2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de PSYCHIATRIE

La place du coparent en santé mentale périnatale

État des lieux des pratiques et de l'offre de soins dans les Pays de la Loire via un questionnaire à destination des professionnels de santé

CROHIN Anaïs

Née le 24 février 1992 à Troyes (10)

Sous la direction du Docteure RÉBILLARD Camille

Membres du jury

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe	Président
Madame la Docteure RÉBILLARD Camille	Directrice
Madame la Professeure GOHIER Bénédicte	Membre
Madame la Docteure DONZEAU Aurélie	Membre
Madame la Docteure RIQUIN Élise	Membre

Soutenue publiquement le :
27 septembre 2023

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Anaïs CROHIN 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 cette thèse.

Signé par l'étudiante le **04/05/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie

FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine

ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie

COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	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 Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER, à qui j'exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude pour son soutien indéfectible et sa disponibilité à chaque étape de mon parcours d'interne, pour ses précieux conseils et son enseignement de la pédopsychiatrie.

À Madame la Docteure Camille RÉBILLARD, qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, à qui j'exprime toute ma gratitude pour son soutien, sa disponibilité, sa bienveillance et son partage de ses connaissances dans le domaine de la psychiatrie périnatale.

À Madame la Professeure Bénédicte GOHIER, à qui j'adresse des remerciements pour son accompagnement et son enseignement au cours de l'internat, qui m'ont permis d'obtenir une rigueur professionnelle nécessaire à l'exercice de la psychiatrie.

À Madame la Docteure Elise RIQUIN, pour m'avoir accompagnée et prodiguée de précieux conseils tout au long de mon internat, ainsi que pour son enseignement riche et novateur de la pédopsychiatrie.

À Madame la Docteure Aurélie DONZEAU, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, de m'avoir accueillie dans votre service avec tant de bienveillance, et de m'avoir partagé vos connaissances et votre intérêt pour la pédiatrie.

À Monsieur le Docteur Marc FADEL, pour son accompagnement et ses conseils sur mon travail de statistique.

À l'équipe de l'Unité de Périnatalité du Mans, de m'avoir accueillie les bras ouverts, d'avoir partagé leurs connaissances précieuses et leur intérêt pour la santé mentale périnatale, qui m'a permis de grandir au cours de mon parcours, pour tous ces rires et ces beaux moments de partage.

À Madame la Docteure Aude KREMBEL et à l'équipe de l'Unité de Soin pour et autour du BéBé, pour votre gentillesse, votre accueil chaleureux parmi vous, pour le partage de votre passion pour la périnatalité.

À ma sœur Camille, pour son soutien indéfectible, sa bienveillance, son écoute, tous ces beaux moments de folie et de complicité passés ensemble qui m'ont permis d'être la femme et la sœur que je suis actuellement. Nous sommes sorties grandies de chaque étape de notre vie main dans la main, avec de la musique plein la tête. Tu es une femme inspirante, et merci d'être à mes côtés. Je suis fière de toi. "Forever trusting who we are, and nothing else matters".

REMERCIEMENTS

À ma Mère, pour son amour, de m'avoir soutenue dans chacun de mes projets, tous aussi loufoques qu'ils ont pu être, de m'avoir transmis l'amour de la famille, l'élan de prendre soin, le sens du travail, l'importance de toujours s'ouvrir au monde, toutes ces valeurs qui font de moi la personne que je suis actuellement. Merci d'être là pour moi.

À mon Père, pour son amour et sa sensibilité, qui m'ont guidée vers une compréhension plus profonde du monde qui m'entoure.

À mon Parrain, que je remercie pour son soutien, d'être un repère et un modèle solide auquel je peux me référer, de m'avoir appris que le travail et la persévérance gagnent toujours face à la fatalité.

À Charlotte, mon amie de toujours, que je remercie pour son amour, sa bienveillance, son soutien, d'être celle sur qui je peux compter à chaque instant. Nous avons grandi ensemble, nous nous sommes tirées vers le haut afin d'atteindre chacune nos objectifs. Nous y sommes, toutes les 2 Docteures, et tant de choses encore à vivre ensemble !

À Juliette, à qui j'ai eu la chance de croiser le chemin, qui m'a soutenue tout au long de cet internat par sa bienveillance, son écoute, cette complicité et cette sensibilité commune qui fait notre force. Merci pour ton amitié.

À Adèle, Anne, Antoine, Camille, Clément, Edith, Jean, Marine, Mikael et Sarah, merci pour cette amitié précieuse, d'avoir rendu mon internat inoubliable, pour tous ces beaux moments, et tous les autres à venir !

À Anastasia, Laura et Mélanie, pour leur joie de vivre, leurs encouragements, leur amour, et pour tous ces beaux souvenirs ensemble. Merci d'être là.

LISTE DES ABREVIATIONS

AN	Anténatal
BDI	Beck Depression Inventory
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
EPDS	Edinburgh Postpartum Depression Scale
HAD	Hospitalisation A Domicile
HDJ	Hôpital De Jour
HDS	Hôpital De Semaine
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PN	Postnatal
STAI	State Trait Anxiety Inventory

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS IX

RÉSUMÉ 3

INTRODUCTION 4

MÉTHODES 7

RÉSULTATS 9

1. Caractéristiques de la population interrogée 10

2. Motifs de consultation chez les coparents en périnatalité 11

3. Entrée du coparent dans les soins en périnatalité 13

4. Analyse des pratiques des répondants 15

4.1. Place occupée par chaque membre de la famille dans le suivi en périnatalité ..15

4.2. Suivi psychothérapeutique et traitements psychotropes chez le coparent 17

5. La place des coparents en consultation 20

6. La place des coparents en groupes de parole et en ateliers thérapeutiques 21

6.1. Place des coparents en groupes de parole 21

6.2. Place des coparents en ateliers 22

6.3. Les groupes de parole et ateliers spécifiquement dédiés aux coparents 23

6.4. Autres soins spécifiques pour les coparents en périnatalité 23

7. Utilisation des échelles psychométriques chez les coparents 24

8. Identification des freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité 25

9. Perspectives d'amélioration des soins en périnatalité chez les coparents 26

10. Satisfaction concernant l'offre de soins pour les coparents en périnatalité 27

11. Projet national des 1000 premiers jours et place du coparent en périnatalité 28

12. Qu'est-ce qu'un coparent? 28

DISCUSSION 30

1. Définitions et contexte actuel 30

1.1. Qu'est-ce qu'un coparent ? 30

1.2. Contexte actuel 31

2. Biais et limites de l'étude 32

3. Résultats de l'étude au regard de la littérature 34

3.1. Caractéristique de la population étudiée 34

3.2. Entrée du coparent dans les prises en charge en santé mentale périnatale 34

3.3. Analyse des pratiques 37

3.4. Place des coparents dans les prises en charge en périnatalité 39

3.5. Utilisation des échelles psychométriques 42

3.6. Freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité 43
3.7. Amélioration des soins en périnatalité chez les coparents 45
CONCLUSION 47
BIBLIOGRAPHIE.....49
LISTE DES FIGURES 52
LISTE DES TABLEAUX.....53
TABLE DES MATIERES 54
ANNEXES I
1. Questionnaire sur la place des coparents en périnatalité..... I
2. Liste des structures de soin destinataires du questionnaire IX

La place du coparent en santé mentale périnatale : état des lieux des pratiques et de l'offre de soins dans les Pays de la Loire via un questionnaire à destination des professionnels de santé

Auteurs : Anaïs Crohin[a], Camille Rébillard[b], Marc Fadel[a], Philippe Duverger[a,c]

Affiliations :

a Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

b Etablissement Public de Santé Mentale de la Sarthe

c Faculté de Santé de l'Université d'Angers

RÉSUMÉ

Introduction : La période périnatale est une étape importante dans la vie d'une famille, tant pour les 2 parents que pour l'enfant. Cependant, le père semble être un membre de la famille sous représenté dans les prises en charge en santé mentale périnatale. De plus, avec l'évolution des structures familiales, le coparent n'est actuellement plus représenté uniquement par le père, mais également par toute personne qui occupe un rôle de parent auprès de l'enfant, en ayant ou non le statut légal ou biologique. La littérature manque d'études solides sur lesquelles s'appuyer et permettre l'élaboration de recommandations harmonisées concernant la prise en charge du coparent. Il semble intéressant d'identifier les pratiques en vigueur dans les Pays de la Loire afin d'appréhender les manques et les besoins dans le domaine de la santé mentale périnatale, et de mettre en lumière des perspectives d'amélioration.

Méthodes : Notre travail est une étude épidémiologique descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques. La population cible regroupe l'ensemble des professionnels, médicaux et paramédicaux, qui exercent une activité dans le domaine de la santé mentale périnatale dans les Pays de la Loire. Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire anonymisé envoyé par mail. L'analyse de ces données a été effectuée grâce au test non paramétrique de Fisher.

Résultats : 57 réponses ont été obtenues, soit un taux de 32%. Les résultats mettent en avant une origine multifactorielle concernant les freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité. Les analyses statistiques font ressortir une présence plus importante du coparent en consultation dans la période postnatale en comparaison de la période anténatale. De plus, les soins proposés s'inscriraient davantage dans un accompagnement global de la famille, que dans une conception individualisée du coparent. Les prises en charge spécifiques proposées aux coparents font l'objet d'une attention particulière par certains professionnels, mais les moyens matériels et humains sont actuellement insuffisants pour permettre une inclusion systématique des coparents dans les soins.

Conclusion : La place du coparent en santé mentale périnatale est un enjeu de santé publique. Les praticiens interrogés ont montré un réel intérêt pour le sujet. Cet intérêt est également soulevé dans le rapport national des 1000 premiers jours, qui préconise une prise en compte plus systématique et précoce du coparent dans la période périnatale. La réforme des autorisations en psychiatrie, et notamment en psychiatrie périnatale, avec les travaux en cours sur les Pays de la Loire semble être une occasion de penser la place du coparent de manière égalitaire avec celle de la mère et du bébé dans les prises en charge en santé mentale périnatale.

INTRODUCTION

La période périnatale est une étape dans la vie d'une famille source de vulnérabilité sur le plan psychique pour les deux parents.

Le coparent - ou deuxième parent, le plus souvent représenté par le père dans l'imaginaire collectif et en pratique clinique, a longtemps été relégué à un rôle de soutien matériel et émotionnel pour la mère et l'enfant, permettant la mise en place de conditions favorables pour la genèse d'un lien de qualité entre la dyade mère-bébé et le bon développement psychomoteur et affectif de l'enfant.

Depuis plusieurs années, la notion de dyade évolue vers le concept de triade parents-enfant, l'implication du coparent est de plus en plus fréquente dans la période périnatale, s'éloignant de la représentation patriarcale de la famille et témoigne une volonté du coparent de trouver une place active dans cette période charnière du développement de leur enfant. Cette évolution se concrétise également dans le milieu de la recherche, où la question de la santé mentale chez les pères en période périnatale est un sujet de plus en plus abordé dans la littérature (1).

