



HAL
open science

Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez des primipères Haut-Saônois à cinq mois post-partum

Lana Nader

► To cite this version:

Lana Nader. Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez des primipères Haut-Saônois à cinq mois post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04205139

HAL Id: dumas-04205139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04205139>

Submitted on 14 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNEE 2023 - N° 23 – 028

*Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez des primipères
Haut-Saônois à cinq mois post-partum.*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 02 mai 2023 à 14h00

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Lana NADER

Née le 06/05/1993 à Metz (*Moselle*)

La composition du jury est la suivante :

Président : . Sylvie NEZELOF Professeur des Universités

Directeur de la thèse : . Benoit DINET Professeur associé

Juges : . Jean-Michel PERROT Professeur associé

. Marion BONVALOT Chef de Clinique

. Jean-François CROLET Praticien Hospitalier



ANNEE 2023 - N° 23 – 028

*Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez des primipères
Haut-Saônois à cinq mois post-partum.*

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 02 mai 2023 à 14h00

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Lana NADER

Née le 06/05/1993 à Metz (*Moselle*)

La composition du jury est la suivante :

Président :	. Sylvie NEZELOF	Professeur des Universités
Directeur de la thèse :	. Benoit DINET	Professeur associé
Juges :	. Jean-Michel PERROT	Professeur associé
	. Marion BONVALOT	Chef de Clinique
	. Jean-François CROLET	Praticien Hospitalier



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTÉ
BESANÇON

DIRECTEUR	P PROFESSEUR THIERRY MOULIN	
DIRECTEURS ADJOINTS	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	MME CAROLE COINTEAU	
DÉPARTEMENT MÉDECINE		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2ÈME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3ÈME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MÉDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT	COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE
DÉPARTEMENT PHARMACIE		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHAASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3È CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE		
	BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	STÉPHANIE PARIS (SAGE-FEMME)	
	DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)	
DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE		
	ALAIN DEVEVEY (MCF)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	
DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE		
	CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)	
	DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)	

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	

DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

CHARGÉS DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>	PROFESSEUR RÉGIS AUBRY	COORDINATEURS
	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	

<i>HISTOIRE DE LA MÉDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	

<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	

<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRÉSIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, Informatique Médicale
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

(RETRAITE LE 01/11/22)

M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MÉDECINE LÉGALE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTÉROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE

M.	Matthieu	BEREAU	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTÉ ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTÉRIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE

Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélie	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTÉ

M.	Alain	DEVEVEY	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M	Alexandre	KUBICKI	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Aline	CHASSAGNE	MAST SCIENCES INFIRMIÈRES
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME Lise
MME Vanessa
M. Nicolas
MME Eleana

FIARDET
MARTIN
MICHAUD
SANCHEZ

PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
PROFESSEUR AGREGÉ ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS

Mise à jour 06/09/2022

REMERCIEMENTS

A notre maitre et président de jury

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF,

Professeur des Universités, Praticien hospitalier et Chef de service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier universitaire Jean MINJOZ de Besançon.

Vous me faites un grand honneur de présider cette thèse.

Veillez recevoir le témoignage de ma profonde, et respectueuse reconnaissance.

A notre maitre et directeur de thèse

Monsieur le Docteur Benoît DINNET,

Professeur associé en médecine générale à l'université de médecine de Besançon.

J'ai pu profiter de votre expérience et vos compétences professionnelles pour mener à bien ce travail. Vous m'avez apporté soutien, motivation, et aidé dans ce travail.

Que cette thèse soit l'occasion de vous témoigner mon plus profond respect et ma reconnaissance.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Jean-Michel PERROT,

Professeur associé en médecine générale à la faculté de médecine de Besançon.

Merci pour ces 3 années d'internat et pour tout votre soutien dans les bons comme dans les moments les plus difficiles.

J'ai également pu profiter d'un enseignement plus particulier à vos côtés en réalisant une partie de mon SASPAS chez vous. Ce n'était pourtant pas prévu au départ. J'en garde des très bons souvenirs et énormément de connaissances que j'applique régulièrement.

Vous faites aujourd'hui parti de mon jury de thèse, ça aussi ce n'était pas prévu au départ, et j'en suis ravie.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Que cette thèse soit l'occasion de vous témoigner tout mon respect et ma reconnaissance.

A notre maître et juge,

Madame le Docteur Marion BONVALOT,

Chef de clinique en médecine générale à l'université de médecine de Besançon.

Merci de faire partie de mon jury et de juger ce travail avec toute la bienveillance et la douceur qu'on te connaît.

Merci également d'avoir été là à la fin de cette première année d'internat et de m'avoir redonné confiance en moi.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Jean-François CROLET,

Docteur en psychiatrie, praticien hospitalier au CHI de Vesoul.

Merci Jean-François. Merci pour ton aide, ta présence, ta patience, ta réassurance tout au long de la réalisation de cette thèse. Merci pour ta disponibilité, ton investissement et le temps précieux que tu m'as accordé. J'espère que ce travail est la hauteur de tes attentes.

Merci pour la considération que tu me portes, autant pour cette thèse qu'au travail au quotidien.

A ma famille et mes amis,

Merci de faire partie de ma vie au quotidien.
Je vous aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Table des matières

Table des matières	1
Table des figures	3
Table des tableaux	4
Liste des abréviations	5
Introduction	7
Première partie : Généralités et définitions	8
A. Père : un rôle en mutation	8
I. Évolution de la place du père au fil des siècles	8
1. De l'Antiquité à Rome	8
2. Le Christianisme	8
3. Le Moyen-Âge	8
4. La Révolution française	9
5. Après les deux guerres	9
II. Devenir père dans la société actuelle	10
1. Les nouveaux pères	10
2. Quatre types de pères	10
3. Quatre obstacles à surmonter	11
III. Les aides mises en place en France	12
1. Taux de natalité	12
2. Congé naissance	13
3. Prolongation de la durée du congé paternité	14
4. Congé parental d'éducation	14
5. Unité père-mère-bébé (UPMB)	14
6. Label maternité Amie de Papa	15
7. Chambres patents-enfants à la maternité de Vesoul	15
8. L'entretien post-natal précoce	15
B. L'engagement paternel	16
I. Définition	16
II. Les facteurs influençant l'engagement paternel	18
III. incidence de l'implication paternelle sur l'enfant	19
1. Santé physique	19
2. Développement cognitif	19
3. Développement affectif et social	20
4. Développement sensori-moteur	20
IV. Incidence de l'implication paternelle sur les mères	20
V. Incidence de l'implication paternelle sur les pères	21
C. La santé mentale des pères dans le post-partum	23
I. Dépression post-partum ou post-natale	23
1. Définition et prévalence	23
2. Les symptômes	23
3. Les facteurs favorisants	25
4. Auto-questionnaires de détection	26
II. Trouble anxieux généralisé post-partum paternel	27
1. Définition et symptômes	27

2. Facteurs prédisposants	27
3. Prévalence	28
4. Outils de dépistage	28
III. Conséquences de la DPP et TAG paternel	28
1. Conséquences sur le père : le suicide	28
2. Conséquences sur le couple	29
3. Conséquences sur la mère	29
4. Conséquences sur l'enfant.....	29
Deuxième partie : l'étude péril-natalité	31
Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les primipères haut-saônois à cinq mois post-partum.	
I. Matériel et méthode	31
1. Type d'étude	31
2. Population	31
3. caractéristiques de l'échantillon	31
4. Comité d'éthique et consentements	33
5. Carnet d'entretien	33
6. Collecte des données	34
7. Transcription	34
8. Analyse	34
II. Résultats	34
III. Limites de l'étude	45
1. L'échantillon	45
2. Les conditions d'entretien	45
3. Les conduites d'entretien	45
4. interactions enquêteur-enquêté	46
5. Le guide d'entretien	46
6. L'analyse	46
IV. Discussion	47
1. Choix du qualitatif	47
2. Sources de symptômes anxieux et dépressifs	47
3. Perspectives et axes d'amélioration	51
V. Conclusion	54
Annexes	
Annexe 1 : Avis favorable du comité d'éthique	57
Annexe 2 : Consentement de participation à l'étude	58
Annexe 3 : Consentement de contact du médecin traitant	59
Annexe 4 : Courrier type médecin traitant	60
Annexe 5 : Carnet d'entretien	61
Annexe 6 : Flyer de recrutement	63
Bibliographie	65

Table des figures

Figure 1 : Nombre moyen de naissances par jour et selon le mois de 2015 à 2022	12
Figure 2 : Évolution du nombre moyen des naissances par jour entre décembre 2020 et décembre 2022 par région	13
Figure 3 : La dépression post-partum paternelle, facteurs favorisants et impacts sur la famille	31

Table des tableaux

Tableau 1 : Les différentes dimensions de l'implication paternelle	17
Tableau 2 : Bénéfices de l'engagement paternel sur les membres de la famille	22
Tableau 3 : Résumé des symptômes de dépression	24
Tableau 4 : Les caractéristiques des papas de l'étude	33
Tableau 5 : Récapitulatif des résultats	45

Liste des abréviations

DPN : Dépression post-natale

DPP : Dépression post-partum

DSM-5 : 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

EDC : Épisode dépressif caractéristique

EPDS: Edinburg Post-partum Depression Scale

GMDS : Gotland Male Depression Scale

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HADS-A : Sous-échelle d'anxiété de l'HADS

HADS-D : Sous-échelle de dépression de l'HADS

TAG : Trouble anxieux généralisé

TPN : Trouble de l'humeur post-natal

STAI-Y : Inventaire d'anxiété trait-tété de Spielberg

STAI V-A : Sous échelle d'anxtété-état de STAI-Y

STAI V-B : Sous échelle d'anxiété-trait de STAI-Y

UMPB : Unité père mère bébé

Introduction

Si avant les années 70 le rôle de père se définissait par le fait d'être pourvoyeur et de subvenir aux besoins de sa famille, on s'attend aujourd'hui dans notre société à ce que les pères s'impliquent activement dans les différentes sphères de la vie de l'enfant (éducative, affective et émotionnelle, sociale, cognitive ou encore physique en commençant par les soins du nourrisson). Cette paternité nouvelle ayant des répercussions positives sur la santé et le bien-être de la mère (1) (2) (3) et du bébé (4) (5) (6) (7).

L'investissement du rôle de père et notamment la transition vers la paternité sont complexes et exigeantes et peuvent être génératrices au long cours de détresse, d'anxiété ou encore associées à un risque accru de dépression. La dépression paternelle post-natale est encore largement considérée comme une pathologie exclusivement féminine mais, celle existe belle et bien chez les hommes. Le développement d'une dépression post-partum chez l'homme peut avoir des conséquences négatives sur la famille, la relation de couple (8) (9), sur la santé du père (10) (11), de l'enfant (12) (13) (14) (15) et de la mère (16) (8) (17).

Dans une méta-analyse américaine de 2012, la dépression prénatale et postnatale était évidente chez environ 10 % des hommes et était plus élevée dans la période postnatale entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois (18).

En Haute-Saône en 2021, la prévalence de la dépression et de l'anxiété post-partum paternelle au 5^{ème} mois post-partum était de 8,6 % pour la dépression et de 2 9% pour l'anxiété (19).

Nous avons donc choisi d'effectuer ce travail de thèse afin d'étudier et révéler les phénomènes à l'origine de ces symptômes anxieux et dépressifs au sein d'une population de primipères Haut-Saônois à cinq mois de grossesse et à cinq mois du post-partum.

Généralités et définitions

Partie A : Père : un rôle en mutation

I. Place du père dans la société et évolution au fil des siècles

1. L'Antiquité à Rome

L'Antiquité représente l'apogée de la paternité avec l'émergence à Rome de la notion de « *Pater Familias* » (20) qui signifie « *Père de Famille* ». Ce dernier possède alors la « *Patria Postestas* » soit la pleine puissance paternelle sur sa femme, ses enfants et ses esclaves mais également la toute-puissance du père d'un point de vue juridique et politique.

Cependant, l'homme ne devient un *Pater Familias* que lorsque ses ascendants (père et grand-père) sont décédés (21), il s'agit donc de l'homme le plus vieux de la maison. Maître et juge de son enfant jusqu'à la fin de sa vie, le *Pater Familias* peut le priver de certains biens, le déshériter, l'obliger à se marier et même le faire exécuter.

Si un jeune homme à l'espoir un jour de devenir le *Pater Familias* et de pouvoir prendre ses propres décisions dans sa maison, pour les femmes il en est autrement ; elles sont toujours sous la domination d'un homme que ce soit leur père ou leur mari après le mariage. (22)

2. Le Christianisme

Le christianisme a permis l'évolution des mesures protectrices à l'égard des enfants.

Au 2^{ème} siècle après Jésus-Christ, l'empereur CONSTANTIN abroge le droit de vie et de mort du père sur ses enfants. Ces derniers étant à ce moment-là considérés comme des êtres pourvus eux aussi d'une âme (21).

Au 4^{ème} et 5^{ème} siècle, les conciles officialisent l'interdiction d'abandon et d'infanticide. (23)

Enfin au 7^{ème} siècle, la paternité étant un effet de l'état matrimonial, l'époux est obligatoirement le père légitime de l'enfant. (23)

3. Le Moyen Age

Cette ère reste marquée par l'omniprésence du pouvoir de la religion. Ainsi la nature du mariage devient exclusivement religieuse. Au 12^{ème} et 13^{ème} siècle, l'homme ne peut être qualifié de père qu'après le mariage puisque ce dernier légitime l'acte sexuel. (23)

4. La Révolution Française

Nous notons l'émergence d'une prise de distance avec la religion à cette période avec l'apparition de nouvelles lois pour la protection et l'éducation des enfants, telles que la loi sur la scolarisation en 1833 ou celle sur le travail en 1841. (24)

Malgré ces changements, le pouvoir et l'autorité paternelle restent prédominants. En effet, il n'existe aucune obligation de scolarisation, ni d'interdiction du travail pour les enfants dans certaines classes de la société. (24) L'école deviendra obligatoire seulement en 1883.

Le 24 juillet 1989, le cheminement se poursuit avec l'adoption d'une loi concernant les enfants maltraités ou moralement abandonnés, afin de les placer dans les institutions privées ou publiques prévues à cet effet. (25)

Comme le dit Balzac « *En coupant la tête à Louis XVI, la Révolution a coupé la tête à tous les pères de famille.* » (24)

Cette époque marque un tournant décisif dans l'évolution de la place du père.

5. Après les deux guerres

La poursuite de la remise en question du patriarcat se poursuit avec l'apparition du féminisme (26), qui entraîne une rupture avec les valeurs traditionnelles (21).

En 1935, nous retrouvons l'abolition de la punition paternelle et l'instauration des mesures éducatives décidées par un tribunal (27). Par ailleurs, les débuts de la contraception vont permettre d'aider les couples à décider du moment propice pour avoir un enfant. Ainsi, la parentalité et l'enfant ne sont plus exclusivement un devoir avec l'introduction de cette notion de droit (26).

A noter également l'entrée des femmes sur le marché du travail, ce qui va leur permettre d'acquérir une certaine indépendance financière (28).

La science est venue se substituer à l'autorité religieuse et définit le père de deux manières bien distinctes :

- Le père en tant que personne tel le géniteur ;
- Le père en tant que fonction, qui s'investit dans le quotidien de son enfant en lui assurant des conditions favorables à son épanouissement physique, intellectuel et psychologique.

Par cette distinction, les recherches ont montré qu'il est possible de substituer le père (en tant que personne), à condition de le remplacer par une « autorité parentale » (29).

II. Place de la paternité dans la société actuelle

1. Les nouveaux pères

Depuis quelques décennies, la figure traditionnelle du père est bouleversée, du fait notamment de l'émancipation des femmes grâce à la contraception, à l'accès aux études et au marché du travail (30). En 2009, 66 % des femmes de 15 à 64 ans étaient sur le marché du travail (28).

Voici quelques dates clefs de la poursuite de l'évolution du statut de père après la guerre :

- En 1967 : Loi Neuwirth a permis l'accès à toutes les femmes à la contraception ;
- En 1970 : l'autorité parentale devient conjointe ;
- En 1975 : Loi Veil permet la légalisation de l'IVG et parallèlement au divorce avec accord mutuel ;
- En 2000 : la mise en place du PACS ;
- En 2013 : la mise en place du mariage pour tous ;
- En 2014 : adoption de la Loi « égalité réelle entre hommes et femmes ».

Tous ces changements font évoluer le statut de père, en passant du « *Pater Familias* », une forme de paternité autoritaire, au « *Nouveau Père* », une forme plus égalitaire et affective. (9)

Cependant, tous ces choix ont eu des conséquences sur les mœurs, sur l'image du couple traditionnel et de la représentation de la paternité. Divorces, séparations, unions libres, PACS, naissances hors mariage, familles recomposées, monoparentalité, homoparentalité sont autant d'exemples de familles. Devant ces changements, les parents doivent avoir une responsabilité polyvalente. (30)

Les pères actuels sont davantage investis puisque 61 % d'entre eux ont pris leur congé paternité (de 14 jours) en 2002 au décours de la première année de sa mise en place (31).

2. Quatre types de pères

Qu'est-ce que signifie devenir parent dans la société actuelle ? Il s'agit d'un désir mutuel de prolonger sa relation dans la procréation et donc dans une vie de famille (31).

