



HAL
open science

Le “ Baby Blues ” chez les pères

Lydie Nativel

► **To cite this version:**

| Lydie Nativel. Le “ Baby Blues ” chez les pères. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04412580

HAL Id: dumas-04412580

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04412580>

Submitted on 23 Jan 2024

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.



Le « Baby Blues » chez les pères

Prévalence et facteurs de risque du « Baby blues » chez les pères.

NATIVEL Lydie
Élève M2 maïeutiques

Pour obtention du diplôme de sage-femme
Année universitaire 2022-2023

Membres du jury :

- RIQUET Sébastien, sage- femme enseignant (directeur de mémoire)
- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante
- COLLON Marie-Christine, sage-femme coordinatrice l'Etoile - Maternité catholique de Provence

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

Le « Baby Blues » chez les pères

Prévalence et facteurs de risque du « Baby blues » chez les pères.

NATIVEL Lydie

Née le 04.12.2000

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Validation 1^{ère} session 2022 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Mention : Félicitations du jury | <input type="checkbox"/> | |
| Très bien | <input type="checkbox"/> | |
| Bien | <input type="checkbox"/> | |
| Assez bien | <input type="checkbox"/> | |
| Passable | <input type="checkbox"/> | |
| Validation 2^{ème} session : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Mention : Félicitations du jury | <input type="checkbox"/> | |
| Très bien | <input type="checkbox"/> | |
| Bien | <input type="checkbox"/> | |
| Assez bien | <input type="checkbox"/> | |
| Passable | <input type="checkbox"/> | |

Prévalence et facteurs de risque du « Baby blues » chez les pères.

« La paternité, c'est quelque chose qui s'accouche lentement. »

F. Dolto(1)

REMERCIEMENT :

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire, Sébastien Riquet de m'avoir proposé ce sujet qui m'a intéressé tout particulièrement et de m'avoir accompagné dans sa réalisation.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Marseille pour nous avoir accompagné durant ses 4 années et d'avoir été autant à notre écoute pour améliorer les conditions des étudiants.

Je remercie l'équipe de sage-femme de l'Hôpital st Musse, pour leur bienveillance tout le long de mes stages d'apprentissage.

Je remercie les pères avec lesquels j'ai pu échanger et ceux qui ont accepté de participer à cette étude. Ils m'ont permis de prendre conscience que le rôle de la sage-femme ne s'arrêtait pas au couple mère-enfant. Notre préoccupation est le bien-être de la famille en entière.

Je remercie mes camarades de promotion avec qui j'ai pu évoluer durant ces années. Et je remercie tout particulièrement ma future sage-femme préférée, Enora qui m'a accompagné tout le long de ses 4 années et avec qui j'ai pu partager mes fous rires, mes joies, mon stress et bien d'autres choses.

Je remercie ma famille et mon conjoint pour leur soutien sans faille tout au long de mes études, pour leur bienveillance et la confiance qu'ils m'ont accordé.

SOMMAIRE

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I- | INTRODUCTION | 6 |
| 1- | Contexte générale..... | 6 |
| 2- | Contexte spécifique | 7 |
| 3- | Problématique..... | 8 |
| II- | MATÉRIEL ET MÉTHODE..... | 11 |
| 1- | Objectif d'étude..... | 11 |
| 2- | Protocole d'étude | 11 |
| 3- | Variables étudiées | 12 |
| 4- | Champs d'action | 12 |
| 5- | Population étudiée | 13 |
| 6- | Recueil de donnée..... | 13 |
| 7- | Analyse des résultats..... | 14 |
| III- | RÉSULTATS..... | 16 |
| 1- | Description de la population | 16 |
| 2- | Prévalence du BPP dans la population..... | 17 |
| 3- | Intensité du BPP..... | 19 |
| 4- | Description des résultats..... | 21 |
| IV- | DISCUSSION..... | 25 |
| 1- | Limite de l'étude..... | 25 |
| 2- | Discussion | 26 |
| 3- | Projet d'action..... | 29 |
| 4- | Pour aller plus loin | 30 |
| V- | CONCLUSION..... | 32 |
| VI- | BIBLIOGRAPHIE..... | 33 |
| VII- | ANNEXES..... | 36 |
| VIII- | RÉSUMÉ | 40 |

I- INTRODUCTION

1- *Contexte général :*

Grossesse et maternité sont souvent des périodes privilégiées de plénitude et de joie. Toutefois, leur idéalisation par la société est susceptible de conduire au déni des difficultés que peut rencontrer tout jeunes parents.

La grossesse apporte de la nouveauté dans la vie d'un couple. Quel que soit le contexte, la grossesse est en soi un moment source de bouleversement et induit de nombreuses modifications identitaires et structurales. (2)

L'accouchement est d'autant plus un évènement majeur par sa violence somatique et sa charge émotionnelle souvent intense, qui vient clôturer un état de symbiose et inaugurer une nouvelle vie : un petit être en développement et un nouvel équilibre pour ses parents. Cette entrée dans la parentalité est vécue de manière très différente d'une femme à l'autre, et d'un homme à l'autre également. (2)

Cette période peut être source de diverses manifestations psychiques de type anxiété, symptômes dépressifs, dissociation psychique, état de stress aigu ou encore de décompensation d'une pathologie psychiatrique ancienne ou sous-jacente de la mère et/ou du père. (2)

Le plus connu des troubles psychiques qui suivent la naissance d'un enfant est le « baby blues ». Il n'est pas considéré comme une manifestation pathologique. Certains auteurs vont jusqu'à proclamer que c'est plutôt son absence qui devrait alerter. Des recherches devront toutefois être menées pour confirmer ce point de vue. (3)

Le « baby blues » ou bien « **blues postpartum** » (**BPP**) est étudié depuis les années 1950 mais a été décrit dès le XIXe siècle en tant qu'état moral particulier chez la femme accouchée. À l'origine le « blues » est une musique de liberté et de tristesse.(4) Le terme a été repris aux États-Unis en 1954 pour décrire l'humeur étonnamment triste de très nombreuses mères dans les jours qui suivent l'accouchement. Il se définirait plus particulièrement comme une symptomatologie de brève durée (quelques heures à quelques jours), qui apparaît chez les femmes dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. (5)

Les travaux donnent des résultats variables : le « blues » toucherait entre 20 à 80% des nouvelles mères, et apparaîtrait préférentiellement au troisième ou cinquième jour du postpartum. Ce tableau clinique est dominé par la labilité des émotions, une empathie exagérée, et des crises de larmes inopinées. D'autres signes ont pu être rattachés au « blues », tels que les troubles du sommeil, l'irritabilité, l'exaltation, la confusion ou la dépersonnalisation. (6) Aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire, seul un soutien est utile. (7)

2- Contexte spécifique :

Les modèles antérieurs traditionnels basés sur le patriarcat sont actuellement en passe d'être détrônés par les modèles de coparentalité. Les pères exerçaient traditionnellement un rôle de soutien à la mère mais expriment de plus en plus le souhait d'être considérés comme un parent à part entière, d'être moins exclus des prises en charge en périnatalité, d'être plus impliqués auprès de leurs enfants. Ce constat d'évolution dans l'exercice du rôle de père, autrement dit de la paternalité, est toutefois à moduler selon la culture et les caractéristiques socio-économiques.(8) Ainsi, la place prise par les pères dans la famille ces dernières années semble donc avoir exacerbé la problématique de la dépression post-partum chez les pères. Pour limiter les déséquilibres psychiques il faut comprendre le processus de parentalité, l'accès à la parentalité entraînant une fragilité et une vulnérabilité pour le couple. (9)

Donc, la période périnatale est aussi une période à risque psychique pour les pères du fait des remaniements multiples qu'ils traversent. La place des pères en psychiatrie périnatale évolue progressivement. Les difficultés psychiques des pères pendant cette période sont encore trop peu prises en charge.(10) Cependant la prévalence des épisodes dépressifs est importante (8,4 % ou plus selon les études) et les impacts sur l'ensemble du système familial à court et long terme en font un problème de santé publique. (8)

Lors d'hospitalisations de dyades mère-bébé, la prise en charge psychiatrique des pères est secondaire dans la plupart des UHMB (Unité d'hospitalisation parents bébé). Or, la question de l'impact de la séparation du père de la dyade mère-bébé et des difficultés paternelles sur la dynamique familiale se pose.(8)