Cependant, le père ne représente plus le seul coparent reconnu sur le plan légal en France depuis la loi du 17 mai 2013 qui autorise le mariage aux couples de personnes de même sexe (2), et de ce fait l'adoption, ainsi que le décret du 28 septembre 2021 qui permet l'accès à la procréation médicalement assistée pour toutes les femmes (3). L'évolution des systèmes familiaux nous amène à prendre en compte ici comme coparent, non plus uniquement le père, mais également toute personne qui occupe un rôle de parent auprès de l'enfant, en ayant ou non le statut légal ou biologique (2e père ou 2e mère de couple homoparental, beau-père ou belle-mère ou autre membre de la famille ou ami dans le cas où le père biologique n'est pas présent dans le quotidien de l'enfant).

Les études sur les troubles psychiatriques comme la dépression, l'anxiété, ou les troubles de stress post traumatique en période périnatale concernant les mères sont nombreuses, et ont mis en lumière leurs spécificités et leurs impacts sur le développement psychomoteur et émotionnel de l'enfant

(comme des difficultés dans la régulation émotionnelle et les interactions sociales, ou des retards de développement moteur (4)).

Les études similaires concernant la santé psychique des coparents ainsi que son impact sur le développement psychomoteur et affectif de l'enfant sont moins nombreuses, mais l'intérêt de la recherche s'accroît ces dernières années, et se centre principalement sur la santé psychique des pères comme coparent (5).

Les troubles psychiatriques périnataux chez les pères sont courants, avec des prévalences variables en fonction des études. Selon une étude réalisée en 2019 la prévalence de la dépression en anténatal (AN) chez les pères serait de 9.76%, et 8.75% en ce qui concerne la dépression postnatale (PN) (5). Concernant la prévalence de l'anxiété en période périnatale chez les pères, elle serait estimée entre 3,4 % et 25,0 % pendant la période prénatale, et entre 2,4 % et 51,0 % pendant la période postnatale (6).

Certaines études mettent également en avant l'impact direct de la dépression du post-partum chez le père sur l'émergence de troubles psychiatriques chez leur enfant (avec un risque multiplié par 2 chez les enfants de 7 ans de pères ayant connu un épisode de dépression du post-partum de développer des troubles oppositionnels avec provocation, des troubles du comportement, des difficultés dans les liens avec ses pairs ainsi qu'une hyperactivité (7), mais également de retards dans le développement des acquisitions, comme par exemple l'acquisition du langage et la richesse du vocabulaire (8).

La prévalence des troubles psychiques chez les coparents au cours de la période périnatale est probablement sous-estimée, de par la non-manifestation du coparent auprès des professionnels de santé, mais également par la spécificité des symptômes présentés et le manque de connaissance des professionnels de santé sur la psychopathologie et les recours possibles dans le milieu de la santé mentale.

Les pathologies psychiatriques du coparent sont courantes et forment donc un enjeu de santé publique, dans le dépistage et les prises en charges pour le coparent lui-même, mais également via le lien avec la santé psychique de la mère et l'enfant.

Néanmoins, malgré la fréquence des troubles psychiques chez les coparents en période périnatale et l'enjeu existant pour les parents, mais également pour l'enfant, les coparents semblent encore sous-représentés dans les prises en charge en périnatalité, et plusieurs barrières concernant l'accès des coparents à des soins spécifiques de cette période ont pu être relevées dans la littérature scientifique (9).

De plus, l'état actuel de la littérature manque d'études suffisamment puissantes pour établir des protocoles clairs et spécifiques en matière de prise en charge et d'accompagnement des coparents dans le domaine de la santé psychique périnatale.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles et de l'offre de soins pour les coparents dans le milieu de la santé mentale périnatale dans les Pays de la Loire. Il semble que ce sujet mérite d'être exploré car il permettrait de mieux appréhender les manques, les besoins, et les ressources déjà disponibles sur la région.

Les objectifs secondaires de ce travail sont :

- d'identifier les freins ainsi que les facteurs facilitateurs de l'accès aux soins des coparents en période périnatale,
- de proposer des perspectives d'amélioration.

MÉTHODES

Ce travail de thèse est une étude épidémiologique observationnelle descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques actuelles concernant la place du coparent dans les prises en charge en santé mentale périnatale.

La population cible est représentée par l'ensemble des praticiens médicaux et paramédicaux qui ont une activité en périnatalité :

- les psychiatres,
- les pédopsychiatres,
- les infirmiers et puéricultrices,
- les psychologues,
- les psychomotriciens,
- les orthophonistes,
- les éducateurs de jeunes enfants,
- les sages-femmes.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori. La population cible se compose de 2 psychiatres, 19 pédopsychiatres, 74 psychologues, 29 psychomotriciens, 37 infirmiers et puéricultrices, 5 éducateurs de jeunes enfants, 4 orthophonistes, et de 4 sages-femmes.

Cette enquête s'appuie sur un questionnaire diffusé par mail sous forme de lien Google Form. Ce questionnaire proposait des questions à choix multiples, 7 questions sous la forme d'échelle de Likert et de 12 questions ouvertes. Certaines questions étaient proposées en fonction des réponses données aux questions précédentes. Le questionnaire est disponible en annexe (Annexe 1).

Les adresses mails des professionnels ont été obtenues après contact téléphonique auprès des secrétariats des différentes structures de soins qui proposaient un suivi en périnatalité.

La collecte de ces adresses mails a été réalisée de novembre 2022 à janvier 2023.

La liste des établissements destinataires de notre questionnaire est disponible en annexe (Annexe 2).

Ces établissements comportent l'ensemble des structures proposant un accompagnement en santé mentale périnatale sur les Pays de la Loire : les unités de consultations et d'hospitalisations de périnatalité comme les hospitalisations complètes, les Hôpitaux De Semaine (HDS), les Hôpitaux De Jour (HDJ), et les unités d'Hospitalisation A Domicile (HAD), les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), les maternités dans le secteur public ou privé, des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

Les réponses ont été traitées par Google Form et se présentent sous la forme d'un tableau Excel.

Les statistiques qui en découlent sont descriptives et les données ont été analysées avec le test non paramétrique de Fisher, test choisi au vu de la petite taille de l'échantillon.

RÉSULTATS

La diffusion du questionnaire a commencé le 16 février 2023 et l'enquête s'est arrêtée le 16 mai 2023, avec une relance le 9 mars, le 13 avril et le 9 mai 2023.

Nous avons obtenu un total de 57 réponses, soit un taux de réponse de 32%.

Sur les 57 réponses obtenues, 54 ont été retenues. En effet, 2 cadres de santé, une étudiante, un médecin généraliste et un gynécologue obstétricien ont répondu au questionnaire, et n'étaient pas initialement identifiés comme population cible de notre étude. Les réponses des cadres de santé et de l'étudiante n'ont pas été prises en compte pour l'analyse des résultats. Nous justifions ce choix sur plusieurs arguments : les cadres de santé ne sont pas considérés ici comme des consultants auprès des familles, et les réponses de l'étudiante ne sont pas analysables du fait de l'absence d'information sur la filière étudiée. Nous pouvons cependant considérer leurs réponses comme le témoin de l'intérêt porté à notre sujet d'étude.

La répartition des professionnels ayant répondu est représentée dans le Tableau I.

Tableau I : Répartition de l'activité professionnelle des répondants

	Nombre de réponses obtenues n
Psychologue	24 (44,4%)
Infirmier/puéricultrice	10 (18,5%)
Pédopsychiatre	7 (13%)
Psychomotricien	5 (9,3%)
Sage-femme	2 (3.7%)
Assistante sociale	2 (3.7%
Psychiatre	1 (1.9%)
Gynécologue	1 (1.9%)
Médecin généraliste	1 (1.9%)

Sur les 4 orthophonistes qui ont reçu le questionnaire, aucun n'a envoyé de réponse.

1. Caractéristiques de la population interrogée

Dans notre étude, les praticiens ayant répondu étaient en majorité des femmes avec 53 réponses (98.1%) et 1 réponse chez les hommes (1.9%).

Parmi les répondants, 2 professionnels ont moins de 30 ans (3.7%), 18 ont entre 30 et 40 ans (33.3%), 16 ont entre 40 et 50 ans (29.6%), 17 ont entre 50 et 60 ans (31.5%) et 1 a plus de 60 ans (1.9%).

La répartition des âges de la population ayant répondu par catégorie professionnelle est représentée dans la Figure 1.

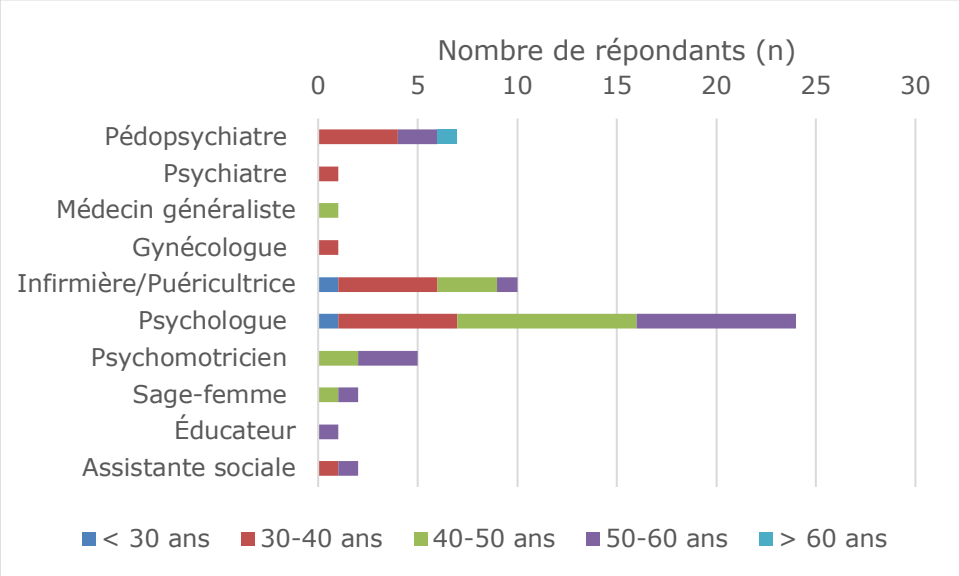

Figure 1 : Tranche d'âge des répondants par catégorie professionnelle

Concernant le secteur d'activité en périnatalité, 40 praticiens déclarent travailler dans le secteur public (74.1%), 6 dans le secteur privé (11.1%) et 8 ont une activité mixte publique et privée (14.8%).

Parmi les 54 répondants, 31 professionnels exercent une autre activité que la périnatalité (57.4%).

La répartition des lieux d'exercice est présentée dans la Figure 2.