Au fil des siècles et des cultures, le rôle du père auprès de son enfant a évolué, ainsi que la notion plus abstraite de « fonction paternelle ». Loin des objectifs « scolaire » avec un mode d'emploi, la paternité devient une vision personnalisée propre à chaque père (32).

L'auteur Jean Le Camus décrit 4 types de pères (31) :

- *Le père sévère* : personnalité autoritaire qui tire ses origines de l'époque romaine. Il incarne donc l'autorité et la distance alors que la mère incarne l'affection et la proximité.
- *Le « papa poule »* : un père précocement engagé auprès de son enfant, il résulte d'une lutte pour l'égalité des droits entre les hommes et les femmes. On parle ironiquement de « seconde mère ».
- *Le père libéré* : il s'affranchit des règles et des traditions pour donner naissance à une vision différente de la paternité comme le père homosexuel, le beau-père, la famille monoparentale. Cette vision résulte d'une évolution de nos sociétés avec l'augmentation des taux de divorces, des naissances hors mariage mais également de l'intervention de la science dans l'accès à la parentalité.
- *Le père présent* : qui ne participe pas seulement aux soins et besoins primaires envers l'enfant, mais qui impose des limites. C'est un père qui préserve la coparentalité.

En réalité, le père idéal n'existe pas.

3. Quatre obstacles à surmonter

Quatre obstacles à surmonter dans le processus de paternification ont été décrit en 2006 par Jean Le Camus (31) :

- La transformation du corps et du caractère de la femme ;
- Le choc de l'enfantement (spectacle de l'accouchement parfois choquant pour certains) ;
- La prévalence accordée au bébé (fusion mère enfant, exclusion du papa dans certains actes dont la mise au sein (33));
- Les contraintes du partage des tâches. Passée l'euphorie de participer à la vie quotidienne de l'enfant, il n'est pas rare d'observer une certaine forme de lassitude avec le temps.

Chacun de ces obstacles peut engendrer une crise du couple, voire une séparation. Il a été noté en 2003 que 20 % des mariages se terminaient par un divorce au cours des cinq premières années, notamment en rapport avec la parentalité (33).

Face à cette paternité moderne qui éclot, quelles mesures ont été adoptées pour permettre à ces nouveaux pères de s'engager auprès de leur enfant et de leur famille ?

III. Les aides mises en place en France

1. Taux de natalité

En 2021, 738 000 bébés sont nés en France, ce qui représente 3 000 naissances de plus qu'en 2020 (+0,4%). De même, cette remontée des naissances met fin à une baisse observée de 2015 à 2020. (34)

Mais la tendance change totalement en 2022 avec 723 000 naissances seulement. Au total, des naissances inférieures à 2021 et 2020. (35)

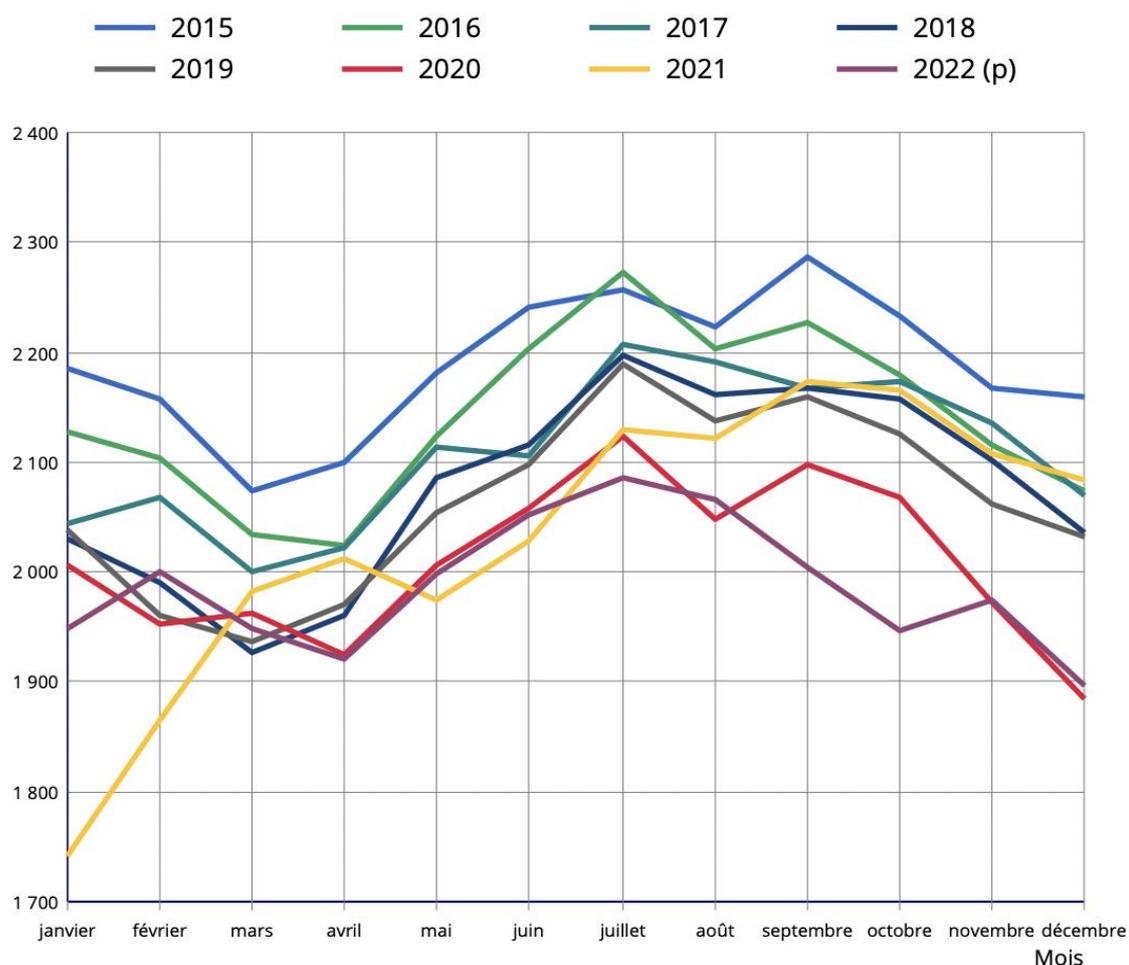


Figure 1 : Nombre moyen de naissances par jour et selon le mois de 2015 à 2022. (35)

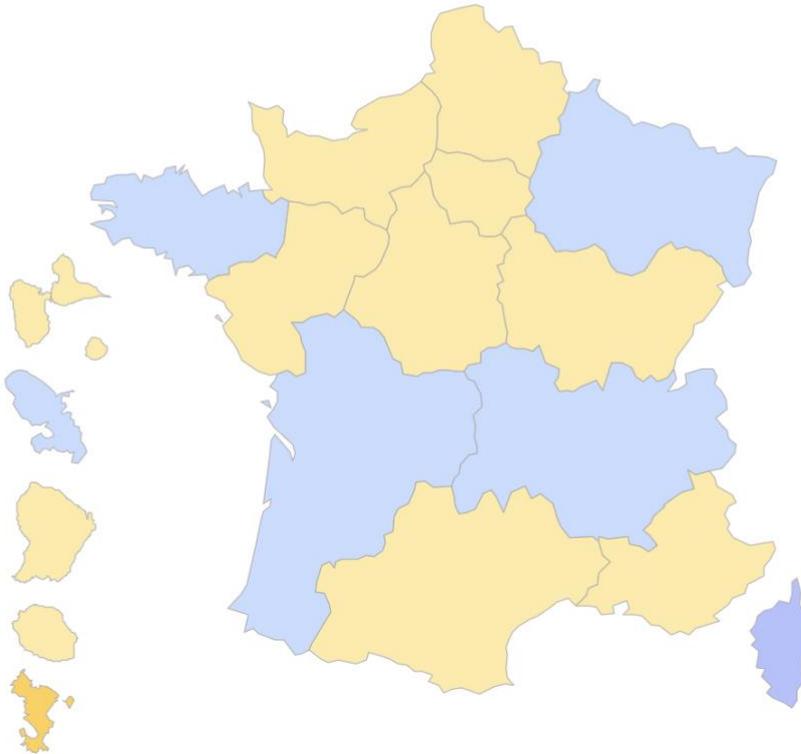
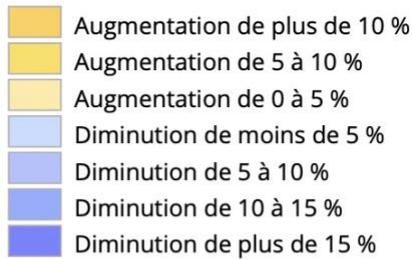


Figure 2 : Évolution du nombre moyen des naissances par jour entre décembre 2020 et décembre 2022 par région. (35)

2. Congé de naissance

Le congé naissance a été créé en 1946. Il s'agit d'un congé de 3 jours ouvrables accordé à tous les pères, pleinement rémunéré et qui ne peut être refusé par l'employeur. La durée est similaire en cas de naissance multiple et il doit être prit dans les 15 jours précédents ou suivants la naissance (36). Ce congé permet l'accompagnement de l'arrivée de l'enfant dans le couple.

3. Prolongation de la durée du congé paternité

Le congé paternité existe depuis 2002.

Le but de ce congé est : (37)

- D'améliorer le lien père-bébé ;
- De permettre un rééquilibrage des tâches entre les parents ;
- De favoriser un environnement sécuritaire pour les premiers jours de la nouvelle famille ;
- Peut-être même de favoriser de l'égalité professionnelle homme et femme.

Depuis le 21 juillet 2021, dans un contexte de lutte pour l'égalité des droits entre les hommes et les femmes, le gouvernement a annoncé que le congé paternité est prolonger à 25 jours (samedis et jours fériés inclus).

De plus, d'autres évolutions sont à noter. Il peut être pris en 2 fois et jusqu'à 6 mois après la naissance. Les 4 premiers jours sont obligatoires et permettent d'outre passer en partie la pression professionnelle. Ils seront alors pris directement après les 3 jours du congé de naissance, puis les 21 jours restants peuvent eux être fractionnés. En cas de naissances multiples : 2 enfants ou plus, il est alors accordé un congé paternité de 32 jours (38).

C'est une avancée sociale qui permet aux pères de passer plus de temps avec leurs conjointes et leur enfant après la naissance. Il persiste néanmoins une inégalité avec la mère pour qui la durée du congé maternité évolue en fonction du rang de l'enfant à naître et du nombre d'enfants attendus (39).

4. Congé parental d'éducation

À la suite de la naissance d'un enfant, tout salarié avec 1 an d'ancienneté peut bénéficier d'un congé parental d'éducation. Celui-ci peut alors lui permettre soit d'interrompre, soit de réduire son activité professionnelle pour lui permettre d'élever son enfant.

Il est renouvelable 2 fois, dans les limites des 3 ans de l'enfant. Il est renouvelable 5 fois à partir de 3 enfants.

Les indemnités sont alors versées par les caisses d'allocation familiales (CAF) ou par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) pour les personnes relevant alors du régime agricole.

A l'issue de ce congé, l'employé doit retrouver son précédent emploi ou un poste avec un salaire équivalent (40).

5. Unité père-mère-bébé (UPMB)

Il en existe 3 structures dans le Doubs, deux à Besançon et une à Novillars, mais aucune dans le territoire Haut-Saônois.

L'UPMB (unité père-mère-bébé) est un lieu d'accueil sans rendez-vous dédié aux familles, de la grossesse aux 24 mois de l'enfant. C'est un lieu d'échange et de parole pour les parents et futurs parents.

Il a pour but de contribuer à l'accompagnement médico-psychologique en périnatalité (pendant la grossesse et/ou dès la sortie de la maternité ou de la néonatalogie) afin de : (41)

- Soutenir l'accès à la fonction de mère ou à la fonction de père ;
- Prévenir l'installation ou soigner les troubles psychopathologiques chez le nourrisson et le jeune enfant ;
- Prévenir et/ou soigner les troubles du lien parents/enfant ;
- Prévenir et/ou soigner la pathologie maternelle et/ou paternelle ;
- Prévenir et/ou soigner la maltraitance aiguë ;
- Effectuer le travail de mise en relation des parents avec les professionnels médicaux, sociaux.

6. Label Maternité Amie des Papas

Le label « Maternité, amie des papas » a été créé en 2012. Ce label est à l'initiative des Hôpitaux Saint-Maurice, il est gratuit et est attribué pour une durée de 5 ans.

Il a pour objectif de favoriser la présence du conjoint auprès de sa compagne, à toutes les étapes de la maternité, en créant un environnement favorable au couple et à l'épanouissement de la nouvelle famille.

Il pourra alors bénéficier d'un lit d'accompagnant gratuitement, du wifi, de la télévision, d'entretien avec une psychologue et pourra s'il le souhaite participer à des groupes de paroles avec d'autres futurs parents.

La présence paternelle a pour but de rassurer la future maman dans ces moments de fragilité que constituent l'hospitalisation et la naissance d'un enfant. En effet, cette dernière ne doit plus être une rupture de la mise en place des liens familiaux, mais donner la place la plus complète au conjoint. En étant présent dès les premiers instants de la vie, le conjoint trouvera plus facilement sa place lors du retour à domicile (42)

7. Chambres parents/enfants au GH70 de Vesoul

En janvier 2022, la maternité de l'hôpital de Vesoul a inauguré l'ouverture de deux chambres parentales. Il s'agit d'un studio avec lit double, canapé et cododo. Cela répond à un souhait d'inclure les papas à ces premiers jours de vie qui ont été pendant les quelques mois de crise sanitaire réservés uniquement à la maman (43)

8. L'entretien postnatal précoce

Il s'agit d'un entretien réalisé par une sage-femme ou un médecin entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement. L'objectif de l'entretien postnatal est de repérer les facteurs de risque ou les premiers signes de la dépression du post-partum et d'évaluer les besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement (44).

Dans certains cabinets médicaux ou de sage-femmes, il est réalisé avec plusieurs couples en même temps. Il est pris en charge à 70 % par l'assurance maladie.

Partie B. L'engagement paternel

I. Définition

L'implication paternelle regroupe un ensemble d'actions et d'attitudes qu'aura un père envers son enfant. Elle se définit comme « la participation et la préoccupation du père à l'égard du développement et du bien-être physique et psychologique de son enfant (45).

Cet engagement peut prendre des formes diverses et débute avant la naissance du bébé avec la participation par exemple aux consultations prénatales.

Il n'existe pas de père parfait, et la paternité ne doit pas être une liste de d'obligations ou de tâches à accomplir. Au contraire, ces dimensions nous montrent à quel point le rôle de père peut être varié et les nombreuses façons qu'ont les hommes pour contribuer au bien-être de leurs familles.

Le tableau 1 résume les différentes dimensions du rôle de père (46).

DIMENSIONS	DESCRIPTION	EXEMPLES
Un père en interaction	<i>Une présence pour l'enfance : quantité de temps passé en interaction directe ou indirecte ou tout simplement par sa disponibilité et son accessibilité.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Jouer, faire des combats amicaux > Parler et écouter > Prendre dans les bras, consoler
Un père qui prend soin	<i>Participe aux tâches quotidiennes pour le bien-être de l'enfant.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Nourrir > Habiller > Donner le bain > Accompanyer chez le médecin
Un père affectueux	<i>Des gestes ou des mots qui rassurent et encouragent. Le soutien à l'autonomie, le fait de lui sourire.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Offrir une sécurité > L'aider à développer l'estime de soi > Prendre l'enfant dans ses bras
Un père responsable	<i>Un père investi dans le développement et l'éducation de l'enfant : valeurs véhiculées, soutien à la vie sociale et morale de l'enfant.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Établir des règles > Suivre le carnet de santé > Suivre les bulletins scolaires et réunions > Le conseiller dans ses choix (métier)
Un père pourvoyeur	<i>Un soutien financier, même en cas de séparation parentale.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Travailler pour subvenir aux besoins > Achats de livres scolaires > Activités extra scolaires
Un père évocateur	<i>Ses pensées sont tournées vers l'enfant même quand celui-ci n'est pas là.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Regarder des photos > Parler de son enfant > Raconter des anecdotes > Souvenirs d'enfance

Tableau 1 : les différentes dimensions de l'implication paternelle (46).

II. Les facteurs influençant l'implication paternelle

Le thème de la paternité et de ses impacts est un sujet d'étude récent. Des études ont permis de mettre en lumière les contextes favorisants ou nuisibles à l'investissement des pères dans leurs familles.

Tout ce processus débute avant même la naissance de l'enfant. Si l'homme a côtoyé un ou des modèles parentaux qu'il admire que ce soit pendant sa propre enfance (son propre père) ou même à l'âge adulte (exemple d'un ami étant devenu père), de mêmes ceux qui se sont impliqués dans la grossesse de leur conjointe et au moment de la naissance, s'impliqueront plus facilement auprès de leur enfant (47). Évidemment, les expériences du passées, les caractéristiques de la famille dans laquelle le père a évolué sont aussi déterminantes dans le rôle qu'il choisira de jouer auprès de son enfant.

De plus, pour certains hommes devenir père peut être source de nombreux défis. La capacité à gérer ces défis et ce stress pendant cette transition vers la paternité vont être aussi déterminants pour l'engagement paternel. Un père qui vit trop de défis et de stress aura moins d'énergie pour développer un rôle actif auprès de son enfant (48).