Ainsi, le père traverse pendant la période périnatale une crise d'identité avec une identification à son propre père, mais également à sa compagne et à son bébé. Chez le père, la gestation est essentiellement psychique. Le futur père peut cependant appréhender son enfant à travers ses mouvements dans le ventre de sa compagne. Les échographies lui permettent également de se représenter son enfant avant la naissance. Cependant, la rencontre réelle n'aura lieu que lors de l'accouchement, les différentes représentations du bébé, imaginaire, fantasmé et réel, devront alors coexister.(11)

De plus, un père ne peut le devenir seul. L'homme, même s'il accède à la fonction paternelle lors de la naissance de son enfant, naît père à travers le discours de la mère et dans sa relation à l'enfant. Le père accède progressivement à ce statut. La paternité doit se constituer malgré la toute-puissance du fantasme maternel qui cherche à mettre le père à distance. (11)

La rencontre avec le bébé a lieu dans le même temps que celui de la préoccupation maternelle primaire. L'homme doit s'adapter à la dyade mère-bébé, le bébé étant parfois vécu comme persécuteur. Le père n'est pas seulement le père séparateur longtemps décrit, dont le rôle était quasiment inexistant dans les premiers mois de vie du bébé ; il est aussi celui qui est auprès de l'enfant et de la mère, permettant un accès progressif à la tiercéité. (11)

3- Problématique :

Selon des modalités nouvelles de plus en plus de pères souhaiteraient être plus présents et plus proches de leur enfant, dès la naissance. Il semble pourtant que les choses n'aient pas suffisamment évolué. Autrefois absents du temps de la grossesse, de l'accouchement et parfois même des premiers mois de vie, les pères s'ouvrent certes aujourd'hui à davantage de proximité avec leurs enfants.(1) Cependant, l'intérêt porté aux pères par les professionnels de santé reste encore imparfait. Travailler en périnatalité nécessite l'écoute du bébé, de la mère mais également du père, tout comme de la famille au sens large. Tout comme la mère, l'homme doit être soutenu dans son accès à la paternalité, pour lui-même, et aussi pour les conséquences que des difficultés psychologiques paternelles peuvent avoir sur le couple et sur le développement de l'enfant à court et long terme.

Ainsi, la santé mentale des pères est un sujet d'importance publique à cause des effets sur la parentalité, la famille et le devenir de l'enfant, mais aussi pour les effets économiques et sociaux si ces troubles ne sont pas traités. (2)

Cependant, la dépression du postpartum n'est pas le seul phénomène que nous pouvons retrouver chez les pères. Les troubles postpartum se classifient en trois grands groupes : le blues ou réaction dépressive légère, dépression du postpartum et psychose du postpartum.(9)

Le baby blues des mères a beaucoup été étudié mais il y a encore trop peu d'études concernant celui des pères. Il y a une inégalité sociale en matière de dépression postpartum établie chez les mères mais moins connue chez les pères. Elle serait justifiée par le fait que les pères sont souvent plus difficiles à suivre dans une enquête. Pourtant les deux partenaires traversent le même bouleversement, donc une attention des personnels soignant devrait être égale envers la mère et celui du père.(12)

Néanmoins, selon une étude américaine parue dans la revue Pediatrics : le « baby blues » ne serait pas l'apanage des femmes, les pères peuvent eux aussi souffrir de ce syndrome. 5 à 10% des pères seraient touchés par le blues postpartum. Ce sont les chiffres annoncés par cette étude américaine sur le baby-blues au masculin. (13) En effet, le papa ne réagit pas toujours comme il le souhaiterait face à l'arrivée de son enfant. Lui qui a conscience de vivre un moment de bonheur unique ne parvient pourtant pas à s'en réjouir pleinement. Tristesse, fatigue, irritabilité, stress, manque d'appétit, difficulté pour s'endormir, repli sur soi... La déprime s'installe. (14) Autant de symptômes qui doivent attirer l'attention. Il se sent délaissé par la maman qui n'a d'yeux que pour son tout-petit. C'est le moment d'agir.

Nous nous sommes donc demandé :

Quelles sont la prévalence et l'intensité du Blues Post-Partum chez les pères durant le séjour en maternité ?

Pour y parvenir, nous avons défini un objectif principal :

- Apprécier le Blues Post Partum chez les pères en maternité

Et deux objectifs secondaires :

- Identifier la prévalence
- Identifier des facteurs de risque

II- MATÉRIEL ET MÉTHODE

1- Objectifs d'étude :

L'étude consiste à une tentative de dépistage du blues postpartum chez les pères dans le but de trouver, évaluer et pratiquer de nouvelle investigation permettant de soutenir les pères et les familles face au bouleversement que peut entraîner la parentalité.

De plus, le fait de s'intéresser à l'état psychologique du père après l'accouchement pourrait limiter l'incidence de la dépression paternelle du postpartum dans les mois à venir.

2- Protocole d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative prospective ayant pour but d'apprécier l'état émotionnel des pères après un accouchement. La méthode de collecte de données choisie est un questionnaire (*Annexe 1a et 1b*) qui a permis la réalisation d'une étude descriptive et comparative.

La distribution des questionnaires a commencé en janvier 2022 et s'est terminé en septembre 2022.

Pour cela le questionnaire est articulé en deux parties : une première partie (*Annexe 1a*) qui permet d'établir un contexte avec différentes variables afin de les comparer et de voir si certaines d'entre elles peuvent être reconnus comme des facteurs de risque significatifs.

La deuxième partie (*Annexe 1b*) quant à elle, correspond au questionnaire du blues postpartum de H. Kennerley et D. Gath (6) qui a été utilisé pour dépister le baby blues chez les mères. Celui-ci a été transposé au masculin pour le distribuer aux pères.

3- Variables étudiées :

Le questionnaire permettant la réalisation de l'étude (Annexe 1) regroupe des variables qualitatives et quantitatives. La seule variable quantitative est l'âge placé au début du questionnaire, sous la rubrique « contexte ».

Le reste des variables correspond à une multitude de variables qualitatives :

- Nationalité
- Mode de vie
- Situation socio-économique
- Niveau d'étude
- Antécédent de dépression
- Grossesse désirée
- Parité
- Sexe du nouveau-né
- Nouveau-né prématuré ou à terme
- Mode de mise en travail
- Mode d'accouchement
- Mode d'alimentation
- Hospitalisation

Ces variables ont été choisies car les résultats de l'étude : ***Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales, (15)*** montrent que certaines caractéristiques socio-biographiques, la présence de vulnérabilités psychologiques (soutien social, estime de soi face au rôle de mère, stress en rapport avec les soins du bébé), le vécu de la grossesse et les événements liés à la période gravidopuerpérale sont fortement liés à l'état mental de la mère après l'accouchement.

4- Champs d'action :

Les questionnaires ont été distribués dans plusieurs maternités : l'hôpital St Musse à Toulon (maternité de niveau 2b), l'hôpital d'Hyères (maternité de niveau 1) et l'hôpital de la Conception (maternité de niveau 3). La distribution des questionnaires dans trois maternités de niveau différent ajoute une variable qui pourrait influencer la prévalence du blues postpartum dans l'étude.

Cependant, l'accès à certains hôpitaux ont été momentanément refusés en hiver 2021 à cause du plan blanc mis en place à la suite de la crise sanitaire causée par le COVID 19.

5- Population étudiée :

L'étude cible les pères en maternité. Les questionnaires ont été distribués dans les services de suites de couches dans le cadre du post-partum. Le but était de présenter aux pères le projet de l'étude et de leur expliquer le questionnaire afin de les laisser répondre sur la base du volontariat.

Dans cette étude les pères ne parlant pas Français, les pères de jumeaux, les IMG (Intervention médicale de grossesse) et MIU (Mort intra-utérine) ont été exclues. Le baby blues étant un phénomène reconnu comme physiologique, le choix de cette étude s'est porté préférentiellement sur des couples ayant un séjour en maternité plus ou moins physiologique dans la limite du possible.

6- Recueil de donnée :

Chaque questionnaire distribué a été recueilli de manière anonyme afin de respecter la confidentialité des participants. Ils ont donc été numérotés pour être identifiables au cours du traitement des données.

La distribution s'est déroulée en deux temps. Dans un premier lieu une explication du projet de l'étude et une définition claire du blues post-partum ont été données aux parents. Ensuite le questionnaire est laissé aux pères pour qu'ils puissent répondre en totale autonomie pour ne pas influencer leurs réponses. Le fait de procéder de cette manière a permis une distribution d'un nombre de questionnaires important en peu de temps. Le but était de recueillir le plus de questionnaires pour cette étude quantitative.

En tout, 177 questionnaires ont été distribués. 17 ont été perdus et 10 ont été rendus à moitié remplis donc non inclus dans l'étude. Ainsi, 150 questionnaires ont été utilisés pour le recueil de données.