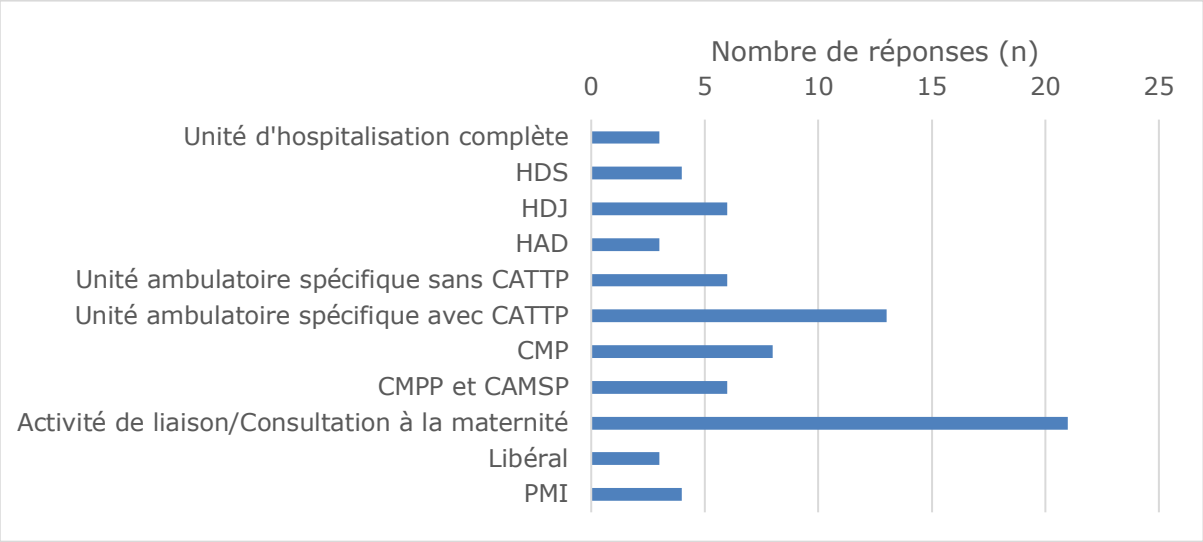

Figure 2 : Répartition des lieux d'exercice concernant l'activité de périnatalité

Pour cette question, les professionnels interrogés avaient la possibilité de retenir plusieurs réponses, ainsi que d'ajouter un lieu d'exercice qui ne figurait pas dans le questionnaire.

Au vu de la répartition des réponses, nous pouvons constater que de nombreux praticiens ont plusieurs lieux d'exercice en ce qui concerne leur activité en santé mentale périnatale.

2. Motifs de consultation chez les coparents en périnatalité

La question concernant les motifs de consultation principaux chez les coparents était réservée aux psychiatres et pédopsychiatres (n=8).

Plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées par les praticiens.

Les résultats sont présentés dans la Figure 3.

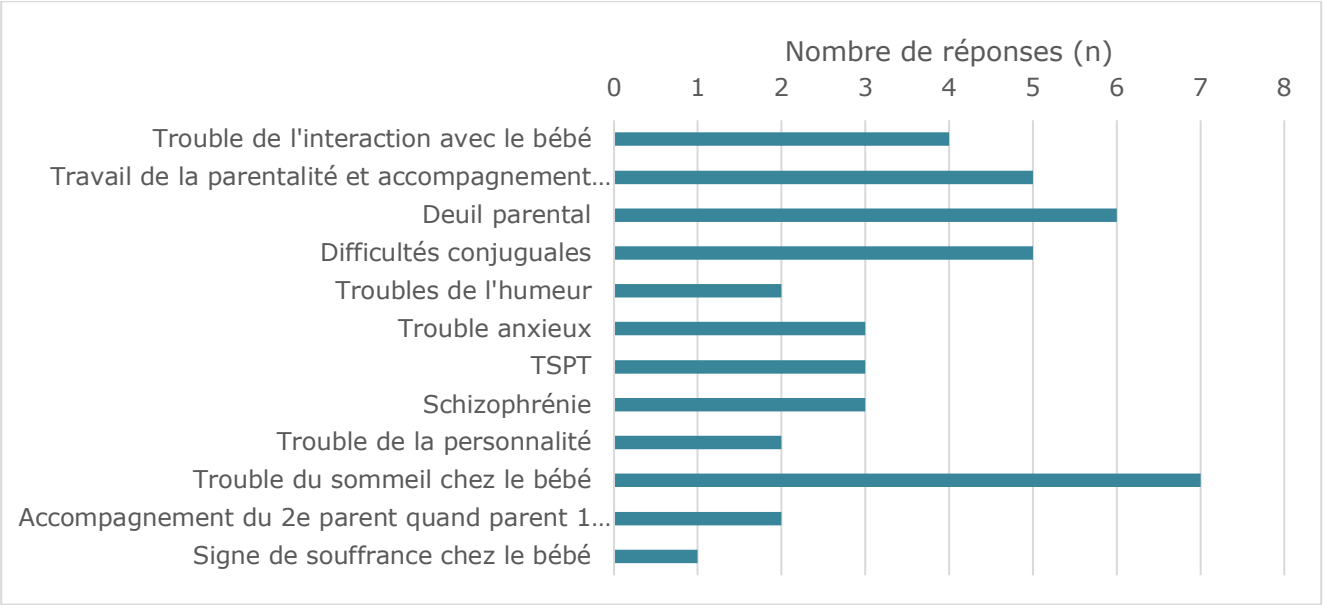

Figure 3 : Répartition des motifs de consultation principaux chez les coparents en périnatalité

Au vu de la répartition des résultats, nous constatons que l'entrée des coparents dans le suivi en périnatalité se fait fréquemment via des difficultés rencontrées par un autre membre de la famille, ou des difficultés dans les liens avec un autre membre de la famille (le premier parent ou le bébé).

En effet, les items qui témoignent de difficultés propres à la famille ou dans les liens entre les membres de la famille (trouble de l'interaction avec le bébé, travail de la parentalité lorsque l'enfant est placé, difficultés conjugales, trouble du sommeil chez le bébé ou signe de souffrance chez le bébé, accompagnement du coparent quand le premier parent a des troubles psychiatriques) ont été retenus 24 fois (55.8%), contre 19 (44.2%) pour les items relatifs à des troubles psychiatriques chez le coparent.

Pour les items concernant spécifiquement la santé mentale du coparent, l'item le plus fréquemment sélectionné est le deuil parental, qui a été retenu par 6 des 8 répondants.

3. Entrée du coparent dans les soins en périnatalité

Dans cette partie de l'étude, nous avons sollicité l'avis des praticiens sur les modalités d'entrée du coparent dans les soins, et plus particulièrement sur l'identification des personnes qui orientent les coparents vers les soins en périnatalité.

Nous avons dans un premier temps questionné, d'après leur expérience, l'origine de la demande de prise en charge. Les praticiens avaient le choix entre 3 items : "les professionnels de santé", "l'entourage" et "le coparent lui-même".

Les résultats recueillis à cette question sont résumés dans la Figure 4.

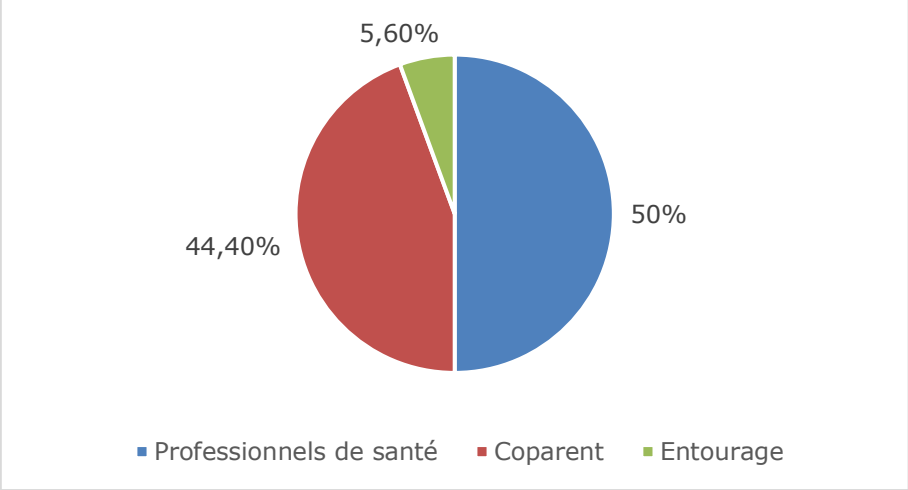

Figure 4 : Pourcentages de réponses à la question "La demande de soin en périnatalité chez les coparents émane principalement..."

La répartition des catégories professionnelles des demandeurs de prise en charge des coparents en périnatalité est représentée dans la Figure 5.

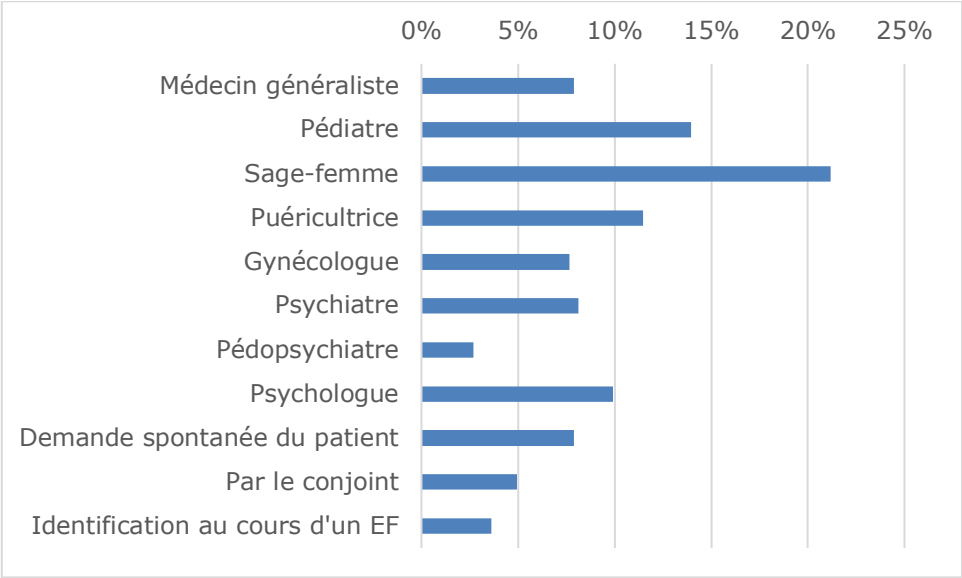

Figure 5 : Répartition en pourcentage de l'origine des adressages des coparents vers les soins en périnatalité

Les résultats mettent en avant que la majorité des orientations vers les soins en périnatalité serait réalisée par les sages-femmes et les pédiatres. A l'inverse, les professionnels identifiés comme étant le moins à l'origine d'orientation des coparents vers les prises en charge en périnatalité sont les pédopsychiatres.

Nous avons étudié les réponses afin d'évaluer l'origine des orientations des coparents en fonction des lieux d'exercice des professionnels qui adressent vers les soins en périnatalité.

Plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées par les répondants, et plusieurs sous catégories étaient proposées en fonction du lieu d'activité des adresseurs :

- hospitalier, libéral, et PMI pour les pédiatres et les sages-femmes,
- hospitalier et PMI pour les puéricultrices,
- libéral et hospitalier pour les gynécologues,
- libéral, à la maternité ou secteur psychiatrique public pour les psychologues,
- libéral et secteur psychiatrique public pour les psychiatres et pédopsychiatres.

