



Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Elena BURLACU

Née le 18 avril 1991 à Galati, ROUMANIE

LE VECU DU PARTENAIRE DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM

Présentée et soutenue publiquement le **17 AVRIL 2020** date devant un jury composé de :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, Faculté de médecine de Tours, CHRU de Tours

Membres du Jury :

Madame le Professeur Benedicte GOHIER, Faculté de médecine de Angers, CHRU de Angers

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, Faculté de médecine de Tours, CHRU de Tours

Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE, Faculté de médecine de Tours, CHRU de Tours

Madame le Docteur Sélia EDWIGE, Faculté de médecine de Tours, CHRU de Tours

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE, Faculté de médecine de Tours, CHRU Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales* Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université* Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale* Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUTBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure 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 seront 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.

LE VECU DU PARTENAIRE DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA PERIODE DU POST-PARTUM

Introduction : Le bien-être des parents dans la période de post-partum est un élément très important pour le développement ultérieur de l'enfant. Il y a donc, besoin de s'interroger sur les émotions, les sentiments et les inquiétudes des deux parents devant cette période de grand changement. Des études récentes ont montré une prévalence de la dépression paternelle périnatale de 8-10%, ainsi qu'un risque de développer des symptômes de trouble de stress post-traumatique ou d'autres troubles anxieux en post-partum. Il est important de pouvoir prendre en compte les troubles des pères car il y a de différences d'expression de ces troubles entre les hommes et les femmes, d'où la nécessité d'individualiser les traitements.

Objectif : Ce travail a comme objectif principal d'étudier le bien-être du partenaire dans la période du post-partum, déterminer la présence des symptômes dépressifs (DPP) et de TSPT-PP (trouble de stress posttraumatique du post-partum).

Matériels et méthodes : Le projet de recherche est une étude observationnelle non interventionnelle. Les paramètres ont été évalués à partir d'une évaluation biographique et à l'aide d'échelles psychométriques reconnues et ayant fait l'objet de validations antérieurs. Ces auto-questionnaires ont été remplis par les parturientes et les conjoints en ligne via le logiciel Sphinx. La durée prévue de remplissage des questionnaires par le sujet est de l'ordre de 30-45 minutes.

Résultats : Nous avons recueilli un échantillon de 489 participants, 445 femmes et 44 hommes. En ce qui concerne les difficultés émotionnelles ou psychologiques éprouvés par le passé, les partenaires ont rencontré des difficultés dans 29,5% de cas par rapport à 43,3% de cas de femmes ayant répondu à l'enquête. Au moment de l'enquête, 22,7% de partenaires étaient déjà en difficulté émotionnelle ou psychologique. En ce qui concerne les antécédents, 6,8% des partenaires ont déjà vécu un accouchement difficile pour eux, 18,2% ont déjà perdu un bébé et 29,5% ont vécu un événement décrit comme traumatisant. La majorité des partenaires (88,4%) n'ont pas présenté des symptômes conduisant à un TSPT-PP, et entre 1,4% et 3,9% ont présenté des symptômes importants de TSPT-PP quasiment tous les jours, avec des symptômes d'irritabilité, anxiété, troubles du sommeil avec cauchemars et flash-backs qui prédominent.

Dans l'échantillon étudié, 9,1% des partenaires avaient des symptômes de DPP, avec prédominance de la tristesse d'humeur, évalués avec l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Une faible partie (4,5%) des partenaires a exprimé un sentiment d'indifférence ou peu d'affection pour le nouveau-né.

Le support social et l'accompagnement des partenaires durant l'accouchement et dans la période du post-partum est très important pour la prévention de la DPP et du TSPT car ils ont un rôle protecteur. Dans la littérature générale il y a une comorbidité importante entre la dépression et le TSPT et dans le cadre de notre groupe on a trouvé également une corrélation significative positive entre les symptômes de dépression évalués par la EPDS et les symptômes de TSPT évalués par la PCL-5.

Conclusion : Nos résultats montrent que la prévalence des troubles psychiques du partenaire n'est pas négligeable, à mettre en lien avec les troubles psychiques des mères dans la période du post-partum. 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 sociales si ces troubles ne sont pas traités.

Mots clés : Partenaire, accouchement, post-partum, bien-être, dépression, stress

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury de thèse

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse et de juger mon travail. Je vous remercie de votre enseignement tout au long de mon internat durant lequel j'ai eu la chance de profiter d'une formation de qualité.

À Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Je vous remercie d'avoir accepté de me faire l'honneur de juger mon travail de fin d'études. Je vous en suis reconnaissante de votre participation et de l'intérêt présenté à mon travail.

À Madame le Docteur Sélia EDWIGE

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail car j'ai une énorme considération et confiance dans votre jugement. Je vous remercie également de la confiance et l'encouragement offert durant le stage réalisé dans le sein de votre service.

À mon directeur de thèse

À Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE

Je veux vous remercier tout d'abord de m'avoir fait confiance et de votre encouragement. Vous avez su me guider et remobiliser ma motivation dans des moments plus compliqués.

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse qui a enrichi mon savoir sur une problématique d'actualité, qui m'a beaucoup intéressé.

J'ai une grande admiration pour votre travail et votre dynamisme que vous apportez à l'enseignement de la psychiatrie et à la recherche à Tours.

Merci de votre énergie, implication et patience, ainsi que votre incroyable disponibilité, sans lesquelles ce travail n'aurait pas été possible.

À mes formateurs

Au Docteur BOISSICAT, Docteur ESSABIR et Docteur MONTMASSON et à toute l'équipe de l'unité Belle-Île au Centre Hospitalier de Blois.

Vous m'avez initié à la pratique de la psychiatrie surtout intra-hospitalière. Je vous en remercie.

Au Docteur NASRY et à toute l'équipe infirmière du Centre Hospitalier Chartres, unité des Adolescents.

Merci pour votre accueil chaleureux, pour l'initiation dans la pédopsychiatrie et le soutien offert.

Au Docteur PARROT et Docteur GAILLARD et à toute l'équipe de l'UHSA de Fleury les Aubrais

Vous m'avez accueillie pendant 6 mois dans ce service intrigant et travailler en votre compagnie a été un vrai plaisir. Vous m'avez donné la confiance et l'autonomie nécessaires tout en avoir une bonne supervision. Je vais toujours garder un très bon souvenir de ce stage. Merci pour tout.

Au Docteur CRISTEA et à toute l'équipe du Dispositif pour les Adolescents à Fleury les Aubrais

J'ai été accueillie par une équipe très sympa et dynamique. Je vous remercie pour la confiance accordée. Au plaisir de vous revoir.

Au Docteur LEMAIRE et à toute l'équipe du Centre Hospitalier Châteauroux, Unité d'Addictologie Service D

Merci pour l'accueil et pour tout ce que vous m'avez appris dans le monde des addictions.

Au Docteur EDWIGE et Docteur MANIÈRE, l'équipe du Liaison du Centre Hospitalier Bretonneau à Tours

Je vous remercie pour les six mois passés dans votre service. J'ai apprécié votre ambition et votre vision globale sur la psychiatrie. Je vous remercie de votre écoute et de votre bienveillance, ainsi

que de votre soutien et encouragement. Merci de m'avoir permis de passer un très bon stage au CHU qui m'a permis de m'enrichir plus sur le plan professionnel ainsi que sur le plan personnel.

Au Docteur PAPAZOUGLU-ROYER et à toute l'équipe du SPIJ du Centre Hospitalier de Châteauroux

Vous m'avez appris énormément et vous avez réussi à me donner l'envie d'approfondir le sujet de la pédopsychiatrie. J'ai appris à aimer ce métier grâce à votre implication et dévouement. Merci à toute l'équipe de leur accueil très chaleureux.

À ma famille,

A mes parents, à mon frère et ma cousine, merci pour tous vos efforts et l'implication qui ont été indispensables pour réaliser mes études de médecine, merci pour l'amour inconditionnel. Merci de votre compréhension tous les jours et l'acceptation de mon éloignement physique. Je vous garde dans mon cœur pour toujours.

À mes proches,

A mes amis de la Faculté de Médecine en Roumanie : Violeta, Maria, Ioana, Oana, Mia, Tincuta
Merci de m'avoir accompagnée sur ce trajet difficile mais passionnant. Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A mes copines, Mihaela et Catalina, merci de votre amitié depuis tous ces années.

A ma « famille » de France, Maggy et Anne-Marie, qui vont avoir ma reconnaissance pour toujours.

À mes Co-internes,

Justine, Bastien, Jeremy, Thibault, Marie-Luce, Priscilla, Matthieu et à des internes d'autres promotions qui sont devenus mes amis : Hélène, Valerian et Katy.

Merci beaucoup de votre support moral et l'encouragement pendant ces années de formation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	14
PREMIERE PARTIE :	
1. Devenir parents.....	16
a) Les processus psychologiques.....	16
b) Le stress de la naissance.....	18
c) Le concept de coping.....	18
2. Le vécu de l'accouchement classique.....	20
3. Situations particulières : l'accouchement compliqué.....	22
a) Peur de l'accouchement, expérience de la naissance et douleur.....	22
b) L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ?.....	24
c) Le cas particulier de l'hémorragie sévère en postpartum et le vécu du partenaire.....	30
d) L'accouchement prématuré suite à une pré-éclampsie et une rupture prématurée des membranes.....	31.
4. La période du post-partum pour le partenaire.....	32
a) L'anxiété du père.....	32
b) Les troubles psychiques du post-partum.....	33
DEUXIEMME PARTIE : Le bien-être du partenaire en post-partum.....	39
1. INTRODUCTION.....	39
2. MATERIEL ET METHODES.....	39
3. RESULTATS.....	43
a) Description de l'échantillon.....	43
b) Particularités de l'échantillon de partenaires.....	46
• Évaluation des symptômes de TPST.....	47
• Évaluation des symptômes de DPP.....	49
• Comparaisons dans le groupe.....	52
• Corrélations dans le groupe.....	53
4. DISCUSSIONS.....	55

a) Biais de sélection.....	55
b) Biais de catégorisation.....	56
c) Analyse des résultats.....	56
5. CONCLUSION.....	59
 BIBLIOGRAPHIE.....	 60
ANNEXES.....	67
1. Annexe 1-Evaluation biographique.....	67
2. Annexe 2-PCL-5.....	69
3. Annexe 3- EPDS.....	70
4. Annexe 4- MOS.....	72
5. Annexe 5- MIBS.....	73
6. Annexe 6- CBTS.....	74
7. Annexe 7- CBTS pour les partenaires.....	77
8. Annexe 8-Evaluation du participant	80

INTRODUCTION

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 bouleversements et induit de nombreuses modifications identitaires et structurales. Les neuf mois sont un temps de préparation indispensable pour la femme qui va devenir mère, l'homme qui va devenir père, et le couple, formant une famille. Surtout, l'arrivée d'un premier enfant s'accompagne d'un remaniement identitaire important pour chacun de futurs parents, ceux-ci traversent plus ou moins sereinement cette période où s'entremêlent des résurgences de leurs identifications passées, de leur histoire personnelle et leur propre relation filiale, ainsi que des mouvements de régression et de projection dans l'avenir.

L'accouchement est un événement majeur de 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 même si on a tendance à « oublier » le(la) partenaire et se concentrer plus sur le vécu de la mère qui est bien évidemment au premier plan dans le contexte de l'accouchement, de la naissance.

La manière de vivre cette nouvelle étape de la vie qui débute après la naissance dépend de plusieurs facteurs, notamment de l'histoire personnelle de chaque parent et de leur personnalité. 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.

La littérature est beaucoup plus riche pour décrire le vécu de la mère durant l'accouchement et dans le post-partum, lequel intérêt est apparu relativement récemment. La littérature s'est beaucoup intéressée à l'amélioration de l'accompagnement de la femme par l'équipe soignante et la famille, accompagnement qui est absolument indispensable durant cette période. En ce qui concerne le vécu du partenaire, la littérature est très limitée, il y a très peu d'études sur ce sujet, et

la plupart est centrée sur le vécu de l'accouchement par le partenaire dans des situations complexes ou graves.

Dans ce contexte, nous avons choisi d'évaluer le vécu subjectif du partenaire lors de l'accouchement. Ce travail est basé sur une étude plus large qui consiste à valider l'échelle « City Birth Trauma Scale » en langue française, échelle qui permet d'évaluer les symptômes de stress post-traumatique dans le post-partum chez la femme et son partenaire.

Dans une première partie de ce travail, nous présentons une synthèse des données actuelles de la littérature au sujet du vécu subjectif de l'accouchement et des troubles psychiques qui peuvent être associés à l'accouchement ou au post-partum.

Dans une seconde partie, nous présentons notre étude portant sur le vécu subjectif du partenaire en ce qui concerne l'accouchement récent de sa compagne, étude réalisée auprès d'un échantillon de 513 sujets hommes et femmes, dont 44 partenaires de femmes qui ont accouché dans l'année passée. Nous discuterons ensuite les résultats de ce travail dans une approche multidisciplinaire avant de conclure sur les perspectives tracées par ce travail.

PREMIERE PARTIE : Le vécu de l'accouchement dans la littérature médicale

1. Devenir parents

a. *Les processus psychologiques*

L'arrivée d'un enfant est un moment exceptionnel dans la vie d'un couple. Cependant, même s'il est naturel et généralement associé au bonheur, il n'en crée pas moins de profonds bouleversements dans la vie familiale. Les parents vont devoir apprendre à intégrer des rôles nouveaux et assumer de nouvelles responsabilités. Pour la mère et le père, c'est une période délicate de transition vers la parentalité.

La psychologie développementale décrit la grossesse et la naissance du premier enfant comme une situation de crise développementale pour la femme car cette période implique des changements intenses et irréversibles au niveau corporel et psychosocial (Langer, 2004, Gloger-Tippelt, Dorn, 2003). L'implication émotionnelle peut avoir une valeur affective positive ou négative. Les enjeux de la période périnatale sont multiples. Il s'agit non seulement de devenir « mère », mais aussi de faire d'un homme un « père », ainsi que de changer le statut du couple, en couple parental. Les principales tâches de développement pendant la grossesse et le post-partum sont :

1. L'acceptation de la grossesse (pendant le premier trimestre de grossesse, les femmes reconnaissent la grossesse, acceptent qu'elle est réelle et adaptent leurs comportements à cette nouvelle réalité).
2. L'acceptation de la réalité du fœtus - pendant le deuxième trimestre de grossesse les mères à venir reconnaissent le fœtus en tant qu'entité individuelle et réelle.
3. La réévaluation et la restructuration de la relation avec les parents (les futures mères se basent sur les expériences de leurs propres parents).
4. La réévaluation de l'identité : intégration de l'identité maternelle.
5. Réévaluation et la restructuration de la relation conjugale : l'alliance parentale.
6. La préparation pour l'accouchement et l'accouchement.
7. La parentalité : construction de la relation avec l'enfant.

Les aspects psychologiques de l'accouchement ne peuvent être dissociés de la période périnatale. Du point de vue historique, Winnicott (1969) a adopté le terme de mère « normalement folle » pour décrire leur hypersensibilité autour de la naissance et leur état d'hypervigilance par rapport au nourrisson. Monique Bydlowski (1991) introduira le concept de « transparence psychique » pour décrire les caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse. La grossesse est un moment particulier du psychisme, un état de transparence psychique où des fragments du préconscient et inconscient s'immiscent facilement dans la conscience. Ce phénomène pouvant caractériser de graves affections, se présente chez la femme enceinte comme un évènement ordinaire.

En 1961, étudiant les psychoses puerpérales (état délirant apparu après l'accouchement), le psychiatre Français Paul-Claude Racamier élabore une interprétation psychanalytique : durant la grossesse, l'économie psychique de la mère s'oriente peu à peu vers un régime narcissique et fusionnel avec l'enfant. Or, lors de la naissance, cette économie est ébranlée : la séparation corporelle avec l'enfant est vécue comme un traumatisme par la jeune accouchée. Celle-ci s'identifie alors à son nourrisson qu'elle éprouve comme une partie d'elle-même. Racamier nomme trois raisons : « C'est à cette condition, on le sait, que la mère peut réellement être pour l'enfant le 'moi' qu'il n'a pas encore, mais qu'il va se construire justement sur les bases de cette relation. C'est aussi à cette condition que la femme est capable de pressentir les besoins et les états de son enfant, de savoir ce qu'il veut quand il crie, c'est enfin à cette condition, et grâce à cette communication infra-verbale et fusionnelle, que la mère, en aimant et nourrissant son enfant, ne laisse pas du même coup de s'aimer elle-même, arrivant à prodiguer les considérables dons du maternage. Il s'agit chez la femme d'un processus normal de régression féconde. »

Dès les premières semaines de grossesse, la transparence psychique du sujet se repère facilement car l'équilibre habituel de la femme est ébranlé. Un état relationnel particulier se manifeste, celui d'un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi-permanent. Ces femmes établissent une corrélation évidente entre la situation de gestation actuelle et les remémorations de leur passé.

b. Le stress de la naissance

On peut parler d'une anxiété normale caractérisée par des inquiétudes légères qui apparaissent durant la grossesse ou après l'accouchement et qui ne perturbent pas la vie quotidienne des futurs parents.