7- Analyse des résultats :

Le baby blues a été évalué à partir de la version française du *Maternity Blues de Kennerly et Gath.*(6) Les 28 symptômes répertoriés par cet auto-questionnaire sont cotés une première fois en termes de présence/absence et une seconde fois en termes d'intensité.

Plus précisément, les réponses du *Maternity Blues Questionnaire* sont pondérées en 1 ou 0. Dans la première partie, pour les items exprimant une absence de symptômes (c'est-à-dire les items 3,5,8,12,18,19,24,28) la réponse oui est cotée 0 et la réponse non est cotée 1 ; pour tous les autres items exprimant positivement un symptôme, oui est coté 1 et non est coté 0.

Dans la deuxième partie, pour les items exprimant positivement un symptôme, les réponses « un peu plus » ou « beaucoup plus » que d'habitude sont cotées 1. Ainsi les réponses « sans changement » ou « un peu moins » ou « beaucoup moins » que d'habitude sont cotées 0. Pour les items exprimant une absence de symptôme (3,5,8,12,18,19,24,28), les réponses « ...plus... » et « sans changement » sont cotées 0 ; les réponses « ...moins... » sont cotées 1.

Les scores globaux sont calculés séparément pour chaque partie du questionnaire. Kennerly et Gath utilisent deux valeurs de référence : le « Blues 1 » qui ici correspond au score B1, obtenu lorsque le score est supérieur à la moyenne des scores maximum pour chaque personne de la population étudiée.

La deuxième référence est le « blues 2 » lorsque le score est supérieur à la moyenne des scores moyens (sur les dix jours) pour chaque personne. Cependant dans cette étude le « blues 2 » n'a pas été exploité de cette manière car les questionnaires ont été passés qu'une seule fois aux pères.

Ainsi, la cotation du score de la première colonne du *Maternity Blues Questionnaire* a permis d'obtenir la valeur seuil en moyenne : elle était de 6,04. Sur 150 pères ayant participé à l'étude, 62 avaient un score supérieur à cette valeur. Cela signifie qu'ils étaient 41 % à présenter un BPP au moment où ils ont répondu aux questionnaires.

Pour l'identification des facteurs de risque associés, deux groupes ont été comparés et analysés :

- groupe 1 (n = 62) : présence d'un BPP (41 %) ;
- groupe 2 (n = 88) : absence d'un BPP (58,67 %).

Ensuite, pour analyser la deuxième partie du questionnaire de Kennerly et Gath qui permet de mesurer l'intensité du BBP, l'étude **de M. Roux et J. Wendland** (5) dans la rev. Perinat (2019) a été utilisée. Dans cette étude des seuils de sévérité blues postpartum ont été fixés. Ils ont classé les femmes de leur étude en deux groupes : « baby blues classique » et le « baby blues sévère ». Ils ont estimé que les scores B2 ayant une valeur minimum de 12 (sur 28 items) sont considérés comme des baby blues sévères. Ces seuils ont donc été repris dans cette étude.

La cotation du score de la deuxième colonne du *Maternity Blues Questionnaire* a permis d'obtenir la valeur du score B2 pour les 62 pères présentant un BPP.

Puis une deuxième comparaison pour identifier des facteurs associés a été faite :

- groupe 1 (n = 36) : présence d'un BPP classique dans la population totale (26 %) ;
- groupe 2 (n = 26) : présence d'un BPP sévère dans la population totale (17,33 %).

Après avoir récupéré tous les résultats, un test de χ^2 a été réalisé en comparant les effectifs des observations selon deux modalités (par exemple dépression/pas de dépression) et deux variables (par exemple <Bac et > Bac). De ce fait des résultats significatifs ont pu être établis.

III- RÉSULTATS

1- *Description de la population :*

Tableau 1 : Données sociodémographiques des hommes participants et prévalence de symptômes de blues du post-partum

| Participants | n = 150 (%) |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| • Age | |
| Moyenne | 32 ans (min : 18 et max : 56) |
| • Nationalité | |
| Algérienne | 8 (5,33) |
| Belge | 2 (1,33) |
| Cambodgienne | 1 (0,66) |
| Canadienne | 1 (0,66) |
| Comorienne | 4 (2,67) |
| Congolaise | 1 (0,66) |
| Française | 117 (78) |
| Gabonaise | 1 (0,66) |
| Guyanaise | 2 (1,33) |
| Malgache | 1 (0,66) |
| Marocaine | 10 (6,67) |
| Roumaine | 2 (1,33) |
| Sénégalaise | 2 (1,33) |
| Tunisienne | 1 (0,66) |
| • Niveau d'étude | |
| < au BAC | 38 (25,33) |
| Niveau BAC | 59 (39,33) |
| > au BAC | 53 (35,33) |
| • Situation socio-économique | |
| Employé ou employeur | 117 (78) |
| Chômage | 32 (21,33) |

| | |
|------------------------------|------------|
| Retraite | 1 (0,66) |
| • Niveau de maternité | |
| Niveau 1 | 50 (33,33) |
| Niveau 2B | 50 (33,33) |
| Niveau 3 | 50 (33,33) |
| • Symptômes de BPP | |
| Absence | 88 (58,67) |
| BPP « Classique » | 36 (24) |
| BPP « Sévère » | 26 (17,33) |

2- Prévalence du BPP dans la population

Tableau 2 Caractéristiques socio-démographiques des pères selon la présence de BPP

| | Total n=150 (%) | Absence de Blues n = 88 (%) | Présence de Blues n = 62(%) | P |
|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------|
| • Age | | | | |
| Inférieur ou égale à 20 ans | 6 (4%) | 1(1,14%) | 5(8,06%) | 0.05125 |
| Entre 20 et 30 ans inclus | 57 (38%) | 40 (45,45%) | 17(27,42%) | 0.15670 |
| Entre 30 et 40 ans inclus | 69(46%) | 40(45,45%) | 29(46,77%) | REF. |
| Plus de 40 ans | 18(12%) | 7(7,95%) | 11(17,74%) | 0.14799 |
| • Nationalité | | | | |
| Française | 115(76,67%) | 65(73,86%) | 50(80,65%) | 0.33354 |
| Étranger | 35(23,33%) | 23(26,14%) | 12(19,35%) | REF. |
| • Niveau d'étude | | | | |
| < au BAC | 38(25,33%) | 23(26,14%) | 15(24,19%) | 0.54172 |
| Niveau BAC | 59(39,33%) | 32(36,36%) | 27(43,55%) | REF. |
| > au BAC | 53(35,33%) | 33(37,5%) | 20(32,26%) | 0.39010 |
| • Situation socio-économique | | | | |
| Travail | 117(78%) | 71(80,68%) | 46(74,19%) | REF. |
| Sans emploi | 33(22%) | 17(19,32%) | 16(25,81%) | 0.34484 |

