'argent »

Patient 19

34 ans

Garçon

17 mois

Marié

Situation des parents : Père cadre supérieur / Mère sans emploi

Grossesse non désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« Ça s'est pas très bien passé. »

« On s'engueulait encore plus qu'avant. »

Accouchement :

« J'étais assez distant. »

Post-partum :

« C'est surtout elle qui s'occupe de lui. »

Facteur protecteur :

« Ma mère nous donne pleins de conseils. »

Patient 20

23 ans

Fille

7 mois

Marié

Situation des parents : Père fonctionnaire La poste / Mère sans emploi

Grossesse désirée

Accouchement : voie basse

Alimentation : allaitement

Grossesse :

« J'étais aux petits soins. »

« Elle a eu des grosses douleurs à 3 mois, c'était dur à supporter. »

« Mes parents m'ont dit tout ce qu'il y avait à savoir »

Accouchement :

« Super rapide. »

« Le plus beau jour de notre vie. »

Post-partum :

« Dès que je rentre du boulot je prends le relais. Comme ça elle peut se reposer. »

Facteur protecteur :

« Des copines à elle nous expliquent pleins de choses. »