Pour les mères, lors d'une grossesse normale, l'anxiété est plus élevée autour du troisième mois et elle tend à s'atténuer pour connaître un rebond avant l'accouchement. Environ 5% des femmes expriment une crainte sévère face à la perspective du travail et de la délivrance, surtout si les femmes ont des antécédents obstétricaux ou un passé de violences intrafamiliales (Poggi et al., 2016).

Une autre dimension de l'anxiété est liée au maternage et à la parentalité : la mère et le père se posent des questions sur leurs capacités parentales. La parentalité est vécue de manière différente d'une personne à l'autre, en fonction notamment de la personnalité et des antécédents personnels. Cette période singulière est parfois source de manifestations de type d'anxiété, de dépression, de dissociation psychique, d'état de stress aigu ou encore de décompensation d'une pathologie psychiatrique ancienne ou sous-jacente. Il est confirmé que la période périnatale est propice à l'apparition ou à l'aggravation des nombreuses pathologies dépressives et anxieuses. Celle-ci sont susceptibles de retentir sur le déroulement de la grossesse, voire le développement de l'enfant (Ayers & Pickering, 2001).

c. Le concept de coping

La période de transition vers le rôle de parents peut être une période difficile. Les événements liés à la naissance peuvent être à l'origine d'un stress important, pouvant entraîner des troubles. Les changements induits par la naissance d'un premier enfant nécessitent des réajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs. Lazarus & Folkman (1984b, p. 19) définissent le stress comme « une transaction particulière entre l'individu et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et menaçant son bien-être. » Selon eux, le stress n'est ni un stimulus, ni une réponse, mais un processus dynamique, singulier, élaboré activement par un individu confronté à une situation aversive. Ce modèle

implique d'autres processus transactionnels, comme le soutien social perçu et les stratégies de coping (d'ajustement).

Le soutien social joue un rôle protecteur et a des effets généralement favorables sur le bien-être physique et psychique. Il semble en effet moduler l'impact du stress sur la santé, ce que montrent de très nombreuses études menées sur des populations soumises à des stressors variés (Bruchon-Schwitzer, 2001).

La plupart des revues de la littérature montrent qu'un stress important pendant la période périnatale augmente certains risques pour les parents, dont le risque de développement d'une dépression postnatale. L'étude de Terry et al. (2006), consacrée au stress des parents à partir de la naissance d'un enfant, a montré que le stress peut avoir plusieurs sources : événements de la grossesse, événements de l'accouchement, tempérament de l'enfant, soutien social reçu et perçu, et la survenue concomitante d'autres événements stressants. Les problèmes ressentis comme les plus stressants sont : la fatigue, la manque de temps, et l'alimentation du bébé.

L'étude de Glazier et al. (2004), menée sur 2052 mères canadiennes, a montré l'effet médiateur du soutien social (partenaire, famille, amis) qui atténue significativement l'effet du stress sur la détresse et les symptômes anxio-dépressifs des mères. Le soutien émotionnel dispensé par les proches diminuerait le risque des troubles psychiques des parents en post-partum, en accroissant la fierté et le sentiment de compétence de parents. D'après la méta-analyse de O'Hara et al. (2009), un soutien social perçu comme positif, surtout celui du partenaire, diminue le risque de dépression postnatale et sa sévérité.

Un autre point important est celui de l'éducation des parents et de familles. Simpson & Creechan (2008) ont suggéré qu'il serait pertinent d'inciter les familles à participer aux actions d'éducation postnatale, à la fois pour que les familles mettent à jour leur connaissances et qu'elles servent de relais au soutien apporté par les professionnels de santé. Le but d'éducation dans la période anténatale selon Gagnon (2007), est bien d'aider les parents à se préparer à la naissance et à la parentalité.

2. Le vécu de l'accouchement classique

Si on cherche à définir l'accouchement, on peut dire que « l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquences la sortie du fœtus et ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique du 9 mois » (Merger et al., 1995). Cette définition assez rigide et physique de ce phénomène met en évidence, à mon avis, le caractère potentiel traumatique de cet événement.

L'accouchement normal est un événement chargé d'émotions et de sentiments parfois contradictoires qui sont différemment perçus par les nouveaux parents. Dans la plupart de cas, il s'agit d'un événement qui a un impact très positif dans la vie d'un couple et notamment pour la femme, cependant un nombre important de femmes et de leurs partenaires considèrent l'accouchement comme un événement traumatique et non sans risques. Un de ses risques est de développer après l'accouchement un état de stress qui peut s'aggraver et devenir un trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'accouchement peut en effet être à l'origine d'un sentiment de menace vitale pour la mère ou son enfant, et véhiculer des émotions comme une peur intense ou un sentiment d'absence de contrôle ou d'impuissance. Les premières descriptions d'un vécu traumatique de l'accouchement avec des conséquences psychopathologiques pour les femmes sont issues d'études de cas (Ballard et al., 1995 ; Bydlowski & Raoul-Duval, 1978) qui rapportent des symptômes d'intrusion, d'évitement et une hyperactivité neurovégétative. Elles rapportent des cas cliniques suite à des complications médicales.

Quelques années plus tard, des recherches empiriques ont confirmé un risque plus élevé de développer un TSPT donnant suite à des complications périnatales, comme la prématurité, la fausse couche, ou la mort néonatale (Engelhard et al., 2006 ; Sejourne et al., 2008).

Cependant, même sans complications, l'accouchement en lui-même peut être source d'un vécu traumatique (Vythilingum, 2010). Ariamendi & Affonso (1987) ainsi que Moleman et al. (1992) ont été les premiers auteurs à décrire des symptômes d'un TSPT consécutif à un accouchement sans complications ou sans intervention obstétricale.

Beck (2004) a souligné l'importance de la perception subjective de menace, dans le contexte de l'accouchement. Un accouchement anodin pour les soignants peut être vécu de manière traumatique par la femme. La littérature des vingt dernières années montre qu'un accouchement eutocique peut être vécu de manière traumatique et risque de conduire la femme à développer un TSPT en période postnatale. Beaucoup plus récemment, on a commencé à se questionner sur le vécu de l'accouchement par le partenaire, qui lui aussi peut vivre cet événement comme traumatique dans certaines situations.

De nombreuses études ont montré que la dissociation péritraumatique était un facteur prédictif important de TSPT. La dissociation péritraumatique est une réaction à un stress extrême, impliquant des perceptions de dépersonnalisation, de déréalisation, de changement corporel ou d'altération de la notion de temps. Selon Birmes et al. (2003), elle serait l'un de prédicteurs les plus fiables de TSPT. Une revue systématique de la littérature et une méta-analyse sur le TSPT en péri-partum ont trouvé une prévalence de 3,3% durant la grossesse et de 4% dans le post-partum. La prévalence est plus importante et peut monter jusqu'à 18% (Yildiz et al., 2017) chez les femmes qui ont eu des complications durant la grossesse ou l'accouchement.

En ce qui concerne le TPST du post-partum du partenaire, il y a très peu de données. Bradley et al. (2008) ne retrouvent pas des symptômes significatifs dans les dimensions du TPST (éviter, hypervigilance et intrusion), cependant, Ayers et al. (2017) décrivent des symptômes sévères de TPST (deux dimensions) chez 5% des hommes. C'est important de pouvoir attirer l'attention sur le vécu de la mère et de son partenaire, car le trauma émotionnel ressenti par certains après l'accouchement peut affecter leur habilité de connexion avec leur enfant et leur capacité à le soigner. En général, le partenaire présente moins de peur devant l'accouchement et considère cet événement moins souvent traumatique, c'est aussi le cas dans une étude réalisée par Ryding et al. (2018) en Angleterre.

Le TSPT du post-partum est différent du point de vue qualitatif des autres formes de TSPT parce qu'il peut être prévisible et que le traumatisme peut être volontaire et positif culturellement. Il peut succéder un trauma objectif comme une hémorragie ou subjectif comme un sentiment

d'abandon. Toutefois le TSPT est peu diagnostiqué malgré des conséquences fonctionnelles majeurs, notamment une comorbidité dépressive fréquente dans le post-partum. De plus, le TSPT est associé à un évitement des relations sexuelles par peur d'un nouvel accouchement, des avortements répétés et des demandes de césarienne pour motifs personnels. Il perturbe les interactions parents-enfants, les relations de couple parental et la présence du bébé peut constituer un stimulus de rappel traumatique (Denis & Callahan, 2009).

3. Situations particulières : l'accouchement compliqué

a. *Peur de l'accouchement, expérience de la naissance et douleur*

La peur de la douleur est la crainte la plus évoquée face à l'accouchement. Elle semble être associée à une hausse de césariennes électives, bien que la plupart des observations reposent sur un nombre limité de patients. Hildingsson et al. (2018) ont rapporté que 8,2% des nullipares enceintes auraient préféré une césarienne élective, si elles avaient eu le choix. Les femmes ayant eu besoin de consulter pour leur peur ont aussi affiché un nombre plus élevé de césariennes électives. Aucune différence n'a été notée quant à la fréquence des césariennes d'urgence. D'autres études appuient cependant le lien entre la peur anténatale, le recours à la césarienne d'urgence, à la ventouse et aux analgésiques.

Elvander et al. (2019) observent que les femmes enceintes rapportant une peur élevée d'accoucher semblent affectées plus négativement par une césarienne non planifiée ou l'utilisation d'instruments pour accouchement vaginal que des mères rapportant un faible niveau de peur. Leur évaluation de l'expérience de l'accouchement était toutefois restreinte à des indicateurs émotionnels généraux (par exemple, désappointement, frustration, fierté) et dont un seul item évaluait chaque élément. Ceci est néanmoins compatible avec l'hypothèse que la peur d'accoucher combinée à l'expérience de la naissance (choix ou complications), expliquerait certaines conséquences postnatales.

Sluijs et al. (2012) ont trouvé que la peur d'accoucher était plus élevée chez les nullipares que des primipares, ce qui apparaît similaire aux résultats d'autres études. Ils n'ont toutefois pas observé de lien entre la peur d'accoucher, la présence de complications lors de l'accouchement, la durée du travail, le score Apgar de l'enfant ou le mode d'accouchement (taille limitée de leur échantillon). Quelques travaux suggèrent un lien entre la peur de l'accouchement et la douleur lors du travail. Wuitchik et al. (1990) ont observé chez les femmes nullipares à faible risque obstétrique une corrélation significative, mais faible, entre la douleur et le sentiment d'impuissance durant la grossesse et la douleur subjective rapportée verbalement dans les phases de latence et de transition du travail. Cette étude n'a toutefois pas contrôlé l'effet de variables sociodémographiques s'avérant liées à la douleur dans leur étude (par exemple, éducation, appartenance religieuse). Les femmes ayant peur d'accoucher ont rapporté une plus faible tolérance à la douleur par rapport au groupe témoin.

D'autres études suggèrent un lien entre la peur de l'accouchement, les symptômes de dépression post-partum et du TPST (Soderquist & Wijma, 2004). Cela affecte la dynamique relationnelle avec le nourrisson et le reste de la famille et prédit la dépression du nourrisson, la dépression du père et même l'infanticide. La présence de réactions de stress traumatique durant la grossesse serait hautement corrélée à la peur de l'accouchement. Hofberg & Brockington (2003) observent aussi plus de symptômes dépressifs durant la grossesse et dans le post-partum chez les mères ayant peur d'accoucher.

Boudou et al. (2007) ont observé un lien entre la douleur subjective ressentie lors de l'accouchement et l'intensité des émotions dysphoriques. Ils postulent que le fait de présenter des réactions émotionnelles intenses à la douleur augmenterait le risque de symptômes de TSPT du post-partum, bien que la douleur n'ait pas permis de prédire directement les symptômes de TSPT. La césarienne d'urgence et un accouchement vaginal instrumental semblent aussi liés à davantage de symptômes de TSPT du post-partum. Enfin, la douleur subjective prédirait les symptômes du baby-blues après trois jours post-accouchement bien qu'elle n'ait pas permis de prédire les symptômes de dépression post-partum dans une étude récente (Boudou, Teissedre et al., 2007).

Quelques études ont essayé d'explorer le rôle de l'intensité de la douleur sur le développement des symptômes de TSPT, mais les différences méthodologiques rendent difficile l'interprétation des résultats. Seule, l'étude de Soet et al. (2003) a mis en évidence une association entre la sévérité de la douleur et les symptômes de TSPT, évalués 2 à 31 semaines après l'accouchement. Czarnoka & Slade (2000) ont montré que, si l'intensité de la douleur n'était pas différente chez les femmes présentant des symptômes et celles ne présentant pas de symptômes de TPST, le niveau de détresse émotionnelle engendrée par la douleur était plus élevé chez les femmes présentant des symptômes de TPST. Olde et al. (2006) ont montré que la douleur n'avait pas d'effet direct sur le TPST mais qu'en revanche, elle avait un effet significatif sur la dissociation péritraumatique, elle-même associée au TSPT. Ces résultats mettent en avant le rôle de l'intensité de la douleur, de la détresse émotionnelle et des réactions dissociatives dans le développement du TSPT.

b. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ?

Malgré les progrès obstétricaux et pédiatriques de ces dernières années, la naissance prématurée reste un évènement soudain, souvent imprévisible, menaçant la survie du nouveau-né et son pronostic développemental à long terme. La mortalité a certes considérablement diminué dans les pays développés, mais la morbidité consécutive à ce type de naissance reste encore importante. La gravité de la prématurité entraîne un prolongement de la durée d'hospitalisation du bébé et complexifie la rencontre des parents avec leur bébé. De nombreux travaux ont exploré le vécu et la détresse psychologique des parents qui se manifestent sous forme de symptômes anxieux ou dépressifs, ou de somatisations. Plusieurs auteurs ont dernièrement mis l'accent sur la présence de symptômes de TSPT chez les parents dans les semaines ou les mois suivant une naissance prématurée (Goutaudier et al., 2014).

Les facteurs de risque pouvant conduire au développement d'une symptomatologie de TSPT post-accouchement sont les mêmes que ceux rapportés dans la littérature générale du trauma. En effet, nous retrouvons les caractéristiques de l'évènement, les traits de personnalité telle la personnalité anxieuse, la douleur, un évènement traumatique antérieur ou la dissociation

péritraumatique (Ford, Ayers et al., 2010). D'autres facteurs spécifiques à l'accouchement ont également été mis en évidence : la perception d'attitudes négatives de la part du personnel hospitalier, un sentiment de perte de contrôle durant l'accouchement, des interventions obstétricales, la présence des symptômes dépressifs ou dépression post-partum, la primiparité, le type d'accouchement ou encore l'insatisfaction de l'accouchement (Van Son et al., 2005).

L'accouchement prématuré, survenant avant 37 semaines d'aménorrhée, est une naissance particulièrement éprouvante et il est aujourd'hui établi que, comparativement aux mères d'enfants nés à terme, les mères d'enfants prématurés ont une probabilité plus forte de développer un TSPT. Ainsi, la prévalence d'un TSPT en lien avec l'accouchement avant-terme varie de 26 à 66% selon les études (Goutaudier et al., 2014).

La naissance d'un enfant prématuré, ou encore avec un poids faible à la naissance, est un évènement associé à la peur de décès de l'enfant et parfois de la mère. Souvent, les parents ne sont pas préparés à une naissance prématurée et ils sont démunis devant cet évènement. Ainsi, l'accouchement d'un enfant prématuré ou né avec un faible poids peut être vécu comme un évènement traumatique. Conformément au DSM-5, pour le diagnostic de TSPT les individus doivent présenter des symptômes appartenant aux quatre groupes de symptômes : les symptômes d'intrusion, l'évitement, les altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et les altérations dans la réactivité. Ces symptômes sont présents pendant au moins un mois, responsables d'une détresse importante, non expliqués par une autre maladie ou l'usage des médicaments ou autres substances. Une méta-analyse récente reporte une prévalence de TSPT en post-partum de 3,1%-4% chez les femmes en général et une prévalence de 15,7%-18,5% chez les femmes à risque (Grekin & O'Hara, 2014 ; Yildiz et al., 2017).