Dans cette même thématique de défis multiples, certaines études ont démontré que plus les pères sont jeunes et démunis sur le plan financier, plus il leur sera difficile de s'investir auprès de leurs enfants du fait d'une énergie déployée à pourvoir aux besoins matériels de la famille (6). Il en est de même dans un contexte d'enfant difficile ou malade où l'on verra la mère se spécialiser dans les soins de nursing alors que le père organisera son énergie et son temps à la provision de ressources financières.

Dans les autres facteurs de non-engagement, on retrouvera également l'origine ethnique et la culture du père. Dans certaines cultures, il est encore coutumier de dire que les soins de l'enfant font partie intégrante du rôle de la mère (49). Dans l'étude de Cabrera en 2011 (49), il a été démontré que les pères afro-américains sont plus impliqués dans les soins et le jeu auprès de leurs enfants que les pères occidentaux.

Le travail de la mère influence aussi. Les pères s'engagent davantage dans les soins de l'enfant et dans les tâches domestiques lorsque la mère occupe un travail à temps plein (50).

Ce tour d'horizon des facteurs et conditions qui influencent l'implication paternelle nous montre qu'au-delà de leur volonté propre à vouloir s'investir, les pères doivent composer avec plusieurs variables afin de développer le rôle qui leur convienne.

III. Incidence de l'implication paternelle sur la santé et le développement de l'enfant

1. Santé physique

L'engagement paternel a des effets sur la santé physique des enfants dès la période périnatale. Une mère soutenue aura de meilleurs soins pré et postnataux et donc une baisse de la morbi-mortalité pour la femme et l'enfant. Cela permet également à la femme d'avoir une meilleure hygiène de vie durant la grossesse en cessant ou diminuant par exemple sa consommation d'alcool ou de tabac (1).

Dans le post-partum immédiat, la présence du père peut encourager la mère à allaiter et même à allaiter plus longtemps (4). De plus, un père impliqué dans le soin permet à l'enfant d'avoir un sommeil de meilleure qualité avec des réveils moins fréquents et une durée plus courte d'endormissement après la tétée (51). Il est donc important d'intégrer la figure paternelle dans le soin après l'accouchement.

Cette influence positive du père se poursuit après la petite enfance. Un père qui pratique une activité physique régulière incite ses enfants à en faire de même. Réciproquement, l'inactivité du père prédit celle des enfants et donc un risque d'obésité accru notamment chez les filles. De plus, un père obèse a un risque multiplié par 4 d'avoir un enfant en situation de surpoids ou d'obésité (52).

Le fait d'avoir un père présent et cadrant, fera que les jeunes adolescentes auront une activité sexuelle plus retardée entraînant de ce fait moins de grossesses non désirées, et une diminution de la délinquance chez les garçons (53).

2. Développement cognitif

Les études réalisées depuis une trentaine d'années au sujet de la paternité et de son impact ont permis d'identifier des liens entre père présent et développement de l'enfant. Le développement cognitif désigne la mémoire, l'attention, le raisonnement et la planification. C'est ce qui va permettre à l'enfant de gérer ses émotions, ses pensées, ses comportements, à exercer son jugement sur le monde. Le développement cognitif comprend également le développement du langage et donc la capacité d'un enfant à communiquer.

Or, on remarque que les enfants dont le père est impliqué dans l'éducation ont un meilleur développement cognitif (6).

Les pères participent de manière particulière au développement du langage. Ils utilisent un langage plus élaboré et diversifié avec des mots parfois complexes qui mettent les enfants au défi (5). L'enfant doit alors répondre de manière linguistique appropriée et développe ainsi un vocabulaire plus varié avec des phrases plus longues.

Une étude réalisée en 2005 a prouvé la relation significative entre l'implication du père dans l'éducation de l'enfant et la réussite scolaire (54).

3. Développement affectif et social

Les enfants qui partagent des activités avec leurs pères ont tendance à avoir une meilleure estime d'eux même, plus de confiance en eux et une meilleure tolérance au stress et à la frustration (55).

Cette gestion des émotions va permettre aux enfants de développer plus d'empathie envers leurs pairs, de meilleures compétences sociales et un meilleur contrôle de leurs comportements, notamment sur le plan de l'agressivité. De tout cela découle des enfants plus appréciés et qui développent des relations d'amitié plus facilement, favorisant ainsi leur bien-être (53).

De façon globale, les enfants ayant des pères impliqués bénéficient d'une meilleure santé mentale (56). Ils présentent des taux moins élevés de dépression, anxiété, détresse psychologique et d'émotions négatives.

Ils ont également moins de risques de développer des comportements violents et de rentrer dans la délinquance (57)

Leur vie conjugale est également plus stable, positive et satisfaisante.

4. Développement sensori-moteur

Durant les premiers mois de vie, la façon dont les pères manipulent leur enfant contribue également au développement. Par exemple, lors du portage les pères auront tendance à porter l'enfant en le tournant face au monde à la différence du portage des mères qui tiennent le bébé contre elles. Les jeux du type lancer et rattraper l'enfant, les jeux de bataille, tous ses touchers différents vont permettre un développement de la musculature de l'enfant, mais de manière différente de ce que font les mères, ce qui contribue à un développement complémentaire (7).

IV. Incidence de l'implication paternelle sur les mères

Auparavant, le soin de l'enfant était une tâche uniquement maternelle, mais l'intervention du père de plus en plus active dans les soins a montré de nombreux effets positifs également sur les femmes.

Comme mentionné plus haut, l'engagement du conjoint diminue la morbi-mortalité périnatale de l'enfant mais aussi de la mère en adoptant de meilleures habitudes de vie au cours de la grossesse (1).

La présence du père au moment de la naissance contribue à diminuer le niveau de stress, l'anxiété et les douleurs de la future mère augmentant ainsi les probabilités que l'accouchement se fasse de manière naturelle.

Dans la période postnatale immédiate, la présence du conjoint contribue aussi au bien-être et à la bonne santé mentale maternelle, en diminuant les symptômes anxieux ou dépressifs (2).

De même, le partage équitable des tâches domestiques et de l'éducation des enfants engendrent une plus grande satisfaction conjugale (3).

V. Incidence de l'implication paternelle sur les pères

La majorité des travaux réalisés sur l'engagement paternel étudient son impact sur l'enfant mais également sur le père.

Il a été démontré que les pères plus impliqués ont une meilleure santé physique, consomment moins d'alcool, de tabac, sont moins sujets aux morts accidentelles ou prématurées. Sur le plan émotionnel, les pères engagés sont plus satisfaits dans leur vie et présentent moins de symptômes anxieux ou dépressifs. Ils ont des interactions plus positives avec leur enfant. Ils sont plus attentifs au développement, y gagnent un sentiment de confiance et de compétence. Ainsi, ils sont satisfaits de leur parentalité, ce qui les encourage à s'impliquer davantage. (3)

Les hommes ont acquis de nouvelles responsabilités en combinant leur rôle de père investis auprès de leur enfant à celui plus traditionnel de pourvoyeur. Et pourtant, malgré la double tâche, les pères les plus investis dans la paternité sont également ceux les plus épanouis au travail (3).

Mais, le fait d'être père et investi permet également de mieux vivre les difficultés au travail, car celui-ci n'est plus au premier plan de leur vie.

Ces deux rôles sont complémentaires et favorisent une meilleure adaptation des hommes (58)

<i>Pour les femmes enceintes</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Meilleur suivi médical</i> > <i>Diminution de la morbi-mortalité à l'accouchement</i>
<i>Pour les pères</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Meilleure estime de soi</i> > <i>Efficacité et succès au travail</i> > <i>Meilleure satisfaction de la vie</i>
<i>Pour les mères</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Moins de stress et de détresse</i> > <i>Plus disponible et à l'écoute</i>
<i>Pour le couple</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Moins de conflit</i> > <i>Relation satisfaisante</i>
<i>Pour le nourrisson</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Meilleur allaitement (durée)</i> > <i>Meilleur sommeil</i> > <i>Meilleur développement du langage</i> > <i>Meilleure tolérance à la frustration</i>
<i>Pour l'enfant et l'adolescent</i>	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Meilleurs résultats scolaires</i> > <i>Interactions facilitées avec leurs pairs</i> > <i>Moins d'obésité</i> > <i>Moins de délinquance</i> > <i>Moins d'activité sexuelle à risque</i>

Tableau 2 : Bénéfices de l'engagement paternel sur les membres de la famille.

Partie C : La santé mentale des pères dans le post-partum

I. Dépression post-partum ou postnatale

1. Définition et prévalence

La dépression postnatale (DPN), ou la dépression post-partum (DPP) est un trouble de l'humeur qui peut survenir après l'accouchement et au cours de l'année suivant la naissance d'un enfant. Elle est peu diagnostiquée (50 % des femmes ne seraient pas diagnostiquées) et donc peu prise en charge malgré des conséquences délétères pour la mère, le père et l'enfant (47).

Depuis une vingtaine d'années, quelques études (notamment scandinaves et anglo-saxonnes) tentent de montrer que les pères peuvent aussi être affectés par une dépression après la naissance d'un enfant.

La DPP touche entre 15 et 20 % des mères et 7 à 10 % des pères après l'accouchement (59) avec un taux plus important entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois chez les deux parents et qui diminue graduellement par la suite.

Une étude chinoise menée en 2011 n'a pas mis en évidence de différence significative entre prévalence de la DPN chez les nouvelles mères et chez les nouveaux pères (14,9 % contre 12,5 %) (60).

En Haute-Saône, la prévalence de la DPP chez les pères selon le travail de thèse de DUBOIS Céline menée en 2021 est de 8,6 %. Cette étude été réalisée en utilisant l'auto-questionnaire HADS-D (19).

Cette dépression qui touche autant la mère que le père peut affecter le développement cognitif, émotionnel et comportemental de l'enfant.

2. Les symptômes

Le terme dépression correspond à l'épisode dépressif caractéristique (EDC) de la 5^{ème} version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).

Pour poser ce diagnostic, il est nécessaire d'avoir au moins cinq des symptômes présents dans le tableau 3 pendant au moins deux semaines, et qu'il y ait un changement par rapport au fonctionnement antérieur. De plus, au moins un de ces trois symptômes doit être présent : (61) (62)

- Une humeur dépressive ;
- Une perte d'intérêt ou aboulie ;
- Une perte de plaisir ou anhédonie.

Humeur dépressive	> <i>Présente toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres</i>
Diminution du plaisir	> Pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
Perte ou gain de poids	> <i>En absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.</i>
Insomnie ou hypersomnie	> <i>Quasi quotidienne.</i>
Agitation ou ralentissement psychomoteur	> Presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
Fatigue ou perte d'énergie	> <i>Quasi quotidienne.</i>
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	> <i>Excessive ou inappropriée, presque tous les jours</i>
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	> <i>Ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</i>
Pensées de mort récurrentes	> <i>Pas seulement une peur de mourir, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.</i>

Tableau 3 : Résumé des symptômes de dépression (62).

Pour contrer le biais de genre, certains auteurs décrivent des symptômes « masculins » pour le dépistage de la dépression masculine. Généralement les hommes n'extériorisent pas leur mal être par des larmes ou un ralentissement psychomoteur mais plutôt par de l'agressivité.

Ces symptômes sont résumés dans l'article de GRESSIER Florence paru en 2015 et regroupe : (12)

- Un retrait social ;
- Une indécision ;
- Une peur importante ;
- Des attaques de panique ;
- Une rigidité et une irritabilité plus importante. ;
- La consommation d'alcool, de drogues ;
- Un surinvestissement professionnel ;
- L'augmentation des conflits conjugaux ;
- La violence envers la partenaire ;
- Des plaintes somatiques telles que changement d'appétit, une prise ou une perte de poids, une diarrhée, une constipation, des céphalées, des nausées et une insomnie.

Ces particularités cliniques peuvent masquer des symptômes dépressifs plus typiques, mais semblent être des mécanismes pour dissimuler la souffrance des pères. Mais lorsque ces mécanismes de défense sont débordés, la dépression « masculine » est dévoilée par une immense détresse, un isolement social et l'arrêt des activités quotidiennes (63).

Au total, la dépression paternelle postnatale correspond aux critères de l'EDC de la DSM-5, auxquels peuvent s'ajouter les caractéristiques propres du rôle de père, le tout pouvant entraîner une baisse de sensibilité et un désengagement vis-à-vis de son bébé.

3. Facteurs favorisants

Les facteurs qui augmentent ce risque de DPP paternelle sont : (59) (64) (65) (66) (67)

- Le fait d'avoir un enfant avec des problèmes de sommeil ;
- Des antécédents de dépression ;
- Une grossesse non désirée ;
- Un manque de soutien social ;
- Une mauvaise situation économique ;
- L'absence de congé de paternité ;
- La dépression maternelle ;
- Un faible niveau socio-économique ou scolaire ;
- Et l'absence de lien symbolique (mariage, pacs etc..)

Nous retrouvons également un certain nombre de facteurs favorisants, dont des facteurs hormonaux : (68) (69) (70)

- Un faible taux de testostérone : ce taux diminue avant la fin de la grossesse, il permettra de favoriser l'attachement père-bébé mais peut également mettre à mal l'équilibre psychologique du père ;
- Un faible taux d'estrogène : celui-ci commence à augmenter au cours du dernier mois de grossesse pour permettre au futur papa de s'impliquer auprès de son enfant ;
- Un faible taux de prolactine : hormone secrétée tout au long de la grossesse et de manière plus intense chez les pères qui présentent une couvade. Elle permettra une meilleure réponse du père dans la gestion des pleurs de l'enfant ;
- Un faible taux de cortisol : l'hormone de réponse au stress. Quand celle-ci est diminuée, le père ne parvient plus à s'adapter à une nouvelle situation qui devient source d'anxiété.

Par ailleurs, nous retrouvons d'autres facteurs favorisants comme l'évolution du rôle de père dans notre société. En effet, de nombreux pères rencontrent eux-mêmes des difficultés d'identification. Cette absence de modèle paternel peut être source de vulnérabilité chez les pères en devenir, en raison du sentiment de non-acquisition des compétences paternelles attendues par la société de nos jours. Le manque de compréhension de ce que l'on attend d'un père et le sentiment de non-maîtrise du rôle de père peuvent causer de l'anxiété chez certains nouveaux pères et entraîner un risque accru de dépression paternelle postnatale (13).

Le manque de récompenses perçues dans la parentalité pourrait également contribuer au développement de la DPN paternelle (13).

4. Auto-questionnaires de détection

Il existe 3 auto-questionnaires validés pour détection la dépression postnatale :

- L'échelle de dépression postnatal d'Édimbourg (EPDS) ;
- L'échelle anxiété dépression (HADS-D) ;
- L'échelle de dépression masculine de Gotland (GMDS), cette dernière n'a pas son équivalent en français (71).

A ce jour, il n'existe pas d'auto-questionnaire spécifique du dépistage de la dépression post-partum paternelle. Mais, la majorité des études traitants du sujet utilisent les échelles développées pour la dépression post-partum maternelle et principalement l'échelle EPDS.

II. Trouble anxieux généralisé post-partum paternel

1. Définition et symptômes

L'anxiété est une émotion se définissant par l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. Il est possible de distinguer deux types d'anxiété, l'anxiété dite « adaptée » qui est présente chez tous les individus et l'anxiété « pathologique » qui est une réaction excessive. Dans ce cas, nous parlerons de troubles. (72)

Cette angoisse est souvent générée par une peur secondaire à une anticipation anxieuse de problématiques possibles, mais incertaines. Parfois le sujet ne sait même pas précisément ce qu'il redoute.

Le spectre des troubles anxieux est vaste, le plus fréquent observé dans le contexte de la parentalité et celui dont nous parlerons est le trouble anxieux généralisé (TAG). Des symptômes de dépression et d'anxiété coexistent fréquemment, même si ces derniers sont plus courants.(72)

Selon la DSM-5, le TAG se caractérise par l'anxiété et l'inquiétude excessive et incontrôlable durant au moins 6 mois et qui doivent être accompagnées d'au moins trois des symptômes suivants : (72)

- Agitation ou sensation d'être survolté ;
- Fatigabilité ;
- Difficultés de concentration ou trous de mémoire ;
- Irritabilité ;
- Tensions musculaires ;
- Troubles du sommeil.

Le tout entraînant une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement habituel dans tous les domaines (plan social, professionnel, personnel).

Dans les études sur le TAG paternel postnatal, les critères sont les mêmes que ceux de la DSM-5 en excluant le critère de durée. Le terme trouble de l'adaptation aigu avec anxiété peut parfois être utilisé.

2. Facteurs prédisposants

Les facteurs contribuant à l'anxiété sont : (73) (74) (75)

- Niveau d'éducation faible ;
- Niveau de revenu faible ;
- Faible soutien coparantal ;
- Faible soutien social ;
- Conflit travail-famille ;
- Faible estime de soi ;
- Antécédents de syndrome anxiodépressif.

Les villes avec un fort taux de mortalité périnatale ont également des taux d'anxiété paternelle plus élevés (76).

3. Prévalence

Les études réalisées sur la période postnatale parlent principalement de la dépression. Néanmoins, même si les recherches sont peu nombreuses, une comorbidité psychiatrique a été observée entre la DPP paternelle et TAG (13).