Les résultats de cette analyse sont résumés dans la Figure 6.

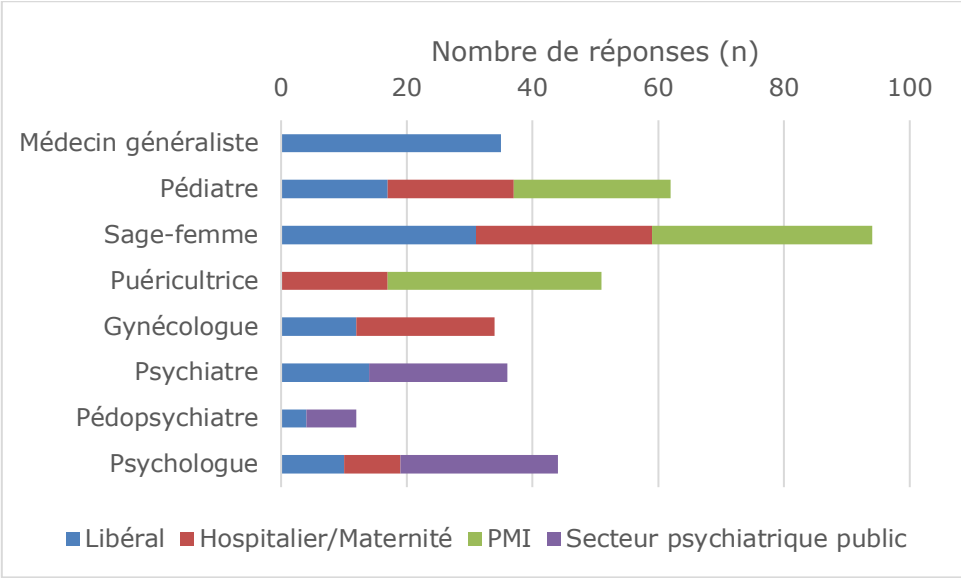

Figure 6 : Répartition par lieux d'exercice des professionnels de santé sélectionnés comme principaux adresseurs

D'après la répartition des résultats, nous pouvons retenir que les professionnels qui adressent le plus souvent vers des prises en charge en périnatalité exercent en libéral (33.4%), dans le domaine hospitalier (26.1%) et en PMI (25,5%).

4. Analyse des pratiques des répondants

4.1. Place occupée par chaque membre de la famille dans le suivi en périnatalité

Nous souhaitions, via le questionnaire, évaluer auprès des consultants en périnatalité sur quel membre de la famille se centre leur activité.

Plusieurs réponses pouvaient être retenues à cette question.

La répartition des réponses sur la prise en compte des membres de la famille par catégorie professionnelle est représentée dans la Figure 7.

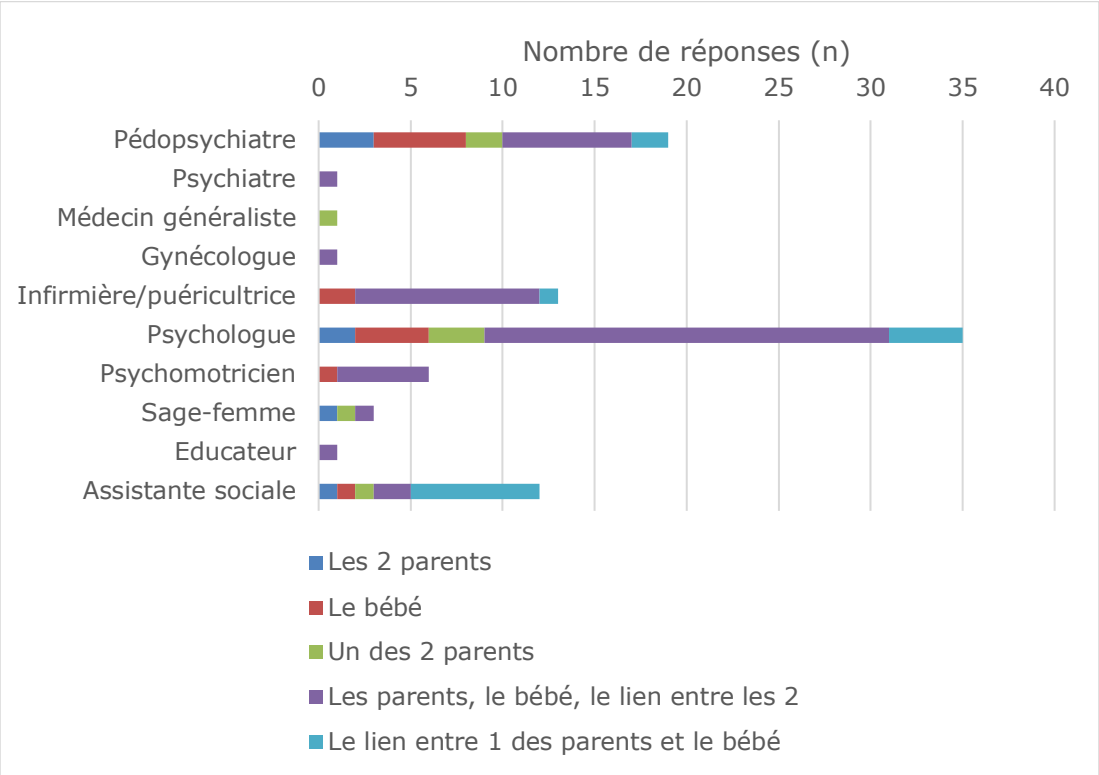

Figure 7 : Répartition du nombre de réponses à la question « Votre activité en périnatalité se centre principalement sur… » par catégorie professionnelle des répondants

La réponse la plus fréquemment retenue par les professionnels de santé, est la prise en compte des deux parents, du bébé et du lien entre les deux, qui a été sélectionnée 50 fois (54.3%). Concernant l'activité centrée principalement sur le bébé, cette réponse a été sélectionnée 13 fois (14.1%).
La réponse "activité centrée sur les deux parents" a été retenue 7 fois (7.6%), la réponse "activité centrée sur le lien entre un des deux parents et le bébé" a été choisie à 14 reprises (15.2%) et la réponse "activité centrée sur un des deux parents" a été retenue 8 fois (8.7%).

La répartition des réponses suggère que la majorité des répondants prend en compte les deux parents, le bébé et les interactions au sein de la famille dans leur pratique de la périnatalité. Nous pouvons constater également que les professionnels prennent en charge le plus souvent au moins deux membres de la famille.

4.2. Suivi psychothérapeutique et traitements psychotropes chez le coparent

4.2.1. Comparaison des stratégies de prise en charge concernant le suivi psychothérapeutique chez la mère et le coparent

Pour cette question, plusieurs réponses pouvaient être retenues. Les pédopsychiatres et psychiatres étaient concernés par cette question, afin de pouvoir comparer les pratiques entre les deux catégories. Cependant, devant le faible effectif parmi les psychiatres, nous ne pouvons pas statuer d'un point de vue statistique sur les différences entre les deux groupes.

Concernant les items sélectionnés sur la prise en charge psychothérapeutique par les pédopsychiatres et les psychiatres, il n'existe pas de différence entre les prises en charge chez les mères et chez le coparent.

La répartition des réponses et leurs pourcentages sont résumés dans le Tableau II.

Tableau II : Réponses à la question « Quelle(s) stratégie(s) adoptez-vous concernant le suivi des mères et des coparents en périnatalité ?»

	Pédopsychiatre		Psychiatre	
	Mère	Coparent	Mère	Coparent
Assure le suivi, quand le patient n'en a pas	5 (71,4%)	5 (71,4%)	0	0
Assure le suivi quand le patient en a déjà un	1 (14,3%)	1 (14,3%)	0	0
Adresse vers le suivi quand le patient en a déjà un	2 (28,6%)	2 (28,6%)	0	0
Oriente vers un suivi si le patient n'en a pas	4 (57,1%)	4 (57,1%)	0	0
Vous travaillez de manière partenariale si le patient est déjà suivi	7 (100%)	7 (100%)	1 (100%)	1 (100%)

Un pédopsychiatre a répondu négativement à la question "adoptez-vous la même position concernant le suivi psychothérapeutique chez le coparent", mais a cependant sélectionné les mêmes items qui avaient été sélectionnés pour les mères. En texte libre, ce pédopsychiatre a expliqué s'adapter au besoin du coparent, et précise qu'il est parfois important pour le coparent que les soins psychiques se fassent dans une unité différente de celle où sont pris en charge la mère et le bébé, ou du moins avec des professionnels différents.

Devant la taille restreinte de l'échantillon, il n'est pas possible de mettre en évidence de différence statistique concernant les stratégies choisies par les professionnels.

Nous constatons que l'ensemble des professionnels travaillent de manière partenariale dans le cas où le coparent bénéficie déjà d'un suivi.

4.2.2. Comparaison des stratégies de prescription de traitements psychotropes chez la mère et le coparent

Seuls les pédopsychiatres étaient concernés par cette question, et avaient la possibilité de sélectionner plusieurs items.

Nous avons réservé cette question à cette catégorie professionnelle car notre hypothèse de départ était que les pédopsychiatres assuraient probablement peu la prescription des traitements chez la mère, et de ce fait chez le coparent également.

Les réponses sont colligées dans le Tableau III

Tableau III : Réponses à la question « Quelle(s) position(s) appliquez-vous concernant la prescription de traitements psychotropes ? », p = 0.9472

	Mère	Coparent
Assure la prescription du traitement quand pas de psychiatre référent	6 (27,3%)	4 (20%)
Assure la prescription du traitement quand psychiatre référent	1 (4,5%)	0
Adresse vers son psychiatre référent quand déjà suivi	4 (18,2%)	5 (25%)
Oriente vers un psychiatre quand pas de psychiatre référent	5 (22,7%)	6 (30%)
Travail partenarial	6 (27,3%)	5 (25%)

Parmi les 7 pédopsychiatres concernés, 3 (42.9%) ont répondu ne pas adopter la même stratégie pour la prescription de traitement psychotrope chez le coparent.

4 arguments ont été avancés en texte libre pour justifier cette différence :

- décision au cas par cas,
- le manque de temps,
- le risque de rupture de suivi,
- le besoin de différencier les espaces de prise en charge entre la mère et le coparent.

Le test de Fisher n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative concernant les stratégies adoptées par les pédopsychiatres pour la prescription de traitement entre la mère et le coparent. Nous pouvons supposer soit qu'il n'y a effectivement pas de différence, soit que la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence cette différence du fait d'un défaut de puissance.

5. La place des coparents en consultation

Nous constatons, grâce aux données de l'étude, que la présence du coparent en consultation est plus fréquente dans la période postnatale (PN) que dans la période anténatale (AN), et plus particulièrement en consultations conjointes. Le test de Fisher relève une différence significative dans la fréquence des consultations avec un p = 0.0035.