En ce qui concerne les hommes, Ayers et al. (2007) ont décrit la présence des symptômes sévères de TSPT chez 5% des pères. Comparés aux parents avec des enfants nés à terme, les parents des enfants prématurés ou nés avec un petit poids ont plus des symptômes de TSPT, 15% de mères et 8% de pères des enfants dans une Unité des Soins Intensif de néonatalogie (Lefkowitz

et al., 2010) et 12% des parents des enfants avec un poids faible à la naissance (Elklit et al., 2007) remplissaient les critères pour un TPST.

Le peu d'études qui existent dans la littérature sur le TPST en post-partum chez les deux parents des enfants prématurés ont rapporté une prévalence plus importante des symptômes de TPST chez la mère par rapport aux pères. Le vécu parental est reconnu comme essentiel dans l'instauration de la relation précoce parents-bébé, relation cruciale pour le devenir de l'enfant. La qualité de la relation parent-bébé dépend aussi des compétences du bébé à répondre aux stimulations des parents dans une certaine circularité des échanges, comme dans toute instauration de la relation parent-bébé. Or, le prématuré, immature sur le plan neurologique, fragile, vite fatigable, interagit faiblement avec son entourage, ce qui accentue le stress des parents. Bien entendu, si son état de santé s'aggrave, ses compétences sont encore diminuées et la bonne qualité des interactions, rassurante et gratifiante sur le plan narcissique pour les parents est menacée.

Les pères sont reconnus pour avoir d'autres stratégies d'adaptation que les mères face aux difficultés rencontrées par l'enfant. Ils jouent un rôle complémentaire à celui des mères, indispensable dans le développement et dans la construction de l'identité du bébé. Mais leur aptitude à participer à la construction d'un lien mère-bébé harmonieux dépend aussi de leur disponibilité psychique. Peu d'études décrivent de manière différentielle les réactions des mères et des pères. Le vécu de détresse psychique est bien-sûr avant tout subjectif, il dépend de l'histoire de chacun. Mais l'analyse des différences entre pères et mères pourrait permettre de mieux comprendre la dynamique du couple dans la situation de crise psychique que représente une naissance prématurée. Pour s'identifier aux besoins du bébé et lui apporter un soutien bénéfique, les parents doivent puiser aussi bien dans leurs ressources individuelles que dans celles du couple.

Pour les pères uniquement, l'intensité des symptômes de stress est significativement plus élevée si le prématuré est à haut risque et cela pour n'importe quel niveau socio-économique des parents. Une étude menée par Gamba Szijarto et al. (2009) au CHUV Lausanne, apporte des conclusions intéressantes en ce qui concerne les relations entre les parents de nouveau-nés prématurés. Si l'on compare la mère et le père d'un même bébé, les mères présentent une intensité

de symptômes de stress plus élevé que les pères, et cela dans toutes les situations, à risque ou pas. L'intensité des symptômes de stress de pères de prématurés à faible risque est significativement plus basse que celle des pères de prématurés à haut risque. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les mères et les pères de prématurés à haut risque.

Durant les six premiers mois après la naissance, des symptômes d'intrusion et d'évitement sont décrits par les mères de prématurés, sans différence significative entre ceux à haut risque et à bas risque mais des symptômes plus importants que chez les mères de nouveaux nés à terme. Les pères des prématurés décrivent également des symptômes d'intrusion et d'évitement, surtout les pères des prématurés à haut risque par rapport à ceux qui sont à faible risque. En revanche, tous les pères de prématurés ont des symptômes d'intrusion et d'évitement par rapport aux pères des enfants nés à terme.

Les mères comparées aux pères des nouveau-nés à terme ont eu plus de symptômes d'intrusion. Les mères de prématurés à faible risque ont plus de symptômes d'intrusion et plus de symptômes d'évitement que les pères. Les mères et les pères de prématurés à haut risque ne se différencient pas, hormis une tendance à avoir plus de symptômes d'évitement pour les mères. Les symptômes de stress, à 18 mois en post-partum, diminuent significativement tant pour les mères que pour les pères. Les parents des bébés prématurés présentent des symptômes de TSPT plus fréquemment que les parents des nouveau-nés à terme. La gravité de la prématurité du bébé joue un rôle dans l'apparition de ces symptômes comme cela apparaît dans la littérature. On note une différence entre les mères et les pères. Les mères rapportent des symptômes de TSPT qui semblent en lien avec le fait même d'avoir un bébé prématuré, qu'il soit gravement malade ou pas, alors que les pères réagissent particulièrement à la gravité du risque périnatal de leur enfant.

Un risque périnatal élevé, reflet de la gravité de la prématurité, nécessite un parcours de soins intensifs lourds. La durée d'hospitalisation, et par conséquent la séparation avec le nouveau-né, se prolonge, les angoisses de mort et d'abandon peuvent envahir les parents. L'intimité relationnelle indispensable à la construction des liens est compromise. Durant cette période éprouvante pour les parents et pour le bébé, les représentations parentales peuvent être compliquées de sentiments très

ambivalents, le désir de se rapprocher de l'enfant alterne avec des impulsions à s'éloigner pour se protéger de ces angoisses intolérables. Dans ce contexte, des images traumatiques envahissantes peuvent faire écho aux manques de représentations de l'enfant encore inconnu, et augmenter leur désarroi.

La genèse de symptômes de TSPT est certainement complexe et les différences observées entre les mères et les pères nous rappellent qu'il s'agit d'un vécu où la dimension subjective joue un rôle important. Lorsqu'un événement traumatique fait effraction dans la vie d'un individu, les symptômes d'intrusion semblent difficiles à éviter. Dans les situations de prématurité, les symptômes d'intrusion sont d'ailleurs retrouvés aussi bien chez les mères que chez les pères. Les symptômes d'évitement en revanche sont plus fréquemment évoqués par les mères en comparaison des pères qui ne les évoquent que si leur enfant prématuré est gravement malade. Ces résultats pourraient éclairer de manière intéressante, un des fonctionnements possibles de la complémentarité du rôle des pères et des mères, nécessaire à l'établissement des liens parents-enfants dans le cas particulier d'une naissance prématurée. Puisque les pères semblent être moins vulnérables psychologiquement à l'événement prématuré que les mères, en particulier si l'enfant n'est pas gravement malade, ils pourraient alors être susceptibles de faciliter la rencontre de la mère avec son bébé, au moment de la naissance et dans la période périnatale.

Suivant la particularité de chaque couple, cette position plus active peut soulager la mère de ses inquiétudes. Cependant, cela peut être aussi vécue par les mères dans une dimension de rivalité où elles ont l'impression que le père cherche à prendre la première place auprès de l'enfant. De plus, cette différence de sensibilité peut mener les mères à se sentir isolées dans un vécu difficile qu'elles ont de la peine à partager avec leur conjoint. Le bébé, en général, joue un rôle central dans la circularité des échanges nécessaires à la construction de la parentalité. La pauvreté relative des interactions avec un bébé prématuré, plus importante si le bébé est plus immature ou plus gravement malade, déstabilise les parents dans leur parentalité en construction. Dans certains cas, cela peut aller jusqu'au sentiment de persécution face à un enfant qui ne peut pas répondre à leurs tentatives d'entrer en relation. C'est dans ces cas-là qu'une intervention de type « guidance » peut aider les mères à comprendre les limitations des capacités de l'enfant à répondre à leurs

sollicitations. En effet, la capacité du bébé à réagir à la présence, à la voix, aux odeurs, aux caresses de ses parents, ses compétences à manifester ses besoins en pleurant, à stimuler les échanges par l'intermédiaire du regard, modulent la qualité des premières interactions. Pour que ces échanges s'instaurent harmonieusement et que les liens se tissent, il faut une bonne disponibilité psychique des parents.

Les conditions d'un accouchement prématuré relèguent souvent les mères à une position passive, elles sont séparées du bébé transitoirement et par la suite, elles ne peuvent pas vivre pleinement leur parentalité qu'elles doivent partager pour un temps avec l'équipe soignante. Les parents souffrent particulièrement du manque d'intimité avec l'enfant, du contact peau à peau, ce qui a été bien compris par les équipes qui facilitent ces moments privilégiés de rencontre avec le bébé. Les mères se sentent personnellement coupables de la naissance prématurée parce qu'elles ont porté le bébé et ont le sentiment qu'elles n'ont pas pu le protéger en menant à terme leur grossesse.

Cliniquement, les mères parlent bien de sentiments très ambivalents qu'elles vivent par rapport au bébé, avec des moments où elles ont le sentiment de devoir se protéger en s'éloignant de lui. Cela peut expliquer les mouvements d'évitement, plus importants chez les mères que chez les pères, qui sont souvent rassurés de voir leur enfant vivant, s'appuient sur des observations objectives du bébé et peuvent prendre une position plus active en s'identifiant à l'équipe médicale. Il est intéressant de remarquer cliniquement qu'un TSPT peut ne pas être seulement lié à la naissance prématurée, mais aussi à tous les « effets d'après-coup » qui réveillent les angoisses parentales, comme par exemple, les complications somatiques, les changements d'unité hospitalière ou encore le retour au domicile.

Le début d'une existence indépendante de l'enfant, qui s'inscrit dans une relation, rassure les parents et atténue certainement leur détresse. Ces symptômes, même s'ils ne sont présents que pendant la première année de vie peuvent provoquer une certaine distorsion de la relation et peuvent avoir des conséquences sur la qualité des interactions parents-enfant et sur le développement de l'enfant. Le rôle des soignants en néonatalogie devrait être celui de soutenir les

parents, au travers des soins donnés au bébé, en leur permettant de s'adapter à ses particularités et favoriser la relation parent-bébé. D'une façon plus large, il s'agit d'éviter que l'enfant ne soit représenté à long terme que par son statut d'« ancien prématuré », mais de s'assurer qu'il existe rapidement pour ses parents comme un enfant à part entière séparé des conditions de sa naissance. L'intervention d'un pédopsychiatre est indiquée si les parents présentent des symptômes de TSPT importants et persistants qui altèrent leur capacité à entrer en relation avec leur bébé.

c. Le cas particulier de l'hémorragie sévère en postpartum et le vécu du partenaire

Les partenaires des femmes sont de plus en plus présents lors de l'accouchement et le travail et sont plus exposés à l'expérience de la naissance qui peut aussi être vécue d'une manière plus ou moins traumatique. Il est connu que chez les femmes il y a une prévalence du TSPT d'environ 3,3% qui peut aller jusqu'à 4,9% , mais leurs partenaires peuvent être aussi à risque de développer des symptômes de TSPT dans ce cas. En effet, le TSPT est un trouble lié à une expérience traumatique vécue ou témoinnée.

La présence des troubles psychiques chez les parents a été liée à la perturbation du développement social, émotionnel, cognitif, du langage et le développement du cerveau des enfants ainsi qu'une perturbation du lien d'attachement. L'hémorragie du postpartum est une complication assez commune, mais l'hémorragie sévère (>2000 ml) est beaucoup moins commune (0,5-1,4%). Cette complication est souvent vécue comme traumatique par les femmes mais aussi par leur partenaire.

Dans une étude récente (Etheridge et al., 2019), les partenaires des femmes qui ont assisté à l'accouchement ont décrit cette expérience comme assez traumatique. Dans cette étude, les auteurs ont utilisé l'Impact of Event Scale (IES) pour évaluer l'expérience et pour évaluer la présence des symptômes de TSPT. Une étude réalisée dans les Pays-Bas par van Steijn et al. (2019) a évalué la prévalence de TSPT chez les partenaires des femmes victimes d'une hémorragie sévère dans le postpartum, dans le cadre d'une étude prospective de cohorte. Leurs résultats ont démontré que même si le groupe des partenaires des femmes qui ont présenté une hémorragie sévère en

postpartum avaient des scores plus élevés aux échelles PCL-5 et CAPS-5 (Gold standard pour le TSPT), les deux groupes ont rapportés très peu de symptômes de TSPT et il n'y avait pas une différence significative entre le premier groupe et le groupe de contrôle. Les partenaires ont rapporté plutôt un sentiment d'exclusion, d'inquiétude par rapport à la perte de contrôle devant la situation et une anxiété devant cette expérience considérée comme traumatique.

Il y aussi de partenaires qui ne sont pas en mesure d'exprimer leur détresse et leurs émotions comme ce n'est pas eux qui ont vécu l'expérience en soi, ainsi que d'autres qui ont l'impression de devoir cacher leurs émotions pour pouvoir être capables de prendre soin de leur famille. Ce qui est connu dans la littérature est le fait qu'un manque d'information donné aux parents durant l'accouchement peut avoir un impact négatif sur l'expérience de la naissance de leur enfant. Ensuite, si le partenaire est en détresse psychologique ou émotionnelle, son état peut avoir aussi une conséquence négative sur la mère, et donc les cliniciens doivent être plus vigilants devant cet aspect.

Même si, cette étude n'a pas trouvé des corrélations significatives entre le TPST des partenaires et l'hémorragie du postpartum, il faut rester vigilant et comprendre que les partenaires peuvent aussi considérer cet événement comme traumatique. Pour avoir une meilleure compréhension du sujet il faut réaliser plusieurs études avec des cohortes plus larges car le bien-être des femmes et de leur partenaire joue un rôle clé dans le développement ultérieur de l'enfant.

d. L'accouchement prématuré suite à une pré-éclampsie et une rupture prématurée des membranes.

Dans le cas particulier de l'accouchement compliqué avec pré-éclampsie (PE) et rupture prématurée des membranes (RPM), une étude réalisée par Stramrood et al. (2013) dans le Département d'Obstétrique et Gynécologie à Groningen, Pays Bas, a étudié la présence des symptômes de dépression et de TSPT chez les partenaires des femmes, durant la grossesse et à 6 semaines du postpartum.

Les résultats ont montré une prévalence similaire des symptômes de dépression et de TSPT chez les partenaires des femmes qui ont eu des complications de PE et RPM par rapport aux partenaires des femmes sans complications. La présence des symptômes de TSPT et dépression durant la grossesse est un facteur prédictif du développement d'un TSPT ou une dépression dans le postpartum. L'âge parental avancé a été associé à une prévalence plus importante des symptômes de TSPT et dépression. A six semaines du postpartum, les auteurs ont trouvé une forte association des symptômes de TSPT et de dépression chez les hommes et leurs femmes.

4. La période du postpartum pour le partenaire

Être père a des effets positifs sur la santé psychique des hommes à long terme (Eggebeen et al., 2013) mais une partie significative des hommes va présenter des difficultés ou même des troubles psychiques dans la période du post-partum (Philpott et al., 2017).

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 sociales si ces troubles ne sont pas traités.

a. L'anxiété du père

Les recherches en santé mentale des hommes dans le post-partum ont été surtout centrés sur la dépression (Philpott et al., 2017) et beaucoup moins sur les troubles anxieux, malgré le fait que la prévalence de l'anxiété est plus importante que celle de la dépression dans la population générale mais aussi dans la période périnatale (14% vs. 6,9% ; Bandelow & Michaelis, 2015).

Dans la période périnatale, Wynter et al. (2013) ont décrit que l'anxiété était plus souvent rencontrée chez les pères que les symptômes de dépression, durant les premiers 6 mois post-accouchement, avec une prévalence de l'anxiété de 17,4% et une prévalence de dépression de 4.1%. L'anxiété du père a été associé à de faibles capacités de coping, de difficultés à apporter les soins au bébé, de difficultés à apporter un support à sa femme, une baisse d'humeur et des troubles du sommeil.

Les pères avec des traits de personnalité anxieuse vont expérimenter plus d'anxiété dans des situations spécifiques par rapport à ceux qui ne présentent pas des traits de personnalité anxieuse. Par conséquent, à cause de l'anxiété associée aux soins de l'enfant et l'augmentation du stress dans le post-partum, les pères avec des traits importants de personnalité anxieuse sont à risque de vivre plus négativement cette période de leur vie.