L'anxiété est plus commune que la dépression en période périnatale. Environ 14 % de la population générale présente de l'anxiété (77). Pendant la période postnatale, 14 % des mères et 17 % des pères rapportent des symptômes anxieux en dans une méta analyse de 2017 (78).

Dans une méta-analyse plus récente publiée en 2019, la prévalence de l'anxiété post-natale variait entre 2,4 % et 51 % (73). Cette grande hétérogénéité s'explique en partie par un biais d'évaluation. En effet, ces mesures ont été réalisées au cours d'une période qui est chargée émotionnellement pour les pères, puisqu'elle s'étend sur toute la première année de vie de leur enfant.

Dans la thèse de DUBOIS Céline en 2020 s'intéressant uniquement aux pères haut-saônois, la prévalence de l'anxiété postnatale était de 29 % (19).

4. Outils de dépistage

Voici les 3 principales outils utilisés pour la détection du TAG : (72)

- L'échelle d'anxiété de Hamilton ;
- L'inventaire d'anxiété trait-état (STAI-Y) ;
- L'échelle anxiété dépression (HADS-A).

La grande variabilité de prévalence entre les études s'explique également (tout comme pour la dépression) par la présence de multiples instruments de mesure de l'anxiété.

III. Conséquences de la DPP et TAG paternel

1. Conséquence sur le père : le suicide

En 2020, en France, près de 9 000 décès par suicide ont été enregistrés, soit un taux global de suicide de 14,1 pour 100 000 habitants versus 11,3 dans le reste de l'Europe.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, avec 3,7 hommes suicidés pour une femme (10).

En Bourgogne Franche-Comté entre 2013 et 2015, le taux de suicide était de 25,9 pour 100 000 habitants en Haute-Saône et de 18,5 pour 100 000 habitants dans le reste de la région. Le décès par suicide représente la première de cause de mortalité dès les 30-34 ans (20 %). Bien que le nombre de décès par suicide soit plus important chez les hommes, le nombre de tentatives de suicide est quant à lui plus élevé chez les femmes (11).

La souffrance psychique d'un père peut donc avoir de graves répercussions pour lui-même, mais peut-être également sur tout le reste de la famille.

2. Conséquences sur le couple

Il a été décrit dans une étude australienne de 2004 que la dépression du post-partum paternelle peut avoir un impact sur les relations sexuelles dans le couple. Le fonctionnement sexuel semble se détériorer nettement par rapport aux niveaux d'avant la grossesse avec seulement une récupération minimale à la fin de la première année, 37 % des hommes de cette étude déclarent de faibles niveaux de satisfaction sexuelle (9).

De plus, La dépression chez les pères est associée à un risque accru de dysharmonie dans les relations de couple, avec par conséquent une augmentation de la fréquence et de l'intensité des conflits (8).

3. Conséquences sur la mère

La dépression prénatale chez les pères a prédit une aggravation de la gravité des symptômes dépressifs chez les mères au cours des six premiers mois post-partum, mais pas l'inverse. Cette augmentation du risque de DPP maternelle serait due à la diminution du soutien psychologique de la part l'homme, ce soutien qui est considéré comme un facteur protecteur contre la dépression maternelle (16).

La grossesse et la naissance d'un enfant peuvent également être des facteurs favorisant des violences conjugales (8).

Une seule enquête réalisée en France en 1993-1994 porte sur les violences conjugales subies au cours des 12 mois suivant la naissance d'un enfant chez 707 femmes primipares ou secondipares. La fréquence des violences de la part du conjoint était de 4 %. Cette fréquence est plus élevée si le couple était instable et le conjoint sans emploi. Il n'y a cependant pas de différence significative selon l'âge de la femme, son niveau d'étude, le fait qu'elle ait ou non un emploi, qu'elle soit primipare ou secondipare (*Saurel-Cubizolles et al., 1997, cité par (8)*).

Il existe également une étude européenne menée en Suède en 2000 qui fait état de 32 femmes sur 132 (soit 24 %) qui ont été victimes de violences physiques ou morales de la part de leur compagnon dans les 8 semaines suivant le post-partum (79). De plus, sur ces 32 femmes, 22 (soit 69 %) ont déclaré ne jamais avoir subi de violences auparavant.

4. Conséquences sur l'enfant

La DPP paternelle peut également avoir des conséquences néfastes sur l'enfant en commençant par une relation père-bébé altérée.

Un enfant en situation de stress aura tendance à sécréter plus de cortisol qui, au long cours peut altérer la croissance staturale ainsi que la maturation cérébrale (12) (13).

Ces enfants rencontreront également des difficultés affectives (voir des carences affectives) dues à une baisse du bien-être et seront plus à risque de développer des troubles du comportement, voire de réels troubles psychiatriques (79) (80).

Ils sont aussi à risque d'échec scolaire (12) (14) (15).

Les violences conjugales sont majorées dans des périodes de grande fragilité émotionnelle. Les violences envers les enfants se voient également pouvant aller jusqu'à l'infanticide (12).

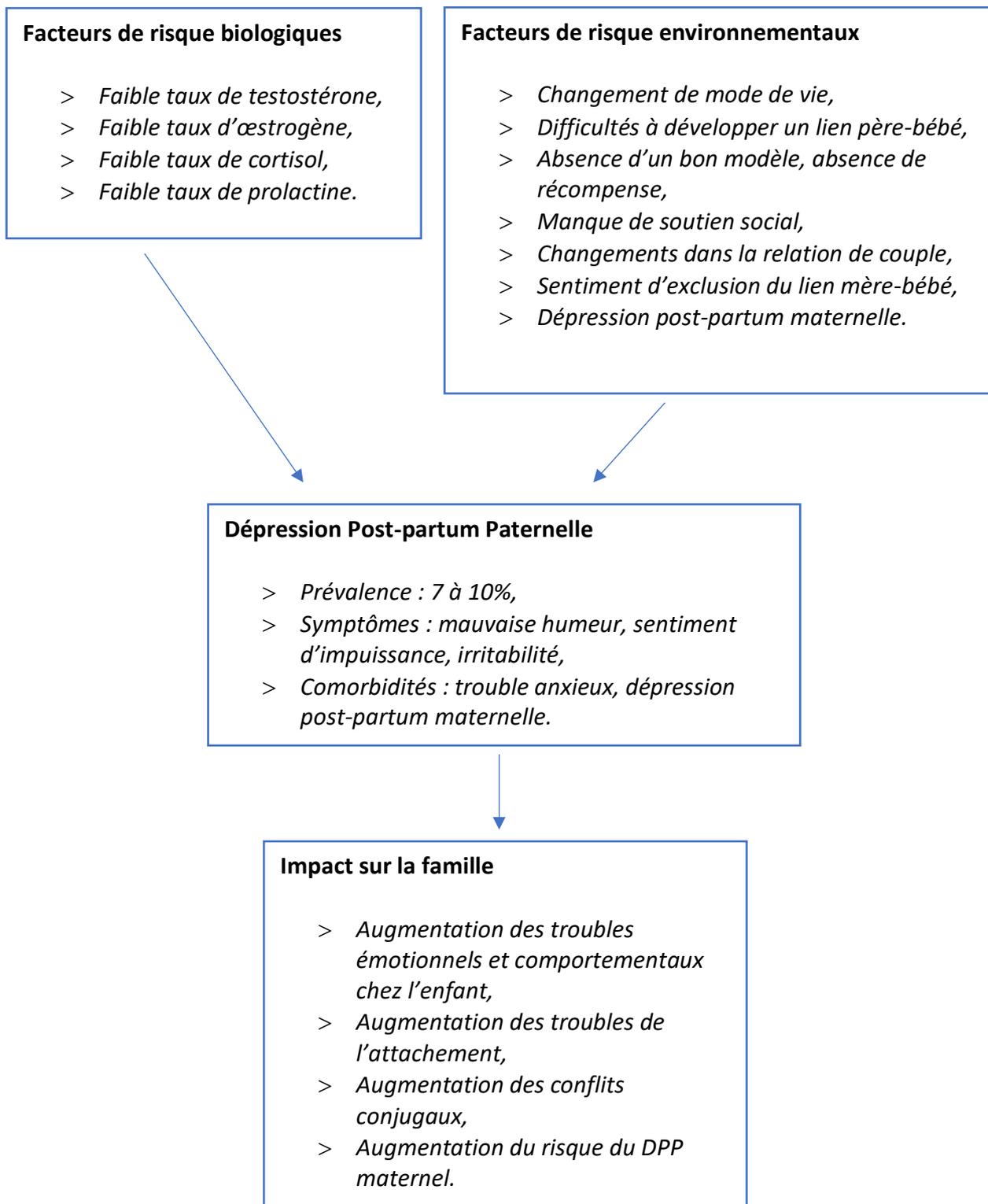


Figure 3 : La dépression post-partum paternelle, facteurs favorisant et impacts sur la famille.

Étude péril-natal : Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les primipères haut-saônois à 5 mois post-partum.

I. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit ici d'une étude qualitative phénoménologique rétrospective réalisée via des entretiens semi-dirigés auprès de primipères à partir du 5^{ème} mois de vie de leur premier enfant sur le territoire haut-saônois.

2. Population

Les pères ont été recrutés en Haute-Saône via :

- Le service de maternité de l'hôpital de Vesoul ;
- Les médecins libéraux (médecins généralistes et spécialistes dont les gynécologues) ;
- Les sages-femmes exerçants en milieu libérales ;
- Notre réseau pluriprofessionnel.

Critères d'inclusions :

- Pères entre le 5^{ème} et le 10^{ème} mois de vie d'un premier enfant ;
- Premier enfant du couple ;
- Majeur, travaillant ou non, volontaire ;
- Absence d'antécédents de trouble anxiodépressif connu.

Critères de non-inclusion :

- Père ayant des enfants ou enfant issus d'une précédente union de leur compagne ;
- Pères avec déjà un ou des antécédent(s) de vécu de grossesse ;
- Pères mineurs, sous tutelle ou curatelle ou détenus ;
- Pères sous traitement anxiodépressif ;
- Antécédent de trouble anxiodépressif connu.

Le nombre de sujet nécessaire n'était pas définie en amont de l'étude, l'effectif a été arrêté une fois la suffisance théorique atteinte. Cette dernière étant définie par l'arrêt du recueil de données lorsque l'on juge que les données obtenues suffisent à expliquer le phénomène (81).

3. Caractéristiques de l'échantillon

Quatorze pères ont été interrogés.

Le tableau suivant récapitule les caractéristiques des participants.

	Age	Profession	Mariage	Bébé désiré	Cours prépa	Présence Acc	OH	Tabac	Écho
Papa 1	40 ans	Militaire	Pacs	Non	Non	Oui	Oui	Oui	3/3
Papa 2	30 ans	Educ spé	Pacs	Oui	3/7	Oui	Non	Non	3/3
Papa 3	29 ans	Interne en médecine	Pacs	Oui	Non	Oui	Non	Non	3/3
Papa 4	27 ans	Banquier	Pacs	Oui	Quelques- uns	Oui	Non	Non	3/3
Papa 5	29 ans	Militaire	Marié	Oui	Oui	Oui	Non	Non	3/3
Papa 6	33 ans	Coiffeur	Marié	Oui	Quelques- uns	Oui	Non	Non	3/3
Papa 7	28 ans	Agriculteur	Concubin	Oui	La moitié	Oui	Non	Non	3/3
Papa 8	26 ans	Ingénieur	Concubin	Oui	Aucun	Oui	Non	Non	1/3
Papa 9	29 ans	Diététicien	Pacs	Oui	Le premier	Oui	Non	Non	3/3
Papa 10	27 ans	Travail à la ville	Pacs	Oui	Le dernier	Oui	Non	Non	3/3
Papa 11	31 ans	Médecin	Pacs	Oui	1 seul	Oui	Non	Non	3/3
Papa 12	25 ans	Mécanicien	Pacs	Oui	Aucun	Oui	Non	Non	3/3
Papa 13	29 ans	Acheteur info	Pacs	Oui	Tous sauf 1	Oui	Non	Non	3/3
Papa 14	29 ans	Ingénieur info	Pacs	Oui	La moitié	Oui	Non	Non	3/3

Tableau 4 : Les caractéristiques des papas de l'étude.

4. Comité d'éthique et consentements

Notre étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique clinique du CHRU de Besançon 09 février 2022 (Annexe 1).

Chaque père doit remplir avant son inclusion deux formulaires. Le premier (Annexe 2) concerne le consentement à la participation volontaire à l'étude. Le second (Annexe 3) est un formulaire d'autorisation de contacter son médecin traitant avec les coordonnées de ce dernier, utilisé notamment en cas de détection de phénomènes anxieux, voire dépressifs. Ce contact, selon le souhait du patient, peut être soit par téléphone (en présence du patient), soit avec un courrier remis en propre au patient (Annexe 4)

Le projet respecte le RGPD (règlement général sur la protection des données) et a été déclaré à la responsable du service de la protection des données de l'Université de Franche-Comté pour inscription au registre des thèses.

5. Carnet d'entretien

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-dirigés selon un guide d'entretien (Annexe 5) qui se présente sous la forme d'une liste de thèmes sous forme de mots-clés. Cet entretien est adapté aux capacités de compréhension et d'expression de la personne interviewée.

La consigne et les questions doivent être centrées sur l'expérience du participant. On cherche à inviter ce dernier à s'exprimer de manière subjective à la première personne du singulier et non à se poser en analyste extérieur de sa propre expérience. La consigne et les questions sont ouvertes afin d'éviter les risques de biais.

Le guide d'entretien a été élaboré de la manière suivante : une partie pour présenter le sujet et la réflexion qui a amené au sujet d'étude puis une seconde partie avec consentement des pères à l'enregistrement des entretiens.

Les pères devaient renseigner les caractéristiques suivantes : âge, niveau d'études, profession, s'il s'agissait d'une grossesse désirée, s'ils étaient présents aux échographies obligatoires et aux cours de préparation à l'accouchement. Puis, pour finir si leur consommation d'alcool ou de tabac a été modifiée depuis l'arrivée du bébé.

L'entretien commence par une question d'ouverture « racontez-moi votre vie depuis que vous êtes devenu papa ? » ou « comment avez-vous vécu votre parentalité ? ».

La suite de l'entretien vise à aborder à la fois les points positifs et négatifs, le point de vue sur la paternité, et les besoins en termes de soutien et d'écoute du patient.

Les entretiens étaient menés autour de ces questions principales, tout en conservant la possibilité d'explorer plus en détails certaines réponses de participants et de modifier la séquence et la formulation des questions si nécessaire.

6. Collecte des données

Les données ont été recueillies entre février 2022 et octobre 2022. La majorité de nos entretiens ont été réalisés à distance par téléphone ou en visioconférence en raison de la période sanitaire de pandémie Covid-19. Ils ont duré entre 17 minutes et 1 heure et 21 minutes et numérotés séquentiellement de 1 à 14. Le temps et les lieux de réalisation des entretiens ont été choisis par les participants et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

Nous avons décidé en amont d'exclure les partenaires durant les entretiens afin de permettre aux pères de parler sans craintes de jugement ou d'influences.

7. Transcription

Les entretiens ont été retranscrits informatiquement en intégralité « mot pour mot » dans un fichier type Word. Les propos des pères n'ont été ni modifiés ni corrigés (y compris les fautes de langage).

Cependant, afin de respecter le secret médical, les prénoms des enfants et des mamans ont été volontairement modifiés. Par ailleurs, les noms des médecins ou autres professionnels de santé ont également été remplacés.

8. Analyse

Après retranscription une analyse thématique a été réalisée grâce au logiciel Nvivo. Les entretiens ont été fractionnés en Verbatim puis associés à un codage. Les différents codages ont été regroupés afin de dégager les différents thèmes qui ressortaient des entretiens.

Le codage a été réalisé à la fin de la retranscription de chaque entretien. Et, nous avons donc procédé à un double codage avec ma collègue.

II. Résultats

Plusieurs lectures attentives des transcriptions nous ont permis d'extraire ces données, afin de les classer en nous inspirant de notre guide d'entretien préalablement établi.

Nous avons pu faire ressortir quatre grandes thématiques qui sont sources de difficultés pour les primipères :

- i) Le manque de préparation et d'information
- ii) Trouver sa place dans la paternité
- iii) Le bébé
- iv) Protection de la famille et ses responsabilités

Chaque thème amenait lui-même différentes catégories et sous catégories.

Thème 1 : Le manque de préparation et d'information.

Comment se préparer à l'un des événements les plus bouleversants d'une vie ? Le rôle de père étant en mutation, nos pères n'ont plus de modèle précis à suivre/imiter. Pourtant les technologies actuelles permettent de s'informer, ainsi que les cours de préparation à l'accouchement, les consultations anténatales ... mais comme dirait l'un des papas, « *Je croyais que j'étais près mais en fait j'avais une vision erronée du truc* » Papa 8.

La peur de l'inconnu.

Se sentir perdu, ce terme est revenu de nombreuses fois au cours des entretiens. Mais cette sensation était partagée par les deux parents et pas uniquement par les papas.

La grossesse et l'accouchement sont toujours restés du domaine du féminin, de la femme, de la mère. Malgré l'évolution de la pensée et de la place du père au sein de la famille, celui-ci ne sera jamais au premier plan dans cette étape pourtant si importante de la vie.