| | | | | |
|---|-------------|------------|------------|-----------|
| • ATCD de dépression | | | | |
| Oui | 27(18%) | 18(20,45%) | 9(14,52%) | REF. |
| Non | 123(82%) | 70(79,55%) | 53(85,48%) | 0.35122 |
| • Grossesse désirée | | | | |
| Oui | 116(77,33%) | 76(86,36%) | 40(64,52%) | REF. |
| Non | 34(22,67%) | 12(13,64%) | 22(35,48%) | 0.00165** |
| • Parité des pères | | | | |
| 1 enfant | 52(34,67%) | 26(29,55%) | 26(41,94%) | REF. |
| 2 enfants | 50(33,33%) | 35(39,77%) | 15(24,19%) | 0.03945* |
| 3 enfants | 33(22%) | 19(21,59%) | 14(22,58%) | 0.49526 |
| 4 (et plus) enfants | 15(10%) | 8(9,09%) | 7(11,29%) | 0.82000 |
| • Mode de vie | | | | |
| En couple avec la mère | 122(81,33%) | 77(87,5%) | 45(72,58%) | REF. |
| Séparé de la mère | 28(18,67%) | 11(12,5%) | 17(27,42%) | 0.02093* |
| • Jour ou le questionnaire a été passé | | | | |
| J0 | 19(12,67%) | 6(6,82%) | 13(20,97%) | 0.00800** |
| J1 | 40(26,67%) | 19(21,60%) | 21(33,87%) | 0.06217 |
| J2 | 46(30,67%) | 31(35,23%) | 15(24,19%) | REF. |
| J3 | 29(19,33%) | 22(25%) | 7(11,29%) | 0.43265 |
| J4 | 11(7,33%) | 8(9,09%) | 3(4,84%) | 0.73233 |
| J5 | 5(3,33%) | 2(2,27%) | 3(4,84%) | 0.22352 |
| • Sexe de du nouveau-né | | | | |
| Fille | 75(50%) | 42(47,73%) | 33(53,23%) | REF. |
| Garçon | 75(50%) | 46(52,27%) | 29(46,77%) | 0.50717 |
| • Terme de la grossesse | | | | |
| Nouveau-né à terme | 118(78,67%) | 73(82,95%) | 45(72,58%) | REF. |
| Nouveau-né prématurité | 32(21,33%) | 15(17,05%) | 17(27,42%) | 0.12669 |
| • Mise en travail | | | | |
| Spontané | 81 (54%) | 53(60,23%) | 28(45,16%) | REF. |
| Déclenchement | 49(32,67%) | 32(36,36%) | 17(27,42%) | 0.98832 |
| Césarienne programmée | 20(13,33%) | 3(3,41%) | 17(27,42%) | 0.00005** |
| • Mode d'accouchement | | | | |
| Voie basse | 81(54%) | 56(63,64%) | 25(40,32%) | REF. |
| Voie basse instrumentale | 31(20,67%) | 20(22,73%) | 11(17,74%) | 0.63952 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|-----------|
| Césarienne | 38(25,33%) | 12(13,64%) | 26(41,94%) | 0.00011** |
| • Hospitalisation du nouveau-né | | | | |
| Séjour en néonataloge | 43(28,67%) | 15(17,05%) | 28(45,16%) | REF. |
| Séjour en maternité | 107(71,33%) | 73(82,95%) | 34(54,84%) | 0.00017** |
| • Mode d'alimentation | | | | |
| Allaitement maternel | 90(60%) | 50(56,82%) | 40(64,52%) | REF. |
| Allaitement artificiel | 52(34,67%) | 32(36,36%) | 20(32,26%) | 0.48684 |
| Allaitement mixte | 8(5,33%) | 6(6,82%) | 2(3,26%) | 0.28687 |
| • Niveau de maternité | | | | |
| Niveau 1 | 50(33,33%) | 29 (32,95%) | 21(33,87%) | REF. |
| Niveau 2B | 50(33,33%) | 31 (35,23%) | 19(30,65%) | 0,68309 |
| Niveau 3 | 50(33,33%) | 28 (31,82%) | 22(35,48%) | 0,83992 |

*P<0,05 **P<0,01

3- Intensité du BPP

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des pères selon le type de blues postpartum

| | Total (n = 62) | Blues classique (n = 36) | Blues sévère (n = 26) | P |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|----------|
| • Age | | | | |
| Inférieur ou égale à 20 ans | 5(8,06%) | 2(5,56%) | 3(11,54%) | REF. |
| Entre 20 et 30 ans inclus | 17(27,42%) | 9(25%) | 8(30,77%) | 0,39754 |
| Entre 30 et 40 ans inclus | 29(46,77%) | 19(52,78%) | 10(38,46%) | 0,05264 |
| Plus de 40 ans | 11(17,74%) | 6(16,67%) | 5(19,23%) | 0,38632 |
| • Nationalité | | | | |
| Française | 50(80,65%) | 27(75%) | 23(88,46%) | REF. |
| Étranger | 12(19,35%) | 9(25%) | 3(11,54%) | 0,01791* |
| • Niveau d'étude | | | | |
| < au BAC | 15(24,19%) | 11(30,56%) | 4(15,38%) | REF. |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|-----------|
| Niveau BAC | 27(43,55%) | 13(36,11%) | 14(53,85%) | 0,00250** |
| > au BAC | 20(32,26%) | 12(33,33%) | 8(30,77%) | 0,09688 |
| • Situation socio-économique | | | | |
| Travail | 46(74,19%) | 28(77,78%) | 18(69,23%) | REF. |
| Sans emploi | 16(25,81%) | 8(22,22%) | 8(30,77%) | 0,14930 |
| • ATCD de dépression | | | | |
| Oui | 9(14,52%) | 2(5,56%) | 7(26,92%) | 0,00006** |
| Non | 53(85,48%) | 34(94,44%) | 19(73,08%) | REF. |
| • Grossesse désirée | | | | |
| Oui | 40(64,52%) | 24(66,67%) | 16(61,54%) | REF. |
| Non | 22(35,48%) | 12(33,33%) | 10(38,46%) | 0,45999 |
| • Parité des pères | | | | |
| 1 enfant | 26(41,94%) | 12(33,33%) | 14(53,85%) | REF. |
| 2 enfants | 15(24,19%) | 10(27,78%) | 5(19,23%) | 0,01635* |
| 3 enfants | 14(22,58%) | 12(33,33%) | 2(7,69%) | 0,00006** |
| 4 (et plus) enfants | 7(11,29%) | 2(5,55%) | 5(19,23%) | 0,19752 |
| • Mode de vie | | | | |
| En couple avec la mère | 45(72,58%) | 26(72,22%) | 19(73,08%) | REF. |
| Séparé de la mère | 17(27,42%) | 10(27,78%) | 7(26,92%) | 0,87417 |
| • Jour ou le questionnaire a été passé | | | | |
| J0 | 13(20,97%) | 7(19,44%) | 6(23,08%) | REF. |
| J1 | 21(33,87%) | 12(33,33%) | 9(34,62%) | 0,73693 |
| J2 | 15(24,19%) | 8(22,22%) | 7(26,92%) | 0,97407 |
| J3 | 7(11,29%) | 5(13,89%) | 2(7,69%) | 0,10841 |
| J4 | 3(4,83%) | 2(5,56%) | 1(3,85%) | 0,40108 |
| J5 | 3(4,83%) | 2(5,56%) | 1(3,85%) | 0,14532 |
| • Sexe de du nouveau-né | | | | |
| Fille | 33(53,23%) | 21(58,33%) | 12(46,15%) | REF. |
| Garçon | 29(46,77%) | 15(41,67%) | 14(53,85%) | 0,08942 |
| • Terme de la grossesse | | | | |
| Nouveau-né à terme | 45(72,58%) | 26(72,22%) | 19(73,08%) | REF. |
| Nouveau-né prématurité | 17(27,42%) | 10(27,78%) | 7(26,92%) | 0,87417 |
| • Mise en travail | | | | |
| Spontané | 28(45,16%) | 16(44,44%) | 12(46,15%) | 0,61728 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|-----------|
| Déclenchement | 17(27,42%) | 11(30,56%) | 6(23,08%) | 0,18064 |
| Césarienne programmée | 17(27,42%) | 9(25%) | 8(30,77%) | REF. |
| • Mode d'accouchement | | | | |
| Voie basse | 25(40,32%) | 18(50%) | 7(26,92%) | 0,01493* |
| Voie basse instrumentale | 11(17,74%) | 4(11,11%) | 7(26,92%) | 0,07725 |
| Césarienne | 12(41,94%) | 9(38,89%) | 12(46,15%) | REF. |
| • Hospitalisation du nouveau-né | | | | |
| Séjour en maternité | 34(54,84%) | 24(66,67%) | 10(38,46%) | 0,00005** |
| Séjour en néonataloge | 28(45,16%) | 12(33,33%) | 16(61,54%) | REF. |
| • Mode d'alimentation | | | | |
| Allaitement maternel | 40(64,52%) | 24(66,67%) | 16(61,54%) | REF. |
| Allaitement artificiel | 20(32,26%) | 10(27,78%) | 10(38,46%) | 0,46119 |
| Allaitement mixte | 2(3,23%) | 2(5,56%) | 0(0%) | 0,25562 |
| • Niveau de maternité | | | | |
| Niveau 1 | 21 (33,87%) | 11 (30,56%) | 10(38,46%) | REF. |
| Niveau 2B | 19 (30,65%) | 11(30,56%) | 8(30,77%) | 0,72630 |
| Niveau 3 | 22 (35,48%) | 14 (38,89%) | 8(30,77%) | 0,37358 |

*P<0,05 **P<0,01

4- Description des résultats

Le tableau 1 a permis de donner les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (n=150). La moyenne d'âge des pères était de 32 ans. La majorité des pères étaient de nationalité française et avait un emploi (78%). Ils avaient majoritairement un niveau d'étude équivalent au BAC (39%). Les tableaux 2 et 3 ont permis de comparer la présence et l'absence du BPP ainsi que son intensité.

Dans cet échantillon (n=150) un peu moins d'un père sur deux a présenté un baby blues après la naissance de leur enfant. 62 pères se sont avérés strictement supérieurs à la moyenne du score B1 ayant pour valeur 6,04. Ainsi il est retrouvé 41% de la population avec un baby blues d'après le *questionnaire du blues postpartum de H. Kennerley et D. Gath*.