En général, la majorité des pères vont expérimenter des niveaux sous-cliniques d'anxiété, qui ne font pas l'objet des troubles anxieux. Leurs réponses sont transitoires et adaptatives dans le temps. Pour éviter les effets potentiellement négatifs de l'anxiété paternelle dans le post-partum, il est important de déterminer la prévalence et les niveaux d'anxiété, identifier les facteurs de risque et l'impact dans le quotidien et assurer une prise en charge individualisée pour réduire les niveaux d'anxiété.

b. Les troubles psychiques du post-partum

La dépression du post-partum (DPP), l'état de stress aigu et le TSPT du post-partum sont des troubles assez connus qui peuvent marquer la période postnatale de la mère, mais ces troubles sont sous-estimés pour le père ou le partenaire en général.

La plupart des études concernent les troubles psychiques de la mère dans le postpartum, surtout la dépression du post-partum, mais la dépression du père durant la grossesse et dans la période du post-partum a été « négligé », même si récemment il y a un changement des rôles des parents. Les pères sont souvent impliqués dans les soins des enfants et leur développement.

Comparé à la dépression maternelle, la dépression du père dure plus longtemps et la rémission des symptômes ainsi que la guérison ont un délai plus important (Escribe-Aguir et al., 2008 ; van den Berg et al., 2009). La dépression du père dans le postpartum peut être responsable de la souffrance de la famille, peut perturber la qualité de vie de la famille (Field, 2018), peut majorer le risque de troubles émotionnelles ou de comportement chez l'enfant (Weitzman et al., 2011) et peut aussi majorer la morbidité psychiatrique de l'enfant à l'âge adulte (Gutierrez-Galve et al., 2019). Des études ont montré également un impact négatif sur le développement de l'enfant et la relation de couple, avec plus de conflits. (Ramchandani et al., 2011).

Dans les dernières décennies, quelques études ont examiné l'épidémiologie de la dépression pré- et post-partum du père, mais les résultats sont très hétérogènes; la prévalence sera comprise entre 3% et 36% durant la grossesse et varie de 1% à 42% dans le post-partum (Abbasi et al., 2014, Wynter et al., 2013). Une méta-analyse réalisée en 2010 a trouvé une prévalence de 10,4% de la dépression anténatale ou durant la grossesse, et une prévalence de la dépression à 3 et 6 mois après l'accouchement de 25,6% (Paulson & Bazemore, 2010). Une autre méta-analyse des études chinoises a trouvé une prévalence de la dépression en post-partum du père à 13,6% (Wang et al., 2016). La variabilité des résultats peut être expliquée par le manque d'outils spécialement développés à évaluer la dépression du père et en général le bien être du père durant et post-accouchement.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a été largement utilisée dans la recherche pour l'évaluation des symptômes de dépression chez le père en période prénatale et dans le post-partum également. Une méta-analyse sortie en octobre 2019, réalisée par une équipe chinoise en collaboration avec une équipe australienne, a cherché aussi à étudier la prévalence de la dépression en post-partum chez les pères. Ils ont trouvé une prévalence de la dépression anténatale de 9,76% et une prévalence de la dépression en post-partum de 8,75%.

La dépression du père dans le post-partum peut être liée à plusieurs facteurs. En particulier, les pères qui ont un premier enfant vont devoir faire face à des situations nouvelles, des nuits difficiles, parfois sans sommeil, des soins à donner au nouveau-né, l'alimentation et autres demandes qui se rajoutent. Une autre difficulté est le fait qu'il y a aussi une partie de femmes qui ont des troubles d'humeur qui peuvent secondairement toucher la santé psychique du partenaire (Goodman, 2004 ; Paulson & Bazemore, 2010). Troisièmement, des difficultés financières et autres problèmes sociaux sont associé dans le post-partum à une majoration des troubles d'humeur et de l'anxiété (Doran & Kinchin, 2017). La prévalence la plus élevée de la dépression en post-partum du père a été retrouvée dans l'Ouest du Pacifique (10,06%), suivie par les Amériques (9,43%) et l'Europe (5,52%). Dans la première année qui suit l'accouchement, 13 à 23,8% des mères souffrent de dépression dans le post-partum, et 10,4% des pères. Ces chiffres peuvent aller

jusqu'à 50% des pères qui ont une partenaire déprimée. On peut donc, déduire que le principal facteur de risque pour le père de développer une dépression en post-partum est la présence de symptômes dépressifs chez la mère (Gurber et al., 2017).

Ayers a reporté que jusqu'à 30% des femmes perçoivent l'expérience de l'accouchement comme traumatique. De plus, 10% des femmes présenteront un stress aigu, et 2-4% des femmes vont remplir les critères DSM pour un TSPT. Chez les pères les études ont montré des niveaux plus élevés de stress traumatique au moment de l'accouchement par rapport à la population générale, indicateur de l'existence d'une relation accouchement-stress paternel. L'expérience de l'accouchement et l'influence sur la transition émotionnelle du prénatal au post-partum doivent être examinées chez les deux nouveaux parents, vu l'importance de l'unité familiale dans l'ajustement, après la naissance de l'enfant. La corrélation entre les symptômes de dépression et celles de TSPT de la mère et du père peut être expliquée par l'effet quotidien qu'ont les membres de la famille l'un sur l'autre surtout quand ils partagent un événement commun, comme l'accouchement.

DPP du père

Facteurs de risque

Il y a des nombreux facteurs de risque possibles dans le développement de la dépression en post-partum des hommes : les antécédents de dépression, des difficultés dans la relation de couple, la dépression de la mère, la précarité sociale et la grossesse inattendue. La privation du sommeil et la disruption du rythme circadien sont aussi des facteurs associés au risque de dépression post-natale.

Les modifications hormonales chez la femme sont bien connues et liés aussi à des troubles d'humeur, mais plus récemment, il y a des nouveaux articles qui parlent des perturbations hormonales chez les pères également. Par exemple, Kim Swan (2007) et Zarrouf (2009) évoquent les modifications hormonales chez le père durant la grossesse et pendant quelques mois après l'accouchement, modifications qui seraient bénéfiques pour une bonne relation père-enfant. Ils

décrivent notamment une baisse de testostérone associée à une baisse d'agressivité et une meilleure réponse affective aux pleurs du bébé, ainsi qu'une élévation d'œstrogènes chez les pères qui sont plus engagés dans des comportements parentaux. De plus, il y a une majoration d'autres hormones comme le cortisol, la vasopressine et la prolactine, qui ont été associés à un attachement parent-enfant plus sûr.

Tous ces changements au niveau hormonal, peuvent aussi créer une prédisposition pour le père de développer des symptômes dépressifs. Par exemple, des faibles niveaux de testostérone ont été directement liés aux symptômes de dépression chez les hommes. En revanche, des niveaux faibles d'estrogène, de prolactine, de vasopressine et de cortisol chez les nouveaux pères peuvent être responsables des difficultés dans la relation du père avec son enfant, ce qui peut contribuer à une humeur dépressive chez le père.

Comorbidités

L'anxiété dans le postpartum peut être une comorbidité de la dépression du post-partum chez les hommes mais il n'y a pas d'étude en ce moment qui montre une incidence ou prévalence de cette comorbidité.

Dans une revue de littérature (43 études), jusqu'à 18% des hommes ont rapporté une anxiété importante dans le post-partum, anxiété qui ne remplissait pas des critères d'un trouble anxieux caractérisé. L'incidence d'un trouble anxieux généralisé (TAG) varie de 3,4 à 4,3% et celle d'un TSPT peut aller jusqu'à 5 % dans ces études. Les hommes peuvent avoir des symptômes d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC), comme une peur excessive pour la santé du bébé, des rituels autour du bébé ou des pensées intrusives de faire du mal au bébé. En général, les études ont montré que l'anxiété diminue à partir du troisième trimestre et rejoint la prévalence normale des troubles anxieux.

Conséquences de la DPP du père

Les enfants des pères qui ont présenté une dépression en post-partum ont eux-mêmes présenté plus des troubles psychiques dues à une diminution de la sensibilité des pères et une majoration de leur hostilité. Les enfants qui vivent avec un père déprimé ou qui présente une autre trouble psychique, ont un risque de 33% à 70% de développer des troubles émotionnels ou du comportement et sont plus agressifs.

Traitements

Comme la dépression postnatale du père est un sujet très peu étudié et sous-estimé, par conséquence il n'existe pas des études randomisées qui évaluent le traitement. Cependant, comme les symptômes font partie d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) et que les hommes présentent des similarités avec les femmes, les recommandations sont les mêmes pour les deux sexes. Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) comme la sertraline, représentent la première recommandation médicamenteuse. La psychothérapie, les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), et d'autres thérapies personnalisées se sont montrées efficaces dans le traitement de la dépression, et sont les thérapies préférées des mères qui allaitaient. Des programmes éducationnels qui impliquent les deux parents, présentant ou pas des symptômes de dépression sont très bénéfiques. Un soutien des employeurs, par exemple un congé de paternité, peut aussi aider les pères à s'adapter au changement et au stress dans la période du post-partum. Les cliniciens sont encouragés à dépister les symptômes de dépression et à prévenir les troubles psychiques du post-partum, particulièrement dans la première année après l'accouchement, surtout s'il y a des facteurs de risque.

Le rôle du père dans post-partum

Dans les premières années de vie d'un enfant, le père occupe une position unique qui est importante pour le bien-être de la mère et aussi pour le développement physique, cognitif, social et émotionnel de l'enfant. La contribution du père est vue comme la « ressource » clé qui peut

changer l'impact des vulnérabilités, comme celle de la dépression maternelle ou la pauvreté (Child Welfare Information Gateway, 2006 ; Jeong et al., 2016).

La recherche en ce qui concerne le rôle des pères dans le développement précoce de l'enfant a ses bases sur les études initiales de l'attachement (Bowlby, 1969), initialement concernée par l'attachement de la mère versus l'attachement du père. Ultérieurement, les études ont parlé d'un attachement de l'enfant de la mère ou du père complémentaire et non compétitive, qui offre à l'enfant des différentes ressources de sécurité. Les théories récentes reflètent différentes versions de la théorie du Lamb & Pleck, où le rôle du père est important dans plusieurs dimensions : l'engagement positif dans des activités, l'affection et la réactivité, le contrôle, les soins et la responsabilité (Pleck, 2010). Dans cet approche, l'engagement positif dans les activités est représenté par des jeux partagés avec l'enfant, ainsi que du support instrumental, comme pour le bain ; l'affection et la réactivité incluent les expressions d'affection et le rapprochement, le contrôle se réfère à la discipline, les soins impliquent également la contribution financière et le processus de la responsabilité inclut le soutien général offert à la famille et particulièrement à la mère. Une approche légèrement différente est celle de Gettler (2016) qui parle du rôle du père en décrivant d'autres dimensions comme : dévouement, attitude, durée et saillance.

Il y a des preuves que l'implication du père, et même la simple perception de la mère que son partenaire est impliqué dans le développement de l'enfant, est associé à un plus faible niveau de détresse maternelle dans le post-partum. Le support « instrumental » du père (aide active pour les soins du bébé) à un mois du postpartum est associé avec 4 fois moins de risque de dépression postnatale à 6 mois après l'accouchement chez les mères qui étaient en congé maternel.

Toutefois, même si cela paraît évident, le rôle bénéfique du père pour la santé mentale de la mère et le développement de l'enfant, dans des pays moins développés ou dans des familles avec plusieurs membres impliqués, ce rôle semble être moins important. Dans une étude réalisée dans 38 pays, le niveau d'éducation du père et aussi le fait de vivre dans des villes développées sont des facteurs associés à une implication plus importante du père (Jeong et al., 2016).

DEUXIEMME PARTIE : Le bien-être du partenaire en post-partum

1. INTRODUCTION

Le bien-être des parents dans la période de post-partum est un élément très important pour le développement ultérieur de l'enfant et sa santé mentale à l'âge adulte. Bien qu'on ait mis en place récemment des mesures de prévention et d'intervention pour dépister précocement les troubles psychiques de la mère avant, durant la grossesse et dans la période du post-partum, ces mesures restent assez limitées et souvent ne concernent pas le partenaire de la femme. Il y a donc, besoin de s'interroger sur les émotions, les sentiments et les inquiétudes des deux parents devant cette période de grand changement.

Des études récentes ont montré une prévalence de la dépression paternelle périnatale de 8-10%, ainsi qu'un risque de développer des symptômes d'état de TSPT ou d'autres troubles anxieux dans le post-partum. Il est important de pouvoir prendre en compte les troubles des pères car il y a de différences d'expression de ces troubles entre les hommes et les femmes.

2. MATERIEL ET METHODES

La méthodologie présentée dans ce chapitre a été choisie pour faciliter l'accès à l'étude aux femmes et leurs partenaires, favoriser la participation d'un nombre plus important de participants et limiter également les erreurs.

a. Objectif

Ce travail a comme objectif principal d'étudier le bien-être du partenaire dans la période du post-partum, déterminer la présence des symptômes dépressifs du post-partum et de TSPT-PP (Trouble de stress posttraumatique du post-partum). Il faut noter que ce travail fait partie d'une étude avec un autre objectif plus large, celui de validation de l'échelle « City Birth Trauma » (CBTS), mais dans ce papier on va se limiter à exposer les résultats sur le vécu de l'accouchement et de la période du post-partum par le partenaire.

b. Critères d'évaluation

Les paramètres seront évalués à partir d'une évaluation biographique et à l'aide d'échelles psychométriques reconnues et ayant fait l'objet de validations antérieures. Ces auto-questionnaires seront remplis par les parturientes et les conjoints eux-mêmes en ligne via le logiciel Sphinx.

Une évaluation biographique comporte (voir Annexe 1) :

- a. Un recueil de données sociodémographiques ;
- b. Un questionnaire non standardisé sur les antécédents médicaux, psychologiques, gynécologiques et obstétricaux ;
- c. Une liste d'événements de vie potentiellement traumatiques ;
- d. Le PCL-5 (Post-Traumatic Stress Disorder checklist scale-version DSM-5) est un questionnaire créé en 1993 par Weathers et al. (1993), selon les critères diagnostiques du DSM-5. Cet auto-questionnaire traduit et validé en français, a été validé en 2016 pour le dépistage et le suivi des TSPT par Ashbaugh et al. (2016). L'échelle est composée de 20 items évaluant l'intensité des 20 symptômes du TSPT selon le DSM-5 (Voir Annexe 2) ;
- e. L'EPDS (Edinburgh Post-natal Depression Scale) est une échelle mise au point par Cox (1987) et validée en langue française par Guedeney (1994). Cette échelle est composée de 10 items, elle permet d'évaluer les symptômes dépressifs dans le pré et le post-partum (voir Annexe 3) ;
- f. Le MOS est une échelle créée par Sherbourne & Stewart (1991). Elle permet d'évaluer le soutien social d'un individu à travers les interactions sociales, comportant 20 items (voir Annexe 4) ;
- g. Le MIBS est une échelle mise au point par Taylor et al. (2005). Ce questionnaire évalue les difficultés du lien mère-enfant au cours des premières semaines de vie du nouveau-né. Cet auto-questionnaire a été traduit et validé en français par Bienfait et al. (2017) (voir Annexe 5) ;
- h. La « City Birth Trauma Scale » (CBTS), la traduction française de la version pour les femmes et pour les hommes. Ayers et al. (2018) ont mis au point l'échelle « The City Birth Trauma Scale » (CBTS). L'échelle a été développée pour répondre au besoin d'un instrument qui évalue le TSPT-PP. Le CBTS est un questionnaire d'auto-évaluation, qui

couvre tous les critères du DSM-5, y compris l'intrusion, l'évitement et l'hyperactivation neurovégétative. Cette échelle comprend 31 items, dont 29 correspondent aux critères de diagnostic du DSM-5, ainsi que des questions supplémentaires permettant d'évaluer le critère A2 du DSM-IV et les symptômes d'instabilité émotionnelle. Elle permet d'identifier les femmes et les conjoints présentant un TSPT-PP. Les propriétés psychométriques ont été confirmées (Handelzalt et al. 2018).

c. Méthodologie de la recherche

Ce projet de recherche est une étude observationnelle non interventionnelle. Les paramètres cliniques seront évalués à l'aide d'échelles psychométriques reconnues et ayant fait l'objet de validations antérieures.