En plus moi au début j'étais méga inquiet (Papa 1)

Je pense que ça aurait pu être utile d'avoir des petits cours pour apprendre à s'occuper de bébé, avoir des petits tips. (Papa 3)

On est rentrés au bout de 4 jours. On était un peu perdus. (Papa 3)

Arrivé à la maison tu es perdu, tu te sens vide. (Papa 3)

Il y a des moments je lui demandais ce que je devais faire j'étais perdu. (Papa 5)

On est des fois un peu plus perdus que les mamans mais ça s'apprend. (Papa 7)

Tu te poses des tas de questions en fait auxquelles tu n'as pas de réponses, tu es dans l'incertitude tout le temps. (Papa 8)

Après je sais que je m'en fais pour chaque nouveauté dans le comportement de Marceau. Qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce qu'il est mal ? J'avais énormément d'angoisses. (Papa 8)

Je me suis retrouvé tout seul avec la petite, je n'osais pas la toucher puis tu la regarde, tu sais pas quoi faire. (Papa 14)

Apprendre sur le tas.

Être mis sur le fait accompli peut être source de difficultés pour les pères. Il leur faudra alors relever de nouveaux défis pour répondre aux besoins de leur enfant.

Nous les papas on est vraiment pas préparés à ça (Papa 1)

C'est vrai qu'il te tombe un truc dessus et qu'on est moins préparé que les mamans. (Papa 1)

Là on me dit que je vais faire du peau à peau, j'étais pas prêt moi. (...) je savais pas quoi faire. Rires. (Papa 1)

Mais du coup on a un peu appris par nous-même (Papa 4)

Il y a des fois, le premier bain (...) grosses sueurs. (Papa 6)

Il y a des trucs on se sent largués, tout prend une ampleur énorme, nous en plus on a tendance à être assez stressés. (Papa 10)

Car il s'agit réellement d'un **bouleversement** dans la vie :

On parle pas assez des bouleversements que ça a dans le quotidien. (Papa 9)

Le personnel de santé dédié.

Le manque de préparation apparaît toutefois accentué chez les hommes, qui constatent souvent une absence d'informations et de ressources adaptées et ciblées sur eux.

De plus, un certain nombre de papa a mis l'accent sur **le manque de personnel dans les hôpitaux** publics. Nous n'avons malheureusement pas d'élément de comparaison comme aucun couple n'a été en clinique pour l'accouchement.

Elles sont prises par le temps, le service était plein. Donc pour nous c'était délicat c'est une découverte c'est une nouvelle chose on aurait aimé avoir plus de temps et d'accompagnement. (Papa 4)

C'est un moment où on a besoin d'un soutien continu mais on sait qu'il y a des soucis à l'hôpital et qu'il n'y a pas le temps de tout faire correctement (Papa 4)

Mais dans l'ensemble j'ai trouvé qu'à l'hôpital on nous a dit déjà beaucoup de chose peut être même trop d'info à imprimer. (Papa 6)

Certains ont également mis en avant le fait qu'il n'y a pas de **personnel dédié** aux papas :

Les mamans il y a plein d'associations, il y a la sage-femme, elles parlent de leurs expériences. (Papa 11)

Certains ont mis en avant **des difficultés relationnelles et de communication avec le personnel** soignant ainsi qu'une dissonance dans le discours entre les professionnels.

Alors ça s'est globalement bien passé disons qu'il y a des AP un peu à l'ancienne qui sont pas toujours évidentes, un peu bourruées. (Papa 10)

Et les auxiliaires pas très aidantes parce que le jour on te dit il faut faire comme ça la nuit autrement du coup on était comme des gosses on avait peur de faire une bêtise (Papa 12)

Le personnel soignant pouvant même parfois être **infantilisant** envers eux :

C'est vrai que parfois on se sent quand même bien mis de côté. Quand elles font les soins elles expliquent tout à la mère toi t'es à côté elles te calculent pas. Et pour elles tout à l'air évident et tu passes pour un débile. (Papa 8)

Thème 2 : Trouver sa place dans la paternité.

Dans la société actuelle, un père investi est un bon père, c'est celui qui cherche le partage des tâches, une recherche d'égalité homme femme jusqu'à dans la parentalité. Mais pour la première fois c'est aux hommes de faire leurs preuves pour tenter de devenir l'égal de la femme.

Sentiment d'inutilité, d'impuissance et manque de légitimité des pères.

Beaucoup de pères se sont sentis exclus dans les services de maternité. Mais cette mise à l'écart est présente à tous les moments du processus de parentalité.

Certains ont décrit de l'**exclusion** :

Faire un enfant est une chose qui se fait à deux. Alors oui c'est la femme qui portera cet enfant pendant neuf mois et l'attention de tout le monde sera portée sur cette future mère et l'enfant qu'elle porte. Mais ce n'est certainement pas une raison pour ne pas intégrer et donner leur légitimité aux futurs papas qui eux ne vivent pas la chose de manière aussi concrète.

A un entretien à la maternité et malgré ma présence, je m'étais senti très vite à l'écart. Elle était très orientée sur la maman et je me suis vite senti mis de côté moi. (Papa 9)

Allant même jusqu'à parler **d'abandon**, autant pour eux qui sont abandonnés par le personnel soignant que leurs compagnes qu'eux abandonnent.

Les bébés de cette étude étaient nés soit à la maternité du CHU de Besançon, soit à celle de l'hôpital de Vesoul.

Le fait de ne pas pouvoir être présent les premières nuits à la maternité du CHU en a dérangé plus d'un entraînant autant d'anxiété du côté de la maman que du papa. Malgré un souhait de s'engager ils étaient mis de côté avec un sentiment **d'abandon** de leur partenaire.

Je trouve ça dommage qu'on ne puisse pas dormir à côté de la maman et du bébé, on a envie d'être là. On a le sentiment de les abandonner. (Papa 2)

Après c'est vrai qu'en tant que papa tu es impuissant. Rires (Papa 5)

Et ce qui était difficile je ne pouvais pas rester la nuit. J'étais près moi à y aller mais on m'en empêchait. (Papa 10)

Je me sentais inutile je servais à rien comme j'étais pas là la moitié du temps. On te refuse cette tentative de prendre ta place. (Papa 10)

Juste un peu compliqué de devoir rentrer le soir et les laisser seule. (Papa 11)

Mais toutes les maternités ne fonctionnent pas de la même manière :

Je suis resté avec Léa les 3 nuits, par terre. Donc j'avais mon matelas de camping. (Papa 12)

Plusieurs papas ont parlé de l'allaitement maternelle. Bien qu'ils en connaissent les bienfaits pour le bébé ils ont tendance à voir ce moment comme un moment privilégié mère-bébé et à **s'auto exclure**. Pour pallier ce **sentiment d'inutilité et de culpabilité** nombreux sont ceux qui se lèvent la nuit pour soutenir la maman et changer les couches par exemple. L'objectif était d'équilibrer les tâches avec la maman. Mais ces dernières ne leur facilitent pas toujours la tâche, avec la fatigue **le manque de communication** s'installe pouvant aller parfois jusqu'à **les dévaloriser**.

Moi, ma femme, elle a choisi d'allaiter donc moi j'étais un peu hors-jeu, je changeais les couches et je faisais le bain (Papa 1)

Quand on est papa, il y a vraiment des moments où on se sent nul. Et ma femme parfois elle y met pas les formes, les commentaires du style « comment ça se fait que moi j'y arrive ? ». (Papa 1)

*L'allaitement j'avais bien compris que c'était le moment des filles
Et la nuit finalement ça me réveillait et je culpabilisais de pas me réveiller (Papa 9)*

Déjà quand je dis à Olivia que je participe à ton étude elle me dit « oh pauvre chou ». Elle se dit que comme c'est elle qui la porte et qui accouche c'est pour elle que c'est difficile. (Papa 11)

Je peux pas faire l'allaitement mais j'essaie de décharger Lisa sur un max de trucs. (Papa 13)

Les hommes qui avaient décrit ce sentiment d'exclusion avaient tout de même tendance à nuancer leur propos en disant que l'accent devait être mis sur la mère et le bébé.

Parce que franchement le papa tu as l'impression d'être une pièce rapportée. On n'est clairement pas l'égal de la maman. (Papa 1)

Ça serait bien que les consultations de suivi du bébé soient plus orientées au tour de la famille et pas que du bébé. (Papa 6)

Je sais que la charge mentale des femmes est plus importante que celle des hommes mais on essaie de s'investir au maximum. (Papa 8)

La peur de perdre son couple.

La quasi-totalité des pères interrogés ont parlé du fait que la relation avec leur partenaire avait été modifiée par l'arrivée du bébé. La plupart des pères déclaraient passer moins de temps qu'avant avec leurs compagnes. Et avec la fatigue tout devient plus compliqué au sein du couple, les disputes éclatent plus vite, le ton monte... cela peut fragiliser le couple et la famille.

Je comprends que ça peut faire exploser un couple. (Papa 3)

Dans notre couple c'est un peu plus délicat. (Papa 4)

La relation du couple c'est compliqué au début je me suis demandé si on allait pas se séparer. (Papa 8)

Du coup ça a commencé à faire un peu de conjugopathie. C'est un cercle vicieux. (Papa 11)

Pour le moment on a moins de temps l'un pour l'autre. (Papa 13)

La majorité des hommes ont parlé d'un éloignement sur le plan physique avec une activité sexuelle souvent affectée par l'arrivée d'un bébé.

Et franchement quand tu dors pas de la nuit moi j'avoue que j'étais pas chaud et je préfère garder mon temps pour dormir. (Papa 1)

Il y a eu une très longue phase d'abstinence. (Papa 10)

Retrouver son équilibre

Comme dans toute nouvelle étape de la vie, il faut que chacun trouve sa place. Mais ce n'est pas naturel pour tout le monde. Et chacun met en place des stratégies différentes pour se rassurer et s'adapter. Mais quand cet équilibre met du temps à se mettre en place cela peut entraîner une grande détresse et mettre en péril la volonté d'engagement des papas auprès de leur famille.

Moi, par exemple, il y a encore des trucs où je reste égoïste et je me fais passer avant lui. (Papa 1)

C'est un sacrifice les premières années. (Papa 2)

Ceux qui disent qu'ils n'ont jamais le temps c'est qu'ils ne le prennent pas. (Papa 7)

Pour 3 papas de l'étude cette transition vers la parentalité a été une véritable épreuve et pour 2 d'entre eux ils ont dû faire appel à une aide extérieure pour se retrouver.

Et au bout des deux semaines j'ai complètement craqué et j'ai parlé de toutes mes peurs et je pense que c'est ce qui m'a un peu libéré. C'était vraiment les deux semaines les plus compliquées de ma vie, et j'ai pas honte de le dire. (Papa 8)

Je me sentais partir plus vite au quart de tour, une sorte d'impatience, la moindre remarque ça pouvait partir loin, il y avait cette tension sous-jacente qui était présente.(...) Petite période où j'ai beaucoup culpabilisé. (Papa 9)

Je m'enfonçais. (Papa 11)

Thème 3 : le bébé.

Un sacrifice.

Certains hommes ont réfléchi à l'importance de changer leurs attentes, reconnaissant qu'une partie de leur stress reflétait une norme irréaliste qu'eux-mêmes et leur partenaire s'étaient fixés. Car comme certains l'ont mentionné, le retour sur investissement n'est pas immédiat et les premiers mois à s'occuper d'un bébé peuvent être **ingrats**.

C'était un peu ingrat de s'occuper d'un petit être avec qui tu as aucune interaction en retour, pas de sourire. (Papa 9)

C'est un sacrifice les premières années. (Papa 4)

Au début c'est un peu un fardeau. (Papa 12)

Mais c'est vrai que c'est très chronophage de s'occuper d'un bébé. (Papa 13)

Les pleurs.

Les pleurs sont le seul mode de communication d'un bébé. Mais ils peuvent tout signifier : la tristesse, la douleur, l'envie de manger, d'être changé. Ces pleurs sont une des principales sources d'anxiété chez nos jeunes papas et sont autant source d'inquiétude que d'agacement.

Et les pleurs de bébé ça m'empêche vraiment parfois de réfléchir. (Papa 1)

Oui il y a des moments où je me suis senti dépassé. Surtout au moment des pleurs. (Papa 3)

Il a fait que pleure. Je savais pas quoi faire, je me disais on va pas y arriver. (Papa 10)

Beaucoup de pleurs (...) c'est là que la galère à commencer. (Papa 11)

Mais le pleur continu de bébé c'est vraiment désagréable c'est fait exprès pour t'obliger à réagir mais quand tu sais pas quoi faire. (Papa 8)

Mais les pleurs de bébé c'est stressant. (Papa 14)

Les (non) nuits.

Le point noir commun de tous les pères interrogés était les nuits. Ces nuits passées à se réveiller, plus d'une fois, à ne dormir que quelques heures, à parfois devoir aller travailler sans avoir dormi depuis des jours. Tous ou presque l'on décrit comme une véritable torture. Nous ne citerons ici qu'un seul de nos primipère. Pour qui ce manque de sommeil aurait pu très mal finir.

On est rentrés dans un cycle infernal. (...) C'était un peu métro boulot et pas dodo. Un jour, ça faisait 2 3h qu'on était dans les pleurs (...) dans un élan j'ai ouvert la fenêtre et j'étais debout sur la fenêtre, Olivia c'est dépêché de me rattraper. C'était vraiment le manque de sommeil. (Papa 11)

Bébé secoué.

Les pleurs, les nuits blanches, la fatigue, un cocktail explosif comme diraient certains. Il a été abordé au cours de plusieurs entretiens le sujet des bébés secoués. On leur en parle beaucoup à la maternité et même si certains rapportent un excès d'info à ce moment-là, ils gardent tous en tête celle concernant les bébés secoués.

On a tous eux envie de le secouer. En vrai ça vient hyper vite ça m'ai arrivé de m'arrêter juste avant de le secouer vraiment. C'est hyper dur ce moment ou te dit ouah je vais le défoncer et c'est vrai que le geste d'exaspération. (Papa 1)

Et franchement avec la fatigue je peux vraiment comprendre que certains en viennent à secouer leur bébé. (Papa 11)

Les premiers jours ou par moments elle pleure et tu ne sais pas quoi faire tu repenses au truc de pas secouer les bébés. (Papa 14)

Le mode de garde.

Un papa a émis des angoisses concernant le fait de faire garder son enfant.

Elle (la nounou) a dit très clairement que ma fille était chiante à 3 mois. Donc moi en panique je me suis demandé ce qu'elle pouvait bien faire à ma fille quand on n'était pas là. C'est quand même angoissant de laisser son enfant à un inconnu. (Papa 4)

Thème 4 : Protection de la famille et ses responsabilités.

Être un bon père implique à la fois le fait d'être pourvoyeur mais également protecteur. Au-delà de la responsabilité financière naît une responsabilité de soutien moral et émotionnel de la mère et de l'enfant. Ainsi, pour ces hommes, être un « bon père » était synonyme d'être un « bon partenaire », et « protéger le couple ».

Le pilier infaillible.

Mais les pères d'aujourd'hui le disent bien, ils **manquent de modèle** :

J'ai pas eu le père exemplaire bien loin de là je me disais qu'il fallait pas que je fasse pareil. (Papa 2)

Et décrivent également un **changement de priorité** et le fait que maintenant tout tourne autour du bébé :

Tu changes complètement de priorité, il est devenu la priorité. (Papa 3)

Au cours des entretiens, les papas avaient tendance à minimiser ce qu'ils avaient vécu et à mettre une nouvelle fois l'accent sur les difficultés qu'avaient rencontré leur partenaire. Certains remettent en cause leurs propres besoin en santé mentale ainsi que leur **légitimité à souffrir**.

Deux hommes ont toutefois signalé une dépression récente et en cours pour laquelle ils avaient vu leur médecin généraliste et s'étaient vu prescrire des antidépresseurs ainsi qu'un suivi psychologique.

Ouais il y a des moments difficiles déjà les premiers moments c'est pas simple pour la maman donc il faut faire face à ça. (Papa 4)

Au début la communication entre nous elle était assez restreinte on connaissait déjà nos stress respectifs et on avait pas envie de se surcharger donc plus de mal à te lâcher et à faire ressentir ton stress à l'autre tu te dis que l'autre à pas besoin de ça. (Papa 8)

Elle ne s'accordait pas de temps pour elle donc je me culpabilisais. Et du coup quand toi ça va pas et que t'entend tout le monde dire que c'est génial t'es encore plus mal, tu oses rien dire et tu gardes tout pour toi. (Papa 9)

Les gens parlent beaucoup du positif et du coup tu as du mal toi à parler de ton négatif. Donc quand tu as des idées noires tu ne vas pas trop en parler. (Papa 10).

Un travail d'équipe.

Pour la plupart de pères, le travail d'équipe des parents était l'élément central pour faire face aux difficultés et aux exigences de la parentalité. Et malgré le fait de passer moins de temps avec leurs compagnes, elles continuent à être leurs principales confidentes et aides au quotidien.