Ces données sont colligées dans le Tableau IV.

Tableau IV : Fréquence de la présence des coparents en consultation, p = 0.0035

	Entretien individuel AN	Entretien individuel PN	Entretien coparent + le bébé	Entretien 2 parents + le bébé
Jamais	19 (36,5%)	8 (14,8%)	9 (16,7%)	4 (7,4%)
Rarement	19 (36,5%)	17 (31,5%)	14 (25,9%)	13 (24,1%)
Souvent	6 (11,5%)	15 (27,8%)	16 (29,6%)	18 (33,3%)
Systématiquement	8 (15,4%)	14 (25,9%)	15 (27,8%)	19 (35,2%)

Cette différence dans les fréquences de consultation des coparents se retrouvent particulièrement chez les pédopsychiatres, les infirmiers et les psychomotriciens. En effet 57.1% des pédopsychiatres déclarent ne jamais recevoir de coparent seul en consultation individuelle anténatale, 42.8% déclarent voir fréquemment le coparent en consultation conjointe coparent-bébé, et 57.1% reçoivent fréquemment les 2 parents avec le bébé.

Concernant les infirmiers et les puéricultrices, 10% mettent en avant la présence systématique du coparent en consultation individuelle anténatale, contre 40% en consultation conjointe parents-bébé et coparent-bébé.

Les résultats des données rapportées par les psychomotriciens relèvent une absence fréquente à systématique de présence du coparent en consultation individuelle anténatale. Pour les consultations individuelles postnatales, 60% déclarent recevoir systématiquement le coparent. 80% des

psychomotriciens mettent en avant la présence systématique du coparent en consultation conjointe parents-bébé.

6. La place des coparents en groupes de parole et en ateliers thérapeutiques

Parmi les répondants, 29 professionnels de santé (53.7%) déclarent proposer des groupes de parole ou des ateliers dans les soins qu'ils proposent : 16 d'entre eux proposent des groupes de parole, et 27 proposent des ateliers thérapeutiques.

6.1. Place des coparents en groupes de parole

12 répondants sur les 16 indiquent proposer systématiquement aux coparents de participer aux groupes de parole (75%).

La fréquence de la présence des coparents en groupe de parole estimée par les 12 répondants est résumée dans le Tableau V.

Tableau V : Fréquence de participation des coparents aux groupes, p = 0.5928

	Groupe de parole AN	Groupe de parole PN
Jamais	2 (20%)	1 (9.1%)
Rarement	5 (50%)	4 (36.4%)
Souvent	1 (10%)	4 (36.4%)
Systématiquement	2 (20%)	2 (18.2%)

Le test de Fisher ne met pas en avant de différence statistiquement significative concernant la présence des coparents aux groupes de parole anténatal et postnatal.

Nous pouvons supposer soit qu'il n'y a effectivement pas de différence, soit que la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence cette différence du fait d'un défaut de puissance.

6.2. Place des coparents en ateliers

18 répondants sur les 27 indiquent proposer systématiquement aux coparents de participer aux ateliers (66.7%).

La fréquence de participation des coparents en atelier anténatal et postnatal est résumée dans le Tableau VI.

Tableau VI : Fréquence de participation des coparents aux ateliers, p = 0.1035

	Atelier AN	Atelier PN
Jamais	5 (29.4%)	1 (5.9%)
Rarement	9 (52.9%)	8 (47.1%)
Souvent	1 (5.9%)	6 (35.3%)
Systématiquement	2 (11.8%)	2 (11.8%)

Le test de Fisher ne met pas en avant de différence statistiquement significative concernant la présence des coparents aux ateliers en anténatal et postnatal.

Nous pouvons supposer soit qu'il n'y a effectivement pas de différence, soit que la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence cette différence du fait d'un défaut de puissance.

6.3. Les groupes de parole et ateliers spécifiquement dédiés aux coparents

Parmi les professionnels qui déclarent proposer des groupes de parole ou des ateliers (n=29), 14 (48.3%) affirment permettre aux coparents de bénéficier de groupes et d'ateliers qui leur sont dédiés.

3 répondants (21.4%) proposent des groupes de parole spécifiques en anténatal, et 2 (14.3%) en postnatal.

Parmi ces groupes de parole en anténatal, 2 précisions sur le sujet de ces groupes sont apportées : 1 groupe porte sur l'accompagnement du coparent au cours de la grossesse, le 2e est en projet et porterait sur le même thème.

Au sujet des groupes de parole en postnatal, un des groupes consiste en un accompagnement systématiquement proposé aux coparents à J15 de l'accouchement.

En ce qui concerne les ateliers, 4 professionnels (28.6%) indiquent avoir mis en place des ateliers spécifiques en anténatal, et 5 (35.7%) en post-natal. D'après les réponses en texte libre sur les ateliers en anténatal, les prises en charge en salle snoezellen, des ateliers méditation, massages, relaxation sont proposés aux coparents. Dans la période postnatale, les ateliers proposés sont des ateliers massages coparent-bébé, un atelier d'éveil, un atelier comptine, un atelier d'accompagnement de la relation coparent-bébé, et des temps de passation de l'échelle de Brazelton avec le coparent. D'autres ateliers seraient également en projet.

6.4. Autres soins spécifiques pour les coparents en périnatalité

Nous avons questionné les professionnels de santé sur l'existence d'autres soins, autres que les consultations, groupes de parole ou ateliers, spécifiques pour les coparents.

Parmi les 39 réponses obtenues, 8 déclarent proposer des soins spécifiques, et ont pu donner des précisions sur ces soins en texte libre.

2 répondants proposent des visites à domicile, qui permettent un accompagnement du coparent autour des soins primaires du bébé (sommeil, alimentation, bain, éveil).

Les autres soins spécifiques suivants ont été rapportés à une reprise :

- une prise en charge en hôpital de jour du coparent et du bébé quand la mère est hospitalisée pour trouble psychiatrique,
- des temps d'échange sur l'élaboration parentale (en présence ou en l'absence de l'enfant),
- des co-thérapies coparent-bébé,
- une thérapie spécifique du psychotraumatisme par EMDR,
- des prises en charge individuelles adaptées au besoin du coparent et du bébé.

D'après les données de l'étude, nous pouvons constater que les soins spécifiques proposés aux coparents autres que les consultations, groupes de parole ou ateliers, sont principalement des prises en charge proposées en postnatal.

7. Utilisation des échelles psychométriques chez les coparents

Dans notre étude, nous avons interrogé les professionnels de santé sur l'utilisation des échelles psychométriques dans leur pratique chez les mères, et si ces échelles psychométriques étaient également systématiquement utilisées chez le coparent.

22 professionnels (40.7%) déclarent utiliser les échelles psychométriques chez les mères. Parmi ces professionnels, 1 (4.5%) déclare utiliser les échelles psychométriques de manière systématique chez le coparent.

Cependant, notre questionnaire ne permettait pas aux praticiens de préciser les échelles utilisées, et si ces échelles étaient des échelles spécifiques de la période périnatale.

8. Identification des freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité

Dans cette partie de l'étude, l'avis des participants a été sollicité sur les freins qu'ils auraient identifiés dans leur pratique, et qui limiteraient une prise en charge optimale des coparents en périnatalité.

Les professionnels avaient la possibilité de retenir plusieurs réponses pour cette question, et d'ajouter des propositions en texte libre.

Les résultats à cette question sont résumés dans le Tableau VII.

Tableau VII : Nombre de réponses concernant les freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité

	Nombre de réponses obtenues n
Absence de besoin identifié par le coparent concernant un accompagnement en périnatalité	35
Difficulté de planification	33
Manque de disponibilité du coparent	33
Refus du conjoint	31
Crainte et réticence du coparent	28
Non-adhésion du coparent à la prise en charge proposée	20
Défaut de repérage par les professionnels de santé	12
Manque de connaissance sur la possibilité de prise en charge d'un coparent en périnatalité	9

9. Perspectives d'amélioration des soins en périnatalité chez les coparents

Nous avons recueilli l'avis des professionnels de santé au sujet des perspectives d'amélioration sur la prise en charge des coparents en périnatalité. Les professionnels interrogés avaient la possibilité de répondre à cette question via un texte libre. Un total de 29 réponses a été obtenu.

Les réponses obtenues sont résumées dans le Tableau VIII.

Tableau VIII : Résumé des réponses apportées à la question « Quels seraient les points à améliorer concernant la prise en charge des coparents en périnatalité ? »

		Nombre de réponses obtenues n
Amélioration de l'information des coparents sur l'offre de soin (n=7)	Plus d'informations dans les médias	4
	Information plus précoce et systématique	3
Améliorer la disponibilité du coparent (n=4)	Accès facilité aux arrêts de travail	2
	Consultation plus tard dans la journée	1
	Augmentation de la durée du congé paternité ou congés supplémentaires	1
Augmentation des moyens matériels et humains		4
Plus grande diversité des soins et des prises en charge pour les coparents		4
Consultations systématiques avec le coparent dès le début de la prise en charge de la mère et du bébé		4
Favoriser le sentiment de légitimité du coparent dans les prises en charge en périnatalité		3
Sensibilisation des professionnels aux troubles psychiques du coparent en période périnatale		3

10. Satisfaction concernant l'offre de soins pour les coparents en périnatalité

La satisfaction des professionnels de santé concernant l'offre de soins en périnatalité pour les coparents est résumée dans la Figure 8.

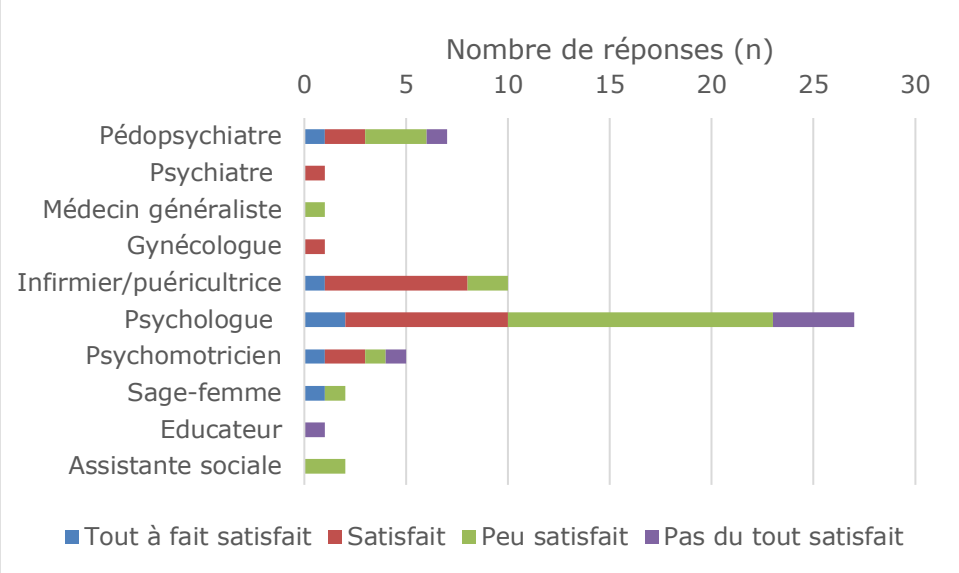

Figure 8 : Répartition de la satisfaction des professionnels de santé au sujet de l'offre de soins en périnatalité pour les coparents

Nous avons également demandé aux praticiens si, d'après leur expérience professionnelle, les coparents sont satisfaits des soins proposés en périnatalité.