L'âge, la nationalité, le niveau d'étude et bien d'autres variables n'ont pas montré d'impact sur la prévalence du baby blues d'après cette étude. Cependant on a pu retrouver quelques résultats significatifs.

La nature de la grossesse correspondant à s'il s'agit d'une **grossesse désirée ou une grossesse non souhaitée** influe sur la santé émotionnelle des pères de manière significative ($P=0.00165$). En effet, les résultats ont montré que 35,48% des pères ayant un BPP n'avaient pas désiré la grossesse contre 16,64% dans la population des pères ne présentant pas de BPP. Une grossesse non désirée est donc retrouvée plus fréquemment chez les pères présentant un BPP. Toutefois, aucun résultat significatif n'a été retrouvé concernant un impact sur la sévérité du BPP.

En ce qui concerne **la parité**, 41,94% des pères ayant un BPP n'avaient qu'un enfant. A contrario la majorité des pères ne présentant pas de BPP étaient des pères ayant déjà un enfant ou deux avant cette grossesse. Au niveau de l'intensité du BPP les mêmes différences ont été montrées. Chez les pères ayant un BPP sévère, pour 53,85% d'entre eux, il s'agissait également de leur 1^{er} enfant. De plus, un pourcentage plus important de pères avec 2 ou 3 enfants dans la population des BPP classique a été mis en avant.

L'étude a montré que les pères pour qui, il s'agissait de leur premier enfant étaient plus sensible à faire un baby blues (0.03945) et même pour aller plus loin, avaient tendance à faire plus de BPP sévère (0,01635).

Le mode de vie correspondrait également à un facteur de risque sur la prévalence du BPP. 27,42% des pères ayant un BPP étaient séparés de la mère de leur enfant contre 12,5% chez les pères n'ayant pas de BPP. Ainsi les pères célibataires auraient tendance à faire plus de BPP (0.02093).

Au niveau des résultats évaluant la différence en fonction **du jour où les questionnaires ont été passés après l'accouchement**. La majorité des pères ayant un BPP avait répondu aux questionnaires dans les 3 jours suivant l'accouchement. Après le cap des 3 jours, il y a une franche diminution du pourcentage du BPP. Les résultats sont passés par exemple de 33,87% de père ayant un BPP répondant au questionnaire à J1 à 8,84% à J4. Le BPP apparaîtrait donc

dès la naissance car un pic plus important de baby blues est identifiable à J0 et J1 avec une diminution progressive dans les jours qui suivent.

D'après les résultats il y aurait un peu moins de la moitié des pères ayant un BPP dont leur femme s'est **mise en travail** spontanément (45,16%). Contrairement à 60,23% chez les pères ne présentant pas de BPP. Les césariennes programmées ont été retrouvées plus fréquemment (27,42%) chez les pères ayant un BPP. Seulement 3,41% de césariennes programmées ont été retrouvées chez les pères n'ayant pas de BPP. Concernant le déclenchement aucun résultat significatif n'a été retrouvé.

La césarienne a été un des facteurs de risque qui est ressorti le plus dans cette étude. Presque 1 père sur 2 ayant leur enfant né par césarienne a présenté un baby blues (0,00011). Nous avons pu remarquer également que 46% de ses pères ont fait un baby blues sévère (0,01493). Dans la population des personnes ayant un BPP classique, 50 % d'entre eux ont eu leur enfant naît par voie basse. L'accouchement par voie basse instrumentale n'a pas eu d'influence significative sur le BPP.

L'état de santé du nouveau-né semblerait également avoir un impact sur le BPP ($P = 0,00017$). Les hommes touchés par un baby blues ont eu plus tendance à avoir un enfant hospitalisé dans un service de néonatalogie nécessitant des soins plus importants. En effet 45,16% des pères ayant un baby blues ont eu leur enfant hospitalisé en néonatalogie. Et seulement 17% des pères n'ayant pas de BPP a eu un enfant hospitalisé.

De plus cette variable a joué également sur la sévérité du BPP. Les résultats ont montré plus de BPP sévère chez ces mêmes pères ($P = 0,00005$). 66,67% des pères ont eu leur enfant directement en maternité avec la mère et 33,33% ont eu leur enfant hospitalisé en néonatalogie pour ce qui concerne les pères favorables au BPP classique. À l'inverse chez les BPP sévères, sont retrouvés 61,54% des pères avec leur enfant hospitalisé en néonatalogie et 38,46% ayant leur bébé directement avec la mère en maternité.

D'autres variables comme la nationalité, le niveau d'étude et l'ATCD de dépression n'ont pas été significatifs pour l'identification de facteur de risque au niveau de la prévalence du BPP mais se sont relevés significatifs pour analyser l'intensité du BPP.

Au niveau de la **nationalité** les résultats ont montré peu de différences notoires. Nous retrouvons 25% de personne de nationalité étrangère chez les BPP classique et 11,54% chez les BPP sévères. Il ne semblerait donc pas faire partie des facteurs de risque du BPP chez les pères.

En ce qui concerne **le niveau d'étude**, pour le BPP classique il n'y a pas eu de différence flagrante entre : niveau < bac (30%), niveau bac (36%) et niveau > bac (33%). En revanche pour le BPP sévère 58,85% des pères avaient le niveau bac et 30,77% avaient un niveau > au bac. Les pères ayant fait des études (Lycée/fac) ont eu tendance à faire des baby blues plus sévères (0,00250).

Pour finir, la dernière variable significative dans ces résultats concernait **les antécédant (ATCD) de dépression**. Dans le BPP classique il n'y avait très peu de personnes ayant un antécédant de dépression : 5,56% mais ce pourcentage a augmenté dans le BPP sévère qui a atteint 26,92%.

VII-ANALYSE ET DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'apprécier la présence de baby blues chez les pères afin d'étudier sa prévalence et des potentiels facteurs de risque.

1- Limite de l'étude

La limite de cette étude est principalement le faible effectif (n=150) notamment pour analyser l'intensité du baby blues (n=62). Il est à l'origine d'un manque de puissance qui ne permet pas sa généralisation à la population générale et sa significativité pour certains résultats issus des statistiques comparatives. Nous pouvons le remarquer en comparant nos résultats à ***l'enquête nationale de périnatalité (ENP)*** publiée en 2021.(16) Par exemple l'enquête décrit un taux d'accouchement instrumental de 12,4% contre 20% dans cette étude. Ou encore 25,8% de déclenchement du travail selon l'enquête contre 32,67% dans la nôtre.

Cependant on peut malgré tout noter aucune différence majeure ; certains résultats se rapprochent même de la réalité comme le taux de césarienne de 21,4 % pour l'année 2021 pour 25,33 % dans notre étude.

Le volontariat pour répondre au questionnaire est également une limite. En effet, les pères ayant vécu un profond bouleversement psychique n'avaient peut-être pas la disponibilité pour répondre à ces questions où à l'inverse ont répondu plus facilement car le sujet les touchait de près. S'ajoute le fait que pour les couples séparés il est très difficile de réussir à croiser le père de l'enfant pendant le séjour en maternité. Les femmes se retrouvent généralement toutes seules.

De plus il est connu que les hommes et les femmes ne parlent pas le même langage. Ici le *Maternity Blues Questionnaire* a seulement été transposé au masculin en gardant les mêmes adjectifs. Donc il est légitime de se demander si le questionnaire baby blues était-il aussi facilement transposable de mère à père. Les mots correspondent - ils aux pères ?

2- Discussion

Les résultats de cette étude montrent que plusieurs facteurs prédisent la prévalence et l'intensité du blues postpartum bien que l'homme et la femme divergent sur de nombreux points et affrontent leurs entrées dans la parentalité d'une manière différente. On peut retrouver plusieurs similitudes les concernant.

Dans l'article de revue « *baby blues* » écrit par Briex (3), il a été démontré que lorsque l'on interroge les antécédents médicaux des femmes concernées par le BPP, mis à part les antécédents personnels de dépression qui accroîtraient par deux environ le risque de dépression après la naissance, on ne retrouve pas chez ces femmes de pathologies qui seraient susceptibles de permettre de prévoir si cette affection va se produire, ou encore d'en identifier des facteurs de risques au cours de la grossesse. C'est pourquoi dans notre méthode ne nous sommes aucunement intéressés aux antécédents médicaux mais seulement aux antécédents psychologiques. Par ailleurs, les résultats de notre étude n'ont pas identifié la variable concernant l'ATCD de dépression comme prédicteur significatif du BPP. Mais il influence cependant sur l'intensité du BPP. Les pères font plus de BPP sévère quand ils ont un ATCD de dépression.