Donc on a travaillé en 2 équipes avec ma femme. (Papa 1)

En vrai je trouve qu'on est une bonne team. (Papa 3)

Je m'occupais de la petite et Mélanie en profitait pour se reposer. (Papa 5)

Je pense que le principe de se lever une nuit pour deux c'est pas mal. (Papa 7)

C'est un travail d'équipe. (Papa 10)

Quand j'ai repris le travail les nuits c'était dur mais Léa a géré je faisais les bib jusqu'à minuit elle la nuit et moi je reprenais à 5h. Il faut s'organiser. (Papa 12)

La reprise du travail.

Le congé paternité ce n'est pas de tout repos. Mais nos papas ne sont pas pour autant pressés de reprendre le travail. Quitter la famille avec qui ils passent leurs journées entières pendant un mois s'est avéré être plus compliqué que prévu pour certains. Alors même si leurs priorités ont changé il n'en reste pas moins que l'un des rôles du père est d'être pourvoyeur, le travail devient alors une nécessité.

Ça a été un peu difficile le retour au boulot. J'en ai chié, j'avais vraiment pas la tête à ça. (Papa 2)

Et la reprise du travail s'était compliqué pour moi. (Papa 6)

Le retour au travail par contre c'est pas évident. T'arrives le matin devant ton PC c'est « qu'est ce que je fou la ? (Papa 10)

Et pour certain l'arrivée d'un enfant a permis certains changements sur le plan professionnel.

J'ai décidé qu'il fallait changer de boulot à ce moment-là. (Papa 12)

Et c'est parfois c'est aussi compliqué pour leur compagne.

Quand je reprends le boulot c'est difficile elle est seule avec le bébé et elle a l'impression de tout faire. (Papa 4)

MANQUE DE PREPARATION ET D'INFORMATIONS	> Peur de l'inconnu	> <i>Se sentir perdu</i>
	> Apprendre sur le tas	> <i>Être mis sur le fait accompli</i> > <i>Un bouleversement dans le quotidien</i>
	> Le personnel soignant	> <i>Déficit quantitatif</i> > <i>Déficit qualitatif</i> > <i>Absence de personnel dédié</i> > <i>Infantilisation</i>
TROUVER SA PLACE DANS LA PATERNITE	> Sentiment d'inutilité et Manque de légitimité	> <i>Exclusion et auto-exclusion</i> > <i>Abandon</i> > <i>Manque de communication</i> > <i>Dévalorisation</i>
	> La peur de perdre son couple	
	> Retrouver son équilibre	
LE BEBE ET SES BESOINS	> Un sacrifice ingrat > Les (non) nuits > Le bébé secoué > Le mode de garde	
PROTECTION DE LA FAMILLE ET SES RESPONSABILITES	> Un pilier infaillible	> <i>Manque de modèle</i> > <i>Changement de priorités</i> > <i>Légitimité à souffrir</i>
	> Un travail d'équipe	
	> Le reprise du travail	

Tableau 5 : Récapitulatif des résultats.

III. Limites de l'étude

1. L'échantillon

Il existe d'une part un biais de recrutement important, puisque l'échantillon est limité, le recrutement a été effectué sur une zone géographique restreinte, et d'autre part un biais de sélection du fait que les personnes interrogées sont des pères intéressés et par conséquent, plus investis dans leur rôle paternel.

Ces biais incitent à la prudence quant à la possibilité de généraliser les résultats obtenus. Cela reste malgré tout intéressant d'avoir pu accéder à ces pères mais aussi leur donner la possibilité de se livrer. La puissance de l'étude reste donc faible, mais il semble qu'elle permet de mettre en lumière différentes observations et émettre plusieurs hypothèses afin de mieux appréhender certains aspects de cette problématique.

Il paraît néanmoins important de rappeler que nous avons essayé de limiter les biais avec la constitution d'un échantillon le plus varié possible, avec des patients de différents niveaux socio-professionnels et de différentes situations familiales. La suffisance des données a été atteinte après le 14^{ème} entretien.

2. Les conditions d'entretien

Nous pouvons également énoncer l'existence d'un biais de recueil de données, dû à des difficultés logistiques telles que des problèmes de connexion, des incompréhensions et des pertes de données comme l'absence de communication non verbale au téléphone.

De plus, le lieu des entretiens était différent et pas toujours adapté (dans un lieu bruyant par exemple). Néanmoins, les pères interrogés ont pu parler sans retenue bien que nous ne pouvons bien sûr pas exclure la possibilité qu'ils aient pu être gênés par l'enregistrement, ou qu'ils aient adapté leur réponse et leur ressenti.

Enfin, les déclarations des pères sont rétrospectives dans une certaine mesure et peuvent donc être biaisées en raison d'un biais de rappel.

3. Les conduites des entretiens

Le sujet de l'étude leur était communiqué sans que les questions leur soient données au préalable. Cela a permis de limiter un travail préparé en amont et de favoriser la spontanéité des réponses, en limitant ainsi un biais de connaissances. Les entretiens semi-dirigés avec l'utilisation de questions ouvertes ont permis aux pères interrogés d'avoir une liberté d'expression. Pendant les entretiens, il y avait très peu d'intervention dans le discours des pères interrogés afin de laisser une fluidité dans leur réflexion et limiter le biais de formulation.

Il existe malgré tout un biais de recueil. En effet, ce travail constitue notre première expérience d'étude qualitative et le recueil de données par les entretiens semi-dirigés

requiert des compétences avec l'utilisation de questions ouvertes. Les techniques d'entretiens, comme la reformulation, sont des aptitudes dans lesquelles nous devrions nous perfectionner. Ces lacunes ont été constatées lors de la transcription des entretiens.

4. Interactions enquêteur/enquêté

On pense avoir posé un cadre suffisamment neutre et bienveillant afin de mettre en confiance le répondant. Cependant, on ne peut exclure que le cadre proposé ait pu biaiser l'objectivité de l'entretien dans le fond, mais aussi dans la forme (comme le vocabulaire employé, l'intonation de voix, la ponctuation des phrases...). De façon similaire, il n'est pas impossible que le répondant ait exprimé une information déformée pour maintenir une estime de soi suffisante pour faire « bonne figure », il s'agit du biais de désirabilité sociale.

Notre statut « d'interne en médecine » au moment des entretiens a pu permettre aux pères de s'exprimer peut-être plus librement que si nous avions été médecin dans un service concerné ou impliqué dans les soins à leur enfant.

5. Le guide d'entretien

Un biais de déclaration est indissociable de ce travail car nous ne pouvons pas exclure la possibilité que certains pères n'aient pas pu exprimer certaines idées soit par peur de jugement, soit par manque de précision des questions.

L'ordre des questions a également pu influencer les réponses, il s'agit de l'effet halo, avec cet effet de contamination d'une réponse la précédente.

6. L'analyse

La retranscription mot pour mot des entretiens avait lieu rapidement après les interviews afin de garder au mieux les réactions et les différentes interactions qui ont eu lieu. Cela évitait un biais de mémoire. Un double encodage a été réalisé. Mais il persiste un biais d'interprétation qui dépend de nos représentations et de nos propres opinions. Il s'agit de notre première expérience en termes de codage et d'interprétation des données. Il y a forcément des points à améliorer au niveau méthodologie.

IV. Discussion

1. Choix du qualitatif

La méthode qualitative semblait adaptée car elle permet de dégager des idées qui ne sont pas quantifiables. De plus, elle crée des hypothèses au fur et à mesure des entretiens. Elle permet l'objectivation des éléments d'un contexte d'action et d'interaction.

L'investigation par entretien sert à étudier des faits qui relèvent d'une part des phénomènes ou des systèmes idéologiques et culturels collectifs (représentations, idéologies, croyances, valeurs, projets, savoirs sociaux ; en bref, tout ce qui relève de la sémantique collective de la vie sociale) et d'autre part, des pratiques sociales des faits issus de l'expérience, de récits de vie, des pratiques vécues (82).

L'entretien semi-directif, semi-structuré ou semi-dirigé, n'est ni totalement ouvert comme dans le cas de l'entretien non directif, ni fermé comme pour l'entretien directif. Les thèmes qui sont abordés sont pensés à l'avance. L'ordre et la forme de présentation des thèmes restent cependant libres et dépendants du déroulement de l'entretien. Il peut être effectué auprès de personnes déjà enquêtées pour approfondir la connaissance d'un phénomène, ou son évolution (83).

2. Les sources de symptômes anxieux et dépressifs des primipères

a. Un manque d'informations et de préparation

De nombreux hommes souffrent d'anxiété pendant la transition vers la parentalité, et ce dès le premier trimestre. La parentalité représente une période de grands bouleversements qui s'accompagne souvent de nouveaux défis liés à l'identification paternelle, aux préoccupations financières, relationnelles et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Malgré neuf mois de grossesse, les pères se sentent mis devant le fait accompli lors de l'accouchement. Ils se disent perdus et effrayés devant ce nouveau-né, ne sachant pas quoi faire : *Je me suis retrouvé tout seul avec la petite, je n'osais pas la toucher puis tu la regardes, tu ne sais pas quoi faire (Papa 14).*

Devant ce manque d'informations, de préparation et ce sentiment d'incompétence, les primipères se reposent sur les compétences professionnelles des soignants afin de les guider. Les premiers jours à la maternité sont en effet primordiaux afin d'assimiler un maximum d'informations avant le retour à domicile. A cet instant, leur seul soutien pour acquérir ce statut au sein de ce nouveau système familial est constitué par l'ensemble des professionnels de santé.

Cependant, différentes problématiques se surajoutent à la complexité de ce « temps d'apprentissage ». D'une part, le manque d'effectif altère la quantité et la qualité des interventions auprès de chaque famille, et de surcroît des nouveaux pères.

D'autre part, les informations professionnelles de chaque acteur de santé peut induire des confusions, voire des conflits au sein du couple. Les informations données peuvent varier en

fonction de la personne qui les délivre, ce qui peut générer du stress et de l'anxiété chez les jeunes parents. Comme dit précédemment, l'attention des soins est principalement orientée vers la mère et son enfant, mettant souvent le père de côté y compris pour ce qui est du registre de l'apprentissage des gestes de la vie quotidienne. Certaines des personnes interrogées ont même rapporté des rapports conflictuels avec les soignants : « *des auxiliaires puéricultrices un peu à l'ancienne qui sont pas toujours évidentes, un peu bourruées.* » (Papa 10).

Il paraît donc nécessaire de souligner l'importance de ces intervenants (sage-femme, médecin, infirmière, ect) puisqu'ils peuvent largement influencer la néo-parentalité, dans un sens comme dans l'autre. En effet, ces rencontres peuvent être favorables si les pères sont accueillis chaleureusement et revalorisés. A l'inverse, si ces dernières sont centrées uniquement sur l'expérience et les besoins de la mère et de l'enfant, par exemple, l'implication des pères peut être mise à mal dans le système familial.

Lors du retour à domicile, la mère peut continuer à demander conseils à la personne qui a suivi sa grossesse mais quid du père ? A qui se confie-t-il quand il a une question ? Certains demandent à leurs amis devenus papas avant eux mais ils n'ont pas vraiment de modèle à suivre. Nombreux ont été ceux qui décrivent un manque de moyens dédiés. Mais quand on leur demande comment ils aimeraient qu'on les aide, ceux-ci n'ont pas réellement d'idée sur la question. Les pères de 2020 ne sont pas leurs propres pères et n'ont pas la même vision de l'engagement paternel. Ils se servent alors de leur vécu, de celui des autres ainsi que des normes imposées par la société pour devenir ce « père idéal » (84). En réalité, le père idéal n'existe pas. L'accouchement ne représente pas uniquement la naissance d'un enfant, mais également celle d'un père et d'une mère. La paternité est un bouleversement sur le plan psychique qui est propre à chaque individu. Que ce soit au cours du premier regard, du premier contact, de la première réassurance, du premier biberon, chaque fils deviendra un père pour son enfant (33).

Une étude récente de 2021 (76), tout comme notre étude, suggère que les pères souhaitent davantage de soutien pour se préparer à la paternité et gérer les changements relationnels au cours des premiers mois. Dans ce contexte, il est nécessaire de trouver et mettre en place les aides appropriées pour les nouveaux pères.

b. Une nouvelle équipe

Grâce à l'augmentation de la durée du congé paternité, chaque père peut maintenant prendre le temps auprès de sa famille. Malgré ces évolutions, il paraît intéressant de noter que les hommes, bien que plus investis dans la vie de leurs enfants, font passer l'activité professionnelle avant la vie familiale. En effet, moins d'un homme sur cinq déclare un changement de travail à la naissance d'un enfant contre une femme sur deux (28).

Comme l'a démontrée l'étude de *Misri et al.* en 2000, l'implication positive des pères avec leurs nourrissons lorsque les mères présentent des symptômes dépressifs améliore les résultats des traitements antidépresseurs chez celles-ci (85).

Le comportement et l'avis de la mère compte aussi, un père qui est soutenu et encouragé sera plus à même d'être présent pour son enfant (86). Il en est de même lorsque le père a un

soutien extérieur (grands-parents, amis ...). Alors qu'au contraire, lorsque la mère contrôle et critique tout ce que fait le père pour participer à la vie de l'enfant, celui-ci se désinvesti de son rôle, de même dans un couple qui vit de nombreux conflits (87).

Concilier vie familiale et vie professionnelle est souvent un défi pour les jeunes parents et peut être à double tranchant dans leur volonté d'investissement parental. Les pères dont les conditions de travail sont favorables avec un soutien de leur employeur et des collègues parviennent plus facilement à concilier famille et travail et sont donc plus engagés auprès de leurs enfants. Alors que des conflits au travail ou un chômage prolongé peuvent quant à eux être des obstacles à une paternité engagée (50). C'est le cas du papa 9 qui a décidé de changer de travail au retour de son congé paternité, car il vivait des tensions avec son patron et que cela avait un retentissement à la maison sur sa compagne et son fils.

La dynamique actuelle de l'égalité homme femme se retrouve jusque dans la parentalité. Si certains gestes restent du domaine de la mère (grossesse, accouchement, allaitement...), la majorité des autres actes de la vie quotidienne peuvent être réalisés par les deux parents. Et c'est ce que décrivent les pères de notre étude « *un travail de team* » « *un travail d'équipe* ». Chacun souhaite s'investir autant que possible auprès de son enfant. Alors même quand l'enfant est allaité ceux-ci n'hésitent pas à se lever la nuit pour soutenir leur compagne et vivre au même rythme, ne prennent du temps pour eux que si elles le font également. Mais pour ce qui est du partage de la détresse, il y a un déséquilibre. Alors même si tous décrivent un travail d'équipe sur le plan de l'action il n'en est pas de même pour le partage de la charge psychologique et mentale. Comme dit plus haut, les hommes remettent en question leur légitimité à souffrir plaçant toujours au premier plan les besoins de la mère.

c. Passer au second plan

Bien que les hommes puissent éprouver de la détresse psychologique dans la période périnatale, conceptualiser cette crise est plus difficile. En effet, les nouveaux pères ont tendance à remettre en question la légitimité de ce vécu en priorisant les besoins de leur partenaire.

Les pères ont centré leur vécu autour du stress et de la paternité, au cœur duquel se trouvait le rôle de soutien dans le couple parental.

Certains aspects des récits de notre étude ont fait écho avec les thèmes identifiés dans deux études :

- Une étude suédoise de 2016 (88) ;
- Une étude américaine de 2017 (89).

Ces dernières traitent du vécu de la paternité dans les premiers mois du post-partum, et plus précisément sur les symptômes dépressifs en lien avec le stress induit par de multiples changements (la paternité, la relation avec la partenaire, le travail, la famille ou même leurs propres besoins). Ces résultats indiquent que les pères rencontraient des difficultés à trouver un équilibre entre les exigences concurrentes de la famille, du travail et de leurs propres besoins (3).

Nos résultats concordent aussi avec les résultats de deux méta-analyses d'études qualitatives de 2008 (90) et de 2014 (91) sur le sujet de la transition vers la paternité.

Les sources d'anxiété relevées dans ces méta-analyses sont des « fausses obligations » à être un « bon père », la perte de la vie sociale et des relations antérieures ainsi que le fait de se sentir mal préparé (que ce soit à l'accouchement ou à la parentalité et le fait de se sentir exclu des services de maternité).

En centrant nos discussions sur le bien-être et la santé mentale, notre étude a mis en évidence un questionnement important des hommes quant à la légitimité de leurs besoins en santé mentale et, leur droit au soutien de la part des professionnels. De plus, ils mettent l'accent sur le système de santé actuel qui ne permet même pas à la maman une préparation et une prise en charge optimale, surtout en cas de détresse : Papa 4 « *C'est un moment où on a besoin d'un soutien continu* ».

Les conclusions des études précédemment citées (88) (89) (90) (91) sont sensiblement les mêmes que les nôtres. A savoir, que les pères donnent la priorité aux besoins de leurs compagnes, et seraient presque mal à l'aise quand l'intérêt est axé sur leur propre santé ou bien-être. Pour reprendre les dires d'un papa 9 : « *Déjà quand je dis à Olivia que je participe à ton étude elle me dit « oh pauvre chou ». Nous on essaye d'être présents mais on a moins de légitimité à souffrir, on a tendance à dire qu'il n'y a pas de raison que l'homme soit mal.* »

En effet, aucun d'entre eux ne souhaite passer au premier plan mais conscientise le faible intérêt et le manque d'accès à une prise en charge en santé mentale pour les nouveaux pères. Un suivi postnatal en groupe avec les nouveaux parents pourrait, par exemple, constituer une solution. D'une part, cela permettrait un partage d'expérience au lieu de banaliser leur vécu et leurs symptômes, et d'autre part, il serait encadré par un professionnel de santé capable de répondre à leurs interrogations et déceler les signes de souffrance. Tout ceci afin de favoriser un engagement parental de qualité.