Parmi les 48 réponses obtenues à la question, 29 s'accordent à dire que les coparents seraient satisfaits de l'offre de soins (60.4%), contre 19 qui suggèrent que les coparents ne seraient pas satisfaits (39.6%).

11. Projet national des 1000 premiers jours et place du coparent en périnatalité

La diffusion du questionnaire a été l'occasion d'évaluer auprès des professionnels des Pays de la Loire les répercussions du Projet National des 1000 premiers jours sur la présence des coparents dans les soins en périnatalité.

D'après les données de l'étude, 61.1% des praticiens n'ont pas constaté une augmentation de prises en charge de coparent dans leur patientèle.

Cependant, 61.1% des praticiens affirment prendre plus en compte le coparent dans leur prise en charge depuis le Projet National des 1000 premiers jours.

12. Qu'est-ce qu'un coparent?

Le terme de coparent est une entité encore mal spécifiée, et ne dispose pas de définition formelle. Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de solliciter l'avis des participants de l'étude sur ce point.

Les répondants avaient la possibilité de répondre en texte libre à la question "Selon vous, qu'est-ce qu'un coparent ?". 38 réponses ont été obtenues.

Le Tableau IX résume les données relatives à cette question.

Tableau IX : Résumé des réponses à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un coparent ? »

		Nombre de réponses obtenues n
Partenaire de vie de la mère		8
Figure d'attachement		7
Investissement et soutien de la mère		6
Durée significative de présence auprès du bébé		6
Soutien de la dyade mère-bébé		4
Personne investie dans la vie du bébé (n=19)	Investissement émotionnel	8
	Investissement dans l'éducation	7
	Investissement matériel	5
	Investissement dans les soins physiques	4
2e parent, « rôle de parent » auprès du bébé (n=11)	Membres de la famille	5
	Proches de la mère, sans lien de parenté	3
	Sans précision	3
Assistants familiaux, les référents protection, ou les professionnels travaillant en pouponnière		1
Statut de coparent lié à la notion d'autorité parentale		1

DISCUSSION

1. Définitions et contexte actuel

1.1. Qu'est-ce qu'un coparent ?

Si, d'un point de vue juridique, la coparentalité concerne les 2 détenteurs de l'autorité parentale, la dénomination de coparent semble s'éloigner de la connotation légale, et s'ouvre à d'autres protagonistes susceptibles d'entourer l'enfant au cours de sa vie.

La littérature soulève la grande diversité des situations rencontrées, qui complexifient cette volonté de définir de manière claire le terme de coparent. Cette diversité s'inscrit dans un remaniement des schémas familiaux traditionnels, qui s'écartent du principe de bi-filiation, et prend également en compte les familles monoparentales, la reconnaissance de l'homoparentalité ainsi que les familles qui ont recours à la procréation médicalement assistée. Bien que ce sujet soit délicat, et a pu être source de débat, la priorité est actuellement portée, comme le souligne Gérard Neyrand, sur « le droit fondamental de l'enfant à bénéficier de relations privilégiées avec ses parents, au-delà de la catégorisation de ceux-ci et de la diversification des places parentales qu'on connaît aujourd'hui » (10).

Dans notre étude, nous avons proposé aux participants une définition du coparent au début du questionnaire afin d'éclaircir nos propos concernant ce terme utilisé, tout en laissant la possibilité aux répondants de suggérer leur propre définition de coparent par la suite dans le questionnaire. Le fait d'avoir suggéré une définition au terme de « coparent » a donc pu influencer les professionnels interrogés dans leurs réponses.

Nous pouvons constater d'après les résultats de l'étude que les répondants sont en majorité en accord avec les données de la littérature. En effet, la notion d'autorité parentale comme condition nécessaire au statut de coparent n'est précisée qu'à une seule reprise, ce qui témoigne d'une volonté de considérer la place du coparent au-delà de l'aspect juridique. Ces réponses permettent également de mettre en lumière que les répondants ne s'attachent non pas principalement au lien entre le coparent et le 1e

parent, mais privilégient l'investissement (émotionnel, éducatif, matériel), le lien créé entre le bébé et la personne de son entourage, et donc le bien-être de l'enfant. De plus, les liens entre la mère et le coparent peuvent être variés d'après les réponses obtenues : un membre de la famille comme les parents, les oncles et tantes, frères et sœurs, mais également le beau-père ou la belle-mère de l'enfant, ou des proches de la famille sans lien de parenté direct. Le ou la partenaire de vie de la mère reste cependant la personne la plus fréquemment identifiée par les professionnels, ce qui correspond aux situations les plus fréquemment rencontrées en pratique clinique.

Nous avons observé, à travers les réponses obtenues à cette question, que la mère était constamment mentionnée comme 1e parent pour définir le coparent, ce qui amène à nous questionner sur la place des couples homoparentaux masculins et des familles monoparentales père-enfant dans l'imaginaire collectif ainsi que dans les soins en santé mentale périnatale.

1.2. Contexte actuel

L'intérêt porté à la période périnatale s'accroît ces dernières années. Le projet national « les 1000 premiers jours » en 2019, et le rapport de la commission en septembre 2020 qui a permis de dégager plusieurs axes d'intervention pour la promotion, la prévention, le soutien à la parentalité et le repérage des fragilités en sont les témoins.

Plus récemment, un groupe de travail lancé par l'ARS sur la psychiatrie périnatale en 2023 a pour objectif de faire un état des lieux de l'offre de soins et de son organisation sur le territoire des Pays de la Loire, ainsi que de réformer les autorisations pour la mention « Psychiatrie périnatale ».

Notre étude, réalisée en parallèle de ce travail, s'accorde sur les résultats de l'enquête effectuée auprès des établissements publics de santé mentale concernant plusieurs points : une activité principalement ambulatoire, la bonne connaissance des professionnels du réseau de soins en santé mentale périnatale, et de ce fait une dynamique partenariale dans les prises en charge des patients, ainsi que le manque de moyen matériel et humain.

2. Biais et limites de l'étude

Plusieurs biais sont à considérer dans notre étude.

Premièrement, il existe un biais de sélection du fait de la méthodologie choisie pour cette étude. L'obtention des adresses e-mails des professionnels n'était réalisable que par un appel téléphonique préalable auprès des secrétariats, ce qui représente un biais de recrutement. De plus, certains secrétariats refusant de communiquer directement les adresses mails des professionnels, le questionnaire a été dans certains cas partagé via une mailing list, ce qui rend difficile le contrôle de la diffusion du questionnaire, malgré les explications préalablement transmises sur les professionnels ciblés par notre étude.

Un autre biais de recrutement réside dans le fait que les professionnels exerçant une activité de périnatalité en libéral n'ont pas été pris en compte dans cette étude, de par la difficulté à identifier leur profil d'activité.

Un biais d'auto-sélection est également à considérer, étant donné la réponse au questionnaire sur la base du volontariat. Nous pouvons en effet supposer que les professionnels les plus sensibles à la question de la place du coparent en périnatalité ont davantage répondu et sont, de ce fait, sur-représentés.

Malgré le taux de réponse dans la norme dans les sondages (32%), le faible effectif de réponses de certaines catégories professionnelles peut participer à une perte de puissance et de fiabilité des résultats de notre étude.

Il existe également un biais de classement inhérent au biais de mémorisation des participants. De fait, les participants se basent sur les souvenirs de leur expérience professionnelle, ce qui peut engendrer soit des distorsions par rapport à leur expérience réelle, soit des oublis, et donc biaiser les résultats.

Néanmoins, le caractère anonyme du questionnaire et la possibilité d'y répondre de manière individuelle ont permis d'éviter le phénomène d'autocensure par crainte du jugement des pairs, et de ce fait éviter le biais de prévarication. Ceci participe à augmenter la fiabilité et la validité interne de notre étude.

Nous avons constaté lors de l'analyse des résultats, que l'intitulé de nos items concernant le lieu d'exercice de l'activité de périnatalité pouvait induire en erreur les répondants. En effet, plusieurs psychologues ayant une activité de consultation à la maternité, et donc identifiée comme une activité de liaison, ont sélectionné l'item "unité d'hospitalisation parents-bébé", qui faisait référence selon nous aux unités d'hospitalisation psychiatriques mère-bébé à temps plein. Ce biais de classement a pu être corrigé avec l'analyse des réponses.

Notre étude ne permettait pas d'évaluer la répartition de l'offre de soins et des pratiques en périnatalité sur l'ensemble des Pays de la Loire. Il aurait été intéressant d'avoir des estimations sur ce point dans le contexte actuel de groupe de travail centré sur l'évaluation de l'offre de soins en psychiatrie périnatale mis en place par l'ARS. Nous constatons néanmoins, d'après les résultats issus de ce groupe de travail, qu'il existe une absence d'offre de soins en santé mentale périnatale dans des unités spécialisées en Mayenne.

Ce travail a cependant permis de mettre en lumière la différence d'offre de soins au sein de mêmes structures de santé en ce qui concerne la santé psychique périnatale. En effet, lors de la prise de contact avec les secrétariats des différents PMI et CAMSP, nous avons constaté que ces prises en charge n'étaient pas accessibles dans l'ensemble des PMI et CAMSP des Pays de La Loire. Cela témoigne d'une inégalité d'accès aux soins en santé mentale périnatale concernant ces structures de soin.

3. Résultats de l'étude au regard de la littérature

3.1. Caractéristique de la population étudiée

À la lecture des résultats, un élément ressort de manière significative concernant la population de notre étude : la grande majorité des répondants sont des femmes (98.1%). Nous sommes en droit de nous questionner sur l'influence de cette caractéristique sur la place laissée au coparent, et notamment au père, dans ce milieu principalement féminin.

La recherche scientifique souligne en effet que la participation des pères pourrait être améliorée avec des prises en charge spécifiquement dédiées aux hommes, ainsi qu'avec des intervenants masculins, notamment si ces intervenants sont eux-mêmes pères (11). Cela favoriserait un environnement moins formel et plus propice aux partages des craintes ressenties par les pères, qui se sentiraient moins jugés dans ce contexte. Nous pouvons supposer que ces ajustements permettraient également aux pères de se sentir plus légitimes dans la place qu'ils occupent dans les soins en santé mentale périnatale.

La littérature questionne également la nécessité de repenser les stratégies de diffusion et le langage des supports d'information relatifs à la périnatalité, actuellement principalement adaptés aux femmes, pour des stratégies adaptées aux hommes, afin de permettre un meilleur engagement des pères vers les soins (11). Le sentiment de légitimité des pères pourrait là aussi être amélioré via ces modifications dans les stratégies d'information.

3.2. Entrée du coparent dans les prises en charge en santé mentale périnatale

D'après les résultats de l'étude, les principaux motifs de consultation initiale chez les coparents sont en majorité des motifs externes au coparent lui-même. En effet, dans 55.8% des cas, les motifs de consultation se rapportent à des difficultés rencontrées par ou avec un membre de la famille (premier parent ou le bébé), dont les plus fréquentes sont les troubles du sommeil chez le bébé (sélectionné par

7 des 8 professionnels interrogés sur ce point). Selon les participants de l'étude, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux restent des motifs de consultation minoritaires chez les coparents.

La recherche scientifique permet d'apporter plusieurs explications à ce constat. D'une part, les hommes seraient plus réticents à demander de l'aide pour les difficultés relatives à leur santé mentale (12,13). D'autre part, la dépression chez les hommes peut être masquée par des plaintes somatiques, la consommation de drogues et d'alcool (14). Les hommes déprimés sont également plus susceptibles d'adopter des comportements d'évitement, et risquent de moins se diriger vers les soins (11). Nous pouvons donc supposer que dans certains cas, ces motifs de consultation initiaux non spécifiques au coparent présentent une porte d'entrée vers les soins, et permettent par la suite de mettre en lumière d'autres problématiques qui leur sont propres.

Cependant, d'après notre étude, l'entrée du coparent dans les soins se ferait en majorité via un adressage par des professionnels de santé (50%), mais également via une demande du coparent lui-même (44%). Ces résultats semblent nuancer nos hypothèses précédentes, et nous laissent suggérer que la difficulté pour le coparent ne résiderait pas essentiellement dans le fait de se diriger vers les soins de manière générale, mais plus précisément de se diriger vers les soins pour lui-même.

La littérature semble également en accord sur ce point, et relève que les hommes n'étaient pas désireux de demander de l'aide pour eux-mêmes, en partie parce qu'ils accordaient la priorité aux besoins de la mère et de l'enfant qu'ils jugeaient plus importants (15).

Il est nécessaire de souligner que la question sur les motifs de consultation était adressée uniquement aux psychiatres et pédopsychiatres, ce qui limite l'interprétation de ces données. Nous avons constaté au cours de l'analyse des résultats qu'il aurait été intéressant d'inclure d'autres professionnels, comme les psychologues, afin d'avoir des données plus précises et plus exhaustives sur les motifs de consultation des coparents.

Les résultats mettent également en avant que la part des coparents adressés vers les soins en santé mentale périnatale par des proches sont minoritaires (6%). Nous pouvons mettre en lien ce constat avec les données de la recherche scientifique, qui mettent en avant un réseau de soutien plus limité

chez les hommes, et la tendance à s'appuyer plus fréquemment sur leur conjointe. De plus cet isolement et le manque de soutien interpersonnel (de la famille, des amis) se majoreraient dans la période périnatale, particulièrement en anténatal (16,17).

Concernant l'adressage du coparent vers les prises en charge en périnatalité, les résultats mettent en avant les sages-femmes, les pédiatres et les puéricultrices comme principaux adresseurs. Malgré les spécificités propres à ces catégories professionnelles, qui ont une activité centrée principalement sur la mère ou le bébé, nous pouvons supposer d'après les résultats que ces professionnels gardent un champ d'activité plus large tout en prenant en compte le coparent.

Les pédopsychiatres et le conjoint sont identifiés comme étant les moins à même d'adresser vers des prises en charge spécifiques. Pour ce qui concerne le conjoint, les données relevées ici sont concordantes avec les résultats développés plus haut concernant l'origine de la demande de soins, qui émanait du conjoint de manière minoritaire.

Au sujet des pédopsychiatres, plusieurs suppositions peuvent être émises pour expliquer ce résultat. D'une part, dans les Pays de la Loire, d'après nos résultats, les médecins qui ont une activité de périnatalité dans les structures spécialisées seraient principalement des pédopsychiatres. Les pédopsychiatres seraient de ce fait plus fréquemment en position de recevoir les coparents adressés par d'autres professionnels de santé, que des adresseurs. D'autre part, nos résultats suggèrent que les pédopsychiatres assurent le suivi psychothérapeutique et la prescription de traitement psychotrope chez le coparent. De ce fait, ils adresseraient moins le coparent car ils le prennent en charge. Une autre hypothèse serait que les pédopsychiatres ont moins l'opportunité d'adresser les coparents du fait du nombre minoritaire de coparents en consultation en pédopsychiatrie. Cependant, notre étude n'a pas pris en compte les espaces de soin en dehors des structures spécialisées en périnatalité. En conséquence, les psychiatres libéraux et des CMP adulte n'ont pas été identifiés comme destinataires de notre enquête. Pourtant, nous pouvons supposer qu'une part de leur activité est composée de psychiatrie périnatale, sans pour autant être identifiés comme psychiatres périnatalistes. Ces précisons

viennent nuancer nos propos concernant les pédopsychiatres qui représenteraient la majorité des médecins consultant en périnatalité d'après notre enquête.

L'identification d'un besoin de prise en charge du coparent en entretien familial serait un recours minoritaire pour les orienter vers les soins selon les données de l'étude. Ces résultats peuvent être corrélés avec ceux obtenus concernant la présence du coparent en consultation. De fait, les coparents seraient présents de manière fréquente à systématique en consultation conjointe « les 2 parents et le bébé » pour une majorité des professionnels (33.3% et 35.2% respectivement). Nous sommes en droit de déduire que malgré la présence des coparents en entretiens familiaux, il n'y aurait effectivement que peu d'indication de suivi retenue, du fait soit d'absence de trouble identifié chez le coparent (absence de trouble, ou dissimulation par le coparent), soit du fait de sa réticence.

Les données relatives aux lieux d'exercice des professionnels adressant les coparents suggèrent une bonne connaissance par les professionnels libéraux du réseau de soins en périnatalité. En effet, les professionnels exerçant en libéral ont été sélectionnés de manière majoritaire par les répondants (33.4%) comme principaux adresseurs vers les soins en périnatalité. Ce constat semble se vérifier particulièrement pour les médecins généralistes, catégorie professionnelle libérale la plus souvent retenue par les répondants. De plus, les prises en charge en périnatalité sont fréquemment des prises en charge pluriprofessionnelles, et nécessitent parfois l'intervention de plusieurs structures de soin pour une même famille. Les adressages fréquents par la PMI (25.5%) et le secteur hospitalier (26.1%) vont dans le sens de ce travail partenarial.

3.3. Analyse des pratiques

3.3.1. Place occupée par chaque membre de la famille dans le suivi en périnatalité

Les données de notre étude font ressortir la volonté des consultants en périnatalité d'adopter une vision systémique dans leur pratique. En effet, la majorité des réponses obtenues (54.3%) mettent

en avant la prise en compte de l'ensemble de la triade parent-enfant dans la pratique des répondants. De plus, l'item relatif à la prise en compte d'un des 2 parents ne représente que 8.7% des réponses. Néanmoins, notre questionnaire ne permet pas de déterminer lequel des 2 parents fait l'objet d'attention par les professionnels.

Ce point de vue systémique dans les prises en charge est également retrouvé dans la littérature scientifique (18,19). De plus, une revue systématique de la littérature de 2020 rédigée par Goldstein et ses associés au sujet des interventions dans la dépression périnatale paternelle ne retrouvait pas d'étude qui ciblait spécifiquement la santé mentale du coparent (20). L'ensemble des études évoquaient le bien-être des pères indirectement en se concentrant sur la mère, le bébé ou la relation de couple, ce qui témoigne d'une considération de l'environnement du père en premier lieu, et non du père en tant qu'individu.

3.3.2. Suivi psychothérapeutique et traitements psychotropes chez les coparents

Concernant le suivi psychothérapeutique, les données de notre étude n'ont pas permis de dégager de différence significative d'un point de vu statistique entre les psychiatres et les pédopsychiatres sur les stratégies de prises en charge, du fait du faible effectif des répondants, particulièrement chez les psychiatres (n=1). À la lecture de ces données, il n'y aurait également pas de différence entre les stratégies mises en place pour la mère et celle pour le coparent. Un répondant a toutefois nuancé ses propos en expliquant s'adapter au cas par cas, et souligne la nécessité pour le coparent de bénéficier d'un espace de suivi différent de celui de la mère.

De plus, nous constatons que l'ensemble des professionnels travaillent de manière partenariale avec les différents consultants qui interviennent dans la prise en charge du coparent.

Au sujet de la prescription de traitement psychotrope, les résultats ne retrouvent pas de différence significative concernant la stratégie adoptée chez la mère ou le coparent par les pédopsychiatres.

Nous constatons cependant à travers ces résultats que notre hypothèse de départ selon laquelle les pédopsychiatres seraient moins susceptibles d'introduire des traitements n'est pas vérifiée, puisque 6

des 7 pédopsychiatres déclarent assurer la prescription de traitement chez la mère quand il n'y a pas de psychiatre référent, et 4 assurent la prescription chez le coparent dans cette situation.

La littérature scientifique aborde le sujet du suivi psychothérapeutique et des traitements psychotropes chez les pères, qui souligne la préférence des pères et des futurs pères pour une approche psychothérapeutique et psychoéducative plutôt qu'une approche pharmacologique (21). Il est également souligné l'absence actuelle de recommandation spécifique pour les troubles psychiatriques chez le père comme la dépression périnatale, et la possibilité de suivre les recommandations formulées pour l'épisode dépressif caractérisé, tout en prenant en compte les spécificités relatives aux troubles psychiatriques chez les hommes en période périnatale (22).

Nous pouvons citer l'exemple de l'étude de Charandabi et ses associés de 2017 relative à l'efficacité de l'éducation basée sur le style de vie sur la dépression et l'anxiété paternelle, qui montre son effet bénéfique chez les pères avec des diminutions significatives sur les échelles de dépression et d'anxiété chez le groupe bénéficiant de cette formation (23).

Cependant, la majorité des interventions dédiées aux pères sont d'ordre psychoéducative et non psychothérapeutique (24).

3.4. Place des coparents dans les prises en charge en périnatalité

3.4.1. Consultation

Il semblait, à la première lecture des résultats, que les coparents consultaient plus fréquemment dans la période postnatale, que ce soit en consultations individuelles, ou en consultations conjointes. Cette différence est particulièrement vraie pour les consultations conjointes coparent-bébé. Ceci a été confirmé au niveau statistique, avec un $p = 0.0035$ en ce qui concerne la comparaison entre la présence des coparents dans les différentes consultations.

Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses pour l'expliquer. La littérature soulève en effet le sentiment d'irréalité pour les futurs pères en début de grossesse, qui vivent la situation « de l'extérieur » face à

leur conjointe qui porte l'enfant (25), et qui pourrait être à l'origine d'une difficulté à s'investir dans les soins anténataux. La projection dans la paternité n'est donc pas toujours innée, et serait croissante au fil de l'avancée de la grossesse, avec notamment plusieurs événements qui permettraient aux futurs pères de prendre plus conscience de l'arrivée de leur enfant : les échographies, sentir le bébé bouger, voir le corps de leur conjointe changer. De plus, malgré les efforts réalisés depuis plusieurs années pour inclure les pères dans les soins dans la période périnatale, certains mettent encore en avant le sentiment d'être mis de côté par les professionnels, et d'être relégués à un rôle de soutien pour la mère au cours de la grossesse (26,27). L'augmentation du nombre de pères qui participent aux entretiens prénataux précoces, ou aux cours de préparation à l'accouchement témoignent de la volonté des pères de trouver leur place en période prénatal, mais ces espaces ne leurs sont pas spécifiquement dédiés.

Un autre facteur qui serait susceptible d'expliquer cette différence de présence entre la période anténatale et la période postnatale est le congé paternité, qui permet au père, ou toute autre personne partageant la vie de la mère, de bénéficier d'un congé indemnisé de 28 jours (28), et favoriserait de ce fait la disponibilité du père aux entretiens dans la période postnatale.

3.4.2. Groupe de parole et atelier

Notre étude n'a pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative concernant la présence des coparents en atelier ou en groupe de parole entre la période anténatale et postnatale.

Plusieurs hypothèses sont possibles face à ces résultats : soit il n'y a effectivement pas de différence, soit la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence cette différence du fait d'un défaut de puissance.

Nous pouvons cependant retenir que la présence du coparent de manière systématique est peu retenue par les répondants en groupe de parole (20% en anténatal et 18.2% en postnatal) et en atelier (11.8% en anténatal et en postnatal). De plus, soumettre la possibilité au coparent d'assister à ces prises en charge n'est pas systématique pour 4 répondants (25%). 3 réponses en texte libre ont été obtenues

pour justifier cette différence d'accès. 2 répondants mettent en avant que les groupes de parole proposés sont réservés aux mères, et 1 répondant déclare ne pas proposer systématiquement les groupes pour permettre aux mères de se sentir plus libres lors des temps de soin.

Au sujet des ateliers, l'accès aux coparents ne serait pas systématique pour 9 des professionnels de santé. Parmi ces 9 répondants, 8 ont argumenté en texte libre. Pour 3 des professionnels, l'indication est évaluée au cas par cas : 2 mettent en avant que les ateliers proposés sont des espaces dédiés aux mères, 1 des répondants soulève le manque de place dans les ateliers, 1 évoque le manque de disponibilité et l'absence de demande du coparent. Les arguments avancés par les répondants laissent donc entendre le plus souvent une priorisation de la mère, et la place du coparent serait parfois reléguée au second plan. Ce constat ressort également dans la littérature scientifique, et prend l'exemple des cours de préparation à l'accouchement, où les pères relèvent l'impression que leur présence est pensée principalement comme soutien à la mère, et non comme participant direct (21).

Pourtant, la recherche scientifique insiste sur l'importance des cours de préparation à l'accouchement et des entretiens prénataux précoces, qui sont une opportunité de nouer un lien avec les pères de manière précoce et de favoriser leur adhésion à des prises en charge futures (25).

3.4.3. Prises en charge spécifiques pour les coparents

D'après les résultats de notre étude, environ la moitié des professionnels qui proposent des groupes de parole ou des ateliers ont mis en place des espaces spécifiques pour les coparents (48.3%). Ces espaces comprennent des groupes de parole centrés sur le soutien des coparents au cours de la grossesse, des ateliers en anténatal axés sur le bien-être du coparent (relaxation, massage, méditation), et des ateliers en postnatal qui ciblent particulièrement le lien entre le coparent et le bébé. Nous pouvons noter également une initiative à visée préventive et de repérage avec la proposition systématique d'une consultation à J15 après le retour à la maternité.

Quant aux prises en charge proposées autres que les consultations, groupes de parole et ateliers, les répondants mettent en avant des prises en charge variées, et qui concernent majoritairement la période postnatale.

Ces résultats sont encourageants, de par le nombre de répondants qui déclarent proposer des prises en charge spécifiques pour le coparent, ainsi que par la diversité des soins. Cela va dans le sens des préconisations décrites dans la littérature sur la nécessité d'adapter les soins aux besoins des pères, qui peuvent être différents de ceux des mères, et de leur accorder une place à part entière (11,22).

Notre étude n'a cependant pas permis d'évaluer le taux de participation des coparents à ces dispositifs de soin.

Sur ce point, Missonier relevait d'après son expérience des groupes mis en place pour les pères qu'un père sur 40 y assistait (29), ce qui peut être le témoin d'un manque d'intérêt, une difficulté à se rendre disponible, ou un défaut d'information sur ces dispositifs.

3.5. Utilisation des échelles psychométriques

Même si les échelles psychométriques semblent être fréquemment utilisées par les professionnels chez les mères (40,7%), cette pratique pour le coparent semble être une minorité (4.5%).

La littérature scientifique souligne qu'à l'heure actuelle, et contrairement aux outils disponibles pour les mères, aucune échelle spécifique de troubles psychiatriques chez le père en période périnatale n'a été encore développée et validée en français (14,30). Pourtant, l'influence mutuelle entre l'état psychique de la mère et du père a été démontrée. La recherche scientifique précise que la cooccurrence d'un épisode dépressif caractérisé chez le père quand la mère est elle-même déprimée est estimée entre 24 et 50% lors de la première année postnatale. Dans ce contexte, il semble intéressant d'envisager, lorsqu'un épisode dépressif est diagnostiqué chez un des parents, un dépistage systématique de l'autre parent (31,32).

Au sujet des outils d'évaluation de la dépression, l'EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) est fréquemment utilisée en pratique clinique chez les coparents, mais elle n'est cependant pas validée en population masculine francophone. D'autres échelles sont fréquemment utilisées dans la recherche comme la BDI-II (Beck Depression Inventory) et le CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), mais ne prennent pas en compte les spécificités de la dépression masculine. Quant à l'échelle de dépression masculine de Gotland, qui présente la particularité d'évaluer les symptômes dépressifs masculins, elle n'a pas encore été validée en français.

Concernant les outils d'évaluation de l'anxiété, la recherche scientifique souligne intérêt de la STAI (State Trait Anxiety Inventory) comme échelle de choix à utiliser en période périnatale, du fait de son utilisation courante dans le domaine de la recherche, de sa validation large au niveau international, ainsi que de la possibilité d'évaluation dynamique de l'anxiété.

Il est important de souligner qu'une échelle a été développée afin d'évaluer les troubles psychiques chez les pères en période périnatale, la PAPA (Perinatal Assessment of Paternal Affectivity), avec une prise en compte des symptômes liés à l'anxiété, la dépression, le stress perçu, de la sphère sociale et somatique ainsi que de l'hostilité, des comportements dangereux et des addictions, mais cet outil n'est également pas encore validé en français (30).

3.6. Freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité

A la lecture des données de notre étude, les freins à une prise en charge optimale des coparents en santé mentale périnatale seraient multifactoriels. Nous pouvons en dégager 2 sous catégories :

- les facteurs limitants extérieurs au coparent (les freins d'ordre organisationnel, de défaut de repérage et de connaissance des professionnels de santé, ainsi que le refus du conjoint),
- les facteurs limitants propres au coparent (l'absence de besoin identifié, le manque de disponibilité, la non adhésion aux soins, la crainte et la réticence).

Au vu des données de l'étude, nous constatons que les facteurs propres au coparent sont majoritaires et représentent 68.6% des freins identifiés par les répondants. Ces dernières données semblent contradictoires avec les réponses citées précédemment concernant la demande de soins en périnatalité, qui était, d'après les participants, dans une grande partie représentée par les coparents.

Le facteur limitant le plus retenu par les répondants (35 fois) est l'absence de besoin identifié par le coparent à une prise en charge en santé mentale périnatale. Ce défaut de repérage propre au coparent peut s'expliquer de différentes manières. Une des hypothèses est qu'il n'y aurait effectivement pas de besoin du coparent. D'autres hypothèses, appuyées par les données de différentes études sur le vécu des pères au cours de la période périnatale, se dégagent : nous avons en effet précédemment abordé les différents mécanismes psychiques mis en œuvre par les pères, comme des comportements d'évitement, les plaintes somatiques en cas de souffrance psychique, ou la priorisation de la santé de la mère, qui sont susceptibles de limiter la prise de conscience des troubles par les pères. De plus, le manque de légitimité pourrait amener les pères à minimiser leur souffrance, et de ce fait ne pas identifier leur besoin (11,15,26,33).

Le manque de disponibilité du coparent et les difficultés de planification sont identifiés comme étant les 2e freins à une prise en charge optimale du coparent. Nous pouvons faire le lien avec la durée du congé paternité, qui s'est allongée en 2021 pour atteindre une durée de 28 jours, mais qui reste cependant moindre en comparaison du congé maternité (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après). De plus, ce congé paternité n'est accessible qu'au père ou à la personne qui partage la vie de la mère dans le cadre du mariage, d'un pacte civil de solidarité ou de concubinage, et ne prend pas en compte les coparents qui ne répondraient pas à ces critères (oncle, amis de la famille).

Le refus du conjoint est à la 3e place des freins retenus par les professionnels de la périnatalité interrogés, et fait écho aux résultats cités plus haut sur le faible taux de demande de soins qui émane du conjoint du coparent.

La crainte et la réticence du coparent, retenues par 28 répondants, est un phénomène bien décrit dans la littérature scientifique. La crainte du jugement par les professionnels, par les pairs, d'être stigmatisé, le sentiment de ne pas être considéré par les professionnels de santé, ainsi que le sentiment de ne pas

répondre aux attentes de la société en tant que père sont des éléments cités à plusieurs reprises dans la littérature (11,21,24,34).

Les résultats à cette question apportent cependant des perspectives positives concernant les prises en charge des coparents en périnatalité : la non-adhésion du coparent aux soins, ainsi que le défaut de repérage par les professionnels sont les items les moins retenus par les répondants. Nous sommes en droit de penser que cela reflèterait une bonne identification des motifs d'adressage des coparents par les professionnels, ainsi qu'une connaissance du réseau de soins en périnatalité. De plus, ces résultats suggèrent que la majorité des coparents seraient relativement satisfaits des soins proposés, ce qui est cohérent avec les données de notre étude concernant le point de vue des professionnels sur cette question, et met en avant que pour 60.4% d'entre eux les coparents seraient satisfaits de l'offre de soins proposés.

3.7. Amélioration des soins en périnatalité chez les coparents

Le ressenti des répondants sur les axes d'amélioration des soins pour les coparents met en avant en priorité une amélioration de l'information des coparents concernant l'offre de soins disponibles. Cette amélioration est pensée par les répondants de 2 manières : une augmentation de l'information dans les médias, ainsi qu'une information plus précoce et systématique concernant l'offre de soins, mais également sur les troubles psychiques chez les coparents dans la période périnatale. La recherche soulève également ce sujet, et propose plusieurs pistes d'amélioration : les articles de vulgarisation ou des posters dans les salles d'attente concernant les troubles psychiques chez les pères dans la période périnatale, avec des précisions sur les recours possibles sont des possibilités retenues (21). