

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Abord de la paternité en période périnatale en consultation de médecine générale : vécu des médecins généralistes du Maine-et-Loire en 2024

SEGURA Cathy

Née le 29 mars 1997 à Ermont (95)

Sous la direction du Dr LEFEUVRE Pauline
En codirection avec le Dr LACAN Sophie

Membres du jury

Mr le Pr CONNAN Laurent | Président
Mme la Dr LEFEUVRE Pauline | Directrice
Mme la Dr LACAN Sophie | Codirectrice
Mme la Dr GUELFF Jessica | Membre

Soutenue publiquement le :
23 mai 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée SEGURA Cathy,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **01/03/2025**.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBÉE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIostatISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Remerciements professionnels

Au Professeur Laurent CONNAN, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette soutenance. Merci également d'avoir été un maître de stage aussi bienveillant, ce qui m'a permis de finir mon internat et d'aborder l'avenir sereinement ! Je t'en suis reconnaissante et je te souhaite le meilleur pour la suite.

A mes directrices de thèse, les Dr Pauline LEFEUVRE et Dr Sophie LACAN, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Un grand merci pour votre soutien et votre accompagnement ! Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Au Dr Jessica GUELF, merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Aux médecins participants, je vous remercie pour votre disponibilité et pour ces discussions si enrichissantes ! Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

Aux maîtres de stage et à tous les professionnels rencontrés dans mes différents stages, merci pour votre accompagnement et votre bienveillance. Certaines de ces rencontres m'ont définitivement marquée, tant personnellement que professionnellement.

A mes co-internes pendant les différents stages aux urgences, au Bailleul, en gériatrie, en médecine polyvalente. Merci pour les moments de rigolade et pour ce soutien si important dans les moments plus difficiles.

A ma tutrice Hélène, merci pour ces trois années de tutorat. Merci pour votre investissement, votre soutien, votre bienveillance. Les difficultés de l'internat me paraissaient plus légères à porter après chacune de nos rencontres !

Remerciements personnels

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi et de m'avoir soutenue plus que j'aurai pu l'espérer. Merci de m'avoir transmis vos valeurs. Merci pour votre amour inconditionnel. Je peux l'affirmer, c'est grâce à vous que je me tiens devant vous aujourd'hui et je vous en suis infiniment reconnaissante. Je vous aime.

A Oriane, merci d'avoir été mon pilier pendant toutes ces années. Merci d'avoir été toujours présente, dans les bons comme dans les moments les plus difficiles. Malgré ton plus jeune âge, l'amour que tu donnes, ta joie de vivre et ta force font de toi un modèle et une de mes plus grandes sources d'inspiration.

A Aurélien, merci d'avoir toujours été là malgré la distance. Tu n'aimes pas les blablas mais merci d'être un super frère.

A mes grands-parents, merci pour votre soutien pendant toutes ces années.

A Manu, ma plus belle rencontre. Merci de me faire rire quotidiennement. Merci de m'accompagner, de m'inspirer et de m'aider à me dépasser chaque jour. Merci pour ces trois années, j'ai hâte de découvrir les prochaines. Je t'aime.

A ma belle-famille, merci pour votre amour et votre soutien. Je suis très reconnaissante de vous avoir et j'attends avec impatience tous les prochains moments passés avec vous.

A Martin, car je suis très heureuse de t'avoir dans la famille.

Aux copains de médecine et surtout à la Villa Kimona : Merci d'avoir été des amis si précieux pendant toutes ces années, merci pour votre soutien sans faille, merci pour tous ces beaux moments qui resteront gravés et pour tous les prochains !

A Thomas, à nos pates carbos et nos soirées infusions dans les 18m2 du crous, je n'oublierai pas !

Aux copains de la Bringue Angevine et à ceux de Laval, merci pour ces belles rencontres, pour tous ces moments festifs et ceux à venir !

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. La paternité des patients rapportée par les MG

2.1. Présence des pères aux consultations de suivi de grossesse et de suivi pédiatrique

2.1.1. Aux consultations de suivi de grossesse

2.1.2. Aux consultations pédiatriques

2.2. Investissement des patients dans leur rôle de père en période périnatale

2.2.1. Des pères de plus en plus investis

2.2.2. Facteurs modulant l'implication des pères et futurs pères

2.3. Apports du congé paternité

2.4. Vécu des pères

2.4.1. La paternité comme bouleversement intrafamilial

2.4.2. Impact physique de la paternité

2.4.3. La paternité, source de questionnements

2.4.4. Difficultés évoquées par les pères

2.4.5. Impact sur la santé mentale

2.4.6. Facteurs de vulnérabilité identifiés par les MG

2.5. Répercussion familiale du vécu de la paternité

2.6. Habitudes des pères en termes de recours au MG

2.7. Freins des pères pour aborder leur vécu en période périnatale

3. Pratiques des MG en termes d'accompagnement à la paternité

3.1. Abord de la paternité par les MG et intégration des pères dans le parcours de soins périnatal

3.1.1. En prénatal

3.1.2. En post-natal

3.2. Prise en charge face à un père ou futur père en difficulté

3.2.1. Prise en charge par le MG

3.2.2. Recours à des ressources extérieures

4. Analyse des pratiques et pistes d'amélioration

4.1. Place du MG pour aborder la paternité

4.2. Influence de l'expérience professionnelle et personnelle sur la pratique

4.3. Analyse critique des pratiques

4.4. Freins des MG à l'abord de la paternité et au dépistage des troubles psychiques périnataux

4.5. Propositions de pistes d'amélioration

DISCUSSION

- 1. Principaux résultats**
- 2. Forces et limites de l'étude**
 - 2.1. Forces
 - 2.2. Limites
- 3. Comparaison avec la littérature**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ANALYSE COREQ

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN PREMIERE VERSION

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

RESUME

Abord de la paternité en période périnatale en consultation de médecine générale : vécu des médecins généralistes du Maine-et-Loire en 2024

Introduction : La paternité est un bouleversement dans la vie d'un homme et peut être vécue par certains pères comme une véritable épreuve. Qu'il s'agisse d'un premier enfant ou non, cette situation nouvelle peut favoriser l'apparition de difficultés et le développement de certains troubles psychiatriques. Ainsi il existerait un taux d'environ 10% de dépressions périnatales paternelles. Alors que certaines études ont interrogé le vécu et les attentes des pères concernant l'accompagnement à la paternité, nous nous intéressons ici à l'expérience et aux pratiques des médecins généralistes (MG).

Matériels et Méthodes : Etude qualitative, au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens étaient enregistrés, anonymisés, puis retranscrits en respectant le langage oral. Un double codage a été réalisé. Plusieurs analyses des verbatims ont été effectuées, permettant d'organiser les données en thèmes et sous-thèmes. La thèse a été conçue pour répondre à un maximum de critères de la grille COREQ. **Résultats :** 10 entretiens ont été réalisés, permettant une suffisance de données. Les expériences des MG sont très variables. Les pères, qui ne se sentent pas légitimes à consulter, ont globalement peu recours au système de soins. Il arrive cependant qu'ils évoquent divers questionnements et difficultés en consultation de médecine générale. Que ce soit en termes d'intégration des pères dans le parcours de soins périnatal ou en termes d'abord de la paternité, les pratiques des médecins divergent. Les MG évoquent certains freins à l'accompagnement à la paternité comme le manque de temps, des freins personnels et surtout, un manque de connaissances concernant l'accompagnement à la paternité. Ils émettent donc certaines pistes d'amélioration comme une majoration des campagnes de prévention des troubles psychiatriques périnataux paternels ainsi qu'une majoration des formations et l'émission de recommandations à destination des MG. **Conclusion :** Les pratiques des MG sont hétérogènes en termes d'accompagnement à la paternité et le dépistage des troubles psychiatriques périnataux ne semble pas ancré dans les pratiques. Différents freins semblent en cause. L'accompagnement des pères en période périnatale paraît donc perfectible mais cela nécessite une implication des pouvoirs de santé publique.

INTRODUCTION

La parentalité peut être définie comme l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent [1]. Par déduction, nous pouvons proposer comme définition de la paternité l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être père.

Le sens de la paternité et la place du père dans la famille et dans la société ont évolué au cours de l'Histoire. En effet, après avoir été placé à une époque à l'écart de la dyade mère-enfant, le père est aujourd'hui de plus en plus présent en périnatalité [2].

Ainsi, il se voit investi de nouveaux rôles [3], que ce soit pendant la grossesse, à l'accouchement ou en post-natal : on attend de lui qu'il comprenne et soutienne sa compagne, qu'il soit présent aux échographies et à l'accouchement, puis qu'il soit à la fois un bon père et un bon conjoint. Il s'agit également de trouver un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle [4].

L'homme doit donc devenir le père qu'il souhaite être mais aussi celui que sa conjointe et que la société attendent, le tout en composant avec sa propre histoire [5][6].

Malgré la réorganisation de la paternité et la place grandissante laissée au père afin que puisse se créer une triade père-mère-enfant plutôt que l'ancienne dyade mère-enfant, le père reste souvent perçu principalement comme un soutien, un aidant, pour sa compagne [2][3].

Pourtant, le péri-partum est une période de bouleversement dans la vie des hommes comme des femmes.

Dans la littérature, le passage à la paternité est assimilé à une « crise identitaire » [7], chaque étape de la période périnatale pouvant être source de vives émotions, et cela commençant dès l'annonce de la grossesse.

Ainsi, les pères ou futurs pères interrogés sur leur vécu des grossesses rapportent à la fois un sentiment de grande joie mais aussi des sentiments d'angoisse, d'incertitude, de peur, d'impuissance, de solitude... [3].

Par la suite, l'accouchement peut être vécu comme un traumatisme chez certains pères.

Enfin, la période post-natale correspond à une période de réorganisation du mode de vie avec une redéfinition du rôle de chacun dans le couple et dans la famille.

La période périnatale est donc une période chargée d'émotions, où l'homme se retrouve souvent en situation de vulnérabilité face à l'inconnu [3].

Malheureusement, puisque le père est souvent perçu comme un aidant, un accompagnant pour la mère, certains pères ne se sentent pas dans une position légitime pour exprimer leurs peurs et angoisses [3].

Par ailleurs, il est rare que l'on propose aux pères un espace propre pour se confier. Les pères se retrouvent donc souvent seuls, démunis, avec leurs peurs et leurs questions [3].

Bien que la majorité des hommes trouvent des ressources pour traverser cette étape de la vie sans difficulté, il s'agit pour d'autres d'une véritable épreuve.

Ces pères en difficulté sont alors particulièrement à risque de développer des troubles psychiatriques comme des troubles anxieux ou de véritables dépressions [8][9][10].

Ainsi, il a été rapporté un taux moyen de 10% de dépressions périnatales paternelles, pouvant survenir à la fois en pré et post-partum, avec un pic d'incidence entre 3 et 6 mois après la naissance [8].

Outre l'impact sur la santé des pères, il a aussi été mis en évidence que ces troubles psychiatriques paternels du péri-partum entraînaient des conséquences sur la santé des mères et des enfants. En effet, la dépression paternelle du post-partum a été reconnue comme facteur de risque de dépression chez la mère [8] et comme facteur de risque d'apparition de troubles psychoaffectifs, du développement et de l'adaptation sociale chez les enfants [11].

Le dépistage précoce des troubles psychiques et psychiatriques paternels semble donc être un enjeu majeur de santé publique.

Si les études concernant les troubles psychiques maternels du péri-partum furent nombreuses ces dernières années et semblent progressivement mener à des améliorations dans la prise en charge des mères (dépistage accru des troubles psychiques du péri-partum), les études concernant les pères sont, elles, beaucoup plus rares [12]. Ces quelques études mettent en évidence le fait que les pères prennent peu l'initiative de consulter pour aborder leur paternité et les difficultés rencontrées. Cependant, lorsque les professionnels de santé viennent à eux, ils sont nombreux à apprécier la proposition d'un accompagnement.

Dans un travail de 2015, Guillaume Genovese interrogeait des pères à partir du 3e trimestre de grossesse et jusqu'au un an de l'enfant : 39% des pères déclaraient qu'ils auraient souhaité une consultation qui leur soit dédiée pendant la grossesse de leur conjointe [13]. Guillaume Genovese rappelait également qu'une consultation dédiée aux pères pendant la grossesse et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie existait déjà mais était souvent méconnue à la fois des patients et des professionnels de santé [13][14].

Alors que quelques études récentes ont donc tout de même commencé à interroger les pères et leurs attentes en termes d'accompagnement à la paternité [3][13], nous n'avons pas trouvé de travaux interrogeant les MG sur leur abord de la paternité en période périnatale avec les patients. Pourtant, le médecin généraliste, « médecin de famille », n'aurait-il pas une place privilégiée dans l'approche de la parentalité avec ses patients [15][16] ?

Nous avons donc décidé d'interroger des MG sur leur expérience en matière d'abord de la paternité en consultation. Il semblait également intéressant d'étudier leurs habitudes de recours à d'autres ressources en périnatalité. Enfin, il nous semblait pertinent de les

questionner sur les potentiels freins qu'ils pouvaient rencontrer pour aborder la paternité avec leurs patients.

MÉTHODES

Design de l'étude :

Nous avons choisi pour cette étude de réaliser une approche qualitative, auprès de MG exerçant dans le département du Maine-et-Loire.

Nous souhaitions initialement réaliser à la fois un focus group et des entretiens individuels. Cependant, devant des difficultés de recrutement pour le focus group, il a finalement été décidé de réaliser uniquement des entretiens individuels.

Nous avons donc mené des entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien composé de questions ouvertes et de sous questions (questions de relance).

L'étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de qualité de la grille COREQ, pour s'assurer de la validité interne de l'étude (**annexe 1**).

Présuppositions du chercheur :

Les principales hypothèses du chercheur étaient que la paternité était un sujet globalement peu abordé en consultation de médecine générale et qu'il était évoqué de manière différente d'un MG à l'autre, en fonction des freins qu'ils pouvaient rencontrer.

Le chercheur émettait également l'hypothèse que les habitudes de recours aux différentes ressources et structures de périnatalité étaient variables d'un médecin à un autre.

Modalité de recrutement :

La population étudiée est composée des MG installés ou remplaçants exerçant dans le département du Maine-et-Loire.

Le recrutement a d'abord été effectué de manière aléatoire, par e-mails, courriers ou face à face, puis par effet boule de neige (un médecin adressait le chercheur vers un autre médecin).

Le recrutement a été réalisé en variation maximale sur les critères suivants : l'âge, le sexe, le statut MG installé ou remplaçant, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), le niveau socio-économique globale de la patientèle (précaire, aisée, mixte).

Une lettre d'information (**annexe 2**) a été remise à chaque médecin contacté.

Taille de l'échantillon :

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à l'obtention de la suffisance des données.

Recueil des données :

Le guide d'entretien a été élaboré d'après les hypothèses soulevées par la littérature et les hypothèses du chercheur (**annexe 3**). Il a évolué au fur et à mesure des analyses effectuées.

Les entretiens ont été réalisés entre janvier et novembre 2024.

Le lieu de rencontre était laissé au choix des médecins participants.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, après obtention du consentement écrit des participants (**annexe 4**).

La retranscription des entretiens a été réalisée dans leur intégralité sur un fichier Word®, en respectant le langage oral.

Les participants ont été informés que les entretiens étaient anonymisés et qu'aucune donnée personnelle n'était conservée à l'issue de l'étude. Ils pouvaient par ailleurs interrompre l'entretien à tout moment. Une copie de la retranscription des entretiens pouvait leur être envoyée sur demande, ainsi que les résultats. Aussi, ils pouvaient, s'ils le souhaitaient, s'opposer à l'exploitation des données.

Analyse des données :

Une grille d'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

Une première analyse des données a permis de coder individuellement les différents entretiens après leur retranscription. Un double codage a été réalisé : par le chercheur et par un second interne de Médecine Générale. Une triangulation des données était possible si besoin. Ce codage a permis de mettre en évidence certains thèmes et sous-thèmes auxquels se référaient les idées précises développées par les participants dans les verbatims.

Dans un second temps, l'analyse thématique des données a été réalisée sur l'ensemble du Verbatim, une fois l'ensemble des entretiens effectués. Cette analyse a permis d'organiser les idées et de classer les différents thèmes et sous-thèmes mis en évidence dans un ordre cohérent.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

120 MG ont été contactés. 10 MG ont répondu favorablement pour la réalisation d'un entretien. Le recrutement n'a pas été poursuivi au-delà du 10^e entretien devant une suffisance des données.

La durée totale des entretiens était de 420 minutes, soit 7h. La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes. L'entretien le plus court avait une durée de 18 minutes. L'entretien le plus long durait 1h11.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau I suivant :

Tableau I : Caractéristiques des participants

Médecin	Sexe	Âge	Statut	Milieu d'exercice	Patientèle	Particularités d'exercice	Statut parental	Durée de l'entretien
M1	H	62	Installé	Semi-rural		MSU SASPAS	Papa	18 min
M2	H	52	Installé	Semi-rural	Plutôt aisée	Sexologue, MSU stage praticien niveau 1	Papa (2 enfants)	50 min
M3	H	46	Installé	Semi-rural		MSU SAFE, Réseau Grandir Ensemble	Papa (2 enfants)	42 min
M4	H	46	Installé	Semi-rural	Plutôt aisée	MSU SASPAS	Papa (3 enfants)	46 min
M5	F	37	Installé	Semi-rural		MSU SAFE, DU de pédiatrie, Réseau Grandir Ensemble	Maman (3 enfants)	38 min
M6	F	52	Installé	Semi-rural		MSU stage praticien niveau 1	Maman	1h01
M7	F	44	Installé	Semi-rural		MSU SAFE, DU médecine préventive de l'enfant et de l'adolescent	Maman (3 enfants)	26 min

M8	F	32	Installé	Urbain	Précaire	MSU externes	Maman (1 enfant)	1h11
M9	H	35	Remplaçant	Urbain	Assez précaire		Papa (3 enfants)	38 min
M10	H	31	Installé	Mixte		MSU SAFE et externes, exercice en PMI, exercice en établissement d'accueil d'enfants confiés, Réseau Grandir Ensemble		30 min

H : Homme ; F : Femme ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins

Primaires en Autonome Supervisée ; SAFE : Stage Ambulatoire Femme-Enfant ; DU : Diplôme Universitaire ;

PMI : Protection Maternelle et Infantile

L'intérêt des MG paraissait plus ou moins marqué pour le sujet. Certains semblaient particulièrement investis dans l'accompagnement à la parentalité (4 MSU stage SAFE, 1 activité mixte avec travail en PMI, 1 DU de pédiatrie, 1 DU médecine préventive de l'enfant et de l'adolescent, 3 Réseau Grandir Ensemble,) mais ce n'était pas le cas de tous les MG.

2. La paternité des patients rapportée par les MG

2.1. Présence des pères aux consultations de suivi de grossesse et de suivi pédiatrique

Que ce soit en prénatal ou en post-natal, les expériences avec les papas diffèrent d'un médecin à l'autre. Alors que certains MG ne rencontrent quasiment jamais les papas en période périnatale, d'autres les voient de manière quasi systématique, aux consultations de suivi de grossesse en prénatal ou aux consultations de suivi des nourrissons en post-natal.

2.1.1. Aux consultations de suivi de grossesse

Certains MG rapportaient ne jamais rencontrer les pères lors des consultations de suivi de grossesse.

M9 : "Ça vraiment zéro. J'ai pas le souvenir d'avoir eu quelqu'un qui soit venu pour le suivi de grossesse de sa conjointe"

D'autres nuançaient leurs propos en expliquant qu'il arrivait que le futur père soit présent mais que cela restait un phénomène rare.

M4 : "On ne voit pas beaucoup les pères pendant la grossesse. On voit beaucoup la mère. Quelques fois on voit les deux, parce que parfois ils viennent en couple. Mais la plupart du temps, là j'ai eu trois suivis de grossesse récemment, euh.. ba les trois suivis de grossesse ba j'ai pas vu le père quoi."

Lorsque les pères sont présents, c'est souvent lors de la première consultation, à l'annonce de la grossesse.

M5 : "Alors pendant la grossesse ça dépend, c'est pas toujours, mais peut-être parfois à l'annonce de la grossesse ils sont contents d'être là"

Deux MG émettaient l'hypothèse que les pères étaient plus présents aux échographies, qui représentent pour eux des moments symboliques.

M4 : " J'pense que les pères ils sont plus intéressés pendant la grossesse d'aller voir les échos, ce que je comprends"

A l'inverse, une des MG rapportait rencontrer les papas de manière quasi systématique, au moins une fois pendant la grossesse.

M6 : "Je dirai que je vois au moins une fois les papas pendant la grossesse. Y'a pas de papa que je n'ai pas connu pour les grossesses des deux dernières années. "

A propos de l'entretien du 4^e mois, il semblerait que les pères soient peu rencontrés à cette occasion.

M2 : "Mais c'est vrai qu'elle est pas.. elle est pas souvent réalisée.. Que les papas viennent en disant « je viens pour avoir ma consultation.. » euh.. (rires) "

2.1.2. Aux consultations pédiatriques

Certains MG témoignaient ne jamais rencontrer les papas lors des consultations de suivi des nourrissons.

M1 : "On les rencontre pas les papas"

Au contraire, pour d'autres MG, il est habituel de rencontrer les pères à cette occasion.

M6 : "Sur les enfants qui ont moins de deux ans, je pense qu'il y en a pas où j'ai pas vu le papa"

D'autres encore expliquaient qu'il leur arrivait de rencontrer les pères mais que cela restait rare. Ces médecins voient principalement des mamans amener leur nourrisson en consultation.

M4 : "C'est souvent plutôt les mères qui m'amènent leur enfant. Et donc euh je vois souvent pas beaucoup les pères. Hein j'en reviens là je suis désolé c'est quand même souvent les mères qui m'amènent leur nourrisson"

Un des MG émettait l'hypothèse que les pères étaient peut-être plus présents aux consultations de leur premier enfant que pour les suivants.

M8 : "J'ai l'impression que quand y'a d'autres enfants je vois moins les papas. Comme si le premier c'était la grande découverte, ils avaient des questions, ils avaient envie d'être là, et puis après une fois que le premier ça roule, ba.. les autres euh [rigole]"

Par ailleurs, un MG racontait que lorsque les pères sont présents, ils sont souvent effacés derrière les mamans.

M4 : "Et puis j'ai l'impression qu'ils sont plutôt en retrait, derrière la mère. La mère comme c'est un peu elle l'experte du bébé, c'est un peu elle qui questionne."

2.2. Investissement des patients dans leur rôle de père en période périnatale

2.2.1. Des pères de plus en plus investis

Selon les patientèles, les pères font donc plus ou moins acte de présence aux consultations de suivi de grossesse et aux consultations pédiatriques.

L'investissement des papas semble également fluctuant d'une famille à l'autre.

Un des MG évoquait certains papas totalement absents et désinvestis dans leur rôle de père.

M8 : "Donc des papas qui sont complètement absents en fait. On parle même pas d'eux. Ils sont jamais là et on ne parle même pas d'eux la plupart du temps. Ou des papas qui viennent une fois tous les 36 du mois quand maman est pas dispo mais on sent que c'est compliqué, qu'ils ont pas envie d'être là"

Cependant, une majorité des MG insistent sur l'apparition récente, depuis quelques années, de « nouveaux papas » : des pères de plus en plus présents et investis dans leur rôle de père. La parentalité semble donc plus partagée qu'avant.

M2 : "Ouai et puis je pense qu'il y a vraiment une évolution sociologique euh comme je vous disais de parentalité partagée qui vient petit à petit et qui est plutôt très bien hein j'étais moi-même assez investi auprès de mes enfants mais là on voit qu'il y a quand même du changement"

Pendant la grossesse

Certains hommes s'investissent dans leur rôle de père dès la grossesse et cela peut s'objectiver de différentes manières.

Même si la présence des pères aux consultations de suivi de grossesse reste globalement rare, on observe tout de même aujourd'hui certains papas très assidus.

M8 : "Le papa est venu à chaque rendez-vous de suivi de grossesse, en s'extasiant du ventre de sa compagne qui enflait. On sent que c'était quelque chose de très important."

Leur investissement dans la préparation de l'arrivée de l'enfant est parfois palpable en consultation. Ainsi, un MG rapportait comment un de ses patients se projetait dans son rôle de père, dès la grossesse de sa conjointe, et ce malgré son très jeune âge.

M6 : "Je lui ai demandé s'il le changerait, s'il lui donnerait le biberon et tout ça, et vraiment il se projetait dans ça"

Ce même MG évoquait également des situations où les papas endossaient un rôle d'accompagnant, de soutien, pour la conjointe.

M6 : "Sur le plan administratif c'était toujours un petit peu compliqué et donc il était un peu là pour la cocooner ou l'accompagner donc oui je l'ai vu assez régulièrement aux visites de grossesse."

En post-natal

En post-natal, les MG décrivaient aussi certains pères comme étant investis voire « super investis ».

Un des MG évoquait une situation où un père, séparé de sa conjointe, essayait de s'organiser pour pouvoir avoir une garde partagée et être plus présent auprès de son enfant.

M4 : "Et il est en demande d'un logement pour pouvoir éventuellement avoir une garde partagée une semaine sur deux"

Un autre MG constatait que les pères étaient beaucoup plus investis dans leur rôle éducatif mais aussi dans le soin du bébé.

M3 : "Donc ils prennent vraiment je pense le rôle éducatif, lié à la santé euh.. enfin voilà le care au bébé, ils le prennent à bras le corps beaucoup plus que dans le temps."

Cet investissement dans le soin du bébé peut se traduire par une présence accrue aux consultations pédiatriques. Ainsi, plusieurs MG déclaraient constater une nette évolution avec des papas beaucoup plus présents qu'il y a quelques années aux consultations des nourrissons. Ces papas peuvent venir avec la conjointe mais ils peuvent aussi amener seul l'enfant en consultation, ce qui semble être un phénomène récent.

M3 : "Moi j'suis assez frappé quand même de l'évolution qu'on observe depuis 15 ans [...]y'a quand même plus de papas que dans le temps qui s'investissent dans le suivi des enfants, et qui viennent en consultation : soit qui viennent en couple avec le bébé pour le suivi, premier jour, sortie de la maternité tout ça, ou plus tard ; soit qui viennent tous seuls, de plus en plus, ça c'est quand même assez nouveau"

Dans certaines familles, le papa peut parfois même être plus présent que la maman en consultation.

M3 : "J'avais même eu une fois une année un papa qui avait pris un congé parental. Sa femme travaillait et lui il avait pris un congé parental pour s'occuper du bébé donc une situation qui est quand même encore assez rare. Donc lui c'était le papa super investi. "

Un des MG précisait que lors de ces consultations, les papas ne faisaient pas seulement acte de présence. En effet, certains présentent un réel intérêt pour le suivi médical de leur enfant.

Enfin, un des MG insistait sur l'évolution de l'image des pères en observant certains papas ayant des comportements que l'on aurait pu juger « maternels » quelques années auparavant.

M2 : "On voit des papas qui viennent avec le porte bébé là (mime le porte bébé devant le torse).. Alors avant on les voyait plutôt avec le porte bébé dans le dos, maintenant on les voit avec l'écharpe de portage et tout ça.. C'est-à-dire qu'ils ont des positions qu'on aurait quand même pu qualifier de maternantes y'a quelques temps quoi."

2.2.2. Facteurs modulants l'implication des pères et futurs pères

Le travail, la disponibilité

Plusieurs MG faisaient le constat que la présence ou non des pères en consultation pouvait être expliquée en grande partie par leur disponibilité.

En effet, les pères qui travaillent sont moins disponibles pour venir en consultation.

M3 : "Donc effectivement pendant la grossesse du 3e il était pas beaucoup présent aux consultations de suivi de grossesse parce qu'il travaille et il était pas disponible aux horaires où sa femme venait."

Certains MG émettaient également plusieurs hypothèses à propos d'autres facteurs pouvant impacter l'investissement des papas.

Le niveau socio-économique

Un des MG s'interrogeait sur le fait que le niveau socio-économique puisse influencer sur l'investissement des papas, son hypothèse étant que les pères des catégories socio-économiques plus élevées étaient plus investis.

M2 : "On est pas sur les communes les plus dévalorisées de la région quoi. Donc peut être que euh je sais pas si cet investissement est fonction aussi de la catégorie sociale en même temps je sais pas."

Le milieu de vie rural/urbain

Un autre MG se demandait si les pères vivant en milieu urbain ne venaient pas plus en consultation que les pères vivant en milieu rural.

M6 : "Je sais pas si c'est vrai ou si c'est une fausse représentation, mais que dans les milieux ruraux, les papas ne viennent pas beaucoup. Et dans les milieux urbains, ils viennent plus, tu vois. Mais je sais pas si c'est une juste représentation."

L'origine, la culture

Enfin, deux MG émettaient l'idée que la place du père était différente d'une culture à l'autre, ce qui pourrait expliquer des différences dans l'investissement des pères dans leur paternité dans certaines familles d'origine étrangère.

M9 : "Alors après, c'est peut-être spécifique à notre patientèle. On a une patientèle avec des origines différentes : on a beaucoup de Turcs, beaucoup de gens qui viennent du Maghreb. Peut-être que culturellement, le suivi de la grossesse il se fait pas à deux"

M8 : "Y'a pas mal de familles où le papa a une place très particulière. Je dirai que chez certaines familles de patients africains, et bien le rôle du papa est vraiment limité. Y'a des familles où le papa ne vit pas avec le reste de la famille. Madame reste avec les enfants. Le papa il est pas là, il a sa vie ailleurs."

2.3. Apports du congé paternité

Quasiment tous les MG évoquaient spontanément l'impact positif du congé paternité.

Tout d'abord, le congé paternité permet aux pères d'être plus présents à la maison et de s'investir davantage dans leur rôle de père en post-natal.

M3 : " Je pense aussi que le congé paternité rallongé y fait aussi. Ça leur donne au début, surtout les premières semaines, une présence plus importante que dans le temps. Donc automatiquement peut-être ils s'investissent plus, ils se sentent plus à l'aise euh voilà"

En libérant les pères de leur travail, le congé paternité leur offre la possibilité d'assister aux consultations de leur nourrisson. Ainsi, les pères viennent beaucoup plus qu'avant aux consultations des enfants, au moins pendant la durée du congé paternité.

M7 : "Je vois beaucoup de papa en consultation lors du premier mois de la vie de l'enfant, depuis qu'il y a le congé paternité qui dure un mois, ça a vraiment changé, je trouve, la prise en charge du trio mère/bébé/papa à la naissance"

M5 : "Ba tant qu'ils sont en congé paternité, j'ai l'impression qu'ils viennent quand même, sauf si y'a des grands. Tant qu'ils sont en congé pater ils profitent. Après en général non ils sont plus là. "

Cette possibilité de présence et d'implication semble donner aux papas la possibilité de prendre leurs marques et de trouver leur place pendant cette période-là.

M7 : "Le père a une place plus prépondérante au cours des premiers jours de vie de l'enfant, des premières semaines de vie. Depuis qu'il y a le congé paternité. Ça c'est flagrant pour moi."

Une des MG estimait qu'il était plus difficile pour les pères de prendre leur place une fois qu'ils avaient repris le travail. Elle soulignait d'ailleurs le fait que selon elle, le congé paternité était trop court.

Outre l'effet bénéfique sur les papas, le congé paternité semble avoir un impact familial global très positif. Ainsi, un des MG constatait que les mamans semblaient plus détendues depuis que les papas étaient présents avec elles à la maison.

M7 : " Moi je trouve que les mamans sont beaucoup plus détendues depuis que les papas sont un mois à la maison. "

Ces mamans rapportent moins de difficultés de couple.

Par ailleurs, les parents étant tous deux plus détendus, ils semblent mieux gérer ensemble les difficultés qui pouvaient se présenter à eux.

2.4. Vécu des pères

2.4.1. La paternité comme bouleversement intrafamilial

Plusieurs MG identifiaient bien le fait que devenir père induisait un bouleversement dans la vie des hommes, d'autant plus lorsqu'il s'agissait d'un premier enfant.

En effet, l'arrivée de l'enfant vient modifier le schéma familial jusqu'alors en vigueur.

M2 : "Parce que c'est aussi un moment de changement du système familial, le système conjugal qui devient parent si c'est le premier"

Le rythme de vie du couple se retrouve totalement modifié.

Cette nouvelle situation mène à une nouvelle organisation intrafamiliale du mode de vie.

M9 : "Y'en a quand même beaucoup qui vont dire que comme la maman elle va s'occuper principalement du nouveau-né, sur les premiers mois, eux vont essayer de faire le reste. Et donc ba du coup y'a euh, pas une égalité mais, en tout cas la balance du couple d'avant elle change un petit peu et donc ça modifie leur quotidien. "

2.4.2. Impact physique de la paternité

Deux MG évoquaient des situations de couvade, dans lesquelles les pères avaient rapporté une prise de poids pendant la grossesse de leur conjointe.

"M6 : Par contre des papas qui ont fait des couvades, ça j'en ai vu.

C : Ah oui ? Alors ça se manifestait comment ?

M6 : Ouai. Ah bein, en fait, effectivement y'a comme un cocooning de la mère, qui fait qu'ils sont tellement aux petits soins, ils mangent beaucoup, tu les vois prendre du poids et euh.. ouai"

2.4.3. La paternité, source de questionnements

Puisque le fait de devenir parent est source de nouveauté et parfois d'inconnu pour les nouveaux parents, cette situation peut induire de nombreux questionnements.

Les MG ont pu évoquer certains questionnements récurrents des patients en période périnatale.

La santé de la femme enceinte

M1 : "Donc ils ont des questionnements sur la grossesse, la naissance, etc mais c'est plutôt tourné vers la santé de la femme plutôt que vers leur santé à eux"

La sexualité pendant la grossesse

M6 : "Je me rappelle qu'on avait discuté des rapports sexuels pendant la grossesse en fait. Ils s'étaient posé des questions : savoir si ça dérangeait le bébé, si c'était bon de le faire ou pas.."

L'allaitement

M8 : "L'allaitement vous en pensez quoi ? ». Y'a des papas qui s'interrogent sur l'allaitement."

L'accouchement et la place du père lors de l'accouchement

M8 : "Sur leur place, avec des questions qui sont parfois aussi les questions de leurs épouses mais pas toujours. « Et ça va être long la naissance ? » « Et moi je peux faire quoi ? » « Et comment je sais que je dois l'emmener ? »"

Questions matérielles sur l'accueil d'un nourrisson

M8 : *"Et puis des questions sur « comment on accueille un petit bébé quand il arrive ? Qu'est-ce qu'on achète ? C'est bête mais qu'est-ce qu'on achète ? Vous pensez quoi du lit ? Vous pensez quoi de la poussette ? »"*

Développement du nourrisson

M6 : *"Ils ont eu des questions mais c'était des questions logiques de développement, par rapport à l'alimentation, par rapport au rythme de sommeil, etc. Tous les deux étaient intéressés par les sujets et les réponses."*

Les pleurs du nourrisson

M1 : *"C'est la question de « comment je fais avec cet enfant par exemple qui pleure la nuit ?"*

2.4.4. Difficultés évoquées par les pères

Les MG évoquaient de nombreuses situations où leurs patients avaient pu se retrouver en situation de difficulté en période périnatale.

Ces difficultés pouvaient survenir dans des contextes particuliers de renoncement à la paternité. Ainsi une MG évoquait le suivi de plusieurs patients dans des contextes d'infertilité ou encore d'IVG non désirée.

M6 : "Ce qui était intéressant c'est que quand il évoquait sa paternité, il était très triste aussi par rapport à sa conjointe en fait qui ne pourrait pas porter d'enfant et pour qui c'était important. "

M6 : "J'ai vu quelqu'un qui était mal, enfin même 2 jeunes hommes, qui avaient chacun une relation et puis grossesse non désirée. La femme a décidé d'avorter, et eux étaient pas dans cet optique-là. Et ils sont venus parce qu'ils étaient pas bien du coup."

L'arrivée d'un enfant peut également être source de certaines difficultés.

M1 : "L'arrivée d'un enfant dans un couple, les lignes bougent... et donc il peut-il peut y avoir des tensions, il peut y avoir des choses où donc là le père, en l'occurrence, peut se retrouver mis dans une situation de difficulté "

En effet, une MG rapportait suivre un nombre non négligeable de pères « en difficulté » depuis la naissance de leur enfant.

Elle soulignait d'ailleurs le fait que ces difficultés ne survenaient pas seulement à la naissance d'un premier enfant. Dans les situations qu'elle évoquait, il s'agissait par exemple de difficultés survenant à la naissance de troisièmes enfants.

M8 : "Ce papa me fait penser à un quatrième papa [rire] donc la petite fille a quatre mois, troisième enfant là aussi, trois enfants très rapprochés, c'est fou c'est que des troisièmes [rire]"

Nous évoquerons ici les principales difficultés des pères repérées par les MG.

Les troubles du sommeil

M5 : "J'ai des papas qui souffrent de la fatigue. Vraiment beaucoup de fatigue liée aux nuits incomplètes donc après la naissance. Y'a parfois des papas pas plus angoissés que ça de base, mais qui peuvent parfois être tellement fatigués que presque dépressifs quoi."

Les pleurs du nourrisson

M6 : "Ils me disaient que parfois ils avaient envie de secouer leur enfant. Enfin ils ont pas dit qu'ils voulaient le secouer. Ils ont dit qu'il y a des moments, ils en pouvaient plus de ses pleurs du soir, de pas pouvoir dormir... et voilà."

Manque de temps, difficulté à tout gérer

M10 : "Le fait de commencer une deuxième journée dans la journée. Se dire qu'une journée c'est trop court en fait pour faire tout ce qu'il faudrait faire."

Manque de temps pour soi

M8 : "Pour dire qu'il y arrivait plus. Qu'il avait plus de temps pour lui"

Comprendre et soutenir une conjointe en difficulté

M10 : "Le fait de ne pas comprendre pourquoi est-ce que maman ne va pas bien. Et d'être complètement désarçonnés, de se dire « ba en fait on a un bébé, ça va bien, c'est le plus beau moment de notre vie, et en fait ba maman ça va pas ». Et donc voilà, ne pas réussir à se positionner autour de ça."

M6 : "Ce qui a pu être verbalisé c'est aussi le fait de sentir la maman fatiguée et de pas savoir comment l'aider..."

Trouver sa place...

Dans la nouvelle famille

M8 : "Il arrive pas à trouver sa place en fait dans cette nouvelle famille... Et lui il souffre énormément de tout ça"

De père

M3 : "Après y'a des papas qui expriment le fait que bah ils sont pas très à l'aise avec le nouveau-né, qui sont plus à l'aise après quand l'enfant grandit, quand il arrive à 2-3 ans ou en âge scolaire, donc y'en a qui peuvent exprimer assez clairement que bah ils attendent un peu que l'enfant grandisse pour se sentir papa quoi."

Notamment en contexte d'allaitement

M10 : "Deuxième difficulté : difficulté de position du papa quand y'a un allaitement. Euh... de trouver sa place « je sers à quoi dans tout ça ? »"

De père et de conjoint au milieu de la dyade maman-bébé

M8 : "D'autres papas qui disent que leur femme est très fusionnelle avec bébé et que eux ils aimeraient bien retrouver leur place de papa, et de mari, aussi, auprès de la maman."

M8 : "Des papas qui s'interrogent, qui ont envie de prendre place, mais on sent que la maman elle prend le lead immédiatement. Et je perçois une envie, chez certains, d'y aller, de le faire, mais... ils savent pas trop comment. Ils savent pas trop comment parce que maman elle prend toute la place quoi. Et eux ils la prennent comment leur place ? "

Difficultés de couple

M8 : "Ba pas plus tard qu'hier, un papa qui s'est effondré en larmes en disant que depuis la naissance de leur petit garçon, là aussi, qui a six mois, ils se comprenaient plus avec son épouse. Là encore, une naissance qui a été faire irruption dans le couple de façon assez brutale..."

M8 : "Il parlait de sa compagne en l'appelant « maman », systématiquement, ce que je trouve assez particulier. Et en fait ça a fait surgir beaucoup de difficultés de couple qui je pense étaient sous-jacentes alors qu'ils étaient ensemble depuis quinze ans."

2.4.5. Impact sur la santé mentale

Outre les émotions positives ressenties la plupart du temps par les papas du début de la grossesse à l'arrivée de l'enfant, la période périnatale peut aussi être source d'émotions plus négatives. Ces émotions peuvent être directement rapportées par les pères ou bien perçues par les MG en consultation. Ici, les MG mentionnaient principalement la peur, la colère, le désarroi.

La peur

De l'accouchement

M8 (en évoquant l'accouchement avec un futur papa) : "Je le sentais à la fois terrifié et excité par la chose. "

De ne pas trouver sa place de père

M8 : "Peur de pas trouver leur place parce que c'est quoi la place d'un papa aujourd'hui ? Je trouve qu'avant c'était clair la place d'un papa. Ici, culturellement dans ma patientèle, y'a des papas pour qui c'est très clair hein la place du papa. Une place très très traditionnelle hein. Donc eux ils s'interrogent pas trop. Leur place de papa... c'est clair. Mais chez les nouveaux papas : ces papas qui essaient d'être un peu déconstruits. Ah là c'est compliqué ! C'est quoi la place du papa ? C'est dur. C'est dur pour eux. "

De ne pas savoir s'occuper d'un bébé

M8 : "Et c'est bête mais je trouve beaucoup de papas qui s'interrogent sur « comment on fait ? J'ai peur de pas savoir faire avec mon tout petit. J'ai peur de pas savoir changer une couche. J'ai peur de pas savoir donner un biberon, de ne pas savoir l'habiller. C'est si petit, c'est si petit »."

M8 : "Y'a des papas qui ont l'impression qu'on est mieux armées en tant que femmes. "

De manipuler le jeune enfant

M6 : "Ba, moi j'ai rencontré des papas qui étaient pas à l'aise avec ces bébés tout petits en fait, qu'ils avaient peur de casser, qui avaient peur d'être maladroits... ou qui se sentaient maladroits aussi"

De l'échec

M8 : "Peur de pas être à la hauteur"

D'être un mauvais papa

M8 : "Avait peur de mal faire pour sa fille, avait peur qu'elle souffre inutilement, qu'il soit un mauvais papa. "

M8 : "Peur de pas être un père stable aux vues des choses qu'il avait lui subit dans l'enfance. Pas peur de reproduire mais peur de pas avoir un schéma très stable à proposer pour un tout petit"

De reproduire des violences

M8, citant un papa : "« Je me sens en difficulté parce que moi j'étais violenté quand j'étais enfant et puis j'ai peur de pouvoir devenir un jour un papa violent vis-à-vis de mes enfants »"

D'être surveillé par la conjointe

M2 : "Tout ça ça lui faisait un petit peur... dans son histoire.. « Ça me stresse... euh... voilà j'ai peur que ma femme m'observe, qu'elle surveille, qu'elle vérifie que je suis pas comme mon père... »"

Des accidents domestiques

M3 : "Ils peuvent parfois exprimer qu'ils ont un peu peur des accidents domestiques"

La colère, le désarroi

M10 : "Et après oui, il peut y avoir le sentiment un peu de colère, le fait d'être désemparé, cette situation de « j'arrive pas à répondre aux besoins de bébé », du tout petit bébé qui pleure"

Plusieurs MG évoquaient également des situations où les pères avaient développé de véritables troubles psychiatriques comme l'anxiété et la dépression, avec dans certains cas, un risque suicidaire associé.

Anxiété

C : "Quand ils viennent pour un mal-être, quelles plaintes ils vous rapportent ?

M2 : Alors euh souvent c'était de l'anxiété."

M5 : "Par exemple je suis actuellement un papa, qui était futur papa à l'époque, qui était très angoissé, première fois qu'il devenait papa.. Et le fait d'être papa c'était quelque chose qui était très anxiogène pour lui."

Dépression

M8 : "Et en fait un papa ba qui s'est senti complètement dépassé. Aujourd'hui je le suis pour une dépression. Parce qu'en fait il s'est pas senti les épaules pour tout ça... Alors est-ce que on peut parler de dépression du post-partum chez lui, je sais pas. Mais en tout cas il a quelque chose comme ça, avec un score de Hamilton qui confirme une dépression légère. Mais une dépression dans cette période post-natale, avec ce tout petit garçon à gérer"

M5 : "Ces patients-là, ces monsieurs que j'ai mis sous antidépresseur, j'en ai au moins trois en tête, tous les trois ils étaient papas depuis pas longtemps. "

M5 : "Y'en a un des trois qui a fait une crise suicidaire et qui a fini du coup plutôt hospitalisé et tout ça."

2.4.6. Facteurs de vulnérabilité identifiés par les MG

En évoquant ces situations cliniques avec des pères en difficulté, les MG ont pu émettre, directement ou indirectement, des hypothèses concernant de potentiels facteurs de vulnérabilité des pères.

Facteurs de vulnérabilité liés aux papas

Tout d'abord, ils évoquaient des facteurs liés aux pères et à leur santé.

Age élevé

Un des MG émettait l'hypothèse que devenir parent à un âge élevé était peut-être un facteur de risque d'anxiété.

M5 : "Celui auquel je pense là, il avait une grosse angoisse, pareil. Donc euh première grossesse, à l'âge un peu – peut être que l'âge des parents est un facteur de risque d'anxiété des parents-, en tout cas-là entre 38 et 40 quoi"

Terrain psychique préexistant

Plusieurs MG évoquaient également des situations dans lesquelles les pères avaient déjà des antécédents psychiatriques ou des terrains psychiques jugés « fragiles » avant la période

périnatale. Ils décrivaient principalement des patients à tendance anxieuse. La survenue de la grossesse ou l'arrivée de l'enfant venait alors faire décompenser cette anxiété sous-jacente.

M1 : "Ça répond souvent à des structures psychologiques particulières. C'est-à-dire que euh... les papas inquiets sont souvent des jeunes patients inquiets aussi, des patients inquiets par ailleurs hein"

M5 : "Il était suivi déjà par un psy et tout ça. C'est des hommes angoissés de base. La question c'est, chez des hommes pas angoissés, est-ce qu'on découvre des dépressions ou de l'anxiété à l'arrivée du bébé ? J'ai pas trop d'exemple."

Un des MG précisait d'ailleurs que, selon lui, les dépressions périnatales survenaient principalement chez ces patients « fragiles ».

M1 : "Euh... les événements tous les gens les vivent, tout le monde déprime pas. C'est pas n'importe qui qui fait une dépression du post-partum, j'en suis persuadé."

Facteurs de vulnérabilité liés à la maman

Mal-être chez la conjointe

Les MG mentionnaient également des situations dans lesquelles l'état de santé de la maman pouvait être évoqué comme potentiel facteur de vulnérabilité.

Une des MG évoquait une situation avec un père suivi pour une dépression périnatale. Elle mentionnait un mal-être concomitant chez la conjointe.

M8 : " Avec une maman ba qui évidemment est au bout du rouleau"

Facteurs de vulnérabilité liés à l'environnement dans lequel survient la grossesse

Dans certaines situations, les MG constataient que les difficultés survenaient dans des contextes environnementaux particuliers.

Instabilité socio-professionnelle

Les MG évoquaient des situations où le mode de vie des patients était instable en période périnatale. Ils rapportaient par exemple des contextes de déménagement ou de recherche d'emploi.

Un MG racontait également une situation dans laquelle l'enfant avait été placé à la naissance.

M3 : "J'ai eu un vécu avec une famille, un couple que je suis, où l'enfant a été placé à la sortie de la maternité, et là j'ai beaucoup vu le papa en consultations pour lui. Qui était très en colère, qui était très déprimé etc. Donc il voulait beaucoup parler de ses difficultés liées à la paternité quoi, dans un contexte lié au placement."

Contexte de conflit familial

Un MG se remémorait une situation avec un couple qui était en difficulté. Il précisait que le bébé de ce couple pleurait beaucoup. Dans cette situation, la maman était en conflit avec sa propre mère. Le MG s'interrogeait donc sur l'influence que pouvait avoir ce conflit sur l'ensemble de la sphère familiale.

M4 : "Et je sais que l'ainé dont le fils pleurait beaucoup, ils étaient en difficulté, et le père et la mère, et ba c'est celle qui était très fâchée contre sa mère. Et elle ne voulait plus la voir. Donc vous voyez y'a peut-être une dynamique familiale"

Antécédent de violence

M2 : "Ou alors aussi des papas qui sont dans un mal-être par rapport à leur histoire par exemple. J'en ai un qui me vient à l'esprit, qui avait été victime de violences sexuelles quand il était enfant, bon ba là il avait des difficultés, là ça lui est revenu un petit peu"

Facteurs de vulnérabilité liés au parcours obstétrical

Parfois, les difficultés semblaient être favorisées par des parcours obstétricaux particuliers.

Grossesses non ou partiellement désirées

M8 : "Elle m'a dit « moi de toute façon j'avorterai pas une nouvelle fois. Je ne peux pas. ». Je me suis tournée vers le papa qui est pas un patient à moi, qui est un patient d'un de mes associés, et qui a dit « Oui oui cette fois-ci je la suis... » mais je le sens très paniqué mais il est là et lui ça lui arrive d'amener sa petite fille et sur les suivis de grossesse ba je l'ai vu trois fois, et après le suivi de grossesse il est venu. Mais je le sens paniqué. "

Infertilité/parcours PMA

M6 : "Ça me fait penser à un autre couple que j'ai suivi dont je suis le médecin traitant d'elle mais pas de lui, et leur enfant en fait il est suivi par le pédiatre etc, enfin c'est une hyper protection parce que c'est un bébé FIV aussi [...] mais alors eux c'était la panique enfin on sent l'hyper protection, l'inquiétude etc"

Grossesses multiples et nombre important d'enfants à charge

M5 : "J'en ai encore un autre tiens : un papa de jumeaux [...] et parfois le papa il est sous l'eau. Y'en a un qui a une otite, l'autre qui a une gastro, il doit aller aux urgences avec les deux... enfin bon il est fatigué quoi. Et parfois il pleure"

Complications obstétricales et accouchements traumatiques

Un MG racontait par exemple une situation avec un futur papa anxieux dans un contexte de diabète gestationnel chez sa femme.

D'autres MG évoquaient des situations avec des papas chez qui ils avaient perçu une souffrance, pas toujours exprimée par les pères. Cette souffrance semblait favorisée par des événements obstétricaux traumatiques anciens ou récents.

M8 : "Un parcours très difficile avec énormément de fausses couches. Deux ans avant, le décès d'un bébé sur une circulaire du cordon donc une situation de périnatalité compliquée. Et là ce petit garçon qui arrive un mois trop tôt parce que déclenché, parce que grossesse très compliquée de nouveau"

Facteurs de vulnérabilité liés au bébé

Problèmes de santé et/ou de comportement

Enfin, les MG rapportaient des situations dans lesquelles on pouvait supposer que l'état de santé et le comportement du bébé, avec un enfant qui pleure beaucoup notamment, avaient joué un rôle dans l'apparition de difficultés.

M6 : "Je pense à un papa qui a deux enfants et dont le deuxième a eu une complication à la naissance et pour le coup il a été réhospitalisé pendant quinze jours, avec la maman. Et du coup le papa s'est occupé de l'ainé. Donc ça il était très à l'aise y'avait pas de soucis. Mais euh.. il a eu du mal à trouver sa place de père, dans cette situation, avec le deuxième."

M6 : "Donc c'est un enfant qui du coup pleurait beaucoup tout le temps, qui était pas bien en fait, qui a des problèmes digestifs et d'asthme et donc euh... c'est un bébé qui avait beaucoup besoin d'attention, de soins et de présence. Et donc c'était compliqué."

2.5. Répercussion familiale du vécu de la paternité

Les MG évoquaient plusieurs situations où le mal-être du père se répercutait de manière évidente sur l'ensemble de la sphère familiale.

Répercussions sur la maman

M5 : "Mais j'ai dû prolonger l'arrêt de maman parce que papa était trop angoissé pour s'occuper du bébé."

Répercussions sur le couple

M8 : "Sauf que Madame elle est aussi dans ses difficultés du post-partum et ils arrivent plus à échanger, et c'est un couple qui aujourd'hui est au bord de la séparation"

Répercussions sur l'investissement du père auprès de son enfant

M8 : " Il est à la maison, il dit « de toute façon je suis en dépression » et il se désinvestit complètement de son rôle dans la famille"

Répercussions sur la santé et le développement du bébé

M5 : "Quand les parents me semblent un peu dépassés, que le papa ne tient pas le choc - parce que souvent c'est un peu la maman qui est un peu dépassée et puis du coup le papa en général il tient le coup - mais si le papa ne tient pas le coup, ce qui arrive du coup dans ces cas-là, et bein assez souvent, enfin très rapidement, on voit sur le bébé des symptômes de tristesse j'trouve. Enfin je trouve qu'on voit des bébés qui sont affectés par ça. "

M10 : "J'ai tellement vu de bébés dépressifs parce que les parents le sont. Des parents qui ne vont pas bien et des bébés qui sont en miroir et qui s'éteignent parce qu'ils veulent pas s'imposer vis-à-vis de leurs parents parce qu'ils voient que leurs parents sont en difficulté... c'est des retard derrière de développement, du retard dans la relation avec les parents, et ça c'est du temps de perdu"

Quelques fois, les difficultés peuvent s'exprimer de façon plus atypique et plus dramatique. Ainsi, un MG évoquait des situations dans lesquelles les difficultés des pères à gérer leur paternité s'exprimaient par une fuite du père ou par l'apparition de violences intra-familiales.

Fuite du père

M4 : " Le père est parti pendant la grossesse. Il a quitté la mère quand elle a su qu'elle était enceinte. "

Apparition de violences

M4 : "J'ai une autre situation qui me vient mais qui est aussi une autre situation hyper tordue où le père était devenu violent en fait, avec la mère."

M4 : "C'est vrai que les expériences de difficulté des pères c'est surtout des expériences où les pères ont affaire avec la justice parce qu'il y a de la violence. Et je sais que c'est... voilà. C'est un symptôme de difficulté. Enfin de difficulté des pères avec l'arrivée d'un bébé dans la relation de couple avec la mère. Et je sais que ça peut mal finir."

2.6. Habitudes des pères en termes de recours au MG

Plusieurs MG rapportaient que globalement, les jeunes hommes consultaient peu, encore moins pour des raisons préventives.

M1 : "Les hommes jeunes ne consultent pas, très rarement."

M2 : "25/35 ils sont pas souvent malades. Ils ont peut-être pas l'habitude, c'est pas souvent l'âge où on fait la prévention euh c'est pas là où on les voit consulter beaucoup..."

En période périnatale, les patients ne prennent pas rendez-vous « pour aborder la paternité », ou du moins, ce n'est pas le motif énoncé initialement.

Dans cette population, les principaux motifs de consultations sont les certificats médicaux et les problèmes de santé aigus.

M4 : "C'est vrai que les hommes, les jeunes hommes, on les voit beaucoup sur des certificats de sport, des problèmes traumatiques, des symptômes médicaux, mais ils vont pas venir pour nous parler de leur difficulté d'être père ça c'est sûr."

En consultation, les patients abordent peu leur paternité de manière spontanée.

M6 : "Nan je pense que si t'es pas au courant, c'est pas des choses que les papas disent ouvertement « tiens je vais être papa dans 9 mois » "

Un MG précisait que s'il essayait de l'introduire, les patients ne s'étaient pas non plus sur le sujet.

M8 : "Je trouve que non ils en parlent pas de leur paternité. Pourtant à chaque fois que je vois un Monsieur qui a eu un enfant récemment, je demande des nouvelles de l'enfant, de si lui il vit bien cette nouvelle position de papa. Et souvent, je trouve que c'est un peu balayé d'un revers de main « oui oui ba ça va, il fait pas encore ses nuits... » bon voilà."

En cas de difficultés, celles-ci ne semblent pas toujours exprimées par les pères.

M7 : "Pas facile pour les papas de s'exprimer ! J'pense qu'ils ont... Ils peuvent avoir du mal à exprimer leurs difficultés... Effectivement ils en ont peut-être, mais ils le disent pas. "

Plusieurs MG affirmaient que les pères avaient tendance à se censurer. Deux MG suggéraient que les hommes exprimaient moins leur ressenti que les femmes notamment.

M9 : *"Je pense que même si le papa est là, il va avoir très certainement tendance à moins dire, peut-être moins que la mère, pour qui maintenant c'est normal de pouvoir expliquer les difficultés. J pense qu'on est encore dans une société, où les difficultés de certains, enfin des hommes, entre guillemets, y'a une sorte de... ils se censurent plus, par peur de j'sais pas quoi. J pense qu'il y a une autocensure"*

En plus de taire leurs difficultés, les papas peuvent simuler et faire semblant d'aller bien en consultation.

M5 : *"Parfois y'a des papas qui font semblant. Et autant les mamans on les voit fréquemment, avec le bébé tous les mois, toute la grossesse puis tous les mois. Donc en fait si ça doit plier, même si elle doit faire semblant quelques fois, elle finit par plus y arriver. Autant les papas, comme je les vois moins souvent, et ba si ils font semblant au moment où je les vois et que je leur dis « du coup ça va ? », et bein parfois je les loupe je pense. Donc le frein c'est de montrer qu'ils sont au top. "*

Ainsi, une partie des MG expliquaient qu'ils n'avaient pas de situations à évoquer avec des pères en souffrance psychique.

M9 : *"J'ai jamais eu d'évocation de difficultés autres : ni psychique, ni d'ordre justement de difficulté à appréhender ce qu'être père etc. Euh... fin pas de souvenir en tout cas"*

D'autres MG racontaient des situations où les difficultés des pères étaient rapportées par leurs conjointes.

M7 : *"C'est la maman qui m'a expliqué les difficultés du papa. Le papa lui, nan, il en a pas parlé. C'est après quand j'ai vu la maman seule. "*

M5 : "Souvent j'interroge quand même quand ils sont pas là et que j'avais perçu un truc. Quand la maman vient avec le bébé « et papa ça va comment..? Parce que j'ai senti que la dernière fois c'était un peu compliqué, il m'a dit que tout allait bien mais j'étais pas sûre », et parfois la maman elle me dit « ah oui oui ça va pas du tout.. » ou alors « oui c'est vrai que parfois ça va pas » "

Certains MG se remémoraient tout de même des situations où des pères avaient consulté pour aborder leur santé mentale. Cependant, les MG soulignaient que les pères consultaient souvent à un stade avancé de mal-être.

M8 : " Et donc j'ai bien senti que c'était de plus en plus fatigant pour lui, qu'il se sentait de plus en plus à fleur de peau à chaque rencontre. Et donc la dernière fois il est venu consulter tout seul, enfin avec son fils mais pour lui. Et il s'est effondré en larmes. "

M8 : "Ils viennent à un stade avancé. Dépressifs ou pas loin."

Parfois, ils attendaient que leurs conjointes les poussent à consulter.

M2 : "Sa partenaire lui avait dit « ba écoute ça serait bien que t'aïlles en parler parce que tu te prends la tête avec ça... [sifflement], à un moment donné euh »"

En outre, les MG précisait que les pères tardaient souvent à établir le lien entre leur souffrance et la période périnatale, ou du moins, ils ne le verbalisaient pas tout de suite en consultation.

M8 : "Et là le papa.. à l'occasion d'autre chose, de quelque chose qui s'est passé au travail en fait, a complètement explosé et a dit que.. qu'il y arrivait plus quoi, depuis la naissance de ce petit garçon"

2.7. Freins des pères pour aborder leur vécu en période périnatale

Sentiment d'illégitimité

En consultation, les pères semblent vouloir renvoyer l'image du « bon papa » que la société attend d'eux.

M5 : "Ils ont à cœur d'être des bons pères. Ça peut être après, avec tout ce qu'on voit, le féminisme et machin, ça leur met une pression de dingue en fait ce truc-là. Donc ils sont là à vouloir être tellement au top qu'en fait quand on leur dit « et vous vous y arrivez ? », ils vous disent « ah oui oui j'y arrive très bien » [rires]. "

En effet, les papas sont « censés » être heureux en période périnatale.

M5 : "Dans une première grossesse, déjà y'a un peu l'injonction d'être heureux. Donc si ils vont suffisamment bien, normalement ils montrent du bonheur."

On attend également d'eux d'être des hommes « forts ».

M1 : "Ça veut pas dire que les gens souffrent pas mais euh je pense aussi que y'a peut-être euh... le fait que les hommes vont pas forcément s'autoriser à déclarer être en souffrance alors que l'enfant va arriver, que leur femme va accoucher et que donc symboliquement il faut que l'homme soit un petit peu fort et que donc s'effondrer c'est pas terrible. "

Etant donné le décalage entre l'image du « bon père » qu'ils avaient à l'esprit et leur ressenti réel, les pères semblent culpabiliser et ne se sentent pas légitimes à venir consulter et déposer leur plainte.

M8 : "Je trouve qu'il y a une espèce d'omerta, faut pas dire quoi. Alors déjà pour les mamans faut pas dire que c'est difficile. Mais alors déjà si les mamans ont pas le droit de se plaindre, les papas ont encore moins le droit de se plaindre"

M8 : "Et ils se sentent pas bien, d'arriver dans cet état-là : « mais ma femme aussi elle est pas bien ». « Oui oui ba vous avez le droit d'être tous les deux pas biens. ». Ou « pourtant c'est ma femme qui se lève la nuit ». Enfin une sorte d'impression de pas être légitime de craquer quoi."

Peur du jugement

Les MG ressentent que les pères avaient peur d'être jugés.

Ceux-ci semblent craindre d'être jugés par la société en général.

M9 : "J'pense qu'il y a un égo masculin qui fait que aussi y'a une sous déclaration. Y'a une sous déclaration des difficultés. Comme y'a une sous déclaration des troubles psychiques de la grossesse, parce que on a peur d'être un mauvais papa, on a peur d'être une mauvaise mère, on a peur d'être jugé. Et de ce fait là, en fait, y'a peu de gens qui en parlent. "

Les MG percevaient également une peur d'être jugés par les conjointes. En effet, lorsque les conjointes sont présentes également, les hommes ne paraissent pas à l'aise pour aborder certains versants de leur paternité et ont tendance à s'auto-censurer, peut-être par peur de représailles et d'un impact négatif sur leur couple. De fait, ils s'expriment peu ou utilisent l'humour pour envoyer certains signaux sans entrer dans les détails.

M8 : "Et là j'pense qu'il s'autorise pas en fait, à en parler. Ça se voit qu'il est pas à l'aise. Ça se voit qu'il est inquiet. Bon je pense qu'au final ça se passera bien. Mais il a l'air très inquiet et il le verbalise pas, il y arrive pas. Par crainte peut-être que ça lui soit reproché, que ça lui coute son couple... pleins de choses je suppose... mais c'est dur. J'attends le moment où peut-être je vais le revoir tout seul, pour leur petite fille de deux ans, quand elle sera malade ou pas bien, je dirai « bon bien et vous ? »"

Un des MG rapportait d'ailleurs qu'il ne s'agissait pas que d'une crainte mais que les pères étaient parfois réellement jugés par les conjointes. Ainsi, il rapportait des consultations au cours desquelles les mamans entravaient ouvertement la discussion entre les MG et les papas, soit en lançant un regard muselant au papa, soit en le réprimandant lorsqu'il tentait de s'exprimer.

M8 : "Je trouve assez souvent, des mamans qui peuvent être, je dirais pas « humiliantes » mais désobligeantes vis-à-vis du papa. Ou des mamans qui sur le ton de l'humour peuvent se moquer un petit peu du papa. Et autant y'a des papas que ça va pas gêner et qui vont quand même verbaliser. Mais je trouve qu'il y en a d'autres que ça va complètement freiner. Et je sens une espèce de regard des dames quand je dis « Ba et vous Monsieur ? Comment ça se passe pour vous ? ». Une espère ce petit rire gêné de Monsieur, qui sait pas trop si il doit répondre, et puis Madame qui scrute en mode « fais attention à ce que tu vas dire »."

Enfin, les pères peuvent appréhender un jugement de la part du MG.

M8 : "« Pourtant ma femme elle fait beaucoup ». « Oui oui ba elle peut faire beaucoup et pour autant que ce soit vous qui craquiez et c'est pas une honte ». Je sens qu'ils se sentent jugés. "

M10 : "Alors je me suis posé la question, est-ce que c'est parce que je suis un homme, qu'ils savent que je suis papas, que du coup ils se disent « faut que j'assure » parce qu'il est médecin donc il a certainement tout assuré."

Manque d'un espace dédié

Les MG rapportaient qu'il semblait difficile pour le père de s'imposer lors des consultations de suivi de grossesse et les consultations de l'enfant puisque ces consultations sont perçues comme des consultations dédiées à la femme et à l'enfant. Les pères ne se sentent donc pas légitimes à intervenir.

M1 : "Ou en tout cas s'ils ont des interrogations sur leur santé je trouve qu'ils ne les expriment pas, parce que euh qui est-ce qui consulte ? c'est la femme enceinte ! Et quand ils accompagnent leur enfant bein ils accompagnent leurs enfants et qui est-ce qui consulte ? C'est pas le papa c'est l'enfant."

Un MG soulignait le fait que les pères ne percevaient probablement pas plus leur place chez la SF qui est souvent perçue comme une soignante dédiée aux femmes.

M9 : "Mais pareil, je pense qu'il y aura aucun homme qui ira de façon spontanée voir une sage-femme, parce que pour lui c'est une sage-femme, c'est pour les femmes. "

Par ailleurs, il manque aux pères un espace où ils puissent s'exprimer en toute liberté.

M8 : "Je trouve qu'il y a pas de place pour le papa. C'est extrêmement dur pour les mamans. Je vais pas dire le contraire. Mais je trouve que les papas ils manquent d'un espace, d'un vrai espace de parole, où y'ait pas Madame, où y'ait pas les enfants."

3. Pratiques des MG en termes d'accompagnement à la paternité

3.1. Abord de la paternité par les MG et intégration des pères et futurs pères dans le parcours de soins périnatal

Plusieurs MG ont commencé par constater qu'il n'existait pas, dans leur pratique, de consultation dédiée à l'abord de la paternité et notamment pas de consultation de prévention.

M2 : "Alors c'est bien ça qui m'a interpellé dans le sens où je me suis dit « est ce que j'ai des consultations dédiées que à la paternité, orientées périnatalité, parentalité, tout ça ? » Et là je me suis dit « Bah.. non en fait ». "

Un des MG affirmait que la paternité « ce n'est pas un sujet de consultation ».

Les MG se sont donc questionnés sur leur façon d'aborder la paternité et d'intégrer les pères et futurs pères aux différentes étapes du parcours de soins périnatal.

3.1.1. En prénatal

Intégration aux consultations de suivi de grossesse

Certains MG disaient encourager les pères à se joindre aux consultations de suivi de grossesse.

M8 : " Justement on adapte sur le planning en mettant bien ça en fin de journée, le jour où c'est plus simple pour eux d'être présents."

Une des MG racontait qu'elle avait l'habitude de rencontrer les papas à cette occasion. Lors de ces consultations, elle essaie d'intégrer le père en s'adressant au couple et pas seulement à la femme enceinte.

M6 : "En fait j'expliquais ce que je faisais et quelles étaient les étapes suivantes, aux deux. Et je demandais aux deux s'ils avaient des questions. Voilà."

Elle essaie également de dédier un temps aux futurs papas en abordant avec eux leur place et leur vécu de la situation.

M6 : "Je pense que quand le papa est là, je lui demande assez facilement et directement comment il se projette, enfin si c'est une consultation avant la naissance, comment il se projette, comment il aimerait être, quelles sont ses craintes aussi, quelles sont ses peurs, qu'est ce qui peut le mettre en difficulté. "

Cependant, la plupart des MG rapportaient qu'ils n'avaient pas l'habitude d'inviter les pères à participer aux consultations de suivi de grossesse.

M5 : "Je propose pas systématiquement de rencontrer les papas. Mais c'est peut-être un tort, peut être ça serait bien."

Certains MG avouaient également que lorsque les pères se présentaient avec leur compagne, ils ne les intégraient pas forcément à la consultation.

En effet, les pères sont parfois perçus comme de simples accompagnants des femmes enceintes.

M3 : "Nan c'est vrai ils sont pas très très présents et si ils sont présents euh... eut-être que je leur donne pas trop la place. Ils sont là pour accompagner quoi (rires)"

Par ailleurs, une des MG expliquait qu'il pouvait être difficile de trouver le temps de s'adresser aux deux partenaires, notamment lors de la première consultation de suivi de grossesse.

M5 : "Ouai le test de grossesse positif ils viennent. Fin c'est pas rare que j'en ai qui soient là. Et là j'essaye de les prendre en compte mais j'avoue que parfois j'ai un peu de mal parce que c'est une grosse consultation le début de grossesse et parfois j'ai un peu du mal à leur donner leur place"

En ce qui concerne l'entretien du 4^e mois, certains MG ont l'habitude de le proposer et d'encourager la venue des pères. D'autres ne le proposent pas systématiquement. Un des MG interrogeait d'ailleurs sa pertinence quand le MG connaît déjà bien les parents de l'enfant à naître.

M3 : "Nous on a quand même une relation, on connaît les familles, les gens.. On les suit quand même depuis longtemps souvent donc la grossesse elle s'inscrit dans un suivi donc euh voilà quoi, pas besoin de faire un entretien du quatrième mois pour savoir dans quelles circonstances arrive cette grossesse quoi. "

Globalement, le suivi de grossesse s'effectue donc bien souvent sans les pères. Quelques MG expliquaient donc que ceux-ci étaient parfois évoqués de façon indirecte lors de discussions avec les femmes enceintes, par exemple lorsqu'ils discutaient de l'organisation pour préparer l'arrivée du bébé, ou encore du soutien disponible pour la femme enceinte.

M9 : "Si on aborde le conjoint, c'est vraiment principalement sur « est-ce que vous avez de l'aide à domicile ? » "

Les pères peuvent aussi être évoqués lors de l'abord de points biomédicaux comme le groupe sanguin ou encore la vaccination coqueluche.

En revanche, leur vécu semble peu interrogé en leur absence.

M9 : "Puisqu'ils sont pas là, ba je vais pas parler de paternité avec les mamans "

Un des MG signalait tout de même qu'il proposait aux mamans de rencontrer les pères s'ils en ressentaient le besoin.

M2 : " Par le biais de la maman quand on est dans le suivi de la grossesse où du coup quand on leur donne le planning je leur dis « on peut aussi rencontrer le papa si y'a besoin » "

A propos de la consultation dédiée aux pères

Aucun MG interrogé, sauf un, n'avait entendu parler de l'existence d'une consultation dédiée au père en prénatal.

"C : Et est-ce que par hasard tu aurais déjà entendu parler d'une consultation dédiée au papa, qui se fait en période périnatale justement pour faire le point spécifiquement avec les pères ?

M6 : Ba nan j'pense pas... Parce que ça existe ?"

A propos des cours de préparation à la naissance

Un MG émettait l'hypothèse que les pères étaient plus présents aux cours de préparation à la naissance qu'aux consultations de suivi de grossesse et que ce qui n'était pas abordé avec les MG était évoqué avec les sage-femmes (SF).

Quelques MG ont l'habitude de parler de ces cours et encouragent les pères à y participer.

M5 : "Je leur dit « ba nan mais en fait c'est pas pour savoir accoucher, c'est pour prendre du temps pour cet enfant-là, et allez-y avec votre conjoint, parce que c'est super, c'est le moment où eux aussi ils prennent leur place dans cette grossesse »."

M8 : "Moi j'ai tendance à orienter plutôt vers des sage-femmes qui font aussi de l'accompagnement individuel quand je sens des papas motivés."

D'autres MG avouaient ne pas toujours penser aux papas.

M2 : "Quand je vois une femme enceinte euh.. ba je lui en parle. Euh.. mais justement ma réflexion après en voyant votre sujet c'est de me dire « est ce que je pose la question et j'incite les hommes à y aller systématiquement ? » et bein... bein je saurai pas dire. Alors je saurais pas dire peut-être c'est pour pas dire non [rires]"

Par ailleurs, plusieurs MG s'interrogeaient sur la place donnée aux pères lors de ces séances.

En effet, une des MG racontait avoir été surprise d'apprendre que les pères n'étaient pas toujours les bienvenus à toutes les séances.

M8 : " Et alors, ba en fait, c'est dommage que dans beaucoup de cours de préparation à la naissance avec les sage-femmes, les papas soient admis que sur une seule séance. Ça ça m'a un peu surprise. [...]. Une séance dédiée aux papas. Mais c'est LA séance des papas. Comme si les autres séances ils n'étaient plus les bienvenus. Ou peut-être qu'ils le sont, mais on leur montre qu'on n'y est pas trop favorable quoi."

Un autre MG évoquait une consultation avec une patiente qui lui avait rapporté que quand ils venaient, les pères étaient très discrets voire un peu en retrait.

M4 : "Euh.. elle m'a dit je crois avec amusement, si je me souviens bien, qu'on les entendait pas trop. Qu'ils étaient là mais qu'ils l'ouvraient pas trop. Je sais plus si ils étaient vraiment invités à chaque fois, je sais plus tout à fait"

Autres occasions d'intégrer les futurs pères

Les MG évoquaient d'autres occasions lors desquelles ils pouvaient intégrer les papas.

Certains MG invitent les pères à se rendre aux échographies.

M4 : "Et je leur dis surtout « allez à l'écho, vous allez voir c'est un bon moment en couple et ça va vous permettre vous de vous projeter dans votre rôle de père aussi et de prendre conscience de ce bébé qui arrive quoi » parce que la maman elle le sent mais lui ne le sent pas."

Une MG invite également les pères à être présents lors des consultations autour de l'allaitement qu'elle propose en période périnatale.

M7 : "Mais dans les consultations allaitement, je fais aussi des consultations autour de l'allaitement, euh... parfois avant la naissance de l'enfant quand les parents ont le temps et parfois après la naissance... Voilà et donc là les papas sont invités à être là aussi. "

3.1.2. En post-natal

En post-natal, plusieurs MG avouaient qu'ils n'avaient pas pour habitude de questionner le vécu des pères.

M9 : " Enfin, moi, c'est pas de façon systématique ! J'y pense pas « est-ce que le papa il va bien ? » quoi. "

Un des MG expliquait qu'il ne s'étendait pas sur le sujet de la paternité lorsque les jeunes pères consultaient pour d'autres motifs.

M3 : "Surement qu'ils abordent leur paternité quand ils viennent pour autre chose. Ouai ouai surement mais je vais pas forcément les questionner, rebondir là-dessus.. En fait, peut être aussi que dans notre quotidien on est un peu la tête dans le guidon. Si le mec il vient pour une douleur d'épaule ba on va pas forcément questionner le contexte de la parentalité récente"

Un autre MG précisait que, pendant cette période, il se focalisait principalement sur la santé de la mère et du nourrisson.

A l'inverse, quelques MG racontaient qu'ils essayaient de porter attention au vécu des pères, en les questionnant, notamment, lorsqu'ils étaient présents aux consultations de suivi pédiatrique.

M5 : "En revanche, le premier rendez-vous de bébé, des 15 jours là, assez souvent ils sont là parce qu'ils sont en congé paternité, et c'est chouette, et là vraiment j'ai à cœur de savoir comment ça va"

Un MG soulignait qu'il n'interrogeait pas spécifiquement le père mais plutôt « le couple » sur son vécu de la parentalité.

M4 : "Et c'est vrai que souvent quand ils sont là c'est qu'ils sont en couple et je questionne le couple par rapport à l'enfant, comment c'est d'être parent. Et je questionne peut-être pas assez directement le père, et la mère individuellement. « Comment c'est d'être mère ? Comment c'est d'être père ? »"

Un des MG a pris le temps de décrire comment il s'investissait pour traquer les potentielles difficultés des papas.

Il expliquait qu'il incitait les deux parents à accompagner leur nourrisson aux consultations de suivi.

Lors de ces consultations, il donne une place prépondérante à l'abord du vécu de la parentalité.

M10 : "Alors à force, je les vois une première fois à J5, J15.. 15 jours après pour le premier mois, donc de les voir et de ré-insister, là ils commencent à avoir l'habitude que Noah en fait arrive dans un second temps et pas dans un premier temps. Et moi ce qui m'intéresse dans un premier temps, c'est comment vont papa et maman. Parce que si papa et maman vont bien, bébé il a de fortes chances d'aller bien derrière."

Il précisait qu'il était important pour lui d'interroger individuellement chaque parent sur son vécu.

Ce MG propose également parfois aux papas d'accompagner leur enfant en consultation sans la maman.

M10 : " Après je peux aussi inciter en disant « ah ça serait bien la prochaine fois que vous veniez seul ! [...] Et le fait de se retrouver entre hommes, au sein de la consultation, et de s'occuper du bébé entre hommes, sans avoir aucune femme autour, ça met une ambiance totalement différente au sein de la consultation."

En outre, il détaillait plusieurs points concernant sa manière d'aborder la paternité avec les papas.

Il expliquait tout d'abord qu'il essayait d'installer un climat familial au sein de la consultation, afin que les pères soient le plus à l'aise possible. D'après lui, cet environnement est propice aux confessions des papas.

Ensuite, il aborde lui-même la paternité de manière assez systématique. Il explique aux papas que devenir père n'est pas inné et que cela n'est pas facile. Ainsi, il ouvre la porte à la discussion et normalise le fait de pouvoir se sentir en difficulté.

M10 : "Rendre ça « naturel », entre guillemets, d'avoir des grosses difficultés à un moment donné, ça leur enlève une culpabilité, ils se livrent beaucoup plus facilement et ça devient de vraies petites madeleines en fait au final."

Lorsqu'il interroge les pères sur leur vécu, il essaie au maximum de les inciter à se livrer en posant des questions orientées, qui suggèrent qu'ils puissent être en difficulté. Ainsi, les pères n'ont plus qu'à se saisir de cette opportunité de discussion.

M10 : "Je tourne les questions différemment. Parce que la sémantique a une importance énorme. Si je pose la question « comment ça va ? », on répond tous « ça va ». Ou « ça va pas » si vraiment on est en intimité avec la personne, ce qui est quasiment jamais avec le médecin. Donc je vais plutôt dire « pas trop fatigué en ce moment ? ». Ne serait-ce que d'inciter les choses. Donc « pas trop fatigué en ce moment ? » et généralement c'est « pff si quand même ». Et à partir de là, ok la porte est ouverte et on peut aller beaucoup plus loin dans les choses."

Enfin, ce MG expliquait qu'il questionnait le vécu des pères même en leur absence, auprès des mamans.

3.2. Prise en charge face à un père ou futur père en difficulté

3.2.1. Prise en charge par le MG

En cas de rencontre avec un père ou futur père en difficulté, l'ensemble des MG exprimaient qu'ils essayaient de prendre en charge le patient eux-mêmes, au moins dans un premier temps.

Plusieurs MG évoquaient la « psychothérapie de soutien du médecin généraliste », une psychothérapie d'accompagnement, qu'ils proposaient habituellement à leurs patients en souffrance psychique.

M3 : "Si j'avais demain matin un papa qui a l'air en difficulté euh qu'est-ce que je pourrai lui proposer euh.. ? Ba j'pense que j'essaierai de l'inciter à en parler avec moi. Je ferais un peu ma petite psychothérapie de soutien de médecin généraliste. Ouai j'aurais pas forcément envie de les orienter vers quelqu'un d'autre"

Certains MG rapportaient des consultations avec des patients souffrant de syndromes dépressifs en période périnatale. Si les patients étaient d'accord, les MG introduisaient eux-mêmes des traitements antidépresseurs au cabinet.

M5 : "Je le revois tout seul beaucoup mais je le revois toujours parce qu'il est toujours sous PAROXETINE donc je le traite, je lui renouvelle son traitement pour l'instant "

Toutefois, en cas de situation plus compliquée, par exemple en cas de doute diagnostique, de syndrome dépressif avec idées suicidaires ou en cas d'échec du traitement antidépresseur, les MG n'hésitaient pas à adresser les patients vers d'autres professionnels.

M5 : "Ba ouai je les accompagne, sauf si ça me dépasse, sauf grosse idée suicidaire. Mais euh.. sinon nan, j'accompagne avec les traitements que je connais. Donc euh globalement j'en utilise deux [rires] et puis après si ceux-là ils marchent pas, je considère que ça me dépasse".

3.2.2. Recours à des ressources extérieures

Face à un patient présentant un vécu difficile de la paternité, les MG citaient différents professionnels de santé et différentes ressources vers lesquels ils pouvaient adresser les patients.

Les psychologues

Les psychologues étaient les partenaires les plus cités.

M6 : "Je peux leur proposer aussi d'aller voir la psychologue, c'est possible. Pour les papas j'ai moins eu l'impression que ça se faisait mais en tout cas c'est dans les professionnels de santé que je peux recommander. "

Un MG mentionnait cependant une limite dans l'accès aux psychologues libéraux : le coût élevé des consultations.

M9 : "C'est toujours chiant les suivis psychologiques comme c'est toujours pas remboursé. Nous ici on a une population assez précaire. Ils peuvent pas mettre 60 balles par semaine pour voir un psy. "

Les psychiatres

Une des MG racontait avoir adressé un patient vers un psychiatre dans un contexte de doute diagnostique.

M5 : "Dernièrement, j'ai demandé un diagnostic au CMP, pour qu'il voit un psychiatre parce que je me questionnais un peu sur son fonctionnement psychiatrique. Je me disais « est-ce qu'il y a quelque chose que j'ai pas vu, un autisme un peu type Asperger ?»"

Cependant, les MG avouaient globalement peu adresser vers ces spécialistes dont les consultations sont difficiles d'accès en raison d'une forte demande.

M8 : "Et puis de tout façon, l'état de la psychiatrie est... compliqué. L'accès au soin. On a un CMP à côté qui est complètement décimé. Donc même les très très pathologiques ne sont pas vus dans des délais souhaitables donc... la dépression d'un jeune papa... ça passe pas au premier plan... Les psychiatres libéraux c'est très compliqué."

Un MG évoquait également l'image biaisée du monde psychiatrique que peuvent avoir certains patients, pensant que la psychiatrie « c'est pour les fous ».

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Dans les structures citées, les CMP étaient mentionnés à plusieurs reprises mais les MG avouaient peu y recourir à cause des délais d'attente trop longs pour accueillir les patients.

L'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO)

Un des MG citait l'UPAO, à Sainte-Gemmes-sur-Loire, vers laquelle il peut adresser en cas d'urgence psychiatrique.

M5 : "Ba en cas d'urgence je les adresse à l'UPAO assez facilement"

L'Unité de Soins pour et autour du Bébé (USBB) à Angers et le Service d'Intervention Précoce à l'Hôpital et A Domicile (SIPHAD) à Cholet

Plusieurs MG évoquaient l'unité USBB d'Angers et son équivalent, le SIPHAD, à Cholet.

M5 : "Souvent j'essaie de penser à cette unité US bébé qui prend en charge des bébés : soit des bébés où on ressent de la tristesse dans le bébé, soit des parents qui ont clairement un souci préexistant avant, soit une dépression préexistante d'avant la grossesse, d'avant la naissance, d'un des deux parents, ou de la toxicomanie, ou un truc qui leur arrive en plus (un deuil, un truc en plus quoi), souvent j'essaie de me faire aider quoi. C'est rare que je reste seule dans les trucs comme ça parce que je me sens très vite dépassée. "

L'Equipe Transversale d'Accompagnement en Psychiatrie Périnatale (ETAPP)

Un seul MG mentionnait l'ETAPP, à Angers. Il se rappelait une grossesse survenue dans un contexte familial complexe. Il avait alors adressé le couple vers le centre ETAPP et était satisfait du délai de prise en charge rapide dont avaient pu bénéficier ses patients.

M2 : "Alors on a envoyé en fait le couple là. Parce qu'ils avaient déjà un premier enfant, y'avait des soucis éducatifs avec lui. L'enfant qui avait des processus anxieux, des toc, et qui avait que quatre ans hein. Un peu tyran, qui décidait tout à la maison. Donc l'arrivée d'une grossesse nous a questionné et effectivement dans l'histoire de la maman y'avait des facteurs de fragilité. Et ça nous a permis le protocole ETAPP d'avoir un rdv beaucoup plus vite qu'en passant par la pédopsy. "

La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Plusieurs MG citaient également la PMI, vers laquelle ils pouvaient adresser des familles dans des situations complexes, que ce soit en prénatal ou en post-natal.

M6 : "Je me rappelle aussi de situations un peu compliquées où je me rappelle les avoir adressés à la PMI parce que du coup y'a plus de professionnels et y'a un temps différent"

L'école des parents et des éducateurs

Un des MG adressait des parents qui rencontraient des difficultés dans leur rôle de parent vers l'école des parents et des éducateurs.

M7 : "Quand y'a des difficultés, je peux les adresser au centre de la parentalité là [réfléchit] : l'école des parents et des éducateurs !"

Les lieux d'accueils des associations

Un des MG exprimait que s'il rencontrait des parents en difficulté, il les adresserait probablement vers des associations et lieux d'accueil associatifs comme la Maison chouette à Angers.

M4 : "Je sais qu'il existe des Maisons chouette et des associations liées à la parentalité. Je sais qu'il existe aussi des café-parents parfois dans certaines crèches, qui invitent les parents à venir exprimer leurs difficultés. Voilà, donc je les enverrais, je pense, ou vers les psys ou vers les trucs associatifs. "

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et le Dispositif d'Appui en Santé Mentale (DiASM)

Un autre MG réfléchissait aux structures vers lesquelles il pourrait potentiellement adresser des patients. Il citait le CCAS et le DIASM pour les patients en situation de précarité sociale.

M9 : " Ou... il va y avoir tout ce qui va être avec le CCAS, des prises en charges psycho possibles, euh.. le DIASM, qui est l'unité mobile de prise en charge psychologique, on peut les orienter, ils sont dans les maisons de quartiers etc. Y'a cette possibilité-là. Moi j'ai travaillé un peu avec le DIASM sur mon stage précarité. Et je sais qu'il y avait deux psychologues qui étaient orientés « petite enfance »."

L'entourage des patients

Enfin, un des MG expliquait qu'il s'appuyait fréquemment sur l'entourage pour soutenir ses patients qui rencontraient des difficultés.

M10 : "Et après je m'appuie beaucoup sur l'entourage, alors pas forcément la maman parce que des fois pour la maman c'est pas évident à gérer, mais sur les grands-parents, le tonton, la tata, le frère ou la sœur si y'en a... à voir."

4. Analyse des pratiques et pistes d'amélioration

4.1. Place du MG pour aborder la paternité

Un des MG pensait que le rôle du MG était limité dans l'accompagnement à la parentalité. Il rapportait notamment ne pas vouloir « médicaliser la vie » et estimait que bien souvent, les jeunes parents trouvaient l'aide dont ils pouvaient avoir besoin dans leur entourage familial ou amical.

M1 : "C'est-à-dire que je ne suis pas pour une médicalisation excessive de la vie. C'est à dire que je pense pas que, en particulier dans l'accompagnement de la parentalité pour le papa, le médecin ait forcément une place extrêmement prépondérante"

Pour un autre MG, aborder la relation parent-enfant faisait partie du rôle du MG.

M4 : "Je pense que j'ai admis que c'est dans mon rôle, vraiment, d'être à la rencontre des liens entre les parents et les enfants et je pense que c'est devenu maintenant évident pour moi que c'est hyper important d'aborder ça"

Parmi les différents professionnels de santé, le MG semble d'ailleurs être un interlocuteur privilégié pour aborder la paternité avec les papas. En effet, le MG est réputé comme étant un « médecin de famille », s'intéressant donc à tous les membres de la famille, contrairement aux gynécologues ou aux SF qui sont le plus souvent perçus comme des professionnels de santé dédiés à la santé de la femme.

M6 : "Après, si aujourd'hui, c'est plus les spécialistes qui vont prendre en charge les grossesses, les gynéco et sage-femmes, je sais pas si les papas viennent dans ces cadres-là... Ouai tu vois des fois j'ai l'impression que c'est un monde qui est assez fermé et exclusif donc je sais pas si.. enfin moi ça me pose question ça, de savoir si y'a une place pour le papa. Alors je dis pas que le professionnel de santé va être fermé au fait que le papa vienne mais c'est plus la représentation de ces soins qui se trouvent dédiés à la maman - le gynéco, c'est pour la maman ; la sage-femme, c'est pour la maman -, alors que médecin traitant c'est pour tout le monde. Je me dis que c'est peut-être plus facile pour nous d'avoir cet accès."

D'autres MG précisait que le MG du patient a une place privilégiée car ses patients le connaissent bien et qu'il existe souvent une relation de confiance qui s'est établie avec le temps.

En effet, deux MG rapportaient des situations où le patient souhaitait se confier à eux spécifiquement.

M4 : "Nan il venait pour ce motif-là, pour ses difficultés et je pense qu'il avait besoin de venir me raconter tout ça. Je suis son médecin traitant depuis sa petite enfance et je pense qu'il avait besoin de venir me dire ce qui s'est passé et où il en était."

M8 : "Alors sur les situations que j'ai eu pour l'instant, la plupart ils sont pas prêts à aller consulter quelqu'un d'autre."

A l'inverse, un MG émettait l'hypothèse selon laquelle les patients avaient plus de difficultés à se confier à lui du fait de son statut de remplaçant.

M9 : "Après toujours aussi avec le biais que je suis pas leur médecin traitant. Et euh je les connais parfois pas... Enfin moi ça fait deux ans que je suis là donc y'en a certains je commence à les connaître, à les voir etc., mais de là à se livrer sur ces questions-là, c'est peut-être plus compliqué. "

4.2. Influence de l'expérience professionnelle et personnelle sur la pratique

L'ensemble des MG ont évoqué le fait qu'en termes d'accompagnement à la parentalité, leur pratique était façonnée d'une part par leur expérience professionnelle mais aussi, et surtout, par leur expérience personnelle.

L'expérience professionnelle

Certains MG rapportaient que leur expérience de terrain de MG, avec notamment une pratique de la pédiatrie, mais aussi les formations complémentaires réalisées, avaient permis de leur apporter des notions sur la parentalité.

M3 : "Dans le cadre de la matrice de stage SAFE, la paternité c'est vrai que du coup ba ça me parle un peu, voilà. "

M7 : "Alors l'expérience, les formations que j'ai pu faire à droite à gauche, ma formation continue, des lectures, font que je peux avoir des choses d'une certaine façon "

Un autre MG racontait comment son expérience professionnelle à la PMI l'avait sensibilisé au repérage des parents en difficultés.

M10 : "Et c'est parce que je bosse à la PMI que j'ai été sensibilisé à ça. J'ai jamais été sensibilisé à ça en tant que médecin généraliste, dans mes stages à l'hôpital, en pédiatrie. C'est parce que en PMI, les sage-femmes de la PMI, les puéricultrices de la PMI, m'ont aiguisé le regard là-dessus."

Un MG évoquait également comment sa formation de sexologue lui apportait des clés pour prendre en charge les patients en souffrance psychique.

M2 : "Je suis sexologue du coup, et dans ce cadre-là, j'ai des outils de thérapie que euh.. que je peux utiliser en médecine générale en fait. Du coup ça m'arrive d'accompagner un petit peu quand même les patients"

L'expérience personnelle

D'autre part, la plupart des MG mentionnaient l'impact de l'expérience personnelle sur leur pratique. En effet, tous les MG interrogés étaient eux-mêmes parents.

Ils rapportaient que cette expérience personnelle de parents leur avait permis d'acquérir une grande partie de leurs connaissances en pédiatrie et en parentalité.

M3 : "Je suis papa de 2 grands enfants, un garçon et une fille, et j'ai coutume de dire que c'est eux qui m'ont le plus appris en pédiatrie."

M3 : "Dans mon métier, enfin dans nos métiers, on se sert quand même beaucoup de nos expériences personnelles aussi... Même si c'est pas forcément judicieux mais y'a pas de recos (rires) sur la paternité, enfin j'sais pas, bref."

Ainsi, une des MG racontait qu'elle se sentait démunie pour aborder la parentalité avec ses patients avant d'être elle-même maman.

En outre, le fait d'être eux-mêmes parents procure aux MG un sentiment de légitimité pour aborder la parentalité.

M4 : "Aujourd'hui si j'avais devant moi un papa en difficulté, je pense que je serai capable de le prendre en partie en charge ; aussi parce que j'ai été père et que moi aussi ça m'a questionné de devenir père, j'ai eu des moments où ça m'a fait quelque chose. Et donc je me sentirai une certaine légitimité à écouter on va dire"

Par ailleurs, deux MG suggéraient qu'être soi-même papa et avoir traversé la période périnatale entraînait peut-être une attention particulière tournée vers les papas.

M1 : " Par exemple si on voit l'enfant, en examen du nourrisson qui est accompagné par le papa, on pose la question « comment ça va ? » [...] Parce que moi-même je suis papa, j'ai eu 4 enfants et je sais que l'arrivée des enfants c'est un moment important, où il se passe des choses hein"

Un autre MG, ayant lui-même rencontré des difficultés à la naissance de son enfant, expliquait comment cette expérience avait transformé sa pratique. En effet, son propre vécu l'a sensibilisé au dépistage et à la prise en charge des troubles psychiques périnataux chez les papas, et notamment aux dépressions périnatales paternelles.

M10 : "Si je l'avais pas vécu, je pense que j'aurais pas eu le même impact. Je pense que j'aurais pas tourné les questions comme ça, j'aurais pas été autant sensibilisé. J'aurais fait finalement comme beaucoup de médecins généralistes font : « comment ça va ? » « bébé grossit bien », en vingt minutes c'est torché et au revoir."

4.3. Analyse critique des pratiques

En réfléchissant à leur manière d'aborder la paternité avec les patients, certains MG se sont livrés à des questionnements concernant leurs pratiques.

Pour commencer, plusieurs MG avouaient que, s'ils s'attachaient à dépister les dépressions périnatales maternelles, ils ne s'étaient jamais posé la question de potentiels troubles similaires chez les papas.

M2 : "Mais effectivement euh bonne question (rires), on a travaillé au repérage des fragilités chez la maman. On a surtout visé ça. Euh donc on a fait beaucoup de littérature et tout ça là-dessus. Et effectivement non on s'est pas posé la question du post partum pour le papa [rires]."

Un MG émettait l'hypothèse que si les pères venaient peu en consultation, c'était peut-être parce qu'on ne leur proposait pas.

Par ailleurs, plusieurs MG avouaient que la raison pour laquelle ils ne trouvaient pas de difficultés résidait peut-être dans le fait qu'ils n'en cherchaient pas lorsqu'ils rencontraient les pères en consultation.

M9 : "On va pas rechercher l'information. Et c'est ça le problème. Si on va pas la chercher on la trouvera jamais. Peut-être qu'il y a pas de problème. Probablement qu'il y a moins de problèmes, chez les papas. Mais on peut pas le savoir si on le dépiste pas. "

Lors des consultations de suivi de grossesse, un des MG émettait l'idée que le père était peut-être occulté par les MG lorsqu'il était présent.

M9 : "Est-ce que on a trop aussi mis en avant la maman, la grossesse et du coup on écarte un peu le papa ? Peut-être."

De même, en post-natal, certains MG avouaient avoir tendance à placer le père en 3^e ligne, derrière la maman et le bébé, parfois malgré eux. De ce fait, ils accordaient moins d'attention, si ce n'est aucune, au papa.

M8 : " Souvent chez les nouveaux nés, sur la première consultation j'aime bien prévoir une consultation pour le bébé et une consultation pour la maman, pour parler un petit peu de son état psychique. C'est vrai que ça m'est jamais venu à l'esprit de le proposer pour le papa. Alors que pourquoi pas, après tout. Ouai comme si on faisait passer l'état psychique de la maman avant celui du papa. Et en même temps, c'est un peu logique hein, c'est elle qui vient d'accoucher, les hormones... Mais finalement, je focus plus sur le bébé, en deuxième lieu sur la maman et le papa vient en troisième, malgré moi"

Certains MG reconnaissaient donc qu'ils ne donnaient peut-être pas aux papas la place dont ils avaient besoin pour s'exprimer.

Par ailleurs, un des MG remettait en question sa pratique en se demandant s'il n'était pas passé à côté de dépressions périnatales en banalisant des symptômes comme l'anxiété.

"M2 : Et du coup dans ma clientèle, alors des patients déstabilisés euh... Mais alors de me dire « là c'est une dépression du post partum du papa », alors euh... Je sais pas si j'en ai vu mais je sais pas si je suis pas passé à côté du diagnostic hein en même temps.

C : En ne la recherchant pas forcément ?

M2 : Ouai exactement, en parlant d'anxiété réactionnelle ou j'sais pas quoi.. Mais peut être que je suis passé à côté de vraies dépressions du post-partum chez les hommes parce que j'ai pas fais le rapprochement"

Un autre MG faisait d'ailleurs le parallèle avec les dépressions du post-partum maternelles qui sont sous-diagnostiquées à cause d'une banalisation des symptômes.

4.4. Freins des MG à l'abord de la paternité et au dépistage des troubles psychiques périnataux

Manque d'opportunités

Le premier frein rapporté par les MG était le fait de ne pas rencontrer les papas.

M9 : "Le frein principal pour moi ça sera ça. C'est que si t'as pas la personne en face de toi, tu vas pas avoir tendance à l'évoquer, tu vas pas y penser "

En prénatal, plusieurs MG soulignaient que de plus en plus de grossesses étaient suivies par les SF, ce qui leur faisait perdre l'occasion de rencontrer les papas.

M4 : "C'est les sage-femmes qui suivent beaucoup les grossesses. Donc on voit quand même beaucoup moins de femme enceinte et, a fortiori, d'hommes dont la femme est enceinte, de futur papa."

Manque de temps

Plusieurs MG mentionnaient le manque de temps comme obstacle à l'abord de la paternité en consultation.

M10 : "D'avoir peur d'aller titiller. Ça c'est le syndrome de la poignée de sortie, de se dire « pourquoi j'ai posé cette question-là ? Je vais pas m'en sortir, je vais avoir du retard en consult » donc y'en a qui freinent un peu là-dessus."

M7 : "Quand on voit les enfants, même plus grands, avec leurs parents, ba on est centré sur l'enfant, pas forcément sur la parentalité. Et déjà que c'est assez long hein [...] donc on aborde pas, enfin moi personnellement, je prends pas le temps d'aborder la parentalité"

Manque de sensibilisation à ce sujet

Un des MG avançait le fait que les MG n'étaient pas sensibilisés au dépistage des troubles psychiques périnataux chez les pères. Cela n'est donc pas ancré dans leur pratique.

M9 : " Si un jour on nous dit « ba si quand vous avez un papa, une maman, enfin un couple avec un nourrisson, ba en fait essayez de réfléchir sur les deux » et bein là on le fera, en pratique on le fera beaucoup plus facilement. C'est juste que c'est pas ancré. On a pas l'habitude de le faire donc on y pense pas."

Pour un des MG, le père semble d'ailleurs oublié des actions de santé publique.

En effet, il évoquait une campagne de prévention récente sur la dépression périnatale. Il se désolait que cette campagne ne mette en image quasiment que des mamans. Il précisait qu'on pouvait apercevoir un papa sur une des vidéos mais dans un rôle de soutien de la maman. Selon lui, le vécu des pères semblait donc totalement exclu de cette campagne de prévention.

M10 : "Ne serait-ce qu'à l'échelle d'un département, sur de la santé publique, sur des grandes questions, même là y'a un problème dès le départ. "

Ainsi, plusieurs MG rapportaient un manque de formations concernant l'accompagnement à la parentalité et un manque de connaissances sur la paternité et les troubles qui y sont liés.

M7 : "Je trouve que c'est toujours très compliqué de donner des conseils aux parents. En parentalité tout court en fait c'est compliqué [rire]. Quand on est soi-même parent, on se rend compte qu'il y a pas de réponse toute faite, et que c'est parfois difficile de donner des conseils qui sont en plus, non médicaux, quelque part, à des parents, sur des conseils éducatifs... On a pas été vraiment formés à ça en médecine. Et on nous interroge sur énormément de choses, au final. "

Manque d'outils

Un des MG mentionnait également un manque d'outils disponibles pour les MG pour dépister les troubles liés à la paternité et notamment les dépressions périnatales.

M10 : "Euh... l'échelle d'évaluation de la dépression en périnat, le PDS, elle est chez la femme, elle est pas chez l'homme. Elle a aucune validité chez l'homme. Pourquoi ? Enfin..."

Freins personnels

Enfin, plusieurs MG faisaient allusion à des freins personnels, liés à leur propre expérience... ou leur manque d'expérience.

En effet, un des MG évoquait un probable manque d'expérience qui rendait sa pratique de début de carrière très scolaire, très centrée sur la santé somatique du nourrisson, sans s'attarder sur la relation de l'enfant avec ses parents.

M4 : "J'étais jeune médecin et j'avais peut-être pas la maturité pour questionner moi en tant que médecin. A l'époque euh.. j'avais envie de bien faire hein, je pesais, je questionnais sur l'alimentation tout ça, sur ces choses, mais peut-être pas assez dans la relation, du père avec son enfant. "

D'autre part, une MG qui était maman avouait se sentir plus à l'aise avec les mamans pour aborder la parentalité. Elle faisait également le lien entre la place que son propre conjoint avait pris en tant que père et la place de père que les patients pouvaient prendre.

M8 : "D'autre part parce que je fais sûrement le parallèle avec la place que mon conjoint il a pris pour notre enfant. Et donc il a été présent à certains rendez-vous mais pas à tous. Il était pour autant très intéressé par ce qui se passe pour notre fille mais, encore une fois, instinctivement, j'ai l'impression qu'on a pas pris la même place lui et moi. Et donc, encore une fois dans la consultation, le papa qui vient une fois sur deux, quand il vient, ba entre mes biais professionnels et mes biais personnels euh.. j'sais pas, j'ai l'impression qu'il a une place secondaire. "

Un autre MG, qui lui était papa, exprimait ne pas avoir eu de difficultés en période périnatale. Rechercher des difficultés chez les papas n'est donc pas, pour lui, instinctif. De même, il semble que les professionnels ne l'avaient pas interrogé sur son vécu à l'époque. Il a donc tendance à reproduire la prise en charge dont il a lui-même bénéficié, à savoir, aucune.

4.5. Propositions de pistes d'amélioration

Plusieurs axes d'amélioration ont été évoqués par les MG pour mieux dépister les troubles liés à la paternité.

Promouvoir les consultations de paternité

En premier lieu, les MG insistent sur la nécessité de rencontrer les papas en consultation.

En effet, la consultation permet d'aborder la paternité avec les principaux concernés.

M1 : "On aborde des sujets en fonction des personnes qu'on a en face de nous. Or, pour aborder la paternité, encore faudrait-il que les pères viennent nous voir."

L'espace de la consultation permet également aux MG d'observer et de repérer les difficultés qui ne sont pas exprimées par le patient.

M8 : "Ceux qui étaient vraiment en difficulté oui, ils le rapportent spontanément. Mais chez les papas qui ont l'air d'aller bien, je le perçois, mais c'est pas verbalisé"

Un MG déclarait donc qu'il serait souhaitable de commencer par proposer aux papas de les recevoir.

M9 : "Moi j'pense l'idée, en Médecine Générale, c'est de dire aux gens « on s'intéresse à vous. Je vous offre du temps, vous le prenez ou vous le prenez pas ». Et ça serait bien de temps en temps de redire « ba si vous avez besoin on est là, on peut parler, vous prenez rendez-vous et on discute ». Proposer."

En cas d'absence des pères ou futurs pères, il proposait de transmettre l'information aux mamans concernant une possible rencontre avec les papas.

En outre, une MG affirmait qu'il était nécessaire que les professionnels de santé et les acteurs de santé publique banalisent et normalisent le fait de venir évoquer la paternité en consultation. Cela pourrait permettre de donner un sentiment de légitimité aux pères.

M6 : "Dire aux papas que ça serait bien qu'ils viennent parler de cette situation à venir en consultation, que peut-être il y a des infos pour eux. Et d'ouvrir cette possibilité de parole en tout cas, comme quelque chose de normal et de préventif. Voilà j'pense que c'est important de vraiment dire qu'on peut avoir des consultations de paternité"

Elle se demandait si des supports d'information tels que des brochures, des affiches ou des spots publicitaires ne pourraient pas être utilisés afin de promouvoir ces consultations.

M6 : "Après... je sais pas... Je remets peu de brochures ou de choses comme ça, je sais pas s'il en existe sur la paternité... J'en ai aucune idée si notre organisme qui conçoit pleins de brochures en a fait une sur la paternité. On pourrait peut-être mettre une affiche aussi en salle d'attente... Y'a aussi des formes qui peuvent attirer l'attention, comme des petits spots euh... Enfin les petits « spots publicitaires » entre guillemets... ça va prendre un temps mais bon à force de semer on finit par récolter. Et dans la politique des 1000 jours, ça pourrait vraiment être quelque chose qui soit abordé dans ce cadre-là."

Par ailleurs, un MG évoquait l'importance de reposer des rencontres à chaque grossesse, chaque naissance, puisqu'un papa qui n'a pas rencontré de difficultés avec un premier enfant peut développer des difficultés à l'arrivée des enfants suivants.

Rencontre familiale avec la maman et le bébé

Certains MG soulignaient l'intérêt de rencontrer les papas en consultation avec la maman et le bébé. En effet, cette rencontre du trio maman-papa-bébé permet d'appréhender la dynamique familiale et d'évaluer le contact, la relation qui s'est établie entre le père et son enfant.

M6 : "Et en plus, c'est intéressant quand ils viennent en consultation, tu peux vraiment voir s'ils sont à l'aise ou pas et si le contact est fait"

De plus, rencontrer les deux parents ensemble permet de voir si ceux-ci sont sur la même longueur d'onde et de soulever certaines problématiques inexprimées à la maison.

M9 : "Quand ils sont là tous les deux tu peux jauger, tu regardes les réactions des deux, alors que quand y'en a qu'un, tu sais pas en effet... Parce que des fois tu le vois, que dès que tu dis un truc t'en as un qui acquiesce et l'autre tu vois qu'il tique. Donc tu vas dire « ah ba vous avez l'impression de faire ça ». Et du coup ba quand tu l'as pas ba tu sais pas."

Le médecin peut appréhender la place que chaque parent prend dans le système familial.

Il peut également jauger la manière dont chaque parent soutient l'autre dans l'appréhension de son rôle de parent.

Ainsi, un MG émettait l'idée de rencontrer le futur papa avec la conjointe en prénatal lors de l'entretien du 4^e mois puis en post-natal précoce, par exemple aux quinze jours de l'enfant.

M9 : "Est-ce que ça serait pas mal, sur l'entretien du premier trimestre, qu'on fait pas - on a jamais de consultation dédiée vraiment- ça serait peut-être sur cette consultation-là dire « ça serait bien que le conjoint soit présent ». "

Un autre MG proposait de repenser totalement les consultations du nourrisson en plaçant les parents et leur vécu au cœur de ces consultations.

M10 : "Repenser totalement comment est-ce qu'on mène une consultation de pédiatrie chez un nouveau-né. Euh.. parce que ça fait partie d'un tout. C'est-à-dire, comment est-ce qu'on accueille papa et maman lors de la consultation ? J'appelle ça moi du cocooning, le nursing parental, lors de la consultation, autour de tout ça ! Comment on leur pose la question, comment on s'intéresse à eux, dans un premier temps ? Ensuite, comment on s'intéresse à bébé, en incluant les parents dans l'histoire ? Pour les investir au maximum. [...] Les remettre au centre de la consultation, s'intéresser à eux et s'intéresser à la relation qu'ils ont avec leur bébé. "

Ce même MG précisait que le fait de s'intéresser aux parents lors des consultations pédiatriques prenait du temps. Pour lui, il était donc nécessaire de revaloriser financièrement ces consultations afin d'encourager les MG à prendre le temps nécessaire.

Enfin, un autre MG trouvait également intéressante l'idée que les cours de préparation à la naissance soient proposés aux deux parents.

M5 : "Peut-être que la préparation à l'accouchement ce soit dit, que c'est pour les deux parents. Parfois c'est pas toujours dit, j'ai l'impression. Les sage-femmes elles considèrent qu'elles suivent les femmes quoi. Que voilà. Vraiment dire qu'on veut voir les deux parents."

Rencontre du père seul : discussion autour d'une consultation dédiée

Par ailleurs, une des MG affirmait qu'il serait bénéfique de rencontrer les papas seuls afin qu'ils puissent s'exprimer librement.

M8 : "C'est toujours compliqué parce que les papas ba je les vois très peu. Je les vois parfois avec les enfants, ou avec Madame quand elle est enceinte mais il faudrait les voir tous seuls les papas. Il faudrait les voir tous seuls. Pour vraiment avoir une discussion complètement honnête. "

Dans cette optique, plusieurs MG se sont questionnés sur l'idée de mettre en place une consultation préventive dédiée aux pères dans le parcours périnatal.

Un MG rapportait que s'il existait une consultation dédiée aux pères, sans doute les MG prendraient-ils l'habitude de penser aux papas.

M5 : "Enfin si, je pense que moi j'y pense aux papas parce que je suis maman, parce que voilà. Mais les médecins qui n'y penseraient pas, peut être que si y'avait une consultation dédiée ça leur permettrait de penser aux papas."

Par ailleurs, pour un MG, si une consultation dédiée était mise en place de manière habituelle, les pères se sentiraient probablement plus légitimes à consulter.

Toutefois, plusieurs MG soulignaient le fait que si l'on souhaitait proposer un temps dédié aux papas, il fallait que celui-ci soit protocolisé.

M9 : "C'est ce qui nous manque nous : d'axer vraiment « parents » en globalité, avec des temps spécifiques maman, des temps spécifiques nourrisson, et peut être des temps spécifiques papa, aussi. Mais faut que ce soit un petit peu protocolisé quoi."

En cas de mise en place d'une consultation dédiée, il faudrait préciser le contenu de cette consultation, afin de la rendre pertinente aux yeux des MG comme des patients.

M2 : "Cibler un peu plus cette consultation pour que les gens eux-mêmes, aussi, ou quand nous on l'expose, on puisse y...euh.. la trouver pertinente. Si, déjà, les médecins la trouvent pertinentes, on la vendra mieux, si on sait ce qu'on va chercher et quoi y faire."

Les MG s'interrogeaient notamment : quelles seraient les difficultés à dépister ? Quels sont les facteurs de vulnérabilité ? Quand proposer une consultation ?

M2 : "Donc peut-être que les pistes, ce serait de se dire : autant on a fait avec l'HAS un protocole du suivi de la grossesse et tout ça, peut-être que ça pourrait être intéressant de se dire : bah cette consultation-là, à la rigueur, qu'est-ce qu'on y met vraiment pour la rendre pertinente dans le parcours, efficiente, et puis évaluer l'après... soit qu'est-ce que ça change ou cette notion, effectivement, des critères de fragilité auxquels on a réfléchi pour la femme, mais on a pas réfléchi pour l'homme"

M5 : " On va avoir plein de drapeaux rouges quoi, pleins de trucs qui font proposer de voir le papa. Parce qu'il y a pleins de moment, par exemple la maman va pas bien, hop drapeau rouge, un moment où il se passe un truc dans la grossesse, drapeau rouge, hop il se passe un truc à l'accouchement, voilà. Des moments où le papa il se sentirait pas particulièrement concerné, ou alors légitime de voir le médecin à ce moment-là, là il faut vraiment pouvoir le proposer. Mais peut-être qu'il faudrait avoir une conduite à tenir euh..

C : Des moments dans lesquels proposer une consultation ?

M : Ouai voilà. Parce que si y'avait une consultation dédiée, on la ferait quand ? Parce qu'il y a des moments où ils vont pas bien mais en fait ça dépend. Donc euh je sais pas trop."

Certains MG remarquaient que pour agir de manière préventive, il serait intéressant de proposer cette consultation en prénatal. Cependant, deux MG rapportaient qu'en début de grossesse, la notion de paternité pouvait paraître abstraite pour les futurs pères. Ainsi, un des MG proposait de rencontrer les papas plutôt en fin de grossesse.

M2 : "Alors peut-être qu'il faudrait qu'elle vienne pas trop tôt cette consultation là en fait. Qu'elle ne vienne pas trop tôt où c'est encore très abstrait pour les futurs papas. Peut-être que deux, troisième trimestre, ça pourrait être intéressant de proposer à ce moment-là, quand ça commence à avoir une réalité "

Ouvrir la discussion et traquer les difficultés

Peu importe le contexte dans lequel les pères sont rencontrés, certains MG proposaient de mettre en place un questionnement systématique des papas sur leur bien-être et leur vécu afin de traquer de potentielles difficultés.

M3 : "Ba euh en discutant avec vous je me dis que ouai peut-être la grossesse ça serait bien quand même que je les questionne d'une façon un peu systématique peut-être sur comment ils voient les choses, est-ce qu'ils ont des questions, est-ce que ça leur pose euh.. voilà, les questionner sur leur parentalité à venir. Et puis ba pareil après la naissance"

Besoin de formation des MG

Plusieurs MG évoquaient un besoin de formation globale sur le thème de la parentalité.

M7 : "Alors j'pense que faudrait qu'on soit formés à la parentalité déjà, tout court, parce qu'en Médecine Générale, c'est quelque chose qu'on découvre un peu sur le tas."

M8 : "Après j'aimerais bien qu'il y ait plus de formations continues là-dessus. Peut-être les pédopsychiatres pourraient faire quelque chose là-dessus. Ça serait intéressant, ça me donnerait envie d'y aller en tout cas. Euh.. mais ouai ouai y'a des gros gros besoins de formation !"

Ils semblaient également demandeurs d'informations concernant la paternité et la santé mentale des pères en période périnatale.

M2 : "C'est-à-dire qu'est-ce qu'on va gagner à passer du temps avec les papas, d'où l'idée peut-être de savoir si la dépression chez le papa existe, vous voyez ? Parce que si on fait des efforts pour voir les papas, puis qu'on se rend compte qu'en fait, ils vont tous bien et puis que c'est dépenser des sous, du temps médical pour rien, euh... bah l'efficience du truc elle est pas..."

En outre, un MG précisait que pour lui, c'était dès l'internat de Médecine Générale qu'il fallait sensibiliser les MG au dépistage des troubles périnataux.

M10 : "Mais ça passe par hypotonie, le regard qui fuit, un bébé trop calme.. voilà.. ou un bébé qui passe d'un bras à un autre en s'en foutant, enfin des choses qui doivent interpeller. La position de papa et maman dans la consultation : Qui va aller le changer sur le meuble ? Qui prend les devants lors de la consultation ? Qui parle beaucoup ? Qui parle pas beaucoup ? Tous ces langages-là qui sont pas écrits dans les bouquins et donc on apprend ça sur le tas. Et pour moi faudrait inciter plus les internes à être sensibilisés à ce genre de choses."

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Participants

Le faible taux de participation à cette étude peut susciter des interrogations. Les contraintes temporelles des MG sont probablement un facteur explicatif majeur. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que certains MG n'étaient pas intéressés par le sujet, ou encore, peu à l'aise vis à vis du sujet. Au vu du faible engouement pour le focus group, on peut aussi se demander si certains MG ne craignaient pas un jugement de leurs confrères.

Analyse des données

L'analyse des données révèle une hétérogénéité des expériences des MG en termes d'accompagnement à la paternité. Certains déclarent ne pas rencontrer de situations cliniques liées à la paternité, tandis que d'autres rapportent des consultations régulières avec des pères ou futurs pères. Plusieurs MG soulignent d'ailleurs le fait qu'ils ont assisté, ces dernières années, à une évolution sociétale de la paternité, avec une implication croissante des pères et cela, dès la grossesse. En post-natal, cette tendance se confirme par une présence accrue des pères lors des consultations de suivi des nourrissons, ce qui semble être permis par l'allongement récent du congé paternité.

L'ensemble des MG reconnaît que la période périnatale correspond à une phase de bouleversement pour les deux parents et que devenir père n'est pas un processus facile. Ainsi, ils évoquent de nombreux questionnements ou difficultés pouvant être émis par les pères en consultation. Dans certains cas, ces difficultés prennent le dessus sur le vécu positif de la

paternité et affectent la santé mentale des pères, allant jusqu'à provoquer des troubles anxieux ou dépressifs. Cependant, lorsqu'ils se sentent en difficulté, rares sont les pères qui prennent l'initiative de consulter le MG. En effet, les pères se sentent peu légitimes à venir déposer leur plainte et semblent ne pas toujours trouver leur place en consultation. Ainsi, plusieurs MG constatent que les pères qui consultent pour aborder leur paternité le font généralement à un stade de souffrance avancé.

En ce qui concerne les pratiques des MG, elles varient considérablement, tant dans l'intégration des pères au parcours de soins périnatal que dans le dépistage des troubles psychiques paternels. Certains MG accordent une attention particulière au vécu des pères. Pour prévenir et dépister les difficultés, ils essaient au maximum d'intégrer les pères dans le parcours de soins périnatal. Certains MG ont l'habitude de les rencontrer et de les interroger en prénatal, d'autres plutôt en post-natal. D'autres encore, essaient de les intégrer et de traquer les difficultés à chaque étape. Néanmoins, tous les MG ne portent pas la même attention aux pères, lesquels se trouvent, dans certains cas, oubliés ou occultés lors des consultations.

En cas de rencontre avec un père en difficulté, tous les MG ont l'habitude de prendre en charge le patient eux-mêmes, au moins dans un premier temps. La plupart des MG interrogés pensent que le MG occupe une place privilégiée dans l'accompagnement à la parentalité des patients, et notamment pour les pères.

Ils soulignent que dans ce domaine, leur pratique est influencée par leur expérience professionnelle bien sûr, mais aussi, et surtout, par leur expérience personnelle de parent.

Ils peuvent aussi adresser vers d'autres professionnels lorsqu'ils ressentent le besoin de se faire accompagner dans la prise en charge. Les ressources citées varient d'un MG à l'autre.

En analysant leur pratique, les MG émettent différentes critiques. Certains MG n'ont jamais entendu parler de dépressions périnatales paternelles. D'autres observent qu'ils ne proposent peut-être pas assez aux pères de les rencontrer et qu'ils peuvent même avoir tendance à les occulter lorsqu'ils sont présents lors des consultations de suivi de grossesse et du nourrisson. D'autres encore se demandent s'ils ne passent pas à côté de diagnostics de dépressions périnatales en ne cherchant pas les difficultés ou en banalisant certains symptômes. La pratique des MG semble donc perfectible en ce qui concerne la prévention et le dépistage des troubles psychiatriques périnataux paternels.

Les MG identifient cependant plusieurs freins à l'abord de la paternité avec les patients : l'absence de certains pères en consultation, un manque de temps lors des consultations de suivi de grossesse et de suivi pédiatrique, un défaut de sensibilisation, de formations, d'outils, ainsi que des obstacles personnels liés à leur propre vécu

Pour améliorer la prise en charge des pères, ils suggèrent de systématiser l'invitation des pères en consultation, de créer des espaces de parole qui leur soient dédiés, et de mettre en place des campagnes de prévention pour légitimer leur recours aux soins.

Par ailleurs, l'hétérogénéité des pratiques des MG reflète bien le flou qui existe autour de l'accompagnement médical de la paternité. Les MG soulignent le besoin de clarifications et de recommandations de la part des autorités de santé publique. Des protocoles précis sur le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques paternels, ainsi que sur la consultation dédiée aux pères, sont vivement attendus.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces

Cette étude a permis d'aborder un sujet peu évoqué jusque-là avec les MG. Elle a permis à la fois d'obtenir des récits d'expérience des MG mais également une analyse critique de leurs pratiques permettant d'aboutir à des pistes d'amélioration dans la prise en charge de la paternité.

Le recrutement des MG effectué en variation maximale a permis d'obtenir des profils variés de participants : hommes, femmes, âges différents, MG installés et MG remplaçants, exerçant en milieux ruraux, urbains ou mixtes et avec des patientèles et des activités variées.

Nous avons arrêté le recrutement alors que nous avons atteint une suffisance des données.

Le risque de biais d'analyse a été réduit par la réalisation d'un double codage par deux chercheurs différents avec une triangulation des données par les directrices de thèse.

Enfin, cette étude a été conçue pour répondre à un maximum de critères de la grille COREQ, afin de s'assurer de sa validité interne.

2.2. Limites

Nous nous sommes focalisés sur l'expérience des MG d'un seul département, le Maine-et-Loire.

Les pratiques sont possiblement différentes dans d'autres parties du territoire.

Par ailleurs, il existe possiblement un biais de recrutement. En effet, peu de MG ont répondu de manière positive pour participer à cette étude. Le nombre de MG souhaitant participer à un focus group était encore plus limité. On peut donc émettre l'hypothèse que les MG les moins intéressés et les moins à l'aise avec le sujet ont refusé de participer à l'étude. Lors d'un

recrutement en face à face, un des MG ayant refusé de participer avait d'ailleurs argumenté « je ne suis pas fan de ça ».

D'autre part, le manque d'expérience de la chercheuse en matière de travail qualitatif s'est probablement reflété dans la qualité de certains entretiens. En effet, la chercheuse étant notamment concentrée sur la mise en pratique matérielle de l'entretien, certaines questions ont été posées de manière fermée, donnant lieu à des réponses peu développées des participants.

Enfin, un point négatif de cette étude est qu'il s'agit d'un travail hétéronormé. Nous avons remarqué une fois l'étude débutée que l'approche de la paternité pouvait être jugée comme réductrice dans une société où le schéma familial peut aujourd'hui être différent. Ainsi, il aurait été moins réducteur de s'intéresser aux coparents plutôt qu'aux pères.

3. Comparaison avec la littérature

En 2012, V. Ezanno s'intéressait au vécu des pères autour de la naissance en interrogeant des pères d'enfants âgés de six à vingt mois. Son travail mettait l'accent sur la richesse mais aussi la complexité du vécu émotionnel des pères en période périnatale. Certains pères rapportaient déjà, alors, des symptômes d'anxiété et de dépression. A la fin de son étude, V.Ezanno proposait de compléter son travail en interrogeant les MG afin d'évaluer les plaintes rapportées par les pères en consultation et les réponses des MG [18].

Plus récemment, plusieurs études interrogeaient les attentes des pères en termes d'accompagnement à la paternité par le MG [13][19][20].

Depuis plusieurs années, ces études tendent donc à être mises en parallèle avec des études interrogeant l'expérience des MG.

Nous avons retrouvé une étude qui interrogeait en 2024 la place des MG pour encourager l'investissement des pères [21].

Cependant, nous n'avons retrouvé aucune étude qui s'intéressait à l'expérience des MG concernant le vécu des pères ainsi qu'à leur pratique en termes d'abord de la paternité et d'intégration des pères dans le parcours de soins périnatal.

Les résultats de cette étude permettent donc de comparer le vécu et les attentes des pères aux pratiques des MG.

Investissement et vécu des pères en période périnatale

En ce qui concerne le vécu des pères, ce que les MG ont pu observer en consultation est en accord avec les données de la littérature.

Les MG observent en effet en consultation un investissement grandissant des papas dans le soin des enfants qui semble correspondre à l'évolution sociétale du rôle de père [3][17].

Les nombreux questionnements et difficultés pouvant être rapportés en consultation de médecine générale sont les mêmes que ceux rapportés dans les études interrogeant les pères [3][15][18].

L'impact sur le nourrisson d'un mal-être chez les parents a également été décrit dans la littérature [11].

Connaissances des MG sur la dépression périnatale paternelle

Alors que la littérature met en évidence un taux de quasiment 10% de dépressions périnatales paternelles [8], nous pouvons être surpris par les réponses de plusieurs MG qui rapportent ne jamais avoir entendu parler de dépressions périnatales chez les pères.

Par ailleurs, compte tenu de l'incidence et de la gravité de cette pathologie [8][10][11], nous pourrions penser qu'il existe des recommandations et des protocoles validés concernant son dépistage et sa prise en charge.

Or, aucun des MG n'a connaissance de telles recommandations, ce qui se traduit par des pratiques très hétérogènes des MG.

Accompagnement des pères en consultation de médecine générale

En 2012, E Bolzinger rapportait que les pères étaient de plus en plus investis dans l'ensemble des champs de la parentalité en période périnatale. Elle suggérait qu'ils devraient donc être davantage intégrés au parcours de soins périnatal [17].

Dans un autre travail, A. Quarello affirme qu'une majorité des pères semble avoir certaines attentes envers le MG pour les accompagner dans leur paternité. Les pères sont notamment demandeurs d'un espace de parole où ils puissent poser leurs questions, « faire le point », évoquer leurs inquiétudes. Ils attendent également du MG une réassurance et un accompagnement si nécessaire [19].

La pratique de certains MG, qui essaient au maximum d'intégrer le père en périnatalité, semble répondre aux attentes exprimées par les pères. Cependant, les résultats de ces dernières études contrastent avec la pratique d'une partie des MG qui n'a pas pour habitude d'intégrer et d'accompagner les pères en période périnatale.

En ce qui concerne la consultation dédiée aux pères et prise en charge par l'Assurance Maladie, plusieurs études ont mis en évidence que cette consultation était peu connue des papas. Pourtant, une part non négligeable de pères y voit un intérêt [13][20].

De même, notre travail suggère qu'une partie des MG trouverait un intérêt à une telle consultation. Or, un seul des MG interrogés a connaissance de l'existence de cette consultation déjà en place.

Ressources connues et utilisées

En ce qui concerne la prise en charge des pères en souffrance psychique, les MG peuvent avoir recours à des ressources extérieures variées. Les habitudes sont, une nouvelle fois, assez disparates d'un MG à l'autre, ce qui se traduit par un nombre important de structures citées.

Il semble intéressant de notifier qu'un seul MG cite l'ETAPP, à Angers, qui est une équipe spécialisée dans l'accompagnement psychiatrique des parents en période périnatale. Cette ressource, créée fin 2022, semble donc encore peu connue des MG. Pourtant, les retours d'expérience des professionnels de santé adresseurs sont très encourageants [22].

Par ailleurs, G. Truelle, en 2017, montrait l'intérêt des groupes de pères [3]. Ces groupes de paroles ne font pas partie des ressources citées par les MG de cette étude. Et pour cause, nous ne retrouvons pas signe d'existence de tels groupes de paroles dans le Maine-et-Loire.

Perspectives attendues

Tous ces résultats mènent au même constat : la prise en charge des pères en période périnatale doit se développer.

En effet, les pères manquent d'informations et semblent souvent oubliés des campagnes de prévention. Il leur est donc difficile de savoir qu'il y a une place pour eux dans le parcours de soins périnatal.

Du côté des MG, chacun fait au mieux avec les connaissances et les outils dont il dispose, sans pouvoir s'appuyer sur des recommandations précises. Il en résulte des pratiques divergentes plus ou moins appropriées aux besoins des patients.

Ces constatations vont de paires avec celles de L.Guerin, psychiatre, qui, dans son point sur la dépression périnatale paternelle, en 2024, affirme que les programmes d'information et de prévention sur la santé mentale paternelle auprès du grand public sont encore rares. Elle souligne également que des efforts restent à faire dans l'intégration des pères dans le parcours de soins et que la formation, la recherche et les soins spécialisés en psychiatrie nécessitent de se développer [23].

Ainsi, que ce soit en Médecine Générale ou en Psychiatrie, les observations concordent : des efforts sont attendus pour améliorer la prise en charge des pères. Pour y parvenir, les professionnels de santé attendent un investissement des pouvoirs de santé publique.

CONCLUSION

La période périnatale, marquée par des bouleversements émotionnels et identitaires, peut être vécue par certains pères comme une véritable épreuve. Comme chez les mères, elle peut favoriser chez les pères le développement de troubles psychiatriques comme l'anxiété et la dépression. Pourtant, les pères consultent rarement pour aborder leur paternité, encore moins de manière préventive. En effet, ils se sentent souvent illégitimes, craignent d'être jugés et semblent manquer d'un espace de parole dédié.

Alors que l'incidence et l'impact de ces troubles sont majeurs, cette étude montre que les pratiques des MG sont très hétérogènes en ce qui concerne leur dépistage et leur prise en charge. Même si certains MG semblent très impliqués, force est de constater que le dépistage des troubles psychiatriques périnataux paternels n'est pas ancré dans les pratiques.

Les freins évoqués par les MG sont des freins personnels, un manque de temps, mais aussi, et surtout, un manque de formations et de recommandations claires.

Cette recherche propose des pistes d'amélioration pour améliorer la prise en charge des pères en période périnatale, notamment la systématisation de l'intégration des pères dans le parcours de soins, la création d'espaces de parole dédiés, et la mise en place de campagnes de prévention. Une implication accrue des autorités de santé publique, via des recommandations précises et des formations adaptées, apparaît essentielle pour répondre aux besoins des pères et harmoniser les pratiques des MG.

Ce travail explorant l'expérience des MG en termes d'accompagnement à la paternité apparaît comme complémentaire aux études, jusque-là réalisées, qui interrogeaient les pères sur leur vécu et leurs attentes.

Cette étude est réalisée auprès d'un nombre limité de MG et se focalise sur l'expérience des MG du département du Maine-et-Loire. Il serait intéressant d'explorer l'expérience des MG d'autres parties du territoire. Il pourrait également être intéressant de compléter cette étude par une étude quantitative évaluant les pratiques des MG en période périnatale.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Avis du Comité National de soutien à la parentalité du 10 novembre 2011, relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité.
- [2] Darchis É. Quand le père est oublié. Une évolution dans la prise en charge paternelle en périnatalité. *Le Divan familial*. 2021;46(1):79-92.
- [3] Truelle G. Préparation à la naissance et à la parentalité pour les pères : de l'intérêt des groupes spécifiques aux pères. 2017.
- [4] Paternité et développement de l'enfant... *Spirale*. 2004;31(3):171-4.
- [5] Luca D, Bydlowski M. Dépression paternelle et périnatalité. *Carnet Psy* 2001;67:28-33 2001.
- [6] Dollander M. La dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juill 2004;52(5):274-8.
- [7] Boiteau C, Apter G, Devouche E. À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*. 2019;31(3):249-64.
- [8] Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA*. 2010.
- [9] Da Costa D, Zelkowitz P, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, Cruz R, Hennegan K, Khalifé S. Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. *Am J Mens Health*. 2017.
- [10] Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016.
- [11] Loubet C. Symptomatologie dépressive périnatale paternelle et développement cognitif, affectif et comportemental du petit enfant de 0 à 3 ans : une revue de littérature. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2023. (dumas-04499964)

- [12] Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2023.
- [13] Genovèse G. N'oublions pas le père. Intérêt d'une consultation dédiée au futur père pendant la grossesse en médecine générale. 2015.
- [14] Guide de la CPAM de Bordeaux. Vous accompagner... la maternité de 0 à 6 mois.
- [15] Del Valle E. Approche psychopathologique des pères pendant la grossesse et post-partum immédiat. A propos de 100 pères rencontrés à la maternité. 2013.
- [16] Signamarcheix A. Le médecin généraliste : acteur du soutien à la parentalité? 2020.
- [17] Elise Bolzinger. Sur le chemin de la paternité, les premiers pas du père : la parole donnée aux hommes. Médecine humaine et pathologie. 2012.
- [18] Ezanno V. Vécu des pères autour de la naissance : entretiens semi-directifs avec des pères d'enfants âgés de six à vingt mois. 2012.
- [19] Quarello A. Accompagnement des primipères dans la parentalité : place du médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2023.
- [20] Tang Ting L. L'examen de santé du futur père : étude des représentations et attentes du "primipère" sur une consultation dédiée lors de la grossesse. Sciences du Vivant.2022.
- [21] Briand S. La place du médecin généraliste dans l'engagement paternel. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la région Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2024.
- [22] Rabineau F. ETAPP : Équipe Transversale d'Accompagnement en Psychiatrie Périnatale. Évaluation pendant la première année de fonctionnement du service rendu auprès des professionnels adresseurs. 2024.
- [23] Guerin L. Dépressions paternelles périnatales : le point en 2024. Épidémiologie, dépistage et diagnostic, complications, expérience clinique. La Presse Médicale Formation, Volume 5, Issue 5. 2024.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I 9

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	6
RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques des participants	9
2. La paternité des patients rapportée par les MG	11
2.1. Présence des pères aux consultations de suivi de grossesse et de suivi pédiatrique	11
2.1.1. Aux consultations de suivi de grossesse	11
2.1.2. Aux consultations pédiatriques	12
2.2. Investissement des patients dans leur rôle de père en période périnatale	13
2.2.1. Des pères de plus en plus investis.....	13
2.2.2. Facteurs modulant l'implication des pères et futurs père	16
2.3. Apports du congé paternité	18
2.4. Vécu des pères.....	20
2.4.1. La paternité comme bouleversement intrafamilial	20
2.4.2. Impact physique de la paternité	20
2.4.3. La paternité, source de questionnements	21
2.4.4. Difficultés évoquées par les pères	22
2.4.5. Impact sur la santé mentale	26
2.4.6. Facteurs de vulnérabilité identifiés par les MG	29
2.5. Répercussion familiale du vécu de la paternité	33
2.6. Habitudes des pères en termes de recours au MG.....	35
2.7. Freins des pères pour aborder leur vécu en période périnatale.....	39
3. Pratiques des MG en termes d'accompagnement à la paternité	42
3.1. Abord de la paternité par les MG et intégration des pères et futurs pères dans le parcours de soins périnatal	42
3.1.1. En prénatal	43
3.1.2. En post-natal	47
3.2. Prise en charge face à un père ou futur père en difficulté	50
3.2.1. Prise en charge par le MG.....	50
3.2.2. Recours à des structures extérieures	51
4. Analyse des pratiques et pistes d'améliorations.....	55
4.1. Place du MG pour aborder la paternité.....	55
4.2. Influence de l'expérience professionnelle et personnelle sur la pratique	57
4.3. Analyse critique des pratiques.....	60
4.4. Freins des MG à l'abord de la paternité et au dépistage des troubles psychiques périnataux.....	62
4.5. Propositions de pistes d'amélioration	65
DISCUSSION	73
1. Principaux résultats	73
2. Forces et limites de l'étude	76
2.1. Forces.....	76

2.2. Limites.....	76
3. Comparaison avec la littérature	77
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE.....	84
LISTE DES TABLEAUX.....	86
TABLE DES MATIERES	87
ANNEXE 1 : GRILLE D'ANALYSE COREQ	I
ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION	V
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN PREMIERE VERSION.....	VI
ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	VII

ANNEXE 1 : GRILLE COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH)

Tableau établi à partir de la traduction française de la grille de lecture COREQ :

Michel Gedda, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, Kinesither Rev 2015;15(157):50-54. doi: 10.1016/j.kine.2014.11.005

N° et Item	Guide questions /description	Réponse
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Cathy SEGURA
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en Médecine Générale
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en Médecine Générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience pratique en recherche qualitative. Formation réalisée lors des cours à la Faculté de médecine d'Angers
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Un seul médecin était connu dans le cadre d'un stage d'internat

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Interne en Médecine Générale réalisant un travail de thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne en Médecine Générale réalisant un travail de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Entretiens semi-dirigés Analyse inductive du Verbatim puis codage pour l'analyse thématique
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage en variation maximale selon l'âge, le sexe, le statut installé ou remplaçant, le milieu d'exercice, le niveau socio-économique de la patientèle
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail, courrier ou en face à face
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	110 médecins n'ont pas répondu
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet médical de chaque médecin ou à la faculté de médecine d'Angers
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	6 hommes, 4 femmes Agés de 31 à 62 ans. 9 médecins installés, 1 médecin remplaçant
Recueil des données		
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	De 18 minutes à 1h11
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui mais non atteint
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 (double codage par une autre interne en Médecine Générale)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non

26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Une combinaison des deux
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Retranscription des entretiens sur Microsoft Word®, analyse des données sur Microsoft Excel®
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.
Lettre d'information



UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 31/07/2023

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je suis interne de médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude sur l'abord de la paternité en période périnatale en consultation de médecine générale.

Il s'agit d'un travail encadré par les Dr Pauline LEFEUVRE et Dr Sophie LACAN.

L'objectif de ce travail est d'analyser l'abord de la paternité en périnatalité par les médecins généralistes du Maine et Loire.

Pour cela, il me semble intéressant de recueillir votre expérience.

Dans cette optique, je vous propose d'échanger avec moi lors d'un entretien individuel pendant 30 minutes à une heure environ, dans le lieu de votre choix. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

La discussion sera enregistrée, puis retranscrite (écrite sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes citées...) seront ensuite rendues anonymes.

Je vous en adresserai une retranscription si vous le souhaitez.

Je vous inviterai à signer un consentement permettant l'enregistrement de la discussion et l'utilisation de sa retranscription anonymisée.

La participation à ce travail n'entraîne aucune contrepartie financière.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

- Par téléphone au 07 67 47 27 21
- Par email : cathy.segura@etud.univ-angers.fr
- Ou par courrier directement au département de médecine générale de l'UFR Santé d'Angers. (Adresse dans l'entête)

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

SEGURA Cathy

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN PREMIERE VERSION

- **Pouvez-vous vous présenter brièvement (âge, médecin installé, remplaçant, lieu d'exercice, type d'activité) ?**
- **Comment abordez-vous la paternité avec vos patients en période péri-natale ?**
*Comment/à quelle occasion les nouveaux pères et futurs pères sont-ils rencontrés ? Comment le sujet de la paternité est-il abordé en période pré-natale ? En période post-natale ?
Qui aborde le sujet ?
Consultations dédiées ? A l'initiative de qui ? Au cours de consultations pour d'autres motifs voire pour d'autres membres de la famille ?
Connaissance/utilisation de **la** consultation dédiée au père avant la fin du 4^e mois de grossesse et prise en charge à 100% par l'assurance maladie ?*
- **Quelles sont les problématiques soulevées et les demandes des patients ?**
En période pré-natale ? En période post-natale ?
- **Comment y répondez-vous ?**
*Quelles sont les réponses apportées face aux problématiques rencontrées ?
Place perçue du médecin généraliste dans ce domaine ?
Quels sont les freins rencontrés pour aborder le sujet ou répondre aux demandes des patients ?*
- **Quelles sont vos habitudes en termes de recours à d'autres professionnels/structures ?**
Quelles sont les structures connues/utilisées ? Orientation vers un autre professionnel de santé ? Autres ressources ?
- **Ressentez-vous certains besoins pour aborder au mieux la paternité avec vos patients ?**

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers
Formulaire de consentement



UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : L'abond de la paternité en péri-natalité : analyse de pratique chez les médecins généralistes de Maine et Loire

Nom du thésard : SEGURA Cathy

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____
Déclare révoquer le consentement susmentionné
A _____, le _____

Signature:

Abord de la paternité en période périnatale en consultation de médecine générale : vécu des médecins généralistes du Maine-et-Loire en 2024

RÉSUMÉ

Introduction : La paternité est un bouleversement dans la vie d'un homme et peut être vécue par certains pères comme une véritable épreuve. Qu'il s'agisse d'un premier enfant ou non, cette situation nouvelle peut favoriser l'apparition de difficultés et le développement de certains troubles psychiatriques. Ainsi il existerait un taux d'environ 10% de dépressions périnatales paternelles. Alors que certaines études ont interrogé le vécu et les attentes des pères concernant l'accompagnement à la paternité, nous nous intéressons ici à l'expérience et aux pratiques des médecins généralistes (MG). **Matériels et Méthodes :** Etude qualitative, au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens étaient enregistrés, anonymisés, puis retranscrits en respectant le langage oral. Un double codage a été réalisé. Plusieurs analyses des verbatims ont été effectuées, permettant d'organiser les données en thèmes et sous-thèmes. La thèse a été conçue pour répondre à un maximum de critères de la grille COREQ. **Résultats :** 10 entretiens ont été réalisés, permettant une suffisance de données. Les expériences des MG sont très variables. Les pères, qui ne se sentent pas légitimes à consulter, ont globalement peu recours au système de soins. Il arrive cependant qu'ils évoquent divers questionnements et difficultés en consultation de médecine générale. Que ce soit en termes d'intégration des pères dans le parcours de soins périnatal ou en termes d'abord de la paternité, les pratiques des médecins divergent. Les MG évoquent certains freins à l'accompagnement à la paternité comme le manque de temps, des freins personnels et surtout, un manque de connaissances concernant l'accompagnement à la paternité. Ils émettent donc certaines pistes d'amélioration comme une majoration des campagnes de prévention des troubles psychiatriques périnataux paternels ainsi qu'une majoration des formations et l'émission de recommandations à destination des MG. **Conclusion :** Les pratiques des MG sont hétérogènes en termes d'accompagnement à la paternité et le dépistage des troubles psychiatriques périnataux ne semble pas ancré dans les pratiques. Différents freins semblent en cause. L'accompagnement des pères en période périnatale paraît donc perfectible mais cela nécessite une implication des pouvoirs de santé publique.

Mots-clés : recherche qualitative, pratiques des médecins généralistes, intégration des pères, abord de la paternité, troubles psychiatriques périnataux paternels, dépression périnatale paternelle

Approach to fatherhood during the perinatal period in general practice: experiences of general practitioners in Maine-et-Loire in 2024

ABSTRACT

Introduction: Fatherhood is a significant upheaval in a man's life and can be experienced by some fathers as a genuine challenge. Whether it is their first child or not, this new situation may lead to difficulties and the development of certain psychiatric disorders. It is estimated that approximately 10% of fathers experience perinatal depression. While some studies have explored fathers' experiences and expectations regarding support during fatherhood, this study focuses on the experiences and practices of general practitioners. **Materials and Methods:** A qualitative study was conducted using semi-structured individual interviews. The interviews were recorded, anonymized, and transcribed while preserving the oral language. A double coding process was applied. Several analyses were performed to organize the data into themes and subthemes. The study was designed to meet as many criteria as possible from the COREQ checklist. **Results:** Ten interviews were conducted, providing sufficient data adequacy. General practitioners' experiences vary widely. Fathers, who often do not feel entitled to seek care, generally make little use of the healthcare system. However, they sometimes raise various questions and difficulties during general medical consultations. Whether in terms of integrating fathers into the perinatal care pathway or addressing fatherhood, the practices of general practitioners differ significantly. Physicians cited several barriers to supporting fatherhood, such as a lack of time, personal constraints, and, most notably, a lack of knowledge regarding fatherhood support. They suggested several avenues for improvement, including increased awareness campaigns about paternal perinatal psychiatric disorders, enhanced training, and the development of specific guidelines for general practitioners. **Conclusion:** General practitioners' practices regarding support for fatherhood are heterogeneous, and the screening for perinatal psychiatric disorders does not appear to be well-established. Various barriers contribute to this issue. Supporting fathers during the perinatal period appears to have room for improvement, but this requires the involvement of public health authorities.

Keywords : qualitative study, practices of general practitioners, integration of fathers, approach to fatherhood, paternal perinatal psychiatric disorders, paternal perinatal depression