La dépression du post-partum chez les primipères semble constituer un problème de santé publique « sourd », en partie du fait de cette perception de « non-légitimité » de la part des pères. L'étude de Koh et Al. réalisée en 2015 souligne la nécessité d'une recherche plus approfondie sur la clinique de l'anxiété paternelle, puisque cette dernière pourrait être préjudiciable au bien-être de la partenaire et au développement de l'enfant (74). Il paraît donc indispensable de travailler sur la prévention, l'identification et le traitement précoce de ce syndrome anxiodépressif.

Le médecin généraliste pourrait également avoir un rôle important à jouer, notamment durant les consultations de suivi du nourrisson, qui pourrait devenir de véritable temps d'échanges sur les difficultés du couple, mais également de la place de chacun dans ce système. Cela constituerait une nouvelle possibilité pour aider le père à venir consulter seul. Mais, il n'est pas toujours simple de se confier à un professionnel de santé, par honte, par peur d'être catégorisé comme « pathologique ». Compte tenu de cela, il est nécessaire d'identifier des soutiens appropriés pour les nouveaux pères au détour de groupes de paroles par exemple.

d. Congé paternité et dépression

Ce congé paternité a pour but de favoriser l'implication des pères dans le soin de l'enfant ainsi que dans toutes tâches domestiques de la vie quotidienne.

Une étude co-conduite par l'Université de la Sorbonne à Paris et l'INSERM (92) publiée en 2023 a cherché à démontrer si le congé paternité avait un impact sur la santé mentale des deux parents. Elle a été réalisée en France sur plus de 10 000 pères et 13 000 mères à deux mois du post-partum. La prévalence de la dépression, évaluée par l'utilisation de l'échelle EPDS, chez les pères était de :

- 4,5 % chez ceux qui ont utilisé le congé paternité,
- 5,7 % chez ceux qui n'ont pas utilisé le congé paternité.

Ces résultats sont donc significatifs, les pères ayant bénéficiés d'un congé paternité sont moins à risque de développer une dépression post-partum.

Concernant les pères de notre étude, tous les pères inclus avaient bénéficié de la durée totale de leur congé paternité. La grande majorité d'entre eux étaient ravis de voir sa durée allongée. Ce dernier leur a permis d'établir un lien avec l'enfant, mais également vis-à-vis de leur compagne.

Cependant, plusieurs ont également déclaré avoir été contents de reprendre le travail. Par exemple, voici le résumé du Papa 8 concernant son congé paternité et sa reprise du travail « *Au début, je me suis dit à cool des petites vacances et en fait pas du tout des petites vacances. J'étais bien content d'y retourner.* ». Mais la majorité des pères interrogés, le retour au travail fût une réelle épreuve source de stress. Il paraît donc légitime de se questionner par rapport à l'interrogatoire de l'étude précédente qui se déroule deux mois après l'accouchement. N'est-il pas trop précoce ? Bien que l'utilisation du congé paternité diminue les risques de développer une dépression du post-partum, cette étude n'aborde pas la reprise du travail et les risques pour la santé mentale qui pourrait en découler.

Mais quand est-il des conséquences de la prise du congé paternité pour les nouvelles mères? Selon cette même étude, la prévalence de la dépression du post-partum chez la femme est de 16,1 % quand le partenaire a utilisé le congé paternité contre 15,3 % chez celles dont le partenaire ne l'a pas utilisé (92). Ces résultats sont cependant non significatifs.

Les bénéfices du congé paternité ne sont donc pas similaires chez les mères et chez les pères. Ces résultats nécessiteraient néanmoins une investigation plus approfondie peut-être sur un mode d'étude qualitatif pour affiner les sources de symptômes dépressifs des mères lorsque leurs partenaires profitent de leur congé paternité.

3. Perspectives et axes d'amélioration

a. Sensibilisation générale sur la santé des pères

La thématique de la DPP paternelle est un encore peu connue par les professionnels de santé (93). Or en tant que médecins généralistes, nous sommes en première ligne pour la prévention et la détection de ces troubles. Mais, nous manquons de formation.

Au cours de nos études, la dépression post-partum n'est mentionnée qu'au féminin. Que ce soit dans le référentiel de psychiatrie (72) ou même celui de gynécologie, il n'est jamais question de dépression post-partum masculine.

Alors peut-être le fait d'ajouter une ligne sur les spécificités de la dépression masculine et de mentionner le fait que la DPP touche les hommes et les femmes pourraient sensibiliser les futurs médecins à ce sujet.

Il serait peut-être judicieux d'intégrer à nos formations médicales, ainsi qu'à celle de toutes les personnes gravitantes autour du couple dans la période périnatale quelques cours théoriques pour sensibiliser au sujet, et former au dépistage et à l'orientation pour la prise en charge des pathologies mentales paternelles postnatales.

Ces préjugés liés au genre sont également présents dans la population générale (94) où la dépression post-partum est considérée comme une pathologie exclusivement féminine. Mais la DPP masculine existe et fait l'objet de nombreuses études depuis une trentaine d'années maintenant. Pour informer le grand public, il pourrait être intéressant de créer des affiches ou flyers à mettre dans les salles d'attentes ou ailleurs, des spots publicitaires, des reportages, voire plus de campagnes de prévention. Mais les choses avancent, des livres, des articles de presse ainsi que des reportages télé traitent de plus en plus du sujet.

b. Informer les futurs pères

« Mieux vaut prévenir que guérir ». Une étude pilote de 2007 (95) a démontré que le fait de prévenir les femmes du risque de post-partum blues avait pour effet de réduire l'intensité des symptômes si celles-ci en développent un. Partant de ce prérequis, il pourrait être intéressant pour les professionnels de santé d'avertir les pères des difficultés psychiques qu'ils peuvent rencontrer dans la période périnatale pour tenter de diminuer l'intensité des symptômes le cas échéant.

De quelles informations ont-ils besoin ? Plutôt que d'informations sur la dépression post-partum, les hommes souhaitent avoir de plus amples informations sur la paternité en général : l'éducation, le développement et les besoins de l'enfant (12). Pour ce qui est de la forme de ces documents, ils préfèrent les formes écrites ou les sources en ligne car il est vrai que lors du passage à la maternité, une trop grande quantité de renseignement leur est délivrée et qu'au vu du bouleversement émotionnel ils ne retiennent pas tout à ce moment-là (89).

c. Accompagner les pères

Comment accompagner les pères ? La période périnatale est une période pleine de défis à relever. Si ces défis s'avèrent être trop complexes et dépassent les capacités adaptatives du père, celui-ci est donc à risque de d'éprouver des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Cet accompagnement peut prendre la forme d'interventions ciblées sur le fonctionnement du couple. Il permettra alors de discuter des divers problèmes : problèmes sexuels, problèmes de communication, le tout pouvant aller jusqu'à la dévalorisation et à la conjugopathie. Cette conjugopathie fait partie des facteurs de risque de développer une DPP

paternelle mais également maternelle. Il pourrait donc être intéressant de débiter ce suivi de couple en prénatal et de le poursuivre dans le post-partum pour favoriser l'adaptation de chacun.

La mise en place d'interventions ciblées uniquement sur les pères peut être envisageable. Quand il leur a été proposé au cours des entretiens l'idée de mettre en place des groupes de paroles dédiés uniquement aux hommes, ils ont majoritairement été contre. Cette même opposition est ressortie dans une étude menée en 2021 au Royaume-Unis (96). La mise en place d'une consultation post-partum dédiée semble ne pas être la solution adaptée mais la littérature est limitée à ce sujet.

Les hommes ont dit préférer des interventions en présence de leur partenaire et ne sont pas contre le fait de faire ça en présence d'autres couples.

Il pourrait donc être intéressant de faire prendre une autre forme à l'entretien postnatal précoce comme c'est déjà le cas dans d'autres départements. Celui-ci pourrait être proposé à deux ou trois couples simultanément. Cela permettrait un partage d'expériences, de montrer que chacun vit des situations difficiles, et comme il est réalisé en présence d'un professionnel de santé (médecin ou sage-femme) cela permettrait par la même occasion de déceler les difficultés psychiques et de mettre en place des solutions. D'autres études qualitatives pourraient être intéressantes pour savoir ce que veulent les pères comme information au cours de la période périnatale et sous quelle forme ils souhaitent qu'elle soit délivrée.

V. Conclusion

La période périnatale est une période d'adaptation psychologique qui peut être source de tension pour les deux parents. L'anxiété et la dépression paternelles périnatales représentent un problème de santé publique important avec des effets sur les hommes et leurs familles. Il est donc nécessaire de sensibiliser la population générale ainsi que les soignants à ce sujet. La formation des professionnels de santé et notamment du médecin généraliste est un élément central pour prévenir, dépister et accompagner les pères dans la transition vers la parentalité.

Pour limiter la détresse psychique, la meilleure solution reste la prévention. Nos résultats montrent qu'il est nécessaire d'élaborer des ressources adaptées et ciblées pour les hommes afin améliorer leurs connaissances sur le sujet et limiter l'apparition de difficultés. Ces sources d'informations peuvent prendre différentes formes (imprimées, sources en ligne, articles, vidéos, etc.) qui, en étant axées sur paternité plutôt que sur la santé mentale, sont plus accessibles. Ces sources font également référence au stress et aux obstacles que les pères peuvent rencontrer sans pour autant les stigmatiser.

Les résultats de notre étude montrent que les pères peuvent se sentir réticents et incapables d'exprimer leurs besoins de soutien, et qu'ils peuvent remettre en question la légitimité de leurs souffrances. Ce problème peut être aggravé par le fait qu'ils donnent la priorité aux besoins de leur partenaire et qu'ils se sentent exclus des services d'aides qu'ils perçoivent comme insuffisants et inadaptés. Le médecin généraliste tient une place centrale pour intégrer les hommes à l'entretien prénatal précoce qui pourrait s'avérer être une porte d'entrée pour anticiper ou aborder les difficultés. L'idée d'une consultation postnatale dédiée à l'homme peut être intéressante mais il est nécessaire de réaliser d'autres études pour confirmer son intérêt et évaluer l'adhésion des pères.

Devant l'embarras de certains à exprimer un mal être en présence de leur compagne ou face un professionnel de santé, il pourrait être judicieux de mettre en place des groupes de paroles dédiés aux hommes. Il peut également être intéressant d'organiser l'entretien postnatal en présence de plusieurs couples pour permettre un partage d'expériences comme c'est déjà le cas ailleurs. Toutefois, des études sur les attentes et les besoins des pères au cours de la période périnatale sont à approfondir.

Il n'y a pas de père parfait, mais il y'a autant de façon d'être père que d'hommes. Alors aidons chacun à devenir le père qu'il souhaite.

Annexes

Annexe 1 : Avis favorable du comité d'éthique.

COMITE D'ETHIQUE CLINIQUE DU CHRU DE BESANCON

Séance du 09 février 2022

1°) *Vécu de la paternité : Identification et compréhension des sources des syndromes anxieux et dépressifs chez les primipères dans leur environnement familial et social. Étude présentée par Lise Toinard et Lana Nader en vue d'une thèse d'exercice.*

Ce travail fait suite à une étude pilote conduite lors de la thèse de Céline DUBOIS qui mettait en évidence des symptômes anxieux et/ou dépressifs dans le cadre d'une première expérience de paternité (« primipères »).

Le projet actuel propose d'étudier le vécu de la paternité chez ces primipères, d'une part pendant les 6 premiers mois de la grossesse (thèse de Lise TOINARD) et d'autre part au cours des 5 premiers mois de la vie néonatale (thèse de Lana NADER)

La méthodologie repose sur des entretiens semi-dirigés (étude qualitative), les sujets étant recrutés par appels téléphoniques à partir d'un listing du service maternité et consultations d'obstétrique de l'hôpital de Vesoul.

L'organisation générale de l'étude est expliquée, en particulier sur un formulaire de consentement qui doit être signé.

Le carnet d'entretiens comporte 4 séries de questions simples et les réponses sont enregistrées sur un dictaphone, avec l'accord des personnes participant à l'étude. Toutes les données sont anonymisées et doivent être détruites après avoir été exploitées.

Lors de la discussion qui s'engage, on précise que la période la fin de la grossesse a été exclue afin de ne pas introduire un biais pouvant tenir à une anxiété éventuellement liée à la proximité de l'accouchement.

Si des phénomènes anxieux, voire dépressifs sont repérés, il est prévu que les investigateurs pourront prévenir le médecin traitant, avec l'accord des sujets, mais on demande en séance que cette disposition soit mieux encadrée. Pour cette raison, les auteurs ont ajouté à leur protocole un consentement spécial qui doit être également signé et qui précise que le médecin traitant pourra être contacté soit par téléphone en présence du primipère soit par un courrier remis en main propre à celui-ci.

Au terme des débats, sachant qu'une meilleure formalisation des échanges avec le médecin traitant a été améliorée secondairement, aucune difficulté d'ordre éthique n'est finalement relevée.

Conclusion

Le Comité d'Ethique Clinique du CHU de Besançon donne un avis favorable à l'étude « *le vécu de la paternité : identification et compréhension des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les « primipères » Haut-Saônois* ».

Jean DEGLISE
Président

Jean-Luc CHOPARD
Secrétaire

Annexe 2 : Consentement de participation à l'étude.

CONSENTEMENT Thèse

Je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine portant sur : « ***Le vécu de la paternité : identification et compréhension des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les "primipères" Hauts-Saonais*** ».

Dans le cadre de cette étude, je vais vous poser des questions sur votre vécu en tant que papa, de la naissance de votre enfant jusqu'à ses 5 mois de vie.

Si vous acceptez de participer à cette étude vous devez savoir que :

- L'entretien sera **enregistré** à l'aide d'un dictaphone.
- Les données tirées de ces entretiens sont **anonymisées** puis **détruites une fois l'étude terminée**.
- Votre **participation reste facultative** et vous conservez le droit de vous retirer de l'étude **à tout moment** et sans aucun préjudice.

Nom : _____ Prénom : _____
Âge : _____
Profession : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Mail : _____

Je soussigné, Mr..... donne mon consentement ce jour pour l'étude sur « *Le vécu de la paternité : identification et compréhension des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les "primipères" Hauts-Saonais* ».

Fait à : _____
Le : _____
Signature : _____

Annexe 3 : Consentement de contact du médecin traitant.

CONSENTEMENT médecin traitant

Je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine portant sur : « ***Le vécu de la paternité : identification et compréhension des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les “primipères” Hauts-Saonais*** ».

Si au décours de notre entretien, je découvre des symptômes anxieux ou dépressifs qui nécessitent une prise en charge, **avec votre accord**, j'appellerai votre **médecin traitant** ou je lui adresserai un **courrier** afin qu'il vous reçoive en consultation dans les suites pour aborder avec vous vos difficultés, établir un diagnostic médical et vous proposer des aides.

Nom : Prénom :
Âge :
Adresse :
Code postal : Ville :
Mail :

Médecin traitant : Nom : Prénom :
Ville :

Je soussigné, Mr..... donne mon consentement ce jour pour contacter mon médecin traitant le cas échéant en me prévenant au préalable.

Fait à :
Le :
Signature :

Annexe 4 : Courrier type médecin traitant.

Vesoul, le
../../2022

Cher confrère-consœur,

Je suis médecin généraliste remplaçante en cours d'élaboration de ma thèse de doctorat en médecine générale portant sur « l'identification des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez les primipères à 5 mois post-partum »

Dans le cadre de ce travail dont le promoteur est le département de médecine général de Besançon, sous la direction du Dr Anne Lise TREMAU et du Dr Benoit DINET, médecins généralistes dans le Doubs et maîtres de Conférence Associés, j'ai eu en entretien des pères devenus récemment parents.

Cet entretien cherchait à connaître leur vécu des premiers mois de paternité pour déceler les sources d'anxiété et de symptômes dépressif.

Votre patient Mr né le/..../..... , a participé à l'étude, au cours de son entretien, il ressort de ce dernier, qu'il souffre probablement :

- D'un trouble anxieux
- D'un trouble dépressif
- D'une alcool-dépendance
- D'une dépendance tabagique

Votre patient est informé des symptômes mis en lumière au cours de l'entretien. Il m'a préalablement donné son accord pour que je vous contacte si nécessaire.

J'espère que vous pourrez aborder ce point avec lui, établir un diagnostic médical et lui proposer des solutions pour l'aider.

Confraternellement.

NADER Lana
Médecin généraliste remplaçante
RPPS 10101954447
Lana.nader93@gmail.com

Annexe 5 : Carnet d'entretien.

CARNET D'ENTRETIEN

Je suis interne en médecine générale et je réalise cette étude dans le cadre de ma thèse. Je vais vous poser des questions sur votre vécu depuis la naissance de votre enfant.

Les questions sont volontairement ouvertes.