Pour ce qui concerne la naissance elle-même, il en va tout à fait différemment puisqu'il existe plusieurs travaux (17) qui montrent qu'aucune variable obstétricale n'est reliée à l'intensité du BPP. Quant à d'autres travaux (3), montrent une corrélation assez directe entre le risque de baby blues chez la mère et la manière dont la naissance du bébé s'est passée : prématurément ? par les voies naturelles ou par césarienne ? avec ou sans forceps ? en urgence ? Etc. Toutes ces situations d'un accouchement traumatique constituent un authentique facteur de risque pour la dépression du post-partum, comme on le voit pour le syndrome de stress post-traumatique, qui concernerait autour de 3 % des femmes. Ici, les résultats montrent effectivement un lien entre le mode d'accouchement et la prévalence du BPP. Nous pouvons voir que la césarienne est un des principaux facteurs prédictifs du BPP.

Ainsi, bien que le père ne soit pas l'acteur principal de cet évènement il est montré que ces évènements impactant la femme impactent de la même manière l'homme. La césarienne est un facteur de risque prédictif majeur du blues post-partum et influence également son

intensité. En revanche, dans cette étude ne nous trouvons pas de liens significatifs concernant les accouchements par voie instrumentale ni en ce qui concerne la prématurité.

Cependant lorsque le nouveau-né est hospitalisé en service de néonatalogie après la naissance nous pouvons remarquer une prévalence plus importante de BPP chez les pères mais également une prévalence plus importante de blues postpartum sévère. Le stress d'avoir un nouveau-né qui nécessite des soins plus spécifiques que la normale procure une inquiétude qui va fragiliser les parents. Les résultats renforcent les idées de K. M'BAÏLARA (15) qui a montré qu'un niveau élevé de stress en rapport avec les soins du bébé est en lien avec une intensité élevée du baby blues chez la mère. Nous pouvons donc en dire autant au sujet du père.

La situation familiale est également un prédicteur significatif. En effet, comme des études l'ont montré, les femmes vivant seules sont plus à même de connaître un postpartum blues intense. (17) On retrouve cette même influence chez les pères. Une situation familiale difficile (grossesse accidentelle, séparation, départ du conjoint...) influe sur la prévalence de baby blues chez les parents. Cependant contrairement à l'étude de N. Séjoirné, A. Denis, G. Theux, H. Chabrol (17) concernant les mères, cette étude n'a pas réussi à mettre en évidence que l'intensité du postpartum blues n'est pas indépendante du contexte.

Le sexe du nouveau-né n'a aucun impact sur la prévalence du BP chez les pères dans notre étude. Pourtant le facteur néonatal associé au sexe de l'enfant est présenté dans la littérature comme augmentant la survenue d'une dépression post-natale de 70 à 80 % et semble parfois significatif selon le modèle de calcul statistique. Dans de nombreuses sociétés, la naissance d'un garçon est valorisée. L'opinion populaire évoque "le choix du roi", ce qui présuppose que les parents d'un nouveau-né de sexe masculin éprouvent de la satisfaction, cependant le sexe du nouveau-né masculin s'est avéré être un facteur de risque prédictif du BPP chez les femmes dans l'étude « *Connaitre les facteurs de risques du baby blues pour mieux les prendre en charges* » de A. Gerlone, C. Zakarian et S. Riquet.(18)

La parité a été relevé comme un facteurs de risque que dans très peu d'article. Pourtant il paraît évidant que le stress est plus important pour un premier enfant. C'est à ce moment que l'on fait les premiers pas dans la parentalité. Si les parents ne sont pas préparés

psychologiquement, l'angoisse s'installe très rapidement. Les premiers jours, il faut nourrir, changer les couches, faire les premiers soins, veiller à ce que bébé ne pleure pas, se réveiller plusieurs fois pendant la nuit... Tout cela est source de stress et de fatigue pour le couple déjà endolori par les séquelles de l'accouchement. Le cumul de tous ces facteurs peut entraîner chez les nouveaux parents une perte de confiance en eux. Ils ont alors l'impression de ne pas savoir faire les choses comme il faut et peut facilement entrer dans un cercle vicieux de stress. Ainsi la primiparité fait partie des facteurs de risque du BPP comme le montre notre étude à ce jour.

De plus, les résultats pourraient faire penser qu'un père ayant plus de 4 enfants aurait tendance également à faire plus de BPP d'intensité sévère. Cela pourrait s'expliquer suite à l'organisation qu'il faut avoir pour s'occuper des aînés. Il y a une plus grande charge mentale car ici le père ne peut pas se focaliser que sur le nouveau-né et sa femme mais doit également faire le lien avec ce qui se passe à la maison. Les chiffres qui sont ressorti dans cette étude seraient de 19,23% chez les BPP sévère. Cependant aucune valeur significative a été retrouvé dans cette étude.

Dans cette étude une autre variable a essayé d'être étudié concernant le niveau de maternité. Les résultats ne sont pas significatifs mais nous pouvons remarquer que dans notre échantillon il n'y a aucune différence entre le niveau de maternité et la prévalence du BPP ainsi que sur son intensité. Cela pourrait conforter l'idée que le BPP est un phénomène complètement physiologique indépendant du niveau de maternité. Ainsi il peut se manifesterait très bien après une grossesse et/ou accouchement normal comme une grossesse et/ou accouchement pathologique.

Un biais existe concernant la variable étranger/Français. En effet les pères ne parlant pas correctement le français et ne sachant lire on était exclue de l'étude. Ainsi très peu d'étranger ont été inclus dans la cohorte. Et en ce qui concerne les étrangers incluent dans l'étude il s'agissait pour la plupart de personne vivant en France depuis au moins 5 ans. Leurs vies sont faites en France, ils ne se sentent pas eux-mêmes étrangers dans ce pays. Donc on ne retrouve pas ici le sentiment de solitude suite aux difficultés de communication et d'isolement que peuvent subir de véritables étrangers.

Pour finir, les résultats montrent que le BPP chez les pères se produit beaucoup plus précocement que chez les mères. Les études décrivent une manifestation du BPP entre le troisième et le cinquième jour pour la mère. Ici nous pouvons voir que les pères favorables au BPP ont répondu majoritairement entre J0 et J3. Ainsi, des groupes de paroles précoces pour les pères à la maternité dans les 3 jours suite à la naissance de leur enfant pourraient être proposés pour évaluer l'action d'une prise en charge du BPP paternel.

Dans l'étude écrite par E. Merlot des groupes de parole ont été créés pour les pères, qui ont pu ainsi partager leurs expériences et leurs questionnements sur la grossesse, le nouveau-né, le couple et la parentalité. Il a été montré que ces échanges entre hommes les rassurent et les aident à prendre conscience de leur nouveau rôle. Le développement de ces groupes fait écho aux conclusions de la commission des 1 000 premiers jours de l'enfant qui insiste sur l'importance de prendre en compte la présence du deuxième parent. (19) (20)

3- Projet d'action

Dans l'article K. M'BAILARA, l'étude a mis en avant l'importance de l'estime de soi sur l'intensité du baby blues. Peu de travaux se sont intéressés à ce facteur en période de post-partum et aucun ne l'a mis en lien avec le baby blues.

Dans les études retrouvées concernant les variables psychologiques et relationnelles, l'estime de soi face au rôle de mère a été évaluée à partir de la version courte (26 items) du *Maternal Self-Report Inventory* qui comporte cinq sous-échelles (habileté pour les soins du bébé, habileté générale pour le rôle de mère, accueil du bébé, relations attendues avec le bébé, sentiments liés à la grossesse et à l'accouchement). Le soutien social a été mesuré avec la version courte de l'échelle de soutien social SSQ6 de Sarason et Sarason (1983) (*Annexe 2a et 2b*) validée en français par Bruchon-Schweitzer et al. Enfin, le stress a été évalué à l'aide de la *Perceived Stress Scale* (PSS 14). Deux questions ont permis de prendre en compte la satisfaction vis-à-vis de la relation conjugale (« avez-vous des problèmes de couple ? ») et le fait que la grossesse n'ait pas été désirée [« votre grossesse était-elle non désirée (accidentelle) ? »].(15)

Parmi les limites méthodologiques, l'interprétation en termes de prédiction entre les variables psychologiques et le baby blues aurait nécessité d'évaluer l'estime de soi face au rôle de père

et le stress en rapport avec les soins du bébé avant l'accouchement. Cependant, les outils employés n'ont pas été adaptés à une passation en pré- partum.