Ces échelles sont remplies par les parturientes et leurs conjoints eux-mêmes via la plateforme en ligne « Sphinx », les données de l'étude hébergée sur le serveur sécurisé de l'Université de Tours. La durée prévue de remplissage des questionnaires par le sujet est de l'ordre de 30-45 minutes.

d. Qualification de la Recherche

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments et de l'article L1121-1 du code de la santé publique, le Promoteur qualifie cette recherche en première intention de non interventionnelle. En effet, tous les actes y sont pratiqués de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance.

Ce protocole a obtenu un avis favorable du Comité d'Éthique pour les Recherches impliquant la personne humaine des universités de Tours et Poitiers (FR FED 4226 ; n° 2019-09-01).

e. Échantillon

Pour cette étude, la réalisation d'un calcul du nombre de sujets nécessaire se heurte à la difficulté de formuler une hypothèse quantitative, qui tient à la nature exploratoire et pilote de cette étude. Nous avons alors envisagé de recruter 500 sujets, hommes et femmes.

f. Durée de la recherche

La période d'inclusion prédéfinie était de 4 mois, du 1^{er} septembre à 31 décembre 2019.

g. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernant les sujets :

- Femmes ayant accouché il y a plus de 1 mois jusqu'à 1 an du post-partum.
- Conjoints dont la compagne a accouché il y a plus de 1 mois jusqu'à 1 an du post-partum.
- Indépendamment du déroulement de l'accouchement (voie, complications, etc.)
- Consentement informé et libre.

h. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion concernant les sujets sont les suivants :

- Femmes ayant accouché il y a moins de 1 mois ou plus de 1 an.
- Conjoints dont la compagne a accouché il y a moins de 1 mois ou plus 1 an.
- Individus avec incapacité légale (sous tutelle ou curatelle) et/ou circonstances rendant la personne incapable de comprendre la nature, les objectifs ou les conséquences de l'étude.
- Personnes s'étant opposées au traitement de leurs données.

i. Procédure d'inclusion

La procédure d'inclusion se réalise via internet (promotion sur les réseaux sociaux, radio, télévision), par la diffusion d'un lien d'accès, suite à la mise en route du logiciel Sphinx qui nous permet de mettre en ligne les questionnaires nécessaires pour l'évaluation des symptômes du TSPT, évaluer la qualité du sommeil et le recueil des données administratives. La procédure a été envisagée pour faciliter l'accès à l'étude à un nombre plus important des femmes et aussi pour permettre la participation plus aisée en fonction de la disponibilité des sujets.

j. Arrêt de participation

L'arrêt de participation survient lorsqu'un patient arrive à la fin du questionnaire en ligne de l'étude. En accord avec l'article L1122-1-1 du code de la santé publique, les données obtenues

jusqu'à ce qu'un sujet manifeste son opposition seront exploitées au moment des analyses sauf opposition exprimée vis-à-vis des données recueillies antérieurement.

k. Évaluation de la sécurité

Pour les recherches non interventionnelles, les dispositions de l'article L.1123-10 ne s'appliquent qu'en l'absence de dispositions relatives aux vigilances applicables à chaque produit ou pratique faisant l'objet de la recherche.

l. Analyses statistiques

Pour l'analyse statistique des données, on a utilisé le logiciel Sphinx et le programme Microsoft Excel.

3. RESULTATS

a. Description de l'échantillon

Le nombre total de participants femmes et hommes à l'enquête est de 513. Nous avons exclu 24 réponses pour non-respect de la condition de la période de réponse entre un mois et 12 mois de l'accouchement.

L'échantillon final de 489 participants comportait 445 femmes et 44 hommes. Nous allons nous concentrer ici à l'étude des données des 44 hommes.

Pour la majorité des répondants, il s'agissait d'une primo-naissance (n=27, 61,4%). Le Tableau 1 résume la composition des familles selon le nombre d'enfants dans le couple.

Tableau 1. Nombre d'enfants dans le couple.

Nombre d'enfants	n	%
0	27	61,4%
1	10	22,7%
2	5	11,4%
3 et plus	2	4,5%
Total	44	100%

Pour 17,6% des couples, cette grossesse était la première, tout évènement inclus (par exemple, fausse couche, IVG ou enfant mort-né). Dans l'échantillon, 58,8% des couples ont déjà vécu au moins un évènement de type IVG, fausse couche ou l'accouchement d'enfant mort-né, Trois couples ont été confrontés à au moins 4 événements de ce type, et un couple à plus de 5 évènements de type IVG, fausse couche ou enfant mort-né.

Tableau 2. Nombre d'événements de type IVG, fausse couche ou enfant mort-né avant cette grossesse.

Nombre d'événements obstétricaux	n	%
0	3	17,6%
1 à 2	10	58,8%
3 à 4	3	17,6%
5 et plus	1	5,9%
Total	17	100%

Dans l'échantillon total, 30% (n=154) des femmes ont déjà perdu un enfant par fausse couche, enfant mort-né ou décès néonatal avant cette grossesse, chiffres similaires en proportion à ceux de l'échantillon de partenaires (29,5%, n=13). La dernière grossesse est une grossesse unique dans 94,1% des cas, gémellaire dans 5,9% des cas. Aucun répondeur à l'enquête n'a rapporté de triplés.

Tableau 3. Le type de grossesse.

Dernière grossesse en date	n	%
Unique	16	94,1%
Gémellaire	1	5,9%
Triplés	0	0%
Total	17	100%

Dans l'échantillon total, les femmes et les hommes ont rapporté 433 (97,3%) grossesses uniques, 9 grossesses gémellaires (2%), 1 cas de triplés (0,2%) et 2 autres situations particulières (0,4%). Dans le groupe de partenaires, il y a 11 filles (25%), 32 garçons (72,7%) et un cas de jumeaux (2,3%).

Tableau 4. Le sexe du bébé.

Sexe du bébé	n	%
Une fille	11	25%
Un garçon	32	72,7%
Grossesse gémellaire	1	2,3%
Total	44	100%

En ce qui concerne le mode d'accouchement, les partenaires ont rapporté 28 cas d'accouchements par voie basse spontanée, 7 cas de voie basse avec ventouse, 1 cas d'accouchement par voie basse avec forceps, pas de césarienne programmée et 8 cas de césarienne en urgence.

Tableau 5. Mode d'accouchement.

Mode d'accouchement	n	%
Voie Basse spontanée	28	63,6%
Voie Basse avec ventouse	7	15,9%
Voie Basse avec forceps (= instrument)	1	2,3%
Césarienne Programmée	0	0%
Césarienne en Urgence	8	18,2%
Total	44	100%

Dans l'échantillon étudié, il y a 7 (16%) cas d'accouchement prématuré et le reste de cas sont des accouchements à terme entre 37 et 41 semaines de grossesse.

b. Particularités de l'échantillon de partenaires

En ce qui concerne les difficultés émotionnelles ou psychologiques éprouvées par le passé, les partenaires ont rencontré des difficultés dans 29,5% de cas par rapport à 43,3% de cas de femmes qui ont répondu à l'enquête. Au moment de l'enquête, 22,7 % de partenaires étaient déjà en difficulté émotionnelle ou psychologique et 26,3% des femmes.

En ce qui concerne les expériences passées, 6,8% des partenaires ont déjà vécu un accouchement difficile pour eux, 18,2% ont déjà perdu un bébé et 29,5% ont vécu un événement décrit comme traumatisant.

Tableau 6. Évènements difficiles du passé.

	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Accouchement particulièrement difficile	3	6,8%	41	93,2%	44	100%
Perte d'un bébé	8	18,2%	36	81,8%	44	100%
Un événement traumatisant	13	29,5%	31	70,5%	44	100%

a. *Soutien social*

Par rapport au soutien et l'accompagnement de l'entourage des partenaires, les résultats sont plutôt positifs car 27,3% des partenaires ont rapporté un soutien important de plus de 9 personnes dans leur entourage et seulement 4,5% ont rapporté aucune personne proche disponible dans leur entourage.

Également, les réponses au questionnaire de MOS qui évalue le soutien social de la personne, les partenaires ont rapporté un soutien très important dans la plupart de cas et même tout le temps pour 39,4% d'entre eux, et seulement 4,7 % de cas n'ont jamais eu du soutien social.

Tableau 7. Répartition du soutien des proches.

Soutien des proches	n	%
Aucune personne	2	4,5%
1	4	9,1%
2	3	6,8%
3	5	11,4%
4	7	15,9%
5	7	15,9%
6	4	9,1%
+ 9	12	27,3%
Total	44	100%

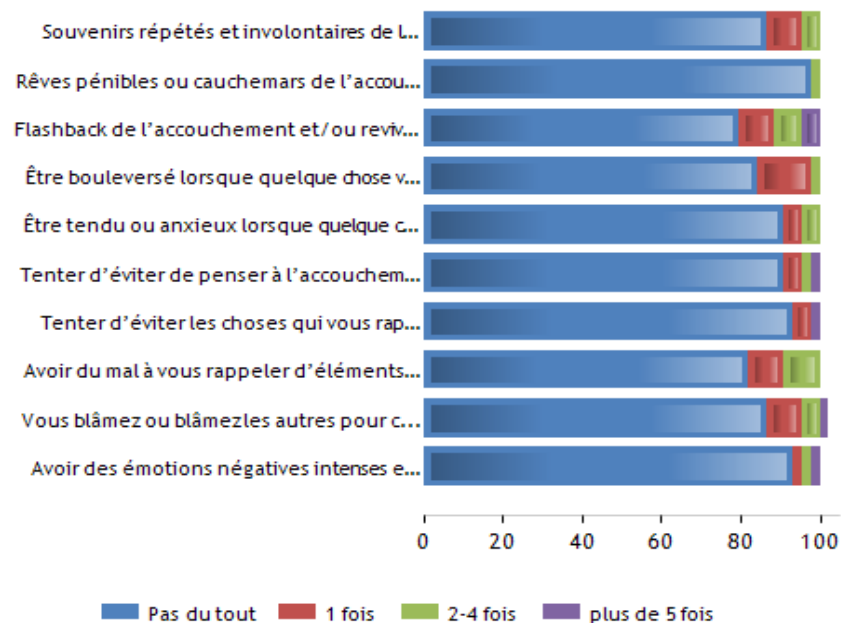
b. Vécu de l'accouchement évalué aux questionnaires

1. Symptômes de TSPT

En lien avec le vécu de l'accouchement par les partenaires évalué par la version française de l'échelle City Birth Trauma pour les partenaires, dans 27,3% de cas les partenaires ont exprimé la peur des blessures graves du bébé ou de leur femme durant le travail et l'accouchement ou juste après, et 22,7% ont même eu des pensées de mort et la peur du décès de leur bébé ou de leur femme.

En ce qui concerne les symptômes d'un TSPT, la majorité des partenaires n'ont pas présenté des symptômes conduisant à un TSPT en post-partum, 88,4% des partenaires n'ont pas eu de symptômes, et entre 1,4% et 3,9% ont présenté des symptômes importants de TSPT-PP quasiment tous les jours, avec des symptômes d'irritabilité, anxiété, troubles du sommeil avec cauchemars et flash-backs qui prédominent.

Image 3. Répartition des symptômes de TSPT post-partum



Les symptômes qui ont été ressentis plus après l'accouchement et qui pour une partie de 4,7% de partenaires se sont même aggravés sont l'anxiété, l'irritabilité, l'hypervigilance et l'émoussement affectif.

Pour le début et la durée de la symptomatologie, les partenaires ont ressenti les premiers symptômes peu avant l'accouchement dans 6,8% de cas, une grande majorité dans les premiers 6 mois après l'accouchement 43,2%, seulement 2,3 % de cas pour plus de 6 mois après l'accouchement et 47,7% des cas n'ont pas eu des symptômes de TPST.

Tableau 8. Début de symptômes.

Début de symptômes	n	%
Avant l'accouchement	3	6,8%
Dans les premiers 6 mois après l'accouchement	19	43,2%
Plus de 6 mois après l'accouchement	1	2,3%
Je n'ai pas ces symptômes	21	47,7%
Total	44	100%

Les partenaires qui ont éprouvé des symptômes de TPST-PP ont eu des difficultés au quotidien, parfois ont été même empêchés de réaliser leurs activités normalement (3,8%) mais en général pour la majorité (87,9%) les symptômes n'ont pas eu d'impact dans la vie quotidienne.

2. Évaluation des symptômes de DPP

Par rapport aux sentiments que les partenaires ont ressenti pour leur enfant dans le post-partum (évalués par le MIBS), la majorité des pères ont décrit des sentiments d'affection très forte (79,5%), beaucoup d'affection (15,9%) et 4,5 % ont décrit un peu d'affection ou de la neutralité. Dans les sentiments les plus rencontrés se trouvent la joie, l'amour et le sentiment de protection.

Tableau 9. Sentiments éprouvés en post-partum (MIBS)

	Vraiment beaucoup		Beaucoup		Un petit peu		Pas du tout	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aimant(e), affection pour mon bébé	35	79,5%	7	15,9%	2	4,5%	0	0%
Rancunier, sentiment d'en vouloir	0	0%	2	4,5%	6	13,6%	36	81,8%
Neutre ou aucun ressenti	0	0%	2	4,5%	10	22,7%	32	72,7%
Joyeux(se)	23	52,3%	16	36,4%	4	9,1%	1	2,3%
Sentiment de ne pas être attiré	0	0%	1	2,3%	9	20,5%	34	77,3%
Protecteur	28	63,6%	15	34,1%	1	2,3%	0	0%
Déçu(e)	1	2,3%	1	2,3%	4	9,1%	38	86,4%
Agressif(ve)	0	0%	4	9,1%	8	18,2%	32	72,7%

Dans la première semaine du post-partum, les partenaires ont décrit un plutôt bon moral, avec des sentiments de joie et confiance en soi même (56,3%), des inquiétudes dans la plupart de temps ont été retrouvés chez 15,9% , reproches sans raison (11,4%), alors que 9,1% se sont sentis malheureux ou tristes.

Tableau 10. Évaluation des symptômes avec l'EPDS.

	Plupart du temps		Parfois		Pas très souvent		Jamais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. J'ai pu rire et prendre des choses du bon côté	23	52,3%	16	36,4%	3	6,8%	3	6,8%
2. Je me suis sentie confiant et joyeux	25	56,8%	10	22,7%	7	15,9%	2	4,5%
3. Je me suis reproché, sans raisons	5	11,4%	17	38,6%	7	15,9%	16	36,4%
4. Je me suis sentie inquiète ou soucie	7	15,9%	14	31,8%	12	27,3%	11	25%
5. Je me suis effrayée ou paniquée sans raison	3	6,8%	13	29,5%	11	25%	17	38,6%
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassé	5	11,4%	17	38,6%	12	27,3%	10	22,7%
7. Je me suis senti si malheureux que j'ai eu des troubles du sommeil	2	4,5%	3	6,8%	8	18,2%	31	70,5%
8. Je me suis senti triste ou peu heureux	4	9,1%	5	11,4%	8	18,2%	27	61,4%
9. Je me suis senti si malheureux que j'ai pleuré	2	4,5%	3	6,8%	4	9,1%	35	79,5%
10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal	0	0%	1	2,3%	1	2,3%	42	95,5%

Symptômes de TPST évalués par la PCL-5

Dans le dernier mois, les partenaires ont rapporté des symptômes d'intrusion comme des souvenirs répétés et involontaires, des rêves ou cauchemars ou des sentiments de reviviscence que dans 2,8% de cas.

Dans la même proportion, les partenaires ont éprouvé aussi des sentiments de distorsion cognitive, des cognitions négatives, un sentiment d'irritabilité, une humeur triste, une hypervigilance et un évitement qui ont causé des difficultés au quotidien. La majorité n'a pas du tout (68,9%) exprimé des symptômes de TSPT ou très peu (15,8%).

Tableau 11. Expérience de l'accouchement PCL-5.

	Pas du tout		Un peu		Moyennement		Souvent		Extrêmement	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Des souvenirs répétés, involontaires	36	81,8%	5	11,4%	2	4,5%	1	2,3%	1	2,3%
Des rêves répétés de l'expérience vécue	40	90,9%	3	6,8%	1	2,3%	0	0%	0	0%
Reviviscences	40	90,9%	1	2,3%	1	2,3%	1	2,3%	1	2,3%
Être bouleversé	35	79,5%	4	9,1%	2	4,5%	2	4,5%	1	2,3%
Réagir physiquement	40	90,9%	3	6,8%	0	0%	2	4,5%	0	0%
Éviter souvenirs, pensées ou sentiments	37	84,1%	4	9,1%	1	2,3%	1	2,3%	1	2,3%
Éviter les personnes et les choses qui font rappel	38	86,4%	3	6,8%	1	2,3%	1	2,3%	1	2,3%
Avoir du mal à vous rappeler d'éléments	32	72,7%	11	25%	0	0%	1	2,3%	0	0%
Avoir des croyances négatives sur vous	27	61,4%	5	11,4%	8	18,2%	4	9,1%	0	0%
Vous blâmer ou blâmer les autres	34	77,3%	5	11,4%	1	2,3%	4	9,1%	1	2,3%
Avoir des sentiments négatifs intenses	27	61,4%	9	20,5%	3	6,8%	3	6,8%	2	4,5%
Perdre de l'intérêt pour des activités	26	59,1%	9	20,5%	3	6,8%	3	6,8%	3	6,8%
Vous sentir distant ou coupé des autres?	18	40,9%	9	20,5%	12	27,3%	3	6,8%	3	6,8%
Avoir du mal à éprouver des sentiments ...	29	65,9%	9	20,5%	3	6,8%	3	6,8%	0	0%
Être irritable, avoir des bouffées	21	47,7%	12	27,3%	3	6,8%	4	9,1%	4	9,1%
Prendre des risques inconsidérés	40	90,9%	2	4,5%	2	4,5%	0	0%	0	0%
Être 'super-alerte', vigilant	20	45,5%	14	31,8%	4	9,1%	5	11,4%	1	2,3%
Sursauter facilement?	28	63,6%	9	20,5%	4	9,1%	1	2,3%	2	4,5%
Avoir du mal à vous concentrer?	18	40,9%	14	31,8%	3	6,8%	7	15,9%	2	4,5%
Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil	20	45,5%	8	18,2%	8	18,2%	6	13,6%	2	4,5%

Les partenaires questionnés dans cette enquête ont soulevé une problématique importante, celle du manque de la prévention des troubles en post-partum chez les partenaires des femmes qui ont accouché dernièrement, car 79,5% (35) ont répondu que la question du bien-être en post-partum n'a pas été abordée à aucun moment.

Pour les 9 partenaires qui ont été abordés pour savoir comment ils ont vécu l'accouchement et la période du post-partum, la question du bien-être a été abordé par la sage-femme et une personne a été vu par un psychologue.

Tableau 12. Les professionnels et la question du bien-être du partenaire dans le post-partum.

	Effectifs	% Obs.
Obstétricienne	0	0%
Psychiatre	0	0%
Psychologue	1	11,1%
Sage-Femme	7	77,8%
Autres	1	11,1%
Total	9	100%

Même si la majorité des partenaires (73,3%) auraient aimé qu'un professionnel leur demande comment ils ont vécu l'accouchement et la période de post-partum, il y a aussi un nombre de 26,7% des partenaires qui n'ont pas souhaité qu'un professionnel leur demande des informations sur leur santé mentale durant cette période.

c. Comparaisons

Au cours de cette étude, on n'a pas trouvé de comparaison significative entre les pères de filles et ceux de garçons par rapport à la relation avec leur bébé évalué avec l'échelle MIBS, les pères étaient en général affectueux et protecteurs, indépendamment du sexe du bébé ($p=0,44$).

C'est aussi le cas des pères des enfants nés prématurés et ceux nés à terme, car il n'y a pas des différences significatives en ce qui concerne la relation avec leur bébé dans la première semaine après l'accouchement ($p=0,23$).

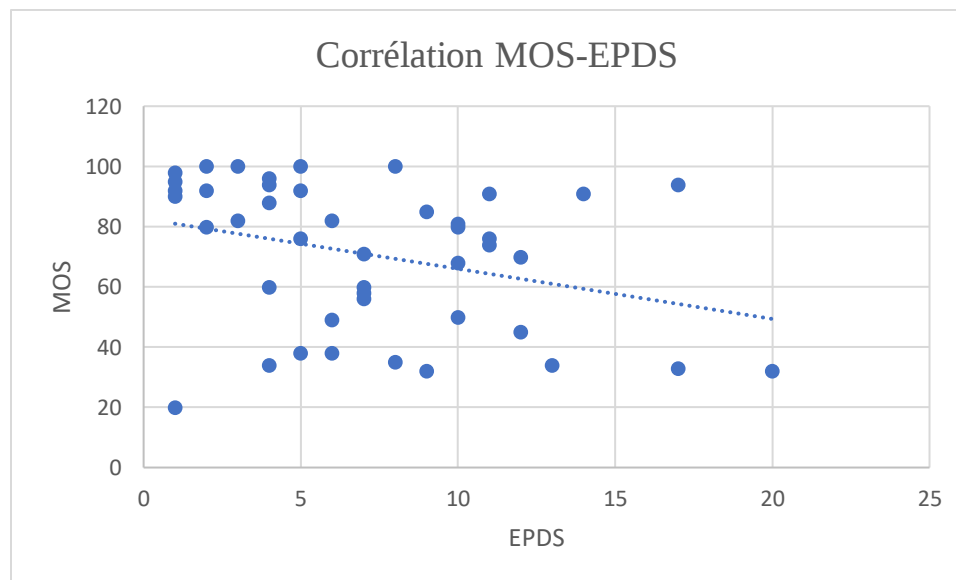
Dans l'étude des symptômes de TPST (PCL-5) chez les pères des prématurés vs. les pères des enfants nés à terme, on n'a pas constaté de différence significative ($p=0,16$). Les scores le plus élevés au questionnaire PCL-5 ont été retrouvés chez les pères des enfants nés après terme, plus de 40 semaines d'aménorrhée.

Dans l'étude des symptômes de dépression évalués par l'échelle EPDS, le groupe des pères des enfants prématurés ne présente pas plus des symptômes de dépression que les pères des enfants nés à terme ($p=0,42$).

d. Corrélations

Dans notre groupe, la corrélation entre le support social et les symptômes de dépression est une corrélation négative significative ($p=-0.32$), ce qui signifie que les partenaires qui avaient plus de soutien social étaient moins déprimés par rapport aux autres.

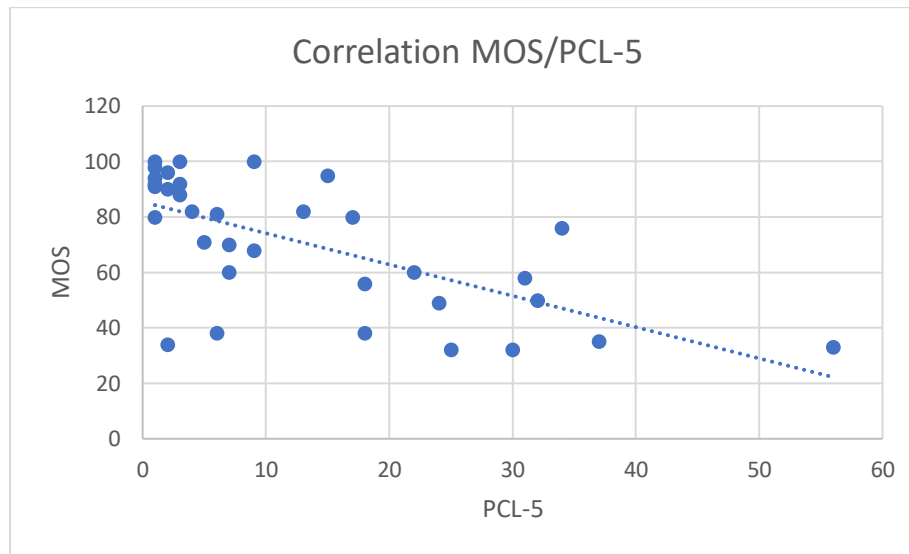
Image 4. Corrélation entre les scores de soutien social (MOS) et de dépression (EPDS).



En ce qui concerne la relation parent-enfant dans la première semaine du post-partum, dans notre étude, on n'a pas trouvé de corrélation entre la relation avec leur bébé et la manque de support social dans le groupe de partenaires (corrélation MIBS/MOS non significative $p=0,07$).

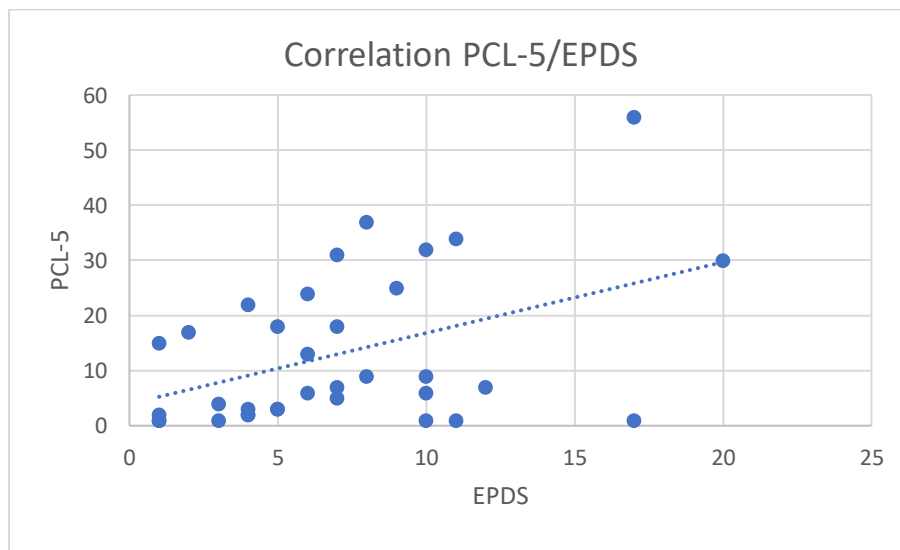
La corrélation entre les symptômes de TSPT évalués par l'échelle PCL-5 et le support social évalué par le score MOS est une corrélation significative négative, ce qui se traduit par la présence des symptômes de TSPT en post-partum plus importants chez les partenaires qui n'avaient pas beaucoup de support social dans leur entourage ($p=-0,6$).

Image 5. Corrélation entre les scores de soutien social (MOS) et de TSPT (PCL-5).



Dans la littérature générale il y a une comorbidité importante entre la dépression et le TSPT. Dans le cadre de notre groupe, nous avons trouvé également une corrélation significative positive entre les symptômes de dépression évalués par la EPDS et les symptômes de TSPT évalués par la PCL-5 ($r=0,44$).

Image 6. Corrélation entre les scores de TSPT (PCL-5) et de dépression (EPDS).



4. DISCUSSION

a. Biais de sélection

Notre recrutement a été réalisé via les médias et les réseaux sociaux à travers un lien à accéder en ligne et créé à l'aide du logiciel Sphinx, ce qui a facilité la participation des sujets mais qui a pu mettre aussi en difficulté les participants malgré une simplification et une adaptation des questionnaires utilisés, car il n'y avait pas un accompagnement par un professionnel qui pourrait les expliquer s'il y avait des incompréhensions. Le nombre élevé de réponses renforce ce choix de méthode.

Le point le plus faible de l'étude est le nombre limité de participants hommes par rapport aux femmes (44 partenaires sur 513 participants, 8,6%). Cet écart entre la participation plus active des jeunes mères par rapport à aux jeunes pères peut s'expliquer par plusieurs éléments. D'une part, en général il y a eu peu d'intérêt sur le vécu de l'accouchement et la période du post-partum en ce qui concerne les partenaires et donc il y a peu d'information et promotion dans la société de cet aspect. Un autre aspect est celui de la réticence de certains hommes à dévoiler leurs difficultés et leurs émotions car ils ressentent une pression de la part de leurs familles ou même de la société pour ne pas montrer leurs fragilités. Ils doivent soutenir leur femme et être capables de prendre soin d'elle et de leur enfant. Cette difficulté de recrutement a été rencontrée aussi dans la littérature générale présenté dans la première partie.

Notre étude a montré également que certains partenaires auraient aimé une attention supplémentaire sur leur ressenti durant cette période. Ce qu'ils n'ont pas rencontré en pratique. Un autre point faible est au niveau des données sociodémographiques car on n'a pas eu l'âge des participants et ça aurait pu être intéressant d'analyser les résultats en fonction de ce critère, car dans la littérature médicale il y a des études qui ont montré une prévalence plus importante des troubles psychiques et de l'anxiété dans la période du post-partum chez les pères qui avaient un premier enfant à un âge plus avancé.

b. Biais de catégorisation

Nous avons choisi ce mode de passation par auto-questionnaire car celui-ci a le mérite d'être indépendant d'un examinateur et d'être facilement reproductible. Le défaut d'un tel mode de passation est qu'il peut y avoir des erreurs par manque de compréhension des questions ou de remplissage.

c. Analyse de résultats

Le groupe cible représenté par les partenaires des femmes qui ont accouché entre un mois et un an au moment de la mise en ligne de l'enquête, durant la période de 1 septembre au 31 décembre 2019, comporte 44 partenaires hommes.

Antécédents. Dans ce groupe, 29,5% des hommes ont déclaré avoir eu un événement traumatisant dans leur passé, d'où 18,2% ont identifié la perte d'un bébé comme événement traumatisant et 6,8% un antécédent d'accouchement difficile. Au moment de l'étude, 22,6% des hommes ont déclaré avoir été déjà en détresse psychologique avant l'accouchement.

Soutien social. En ce qui concerne le soutien social, les hommes ont rapporté un soutien important de la part de plus de 3 personnes dans 79,6% des cas et seulement 4,5% ont été seuls avec aucun support social durant cette période difficile.

Symptômes de TSPT. Pour 27,3% des cas, les partenaires ont eu peur des blessures graves du bébé et de leur femme, durant l'accouchement et dans la période de post-partum et 22,7% ont eu peur du décès de leur enfant et de leur femme durant le travail et l'accouchement. La majorité de cas, 88,4% n'ont pas présenté de symptômes des TSPT, mais entre 1,4% et 3,9% ont rempli des critères pour un TSPT du post-partum à l'évaluation par la « *City Birth Trauma Scale* » (CBTS). Les symptômes qui ont prédominé sont : l'irritabilité, l'anxiété, les troubles du sommeil avec cauchemars et les flash-backs, ainsi que l'hypervigilance. La plupart des hommes ont eu une

amélioration, voire une disparition des symptômes à plus de 6 mois de l'accouchement, seulement 2,3% des cas ont présenté des symptômes caractérisant le TSPT-PP après cette période.

Les résultats obtenus à l'évaluation des symptômes de TSPT en post-partum des partenaires à l'aide de l'échelle *PCL-5*, ont été similaires à ceux décrits avec les études antérieures avec la CBTS. Seulement 2,8% des partenaires présentaient des symptômes qui remplissaient les critères d'un TSPT-PP au moment de l'interrogation. La majorité (68,9%) n'a pas eu de symptômes et 18,8% ont rapporté quelques symptômes légers. Ces résultats sont comparables à ceux des méta-analyses réalisées dans les dernières années qui ont trouvé une prévalence de 3,4 à 4,3% de TSPT-PP chez les partenaires. Cette prévalence peut monter jusqu'à 8% dans des situations particulièrement stressantes comme par exemple l'accouchement prématuré avec complication par hémorragie et rupture des membranes.

Symptômes de DPP. Dans l'échantillon étudié, 9,1% des partenaires avait des symptômes de DPP avec prédominance du malheur et de la tristesse d'humeur, évalués par la EPDS. Une partie (4,5%) des partenaires a exprimé un sentiment d'indifférence ou peu d'affection pour l'enfant. La majorité (56,3%) a exprimé des sentiments de joie, beaucoup d'affection pour l'enfant et plutôt un bon moral durant la période de post-partum.

Comparaisons dans le groupe de partenaires. Il n'y a pas eu des différences significatives en ce qui concerne le ressenti du père et le sexe de l'enfant. Les mêmes similarités ont été retrouvées aussi en ce qui concerne le ressenti des pères des enfants nés à terme et ceux prématurés, sans différence significative. Par rapport aux symptômes de TSPT, il n'y a pas de différence significative entre les pères des prématurés et les pères des enfants nés à terme. Dans la littérature médicale, les études ont trouvé une prédominance des symptômes de TPST chez les pères des grands prématurés et ceux avec complications à la naissance. Dans notre étude, les scores les plus élevés à l'échelle *PCL-5* ont été retrouvés chez les pères des enfants nés à plus de 40 semaines de vie. Ce résultat peut s'expliquer par l'anxiété généré par le retard de la naissance de leur enfant, car un accouchement prématuré est inattendu, mais un accouchement tardif est source d'attente et angoisse prolongée et anticipée.

En ce qui concerne les symptômes de DPP, il n'y a pas de différence significative entre les pères des enfants prématurés et ceux nés à terme ce qui se traduit par une prévalence similaire des symptômes de dépression dans les deux catégories. Donc, la naissance prématurée n'est pas un facteur de risque pour la DPP du père.

Corrélations dans le groupe des partenaires. Les conclusions des corrélations réalisées sont les mêmes des autres études qui existent au niveau mondial. Le soutien social et l'accompagnement des partenaires durant l'accouchement et dans la période du post-partum est très important pour la prévention de la DPP et du TSPT car ils ont un rôle protecteur. Les pères qui présentaient plus de support social ont présenté moins des symptômes d'anxiété, de dépression et de TSPT. Dans la littérature générale, il y a une comorbidité importante entre dépression et TSPT. Dans notre groupe, on a trouvé également une corrélation significative positive entre les symptômes de dépression évalués par la EPDS et les symptômes de TSPT évalués par la PCL-5, ce qui signifie que les pères qui ont présenté plus des symptômes de dépression dans le post-partum ont eu plus de risque de développer un TSPT également.

La prévention des troubles psychique des partenaires dans la période de post-partum. A travers cette étude, nous voulons soulever une problématique importante, celle du manque de la prévention des troubles en post-partum chez les partenaires des femmes qui ont accouchée dernièrement, car 79,5% (35) des partenaires ont répondu que la question du bien-être en post-partum n'a jamais été abordée à aucun moment. Pour les 9 partenaires qui ont été abordés pour savoir comment ils ont vécu l'accouchement et la période du post-partum, la question du bien-être a été abordée par la sage-femme et une seule personne a été vue par un psychologue. La majorité des participants (73,3%) aurait aimé qu'on s'intéresse plus à leur vécu et auront préféré avoir un accompagnement par un professionnel.

5. CONCLUSION

Dans la littérature générale sur le vécu du partenaire dans le post-partum, il y a très peu des données à ce jour, d'où l'intérêt de réaliser plus des études consacrées à ce sujet. En général, le partenaire présente moins de peur devant l'accouchement et considère cet événement moins souvent traumatique mais ça ne veut pas dire que lui présente aucun risque de développer une dépression en post-partum, des troubles anxieux ou un TSPT. Les chiffres montrent que la prévalence des troubles psychique du partenaire est comparable à celle des mères et c'est un constat important car le premier facteur de risque pour qu'un père développe une dépression en post-partum est la présence d'une dépression de la mère.

Le facteur de protection de plus important qui ressort dans l'étude est la présence du soutien social et accompagnement durant cette période de changement. Donc il me semble important de réévaluer la prise en charge de ces parents et créer des nouvelles cellules d'accompagnement pour les parents durant l'accouchement et le post-partum.

C'est important de pouvoir attirer l'attention sur le vécu de la mère et de son partenaire, car le trauma émotionnel et psychologique ressenti par certains après l'accouchement peut affecter leur habilité de connexion avec leur enfant et leur capacité à le soigner avec des conséquences négatives sur le développement normal de l'enfant.

La santé mentale des partenaires 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 sociales si ces troubles ne sont pas traités.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adewuya AO, Ologun YA. Posttraumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006;113(3):284-8.
2. Astrid C.U., ESPT suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR, *Thèse Doctorat de l'Université de Lorraine*, p 43-44, juillet 2013.
3. Auxemery Y., L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un événement traumatogène et un contexte social- *L'Encéphale*, volume 38, Issue 5, 2012 pages 373-380.
4. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K., Post-traumatic stress disorder following childbirth : current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2008;29(4):240-250.
5. Ayers S., Alan Pickering, Do Women get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A prospective Study of Incidence, 2001, *BIRTH* 28:2, June 2001.
6. Ayers S., Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. 2009, *Journal of Affective Disorders*, 119: 200-204.
7. Ayers S., Thoughts and emotions during a traumatic birth: a qualitative study, *Birth* 2007. 34:3.
8. Ayers S., Wright D.B. et al., Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale, 2018, *Frontiers in Psychiatry*, September 2018, volume 9, article 409.
9. Birmes P, Klein R. Facteurs prédictifs et évolution du trouble de stress post traumatique. *Psychotraumatologie. Paris : Dunod ; 2006*, p. 49-56.
10. Bon usage des médicaments dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte, *Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé*, octobre 2006.
11. Boudou M., Séjourné N., Chabrol H., Douleurs de l'accouchement, dissociation et détresse périnatale comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum, Elsevier Masson, Science Direct, *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 35 (2017) 1136-1142.

12. Bouet PE, Deneux-Tharaux C., Maillard F., Ruiz V., Combaud V, Courtay V., F. Biquard, S. Madzou, Etat de stress posttraumatique et hémorragie du post-partum, *La lettre du Gynecologue*, 378-379, 2013.
13. Bydlowski M., Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne, *Devenir* 2001, vol.13, pages 41-52.
14. Bydlowski S., Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2015) 44, 1152-1156.
15. C. Razurel, M. Benchouk, J. Bonnet, S. El Alama, G. Jarabo, B. Pierret, Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum : Une démarche qualitative, *La Revue Sage-Femme* (2010) 9, 240-249.
16. Chabrol H, Teissedre M, Saint-Jean N, Roge B, Mullet E. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 2002; 32:1039-47.
17. Cohen MM, Ansara D., Schei B., Stuckless N., Stewart DE, Post-traumatic stress disorder after pregnancy, labor and delivery. *J Women Health (Larchmt)* 2004; 13:315-24.
18. Cook N., Ayers S, Horsch A., Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review, *Journal of Affective Disorders* 225(2018) 18-31.
19. Dayan J., Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, volume36, Issue 6, Octobre 2006, pages 549-561.
20. Dayan J., Creveuil C, Dreyfus M., Herlicoviez M, Baleyte JM, O'Keane V., Developmental model of depression applied to prenatal depression : role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress, *PLoS One*, 2010. (PubMed)
21. Dayan J., Les Baby Blues, *puf*, 2016 pages 23-25.
22. Dayan J., Rhythms dysregulation: A new perspective for understanding PTSD?, Geraldine Rauchs, Berengere Guillery-Girard, *Journal of Physiology, Paris*, 2017.453-450.
23. Dayan Jacques, Parentalité : enjeux et pratique sociale page 157 *Fonctions maternelle et paternelle Georges Greiner*, Editions eres, 2012.

24. Degeilh F. Viard A., Dayan J, et al. Altérations mnésiques dans l'état de stress posttraumatique : résultats comportementaux et neuro-imagerie. *Rev Neuropsychol* 2013, vol.5 n.1-45-55.
25. Denis A, Parant O, Callahan S, Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *J Report Infant Psychol* 2011; 29:125-35.
26. Denis A. ,Callahan S., Etat de stress post-traumatique et accouchement classique ; revue de littérature, Elsevier Masson, 13 novembre 2009, *Journal de therapie comportementale et cognitive*, 19, 116-119.
27. Denis A., Callahan S. , Stress post-traumatique et accouchement : étude épidémiologique, 33es Journées Scientifiques de Thérapie Comportementale et Cognitive, *Science Direct*, 2009, vol 19, no 4,116-119.
28. Dikemen P., Yildiz, Ayers S., Philips L., The Prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after the birth: A systemic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders* 208 (2017) 634-645.
29. Dikmen-Yildiz P., Ayers S, Louise Phillips, Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors, *Journal of Affective Disorders* 229 (2018) 377-385.
30. E. van Steijn M., Scheepstra K.WF, Zaat TR et al., Posttraumatic stress disorder in partners following severe post-partum hemorrhage: A prospective cohort study, *Women and Birth*, 2019, Science Direct.
31. Einio E., Goisis A., Myrskylä M., Is the relationship between men's age at first birth and midlife health changing? Evidence from two British cohorts, Elsevier Masson, 2019, *SSM-Population Health* 8 (2019) 100458.
32. Elvander C., Ahlberg M. et al., Severe perineal trauma among women undergoing vaginal birth after cesarean delivery: A population-based cohort study. *Birth* 2019 Jun; 46(2): 379-386.
33. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. p.3 Art. No.: CD002869.
34. Geffroy GG, Etat de stress post-traumatique lie à l'accouchement et algies pelviennes chroniques, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Versailles, 2005.

35. Glazier RH., Elgar FJ et al., Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2004, sep-dec; 25(3-4): 247-55.
36. Gosselin P., Chabot K, Beland M., L. Goulet-Gervais, A.J. Morin, La peur de l'accouchement chez les nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum, Elsevier Masson, *L'Encéphale* 42(2016) 191-196.
37. Goutaudier N., Sejourne N., Bui E., N. Cazenave, L'accouchement prématuré : une naissance traumatique? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées, 2014, Elsevier Masson, *Gynécologie Obstétrique* 2014, 749-754.
38. Guelfi JD, Manuel de Psychiatrie, Frédéric Rouillon, Elsevier Masson, 2012 pages 236-243.
39. Gurber S., Baumeler L. et al., Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis, 2017, Elsevier Masson, *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology* 215(2017) 68-74.
40. Helle N, Barkmann C, Ehrhardt S, Bindt C., Postpartum Posttraumatic and acute stress in mothers and fathers of infants with very low birth weight: Cross-sectional results from a controlled multicenter cohort study, *Journal of Affective Disorders* 235(2018) 467-473
41. Hildingsson I., Rubertsson C., et al., Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Health*, 2018 jun; 16:50-55.
42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517191/>
43. J. L. Paulson, L. Miller-Graff, Prenatal sleep quality and mental health symptoms across the perinatal period: A longitudinal study of high-risk women, *Journal of Psychosomatic Research* 116 (2019) 31-36.
44. J. Maselko, A. Hagaman, L. Bates, et al., Father involvement in the first year of life: Associations with maternal mental health and child development outcomes in rural Pakistan, Elsevier Masson 2019, *Social Science & Medicine* 237 (2019) 112421.
45. Jonathan R. Scarf, Postpartum Depression in Men, *Innov Clin Neurisci*, 2019, 16(5-6):11-14.

46. Kathleen A. ,Depression in new mothers: causes, consequences and treatment alternatives, *J Perinat Educ*, 2010, 19(4):7-9.
47. Kiviruusu O, Pietkainen J. et al., Trajectories of mothers and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum, 2020 Elsevier Masson, *Journal of Affective Disorders* 260 (2020) 629-637.
48. Lemaitre A., Morau E., Colson P., Morbidité maternelle grave péri-partum et syndrome de stress post-traumatique, *Communications libres, jeudi 17 septembre 2015*.
49. Maggioni C., Margola D. et Filippi F., PTSD, risk factors and expectations among women having a baby: A two-way longitudinal study, Taylor & Francis, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, June 2006; 27(2): 81-90.
50. McKenzie, McHarg and Poote. Dealing with post-traumatic stress disorder following childbirth, 29 December 2015.
51. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques- American Psychiatric Association, Elsevier Masson, 2015 pages 374-380.
52. Montmasson H. , Facteurs psychopathologiques et de personnalité dans le post-partum chez la primipare, Thèse de Doctorat, 2009.
53. Montmasson H., Bertrand P., Perrotin F., El-Hage W., Facteurs prédictifs de l'Etat de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare- *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Elsevier Masson, 2012, vol 41, n 6, pages 553-560.
54. O'Brien A., McNeil K.A. et al., New Fathers Perinatal Depression and Anxiety- Treatment Options: An Integrative Review, *American Journal of Men's Health* 2017, vol. 11(4) 836-876.
55. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and sympoms in adults : a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003; 129(1):52-73.
56. Philpott LF, Savage E., FitzGerald S., Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review, 2019, Elsevier Masson, *Midwifery* 2019,54-101.
57. Pierrehumbert B., Borghini A., Forcada-Guex M., Jaunin L., C. Muller-Nix, F. Ansermet, Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destine aux parents

d'enfants présentant un risque périnatal élevé, *Annales Medico Psychologiques* 162(2004) 711-721.

58. Piolino P, Thomas-Anterion C., eds. Des amnésies organiques aux amnésies psychogènes. Marseille : *Solal*, 2008, p. 194-226.
59. Poggi L., Bertoli C., N. Séjourné et al., Du pré-partum au post-partum : étude des profils et des symptomatologie maternelles, *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2016) 29, 1-7.
60. Poggi L., Bertoli C., N. Séjourné, H. Chabrol, N. Goutaudier Du pre-partum au post-partum : étude des profils et des symptomatologies maternelles, *Journal de pédiatrie, Elsevier Masson*, 29,1-7, 2016.
61. Racamier PC, La maternité psychotique, De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques, Paris, *Payot*, 1979, 1998, p.193-242.
62. Référentiel de Psychiatrie Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Presses Universitaires François-Rabelais, 2014.
63. Ryding EL, Read S., Rouhe H. et al., Partners of nulliparous women with severe fear of childbirth: A longitudinal study of psychological well-being, *Birth* 2018 Mar; 45(1):88-93.
64. Séjourné N., De la Hammaide M., A. Moncassin et al., Etude des relations entre la douleur de l'accouchement et du post-partum, et les symptômes dépressifs et traumatiques, 2018, Elsevier Masson, *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie* 46 (2018) 658-663.
65. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principle, Protocols and Procedures, 2nd ed. New York: *Guildfords Press*; 2001.
66. Simich L, Fei W, Nerad S Status and health security: An exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Canadian journal of public health* 2007; 98(5):369-373.
67. Soderquist J, Wijma K., Wijma B., Traumatic stress after childbirth: the role of obstetrics variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;27(2):113-9.
68. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003, 30 :36-46.
69. Stein J., Premier essai de thérapie par antidépresseur et psychothérapie dans l'ESPT du post-partum, *Med scape*, 14 septembre 2011.

70. Sthal, Psychopharmacologie essentielle, Medecine-Sciences,2002.
71. Stramrood C.A., B. Doornbos, I. Wessel et al., Fathers with PTSD and depression in pregnancies complicates by preterm preeclampsia or PPRM, *Arch Gynecol Obstetr* 2013, apr; 287(4) 653-61.
72. Szijarto SG , Guex MF , A. Borghini, B. Perrehumbert et al., Etat de stress post-traumatique chez les mères et chez les pères d'enfants prématurés : similitudes et différences, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 57 (2009) 385-391.
73. Tanya A. Paul, Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth: Does Ethnicity Have an Impact? , *The Journal Of Perinatal Education* 2008, 17(3):17-26.
74. Wen-Wang Rao, Xiao-Min Zhu et al., Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys, Elsevier Masson, 2019, *Journal of Affective Disorders* xxx.
75. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B, Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. *J Reprod Infant Psychol* 2006; 24:107-20.
76. Wittveen A.B., Stramrood C.A., Henrichs J. et al., The oxytocinergic system in PTSD following traumatic childbirth: endogenous and exogenous oxytocin in the peripartum period, 2019 *Archives of Women's Mental Health*.
77. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62 (Suppl. 17): 41-6.

ANNEXES

ANNEXE 1 - EVALUATION BIOGRAPHIQUE

Le bien-être des femmes et de leur partenaire pendant la grossesse et après l'accouchement

Votre numéro de participant est le (ne pas le modifier, sinon cela annulera votre participation à l'étude) :

Etes-vous :

une femme ?

un homme ?

Le bien-être des femmes et de leur partenaire pendant la grossesse et après l'accouchement

Nous désirons en savoir d'avantage sur vous. Pour cela, merci de bien vouloir compléter le présent questionnaire.

Votre âge :

Culture d'origine :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Europe | ☐ Amérique du Nord |
| ☐ Amérique Latine | ☐ Asie |
| ☐ Afrique | ☐ Autre |
| ☐ Caraïbes | |

Langue maternelle :

Etat civil :

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ Célibataire | ☐ Divorcé-e |
| ☐ Marié-e / en couple | ☐ Veuf-ve |
| ☐ Séparé-e | ☐ Autre |

Profession :

Nationalité :

Niveau d'études :

- | | |
|---|---|
| ☐ Enseignement primaire | ☐ Apprentissage (CFC) |
| ☐ Enseignement secondaire | ☐ Université ou Haute Ecole Spécialisée |
| ☐ Enseignement secondaire supérieur | ☐ Autre |

Combien de grossesse(s) avez-vous eue(s) avant celle-ci ?

Combien d'enfants avez-vous ?

Par le passé, avez-vous déjà éprouvé des difficultés sur le plan émotionnel ou psychologique ?

- ☐ Non ☐ Oui

Pouvez-vous nous décrire brièvement quelles étaient vos difficultés ?

Actuellement, éprouvez-vous des difficultés sur le plan émotionnel ou psychologique ?

- ☐ Non ☐ Oui

Pouvez-vous nous décrire brièvement quelles sont vos difficultés ?

S'il vous plaît, répondez aux questions suivantes qui concernent vos expériences passées.

a) Avez-vous vécu un événement traumatisant dans votre vie (du types accidents, maladies, décès d'un proche, catastrophes naturelles, abus sexuelles)?

☐ Oui

☐ Non

S'il vous plaît, pouvez-vous décrire la nature de (les)l'événement(s) stressant(s)/traumatisant(s) auquel vous avez peut-être dû faire face

b) Avez-vous vécu un accouchement particulièrement bouleversant voire traumatisant par le passé ?

☐ Oui

☐ Non

c) Avez-vous déjà perdu un bébé (fausse couche, enfant mort-né, décès néonatal) ?

☐ Oui

☐ Non

ANNEXE 2 – PCL-5

Instructions : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et encercler le chiffre à droite pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le **dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Souvent	Extrême -ment
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Se sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (<i>comme si vous la viviez de nouveau</i>)?	0	1	2	3	4
4. Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (<i>p. ex., avoir le coeur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs</i>)?	0	1	2	3	4
6. Éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (<i>p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations</i>)?	0	1	2	3	4
8. Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde (<i>p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux</i>)?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite?	0	1	2	3	4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte?	0	1	2	3	4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres?	0	1	2	3	4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (<i>p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches</i>)?	0	1	2	3	4
15. Être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement?	0	1	2	3	4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
17. Être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Avoir du mal à vous concentrer?	0	1	2	3	4
20. Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil?	0	1	2	3	4

ANNEXE 3 – EPDS

(Edinburgh Post-natal Depression Scale; J. Cox, 1987; N. Guédeney, 1994)

Vous allez ou vous venez d’avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c’est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s’écouler) et pas seulement aujourd’hui.

Voici un exemple: Je me suis sentie heureuse

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Cela signifiera «Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s’écouler.»

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s’écouler:

1. J’ai pu rire et prendre des choses du bon côté.

- Aussi souvent que d’habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l’avenir.

- Autant que d’habitude
- Plutôt moins que d’habitude
- Vraiment moins que d’habitude
- Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raisons, d’être responsable quand les choses allaient mal.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois

- Oui, très souvent

5. Je me suis effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons.

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements.

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré.

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal.

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

ANNEXE 4 – MOS (EVALUATION DU SOUTIEN SOCIAL)

Voici quelques questions concernant le soutien qui existe à votre disposition.

1. Combien d'amis proches et proches parents avez-vous (les gens avec qui vous vous sentez à l'aise et avec lesquels vous pouvez parler de tout ce qui vous traverse l'esprit comme par exemple votre conjoint-e, un-e ami-e, ou quelqu'un de votre famille) ?

Les gens se tournent parfois vers les autres pour chercher de la compagnie, de l'assistance, ou d'autres types de soutien. A quelle fréquence chaque type de support est-il disponible quand vous en avez besoin ?

	Jamais	Presque jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps
2. Quelqu'un pour vous aider si vous deviez garder le lit.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous écouter lorsque vous avez besoin de parler.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quelqu'un qui vous donne de bons conseils concernant une situation de crise.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Quelqu'un pour vous emmener chez le médecin si vous en avez besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Quelqu'un qui vous montre de l'amour et de l'affection.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Quelqu'un avec qui passer du bon temps.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Quelqu'un qui vous donne des informations pour vous aider à comprendre une situation.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Quelqu'un à qui se confier ou à qui parler de vous-même ou vos problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Presque jamais	Parfois	La plupart du temps	Tout le temps
10. Quelqu'un qui vous câline.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Quelqu'un avec qui partager un moment de détente.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Quelqu'un qui vous prépare un repas si vous êtes incapable de le faire.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Quelqu'un qui vous fournit les conseils dont vous avez besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quelqu'un qui va faire des choses avec vous pour vous aider à vous changer les idées.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Quelqu'un pour aider avec les tâches ménagères si vous êtes malade.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Quelqu'un avec qui partager vos inquiétudes ou vos peurs les plus intimes.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Quelqu'un à qui s'adresser pour obtenir des suggestions sur la façon de régler un problème personnel.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Quelqu'un avec qui faire quelque chose d'agréable.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Quelqu'un qui comprend vos problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Quelqu'un à aimer et qui vous fait vous sentir désiré(e).	☐	☐	☐	☐	☐

ANNEXE 5 – MIBS (Évaluation de la relation parent-enfant)

Les questions suivantes se portent sur vos sentiments pour votre enfant durant ses premières semaines de vie. Les adjectifs ci-dessous décrivent les sentiments que certains parents disent ressentir envers leur(s) bébé(s) durant les premières semaines après sa naissance. Veuillez cliquer devant chaque mot ce qui décrit le mieux ce que vous avez ressenti durant les premières semaines.

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un petit peu	Pas du tout
1. Aimant(e)	☐	☐	☐	☐
2. Rancunier(ère)	☐	☐	☐	☐
3. Neutre ou aucun ressenti	☐	☐	☐	☐
4. Joyeux(se)	☐	☐	☐	☐
5. Ne pas aimer	☐	☐	☐	☐
6. Protecteur(trice)	☐	☐	☐	☐
7. Déçu(e)	☐	☐	☐	☐
8. Agressif(ve)	☐	☐	☐	☐

ANNEXE 6 – THE CITY BIRTH TRAUMA SCALE

Échelle du Traumatisme lié à l'Accouchement

Ce questionnaire vous interroge concernant votre expérience durant la naissance de votre bébé né le plus récemment. Il s'agit de dépister de potentiels événements traumatiques durant (ou juste après) le travail et la naissance, et d'évaluer si vous éprouvez des symptômes qui sont rapportés par certaines femmes après la naissance. S'il vous plaît cochez les réponses les plus proches de votre expérience.

Quelle est la date de naissance de votre bébé ?

.....

Durant le travail, la naissance ou juste après :		
Aviez-vous pensé que vous ou votre bébé seriez gravement blessés ?	Oui	Non
Aviez-vous pensé que vous ou votre bébé alliez mourir ?	Oui	Non

Les questions suivantes concernent des symptômes que vous pouvez avoir éprouvés. Indiquez s'il vous plaît combien de fois vous avez éprouvé les symptômes suivants durant la dernière semaine :

Symptômes en lien avec la naissance *	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Souvenirs répétés et involontaires de la naissance (ou des parties de la naissance) que vous ne pouvez pas contrôler				
Mauvais rêves ou cauchemars de la naissance, ou en lien avec la naissance				
Flashbacks de la naissance et/ou reviviscence de l'expérience				
Être bouleversée lorsque quelque chose vous rappelle la naissance				
Être tendue ou anxieuse lorsque quelque chose vous rappelle la naissance				
Tenter d'éviter de penser au sujet de la naissance				
Tenter d'éviter les choses qui vous rappellent la naissance (p. ex., personnes, lieux, programmes télé, etc.)				
Incapable de vous rappeler des détails de la naissance				

Vous blâmez ou blâmez les autres pour ce qui est arrivé durant la naissance				
Avoir des émotions négatives intenses au sujet de la naissance (p. ex., peur, colère, honte)				
* Bien que ces questions fassent référence à la naissance, beaucoup de femmes peuvent avoir des symptômes en lien avec des événements qui se sont passés juste avant ou après la naissance. Si c'est votre cas, et que les événements sont en lien avec la grossesse, la naissance ou le bébé, alors répondez en fonction de ces événements.				

Symptômes ayant débuté ou qui se sont aggravés depuis la naissance	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Avoir des croyances négatives sur vous-même, ou penser qu'il se passera quelque chose de terrible				
Perdre de l'intérêt pour des activités importantes pour vous auparavant				
Se sentir détachée des autres				
Incapable de ressentir des émotions positives (p. ex., joie, excitation)				
Se sentir irritable ou agressive				
Sentiment autodestructeur, ou agir imprudemment				
Se sentir tendue et à cran				
Se sentir agitée ou sursauter facilement				
Avoir du mal à vous concentrer				
Mal dormir à cause de choses non liés au rythme de sommeil du bébé				
Se sentir détachée ou comme si vous étiez dans un rêve				
Sentir des choses distordues ou irréelles				

Si vous avez au moins un de ces symptômes :

Quand ces symptômes ont débuté ?	
Avant la naissance	
Dans les premiers 6 mois après la naissance	

Combien de temps vous avez ressenti ces symptômes ?	
Moins d'un mois	
1-3 mois	

Plus de 6 mois après la naissance	
Je n'ai pas ces symptômes	

Plus de 3 mois	
Je n'ai pas ces symptômes	

Ces symptômes vous causent-ils beaucoup de détresse ?	Oui	Non	Parfois
Vous empêchent-ils de réaliser vos activités habituelles (p. ex., sociales, quotidiennes) ?	Oui	Non	Parfois
Est-ce que certains de ces symptômes peuvent être dus à un médicament, une consommation d'alcool, de drogues, ou à une maladie ?	Oui	Non	Peut-être

A quel moment auriez-vous souhaité que l'on vous pose ce questionnaire ?

- à 1 mois du post-partum.
- à 3 mois du post-partum.
- à 6 mois du post-partum.
- à 1 an du post-partum.
- à un autre moment. Si oui, quand ?.....

Merci d'avoir complété ce questionnaire !

ANNEXE 7 – THE CITY BIRTH TRAUMA SCALE FOR PARTNERS

Échelle du Traumatisme lié à l'Accouchement pour les Partenaires

Ce questionnaire vous interroge par rapport à l'expérience d'accouchement la plus récente de votre femme. Il s'agit de dépister de potentiels événements traumatiques durant (ou juste après) le travail et l'accouchement, et d'évaluer la présence de symptômes qui sont rapportés par certaines personnes après la naissance de leur bébé. S'il vous plaît, cochez les réponses les plus proches de cette expérience.

Quelle est la date de naissance de votre bébé ?

.....

Durant le travail, l'accouchement ou juste après :		
Avez-vous pensé que votre femme ou votre bébé seraient gravement blessés ?	Oui	Non
Avez-vous pensé que votre femme ou votre bébé allaient mourir ?	Oui	Non

Les questions suivantes concernent des symptômes que vous pouvez avoir éprouvés. Indiquez s'il vous plaît combien de fois vous avez éprouvé les symptômes suivants dans les 7 derniers jours :

Symptômes en lien avec l'accouchement *	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Souvenirs répétés et involontaires de l'accouchement, que vous ne pouvez pas contrôler				
Rêves pénibles ou cauchemars de l'accouchement, ou en lien avec l'accouchement				
Flashback de l'accouchement et/ou reviviscence de l'expérience				
Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'accouchement				
Être tendu ou anxieux lorsque quelque chose vous rappelle l'accouchement				
Tenter d'éviter de penser à l'accouchement				
Tenter d'éviter les choses qui vous rappellent l'accouchement (p. ex., personnes, lieux, programmes télé, etc.)				
Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'accouchement				

Vous blâmez ou blâmez les autres pour ce qui est arrivé durant l'accouchement				
Avoir des émotions négatives intenses en lien avec l'accouchement (p. ex., peur, colère, honte)				
* Bien que ces questions fassent référence à l'accouchement, plusieurs personnes peuvent avoir des symptômes en lien avec des événements qui se sont passés juste avant ou après l'accouchement. Si c'est votre cas, et que les événements sont en lien avec la naissance ou le bébé, alors répondez en fonction de ces événements.				

Symptômes ayant débuté ou qui se sont aggravés depuis l'accouchement	Pas du tout	1 fois	2-4 fois	≥ 5 fois
Avoir des croyances négatives sur vous-même, ou craindre qu'il se passe quelque chose de terrible				
Perdre de l'intérêt pour des activités importantes pour vous auparavant				
Se sentir détaché des autres				
Avoir du mal à ressentir des émotions positives (p. ex., joie, excitation)				
Se sentir irritable ou agressif				
Sentiment autodestructeur, ou agir agressivement				
Se sentir tendue et à cran				
Se sentir agité et en alerte				
Avoir du mal à vous concentrer				
Avoir du mal à dormir à cause de choses non liés au rythme de sommeil du bébé				
Se sentir détaché ou comme si vous étiez dans un rêve				
Sentir des choses comme distordues ou irréelles				

Si vous avez au moins un de ces symptômes :

Quand ces symptômes ont débuté ?	
Avant l'accouchement	
Dans les premiers 6 mois après l'accouchement	

Combien de temps vous avez ressenti ces symptômes ?	
Moins d'un mois	
1-3 mois	

Plus de 6 mois après l'accouchement	
Je n'ai pas ces symptômes	

Plus de 3 mois	
Je n'ai pas ces symptômes	

Ces symptômes ont-ils causé beaucoup de détresse ?	Oui	Non	Parfois
Vous empêchent-ils de réaliser vos activités habituelles (p. ex., sociales, quotidiennes) ?	Oui	Non	Parfois
Est-ce que l'un de ces symptômes peut être dû à un médicament, une consommation d'alcool, de drogues, ou à une maladie ?	Oui	Non	Peut-être

A quel moment auriez-vous souhaité que l'on vous pose ce questionnaire ?

- à 1 mois du post-partum.
- à 3 mois du post-partum.
- à 6 mois du post-partum.
- à 1 an du post-partum.
- à un autre moment. Si oui, quand ?.....

Merci d'avoir complété ce questionnaire !

ANNEXE 8

Est-ce que la question de la santé mentale vous a été abordé.e durant votre grossesse ou le post-partum ?	Oui	Non
Si oui, par qui ? (Obstétricien / Pchychiatre / Psychologue / Sage-Femme / Autres professionnels de la santé ?..		
Si non, auriez-vous souhaité que l'on aborde la santé mentale avec vous durant votre grossesse ou en post-partum ?	Oui	Non
- Si oui, à quel moment ?..... 		

Quels conseils donneriez-vous aux futures parents et jeunes parents sur la santé mentale

?.....

Elena BURLACU

82 pages – 12 tableaux – 6 figures

Résumé :

Introduction : Le bien-être des parents dans la période de post-partum est un élément très important pour le développement ultérieur de l'enfant.

Objectif : Ce travail a comme objectif principal d'étudier le bien-être du partenaire dans la période du post-partum, déterminer la présence des symptômes dépressifs (DPP) et de TSPT-PP.

Matériels et méthodes : Les paramètres seront évalués à partir d'une évaluation biographique et à l'aide d'échelles psychométriques reconnues et ayant fait l'objet de validations antérieures. Ces auto-questionnaires seront remplis par les parturientes et les conjoints en ligne via le logiciel Sphinx. Le projet de recherche est une étude observationnelle non interventionnelle.

Résultats : Dans l'échantillon final de 489 participants, 445 sont femmes et 44 hommes. En ce qui concerne les difficultés émotionnelles ou psychologiques éprouvés par le passé, les partenaires ont rencontré des difficultés dans 29,5% de cas par rapport à 43,3% de cas de femmes qui ont répondu à l'enquête. Dans le moment de l'enquête 22,7 % de partenaires étaient déjà en difficulté émotionnelle ou psychologique. La majorité des partenaires (88,4%) n'ont pas présenté des symptômes conduisant à un TSPT-PP et entre 1,4% et 3,9% ont présenté des symptômes importants de TSPT-PP quasiment tous les jours, avec des symptômes d'irritabilité, anxiété, troubles du sommeil avec cauchemars et flash-backs qui prédominent. Dans l'échantillon étudié, 9,1% des partenaires avait des symptômes de DPP avec prédominance du malheur et de la tristesse d'humeur, évalués par la EPDS. Même, 4,5% des partenaires ont exprimé un sentiment d'indifférence ou peu d'affection pour leur enfant.

Conclusion : Les chiffres montrent que la prévalence des troubles psychique du partenaire est comparable à celle des mères dans la période du post-partum. 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 sociales si ces troubles ne sont pas traités.

Mots clés : partenaire, accouchement, post-partum, bien-être, dépression, stress

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE

Membres du Jury : Madame le Professeur Bénédicte GOHIER

Madame le Docteur Sélia EDWIGE

Date de soutenance : 17/04/2020