Vous pouvez y répondre de la manière que vous voulez, soit de manière globale soit en donnant des détails ou des exemples. Vous pouvez dire tout ce que vous jugez intéressant Il n'y a **pas de bonnes ou de mauvaises réponses**. Volontairement je ne poserai pas de questions sur les éléments médicaux de votre enfant, parce que pour cette étude, je veux davantage porter mon attention sur les difficultés ressenties par les pères.

Mais vous pouvez aborder tous les sujets souhaités lors de vos réponses.

Si vous le permettez, je vais **enregistrer** notre entretien sur un **dictaphone**.

Si une question posée ne vous paraît pas claire, n'hésitez pas à me le dire et à me demander de la reformuler. Si une question vous gêne, vous pouvez me le signaler et je passerai à la question suivante.

Age :

Niveau d'études :

Profession :

Mariage/concubinage/pacs/célibataire :

Participation aux consultations anténatales : oui / non

Cours de préparation à l'accouchement : oui / non

Présence à l'accouchement : oui / non

Pouvez-vous me raconter ce qu'il s'est passé depuis la naissance de votre enfant ?

1. Thème

Est ce qu'il y a une grande différence entre l'idée que vous vous étiez fait de la paternité et ce que vous vivez depuis 5 mois ?

Comment définiriez-vous votre rôle depuis la naissance ?

Depuis quand vous sentez vous papa ?

2. Ressenti depuis l'accouchement

Quelles ont été vos émotions et sentiments depuis la naissance de votre enfant ?

- A l'hôpital
- Le retour à la maison
- Les nuits
- Les pleurs
- Évolution au fil des mois

Par rapport à vous-même ?

Par rapport à la maman ?

Autre question : Avez-vous éprouvé le besoin de sortir / quitter votre domicile ? A quel moment ? Pourquoi ?

3. Sources d'anxiété et de dépression

Pouvez-vous me parler des moments/situations qui ont été pour vous une source de difficultés ?

Autre question : avez-vous ressenti des moments de détresse psychologique ? de solitude ? d'inquiétudes ? d'incapacité ?

4. Recommandations, souhaits, des choses à ajouter ?

Et maintenant, que conseillerez-vous à un ami, futur papa ?

Autre idée de questions :

S'il ne fallait retenir qu'un moment, de ces 5 mois, lequel choisiriez-vous et pourquoi ? Et s'il fallait en oublier un, lequel, pourquoi ? Et comment l'améliorer ?

CHERS PAPAS ET FUTURS PAPAS

NOUS SOMMES DEUX INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE, LANA ET LISE ET NOUS RÉALISONS UNE ÉTUDE SUR **LE VÉCU DE LA PATERNITÉ** DANS LE CADRE DE NOTRE **THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE.**

L'objectif de cette étude est **d'identifier et comprendre les sources d'anxiété et les difficultés rencontrées par les papas et futurs papas.**

Cette étude se déroule en deux temps,

- l'un pendant la grossesse vers le 5ème mois de grossesse
- l'autre à 5 mois de vie de l'enfant.

Pour cela nous recherchons :

- **Des futurs papas dont la compagne est enceinte d'environ 5 mois de grossesse et qui n'ont encore jamais eu d'enfant.**
- **Des papas qui viennent d'avoir leur 1er enfant et celui-ci est âgé d'environ 5 mois.**

Bibliographie

1. World Health Organization. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal newborn health [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2015. 90 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250591>
2. Fagan J, Lee Y. Perceptions and Satisfaction with Father Involvement and Adolescent Mothers' Postpartum Depressive Symptoms. *J Youth Adolescence*. sept 2010;39(9):1109-21.
3. Fagan J, Cabrera N. Longitudinal and reciprocal associations between coparenting conflict and father engagement. *Journal of Family Psychology*. 2012;26(6):1004-11.
4. Palma da Silva P, Bosembecker Silveira R. The maternal perception on paternal support: influence on the duration of breastfeeding. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(3):306-13.
5. Rowe ML, Coker D, Pan BA. A Comparison of Fathers' and Mothers' Talk to Toddlers in Low-income Families. *Social Development*. mai 2004;13(2):278-91.
6. Cabrera NJ, Shannon JD, Tamis-LeMonda C. Fathers' Influence on Their Children's Cognitive and Emotional Development: From Toddlers to Pre-K. *Applied Developmental Science*. déc 2007;11(4):208-13.
7. Flanders JL, Simard M, Paquette D, Parent S, Vitaro F, Pihl RO, et al. Rough-and-Tumble Play and the Development of Physical Aggression and Emotion Regulation: A Five-Year Follow-Up Study. *J Fam Viol*. mai 2010;25(4):357-67.
8. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. 1995. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf>
9. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. 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*. janv 2004;38(1-2):56-64.
10. Unité Nationale Prévention Suicide. Suicide en France : faits et chiffres. 2020.
11. Santé Publique France. Conduites suicidaires en Bourgogne Franche-Comté. *Bulletin de santé publique*; 2019.
12. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *La Presse Médicale*. avr 2015;44(4):418-24.
13. Kim P, Swain JE. Paternal Postpartum Depression. *Sad Dads*. févr 2007;36-47.
14. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *juill 2005;365:2201-5*.

15. Fletcher RJ, Feeman E, Garfield C, Vimpani G. The effects of early paternal depression on children's development. *Medical Journal of Australia*. déc 2011;195(11-12):685-9.
16. Paulson JF, Bazemore SD, Goodman JH, Leiferman JA. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*. août 2016;19(4):655-63.
17. Widding Hedin L. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. mars 2000;89(1):41-5.
18. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. mai 2010;303(19):1961-9.
19. Dubois C. La santé psychique des pères haut- saônois au cours du post partum [Th]. [Besançon]: Med; 2021.
20. Selvini M. Anciens pères et nouveaux pères. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2001;27(2):35.
21. St-Denis J, St-Amand N. Les pères dans l'histoire : un rôle en évolution. ref. 16 sept 2010;16(1):32-61.
22. Wikipédia. Pater familias [Internet]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Pater_familias
23. Darya Vassigh D. L'évolution du statut des pères [Internet]. *Homme culture et identité*. 2021. Disponible sur: <http://h-c-i.over-blog.com/article-les-peres-et-la-paternite-versant-historique-et-legislatif-116325244.html>
24. Pierre É. Père affaibli, société en danger : la diffusion d'un discours sous les monarchies. *Le Mouvement Social*. 2008;224(3):9.
25. Darya Vassigh D. L'action juridique en faveur des enfants maltraités dans la deuxième moitié du XIXe siècle. *criminocorpus*. juill 2012;3:1-11.
26. Christian B. L'enfant, la mère et la question du père. Un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance. *Revue française de pédagogie*. déc 2018;137:176-8.
27. Dokhan M. Les avatars de la puissance paternelle. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2002;48(2):91.
28. Mainguené A. Couple, famille, parentalité, travail des femmes. *INSEE Première*. mars 2011;1339:1-4.
29. Fournier S. La figure paternelle: déclin ou transformation ? *Psychasoc - institut européen psychanalyse et travail social*. janv 2017;0:1-8.

30. Blanc MA. Etre père aujourd'hui ! Réseau national des observatoires des familles. 2016;
31. Le Camus J. Le devenir père: Merveilles et déconvenues. Informations sociales. 2006;n° 132(4):26.
32. Fisher ME. Le père à l'épreuve de la prématurité : quelle est son implication dans les soins auprès de son enfant? [Th]. [Nancy]: Med; 2012.
33. Jean-Dit-Pannel R, Riand R. Des hommes devenant pères. Dialogue. 9 janv 2020;n° 226(4):133-49.
34. Vie publique. Bilan démographique 2021 : naissances en hausse et mortalité en baisse. mars 2022;1-6.
35. INSEE. Les naissances par mois en 2021 et 2022 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6791286?sommaire=5348638#graphique-figure2>
36. FRANCE. Congé de 3 jours pour naissance ou pour adoption dans le secteur privé [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2266#:~:text=hommes%20\(CPH\).-,Dur%C3%A9e,en%20vue%20de%20son%20adoption.](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2266#:~:text=hommes%20(CPH).-,Dur%C3%A9e,en%20vue%20de%20son%20adoption.)
37. Gosselin H, Lepine C. Evaluation du congé de paternité. RAPPORT IGAS N°2018-022R 2018.
38. FRANCE. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>
39. Ministère du travail et de l'insertion. Congé de maternité [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-de-maternite>
40. Ministère du travail et de l'insertion. Congé parental d'éducation [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/les-absences-pour-maladie-et-conges-pour-evenements-familiaux/article/le-conge-parental-d-education>
41. CHS Novillars. UPMB Novillars. 2013; Disponible sur: <http://www.ch-novillars.fr/offre-de-soins/enfants/unite-daccueil-pere-mere-bebe-upmb.html>
42. Hopitaux de Saint-Maurice. Charte Maternité amie des papas. 2012.
43. Cherrier C. Haute-Saône. Inédit en Franche-Comté : des chambres parentales à la maternité de Vesoul. L'Est Républicain. janv 2022;
44. FRANCE. Dépression post-partum : un entretien post natal précoce [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15804>

45. Forget G. La promotion de l'engagement paternel, des archétypes à transformer, une pratique à construire. *ref.* 32009;15(1):79-101.
46. Ouellet F. Une définition de l'engagement paternel. 2005.
47. Plantin L, Olukoya AA, Ny P. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers.* janv 2011;9(1):87-102.
48. DeMontigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders.* août 2013;150(1):44-9.
49. Cabrera NJ, Hofferth SL, Chae S. Patterns and predictors of father–infant engagement across race/ethnic groups. *Early Childhood Research Quarterly.* juill 2011;26(3):365-75.
50. Castillo JT, Sarver CM. Nonresident fathers' social networks: The relationship between social support and father involvement. *Personal Relationships.* déc 2012;19(4):759-74.
51. Tikotzky L, Sadeh A, Glickman-Gavrieli T. Infant Sleep and Paternal Involvement in Infant Caregiving During the First 6 Months of Life. *Journal of Pediatric Psychology.* mai 2010;36(1):36-46.
52. Trost S, Kerr L, Ward D, Pate R. Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *Int J Obes.* juin 2001;25(6):822-9.
53. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica.* févr 2008;97(2):153-8.
54. McBride BA, Schoppe-Sullivan SJ, Ho MH. The mediating role of fathers' school involvement on student achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology.* mars 2005;26(2):201-16.
55. Deutsch F, Servis L, Payne J. Paternal Participation in Child Care and its Effects on Children's Self-esteem and Attitudes Toward gendered Roles. *Journal of family issues.* nov 2001;22(8):1000-24.
56. Veneziano RA. Perceived Paternal and Maternal Acceptance and Rural African American and European American Youths' Psychological Adjustment. *J Marriage and Family.* févr 2000;62(1):123-32.
57. Harris KM, Furstenberg FF, Marmer JK. Paternal involvement with adolescents in intact families: The influence of fathers over the life course. *Demography.* mai 1998;35(2):201-16.

58. Lerman R, Sorensen E. Father Involvement with Their Nonmarital Children: Patterns, Determinants, and Effects on Their Earnings. *Marriage & Family Review*. mars 2000;29(2-3):137-58.
59. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016;206:189-203.
60. Mao Q, Zhu L xia, Su X yin. A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers: Depression among Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*. mars 2011;20(5-6):645-52.
61. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
62. Annexe_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5. :1.
63. Ogrodniczuk JS, Oliffe JL. Les hommes et la dépression. *Le Médecin de famille canadien*. 2011;57:39-41.
64. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*. janv 2018;56:121-7.
65. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
66. Nakamura A. Dépression du postpartum : les pères aussi sont concernés ... et pourtant trop souvent oubliés [Internet]. *SoEpidemio*; 2019. Disponible sur: <https://soepidemio.com/2019/10/10/depression-du-postpartum-les-peres-aussi-sont-concernes-et-pourtant-trop-souvent-oublies/>
67. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 19 mai 2010;303(19):1961.
68. Fleming AS, Corter C, Stallings J, Steiner M. Testosterone and Prolactin Are Associated with Emotional Responses to Infant Cries in New Fathers. *Hormones and Behavior*. déc 2002;42(4):399-413.
69. Buvat J, Maggi M, Guay A, Torres LO. Testosterone Deficiency in Men: Systematic Review and Standard Operating Procedures for Diagnosis and Treatment. *The Journal of Sexual Medicine*. janv 2013;10(1):245-84.
70. Storey A. Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*. mars 2000;21(2):79-95.

71. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. *Journal of Affective Disorders*. mars 2015;173:81-9.
72. Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2014. (Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France)).
73. Philpott LF, Savage E, FitzGerald S, Leahy-Warren P. Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*. sept 2019;76:54-101.
74. Koh YW, Lee AM, Chan CY, Fong DYT, Lee CP, Leung KY, et al. Survey on examining prevalence of paternal anxiety and its risk factors in perinatal period in Hong Kong: a longitudinal study. *BMC Public Health*. déc 2015;15(1):1131.
75. Capponi I. L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. janv 2015;63(1):9-16.
76. Leiferman JA, Farewell CV, Jewell J, Rachael Lacy, Walls J, Harnke B, et al. Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. mars 2021;42(2):152-61.
77. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. sept 2015;17(3):327-35.
78. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. mai 2017;10(5):315-23.
79. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. avr 2008;47(4):390-8.
80. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, et al. Paternal depression: an examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depress Anxiety*. juin 2011;28(6):471-7.
81. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des hauts de France; 2021.
82. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative. 2^e éd. Violbert; 2015. (Annales des Mines - Gérer et comprendre).
83. Les recherches qualitatives en santé. Collection U. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).

84. Savard M, Brunet L. Influences réciproques entre le devenir père et l'historicité : présentation sommaire d'une étude doctorale qualitative et psychanalytique. *approchesind.* déc 2018;5(2):41-70.
85. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Can J Psychiatry.* août 2000;45(6):554-8.
86. Fagan J, Palkovitz R. Coparenting and Relationship Quality Effects on Father Engagement: Variations by Residence, Romance. *Journal of Marriage and Family.* juin 2011;73(3):637-53.
87. DeMontigny F. L'engagement paternel : dans quelle mesure les pères considèrent-ils que les femmes qu'ils côtoient sont un soutien ou un obstacle en période postnatale? L'impact. sept 2012;2(2):1-3.
88. Edhborg M, Carlberg M, Simon F, Lindberg L. "Waiting for Better Times": Experiences in the First Postpartum Year by Swedish Fathers With Depressive Symptoms. *American Journal of Men's Health.* nov 2015;14:1-12.
89. on behalf of the Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team, Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth.* déc 2017;17(1):45.
90. Genesoni L, Tallandini MA. Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008. Wiley Periodicals, Inc. déc 2009;36:305-17.
91. Poh HL, Koh SSL, He HG. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth: A review of fathers' experiences. *Int Nurs Rev.* déc 2014;61(4):543-54.
92. Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg MN, Courtin E, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *The Lancet Public Health.* janv 2023;8(1):15-27.
93. Hammarlund K, Andersson E, Tenenbaum H, Sundler AJ. We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *BMC Pregnancy Childbirth.* déc 2015;15(1):290.
94. Swami V, Barron D, Smith L, Furnham A. Mental health literacy of maternal and paternal postnatal (postpartum) depression in British adults. *Journal of Mental Health.* 3 mars 2020;29(2):217-24.
95. Chabrol H, Coroner N, Rusibane S, Séjourné N. Prévention du blues du post-partum : étude pilote. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* déc 2007;35:1242-4.

96. on behalf of the Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team, Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. déc 2017;17(1):45.

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : NADER Lana

Thèse soutenue le : Mardi 02 mai 2023

Titre de la thèse :

Recherche des sources de symptômes anxieux et dépressifs chez des primipères Haut-Saônois à cinq mois post-partum.

Résumé :

Objectif : La prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les pères en post-partum est respectivement de 7 à 10 % et de 2,4 à 51 %. Cette étude a examiné les points de vue des pères et leurs expériences pour mettre en lumière les sources de symptômes anxieux et dépressif chez des primipères de Haute-Saône à cinq mois de vie de l'enfant.

Matériel et méthodes : Cette étude descriptive rétrospective a été menée en Haute-Saône chez 14 primipères cinq mois après l'accouchement. Les données ont ensuite été analysées à l'aide d'une analyse thématique.

Résultats : Quatre thèmes ont été identifiés : « le manque de préparation et d'information », « trouver sa place dans la paternité », « le bébé », « le rôle de protecteur de famille ». Les hommes décrivent de l'épuisement, un manque de concentration et de l'irritabilité face aux pleurs du bébé et au manque de sommeil. Bien qu'ils se sentent exclus des services de maternité, les pères reconnaissent que les informations doivent rester axées sur la mère. Ils soulignent la nécessité de soutenir et protéger leur partenaire. Ils utilisent les réseaux de soutien existants lorsqu'ils sont disponibles mais ont noté le manque de soutien personnalisé à leur égard.

Conclusion : Les pères éprouvent de la détresse en période périnatale mais s'interrogent sur la légitimité de leur souffrance. Ils n'expriment pas leur souffrance, craignant que cela nuise aux besoins de leur compagne. Des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir définir les interventions que les pères apprécieraient de recevoir pour être mieux préparés à l'impact de la parentalité sur leur vie.

Mots clés : pères, paternité, engagement paternel, dépression, coparentalité, anxiété, santé mentale paternelle périnatale, dépistage.