Ensuite, on pourrait voir si nous pouvons rajouter des perspectives de recherche à cette étude sur le baby blues pour évaluer si cet état non pathologique pourrait représenter la première étape chez certains hommes prédisposés vers une dépression post-natale ou psychose puerpérale qui est dans la majorité des cas caractérisée par une symptomatologie maniaque. Car la littérature a prouvé que le blues post partum chez la mère était un des facteurs de risque de la dépression post-natale.(21)

4- Pour aller plus loin...

Il est légitime de se demander si on peut réellement parler de baby blues chez les pères. La cause principale du BPP décrit dans les études serait liée à une chute d'hormones dans le postpartum. En effet la variation hormonale est citée en cause principale par 80% de celles-ci, seulement 13,3 % évoquent le manque de soutien, pourtant un facteur prépondérant selon les études antérieures. Donc selon cette théorie elle ne pourrait concerner que les femmes et non les pères.(5)

De ce fait, de nombreuses causes hormonales ont été étudiées, par exemple, les modifications du taux de cortisol plasmatique ou de la progestérone, mais d'après ***l'article de la revue neuf mois et moi de Virginie Im et Michel Briex dans spirale 2019 (3)***, il n'existe pas d'études ayant montré une différence significative pour cet élément comme pour d'autres dosages hormonaux, même si certaines pathologies (comme l'insuffisance thyroïdienne postnatale) peuvent entraîner des symptômes de type dépressif qui ne sont pas spécifiques à la grossesse. Par ailleurs, aucun traitement hormonal correctif proposé dans les suites de la naissance ne semble être en mesure de traiter cette affection aux contours mal définis ; la correction du taux de progestérone, par exemple, proposée par certains, ne semble pas avoir fait la preuve de son efficacité.

La chute hormonale ne serait donc pas considérée comme l'étiologie première du BPP. Des difficultés psychosociales et affectives d'adaptation au nouveau rôle maternel sont rapportées, ce qui soutient l'idée d'une **origine plurifactorielle**.

De nombreuses pistes de cause concernant le BPP ont été étudiées. Et parmi elles le BPP serait défini comme une réponse psychologique suite à un évènement douloureux, traumatique et stressant, comme on peut aussi le voir dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique. La douleur y a une place centrale. Au-delà de cette douleur, c'est surtout le vécu de cette dernière avec l'histoire de la personne concernée, le sens que l'on va donner à cette expérience et l'accompagnement que l'on propose au moment de sa survenue, puis dans les suites immédiates, qui seront des éléments déterminants dans le risque de survenue d'une authentique dépression postnatale. (3)(4)

Bien entendu le père ici ne surmonte pas une épreuve traumatique et douloureuse proprement dit, mais le fait d'être spectateur de cet évènement, de ne pas réussir à trouver sa place et de ne pas pouvoir faire grand-chose pour soulager sa partenaire dans la douleur peut être difficile à vivre également.

Le père peut connaître une période de fragilité émotionnelle, une perte de repères. Il peut commencer à douter de ses capacités à être père. L'homme ne vivant pas l'expérience de la grossesse comme la mère, l'arrivée du bébé peut provoquer un chamboulement, parfois d'autant plus importantes. Le pédopsychiatre, **le docteur Luis Alvarez** explique : « *Le blues du papa peut s'expliquer par le fait que l'homme est souvent en "retard" par rapport à la mère. N'ayant pas vécu l'expérience de la maternité, à l'arrivée du bébé, c'est comme s'il devait prendre un train en marche qui est déjà à toute allure !* » C'est pour cela qu'il est important aussi pendant l'accouchement, que le père puisse jouer un rôle actif.(22)

Dans une vision systémique de la famille, les soins apportés aux pères sont indispensables aux soins de la mère et du bébé et également aux soins de la famille. Ainsi, des difficultés dans la dynamique intrafamiliale (changement de statut individuel, dynamique conjugale, place de chacun dans la nouvelle relation triadique) et/ou les difficultés psychiques du père sont à prendre en charge. Afin de répondre à ce besoin, l'**Unité d'hospitalisation parents-bébé "La Pomme", pôle de pédopsychiatrie, 75103 Paris**, a entrepris d'hospitaliser les pères des dyades accueillies lorsque cela le nécessite. Des réflexions autour de cette nouvelle pratique sont en cours. (8)

VIII- CONCLUSION

Les couples sont souvent désemparés face au manque de sommeil et à l'épuisement des premières semaines. Ils ont entendu parler de baby blues, certains le minimisent, d'autres l'ignorent ou le mettent sur le compte de la fatigue. D'autant plus que ce terme n'était attribué que pour les mères. Il est donc difficile pour les jeunes pères de se faire une idée de ce qui leur arrive. Leur notion de baby blues ne va même pas leur traverser l'esprit et donc vont se rassurer en allant du « ça va passer, c'est normal ! » au déni complet d'un véritable état dépressif plus préoccupant.

Cette étude montre que le Blues post-partum du papa est une réalité. D'ailleurs nous sommes en corrélation avec l'étude faite aux États - Unis qui affirmait la présence d'un baby blues chez les pères.

Les grossesses non désirées, la parité, la mise en travail, le mode d'accouchement ainsi qu'une éventuelle hospitalisation du nouveau-né se sont avérés comme des facteurs de risque du BPP. De plus il apparaîtrait plus précocement que les femmes : entre J0 et J3.

En ce qui concerne la sévérité du BPP, les pères ayant déjà connus des fragilités psychologiques sont plus à même de faire des BPP sévères. Il en est de même pour les pères pour qui il s'agit de leur premier enfant. Ces facteurs associés au BPP peuvent aisément être repérés par les équipes soignantes, mais ne semblent pas toujours bien connus dans leur ensemble. Il est important de sensibiliser les sage-femmes au repérage des facteurs associés à ce phénomène physiologique.

Le BPP chez les pères est moins évoqué mais il faut absolument l'accompagner. C'est notamment le rôle des professionnels de la petite enfance. On peut s'aider avec les groupes de parole de père. À la maternité, c'est souvent difficile pour le papa de voir un psychologue (car ils sont plutôt centrés sur la mère) mais il peut en parler à une puéricultrice de PMI ou à son médecin par exemple. D'autre part, pour l'aider à s'ajuster doucement il ne faut pas hésiter à en parler à l'entourage, la famille, et garder un maximum de vie sociale pour éviter de vivre en vase clos à 3 : c'est ça qui va aider à s'adapter à cette nouvelle vie !

IX- BIBLIOGRAPHIE

1. Soussan PB. Même les pères ! Spirale. 2003;28(4):75-84.
2. Bobleter MF. RESPONSABLE ADMINISTRATIVE. :81.
3. Im V, Briex M. Baby blues. Spirale. 24 mai 2019;89(1):131-5.
4. Dayan J. Les baby blues. Humensis; 2016. 101 p.
5. Roux M, Wendland J. Blues du post-partum : prévalence et facteurs associés parmi des francophones primipares et représentations chez des sages-femmes. Périnat. 1 avr 2019;11(1):32-41.
6. Glangeaud-Freudenthal MC, Sutter AL, Guillaumont C, Bourgeois M. Questionnaire du. Ann Med Psychol (Paris). mai 1995;153(5):337-40; discussion 341.
7. Massoubre C, Desfonds E, Bendjeddou M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. :12.
8. Chevauché M, Corfdir C. Les pères, patients en unité mère-bébé ? Une approche systémique en réflexion. L'Encéphale [Internet]. 10 mars 2023 [cité 29 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700623000179>
9. Le Coq M, Williams-Smith ER. Dépression postpartum du père: rôle préventif de la sage-femme.
10. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 1 déc 2016;206:189-203.
11. Les pères confrontés à la décompensation maternelle | Cairn.info [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2016-2-page-103.htm>
12. Nakamura A, van der Waerden J, Melchior M. Dépression au sein des couples en période périnatale. 2018.

13. Garfield CF, Duncan G, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, Coley RL, et al. A Longitudinal Study of Paternal Mental Health During Transition to Fatherhood as Young Adults. *Pediatrics*. 1 mai 2014;133(5):836-43.
14. Les pères aussi ont le « baby blues » - Sciences et Avenir [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/les-peres-aussi-ont-le-baby-blues_27305
15. M'Baïlara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, et al. Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *L'Encéphale*. juin 2005;31(3):331-6.
16. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 | Santé publique France [Internet]. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>
17. Séjourné N, Denis A, Theux G, Chabrol H. Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues. *L'Encéphale*. 1 avr 2008;34(2):179-82.
18. Gerlone A, Zakarian C, Riquet S. Connaître les facteurs associés au baby blues pour mieux le prendre en charge. *Sages-Femmes*. 1 janv 2022;21(1):39-42.
19. Merlot É. Les groupes de parole pour les pères, un pas vers la parentalité. *Sages-Femmes*. 1 mai 2022;21(3):33-6.
20. Devenir et être papa : rencontres entre futurs papas [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/actualite/devenir-etre-papa-rencontres-entre-futurs-papas>
21. Dizengremel S, Coubret A, Fagnère C, Desmoulière A. Enjeux de la prise en charge des troubles dépressifs en période périnatale. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 nov 2020;59(600):28-33.

22. Daddy blues : quand le baby blues touche les pères [Internet]. La maison des maternelles. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/daddy-blues-quand-le-baby-blues-touche-les-peres>

X- ANNEXES

Annexe 1a :

NATIVEL Lydie
M1 maïeutique



Questionnaire mémoire étudiante sage-femme

Ce questionnaire anonyme a pour but de m'aider dans la réalisation de mon mémoire, dont l'objectif est de pouvoir **étudier la présence et l'intensité du « blues post-partum » chez les pères.**

Ce questionnaire est composé de deux parties : une première partie qui va me permettre d'établir un contexte avec différents critères afin de pouvoir voir si certains d'entre eux peuvent être des facteurs de risque significatifs. Et une deuxième partie qui reprend le questionnaire du blues post partum de H. Kennerley et D. Gath qui permet de dépister le baby blues chez les nouveaux parents.

Partie 1 : Contexte

- **Date d'accouchement :** ...
- **Age :**
- **Nationalité :** ...
- **Mode de vie :**
 - 1) vous ne vivez pas avec la mère
 - 2) vous vivez avec la mère
- **Situation socio-économique :**
 - 1) vous travaillez
 - 2) vous êtes sans emploi actuellement
- **Niveau d'étude :**
 - 1) inférieur au bac
 - 2) niveau bac
 - 3) études supérieures
- **Avez-vous eu un antécédent de dépression :** oui **ou** non
- **La grossesse était-elle souhaitée :** oui **ou** non
- **Parité (nombre d'enfants que vous avez) :**
- **Sexe du nouveau-né :** fille **ou** garçon
- **Votre enfant est :** Prématuré **ou** à terme
- **Mise en travail :**
 - 1) Spontané
 - 2) Déclenchement
 - 3) Césarienne programmée
- **Mode d'accouchement :**
 - 1) Voie basse sans instrument
 - 2) Voie basse avec instruments (forceps, ventouse...)
 - 3) Césarienne
- **Où est votre enfant :**
 - 1) En chambre avec sa mère
 - 2) En néonatalogie ou en service de réa-néonatalogie
- **Le mode d'alimentation de l'enfant :**
 - 1) Allaitement maternel (au sein)
 - 2) Allaitement artificiel (biberon)

Annexe 1b :

Partie 2 : « Maternity blues questionnaire » version française de Kennerly & Gath (1995).

Voici une liste d'expressions employées par les pères suites à la naissance de leur enfant pour décrire ce qu'ils ressentent, indiquez le plus spontanément possible pour expression

| 1) Aujourd'hui | 2) Par rapport à votre état habituel | | | Beaucoup | Un peu | Sans | peu plus | Beaucoup |
|--|--------------------------------------|------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | | moins que d'habitude | moins que d'habitude | changement | que d'habitude | plus que d'habitude |
| 1. Envie de pleurer | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Envie de pleurer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tendu | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Tendu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. capable de me concentrer | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Capable de me concentrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cafardeux | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Cafardeux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Plein de joie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Plein de joie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Désespéré | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Désespéré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Difficultés à montrer ce que je ressens | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Difficultés à montrer ce que je ressens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Plein d'énergie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Plein d'énergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Distract, confus | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Distract, confus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Anxieux | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Anxieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Envie d'être seul | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Envie d'être seul | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Détendu dans ma tête | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Détendu dans ma tête | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Rumine sur des choses | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Rumine sur des choses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Apitoyé sur mon sort | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Apitoyé sur mon sort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sans sentiments | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Sans sentiments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Déprimé | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Déprimé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Trop émotif | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Trop émotif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Heureux | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Heureux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Confiant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Confiant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. D'état d'esprit changeant | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | D'état d'esprit changeant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Fatigué | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Fatigué | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Irritable | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Irritable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Pleure sans pouvoir s'arrêter | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Pleure sans pouvoir s'arrêter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Plein de vie | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Plein de vie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Trop sensible | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Trop sensible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Humeur avec des hauts et des bas | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Humeur avec des hauts et des bas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Agité | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Agité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Calme, tranquille | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Calme, tranquille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Merci de votre participation !

Annexe 2a :

**Le SSQ6 (Social Support Questionnaire) de I.G.
Sarason et al., version abrégée, 1987).**

Instructions :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

Vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ? (N1)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

2-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ? (N2)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

3-Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés ? (N3)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S3)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

Annexe 2b :

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ? (N4)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S4)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

5-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ? (N5)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S5)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

6-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ? (N6)

| | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S6)

| | | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 1. Très insatisfait | 2. Insatisfait | 3. Plutôt insatisfait | 4. Plutôt satisfait | 5. Satisfait | 6. Très satisfait |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------|

XI- RÉSUMÉ

Titre : Prévalence et facteurs de risque du « Baby blues » chez les pères.

Introduction : La santé émotionnelle des pères est une préoccupation actuelle. Dans les 1000 premiers jours c'est un enjeu de santé publique permettant un équilibre familial favorable au développement de l'enfant. Huit à 10% des pères font une Dépression Post-Natale, cependant la question du Blues Post-Partum (BPP) n'a été que très peu étudiée contrairement à la mère. Nous avons investigué la prévalence et les facteurs de risque d'un BPP chez des pères.

Matériels et méthodes : Une étude descriptive multicentrique a été réalisée dans des maternités de la région Sud. L'état émotionnel de pères volontaires a été comparé en utilisant le Maternity Blues Questionnaire suite à la naissance de leur enfant.

Résultats : 150 pères ont participé. Un peu moins d'un père sur deux présente un BPP après la naissance de son enfant (41%). Une grossesse non désirée ($p=0,001$), ne pas être en couple avec la mère de l'enfant ($p=0,020$) et une naissance par césarienne ($p=0,00011$) surtout si elle était programmée ($p=0,00005$) sont des facteurs de risques très significatifs de la présence d'un BPP. La précocité du BPP à J0 est également significative ($p=0,008$), comparée à la survenue chez la mère. 26% des pères ont présenté un BPP d'intensité classique et sévère pour 17% d'entre eux. La sévérité est très significativement influencée chez le père par une hospitalisation du nouveau-né ($p=0,0001$), un antécédent de dépression ($p=0,00006$), un faible niveau d'étude et la parité.

Conclusion : Le BPP du père existe et a une prévalence importante. Il est plus précoce que celui de la mère et repose également sur des facteurs de risques biologiques et socioéconomiques. Des groupes de paroles précoces pour les pères à la maternité dans les 3 jours suite à la naissance de leur enfant pourraient être proposés pour évaluer l'action d'une prise en charge du BPP paternel.

Mots-clés : Pères ; Baby-blues ;

Title: Prevalence and risk factors for the "baby blues" in fathers.

Introduction: The emotional health of fathers is a current concern. In the first 1000 days, it is a public health issue allowing a family balance favorable to the child's development. Eight to 10% of fathers suffer from postpartum depression, but the issue of postpartum blues (PPB) has been little studied, unlike in mothers. We investigated the prevalence and risk factors of PPB in fathers.

Materials and methods: A multicenter descriptive study was conducted in maternity hospitals in the southern region. The emotional state of volunteer fathers was compared using the Maternity Blues Questionnaire following the birth of their child.

Results: 150 fathers participated. Slightly less than one in two fathers had a PPB after the birth of their child (41%). An unwanted pregnancy ($p=0.001$), not being in a relationship with the mother of the child ($p=0.020$) and a birth by caesarean section ($p=0.00011$), especially if it was planned ($p=0.00005$), were very significant risk factors for the presence of a PPB. The precociousness of BPP at D0 was also significant ($p=0.008$), compared to the occurrence of BPP in the mother. 26% of the fathers presented a BPP of classic intensity and severe for 17% of them. Severity was significantly influenced in fathers by hospitalization of the newborn ($p=0.0001$), a history of depression ($p=0.00006$), a low level of education and parity.

Conclusion: Paternal PPB exists and has a significant prevalence. It is earlier than that of the mother and is also based on biological and socioeconomic risk factors. Early discussion groups for fathers in the maternity hospital within 3 days after the birth of their child could be proposed to evaluate the action of a management of paternal BPP.

Keywords: Fathers; Baby-blues;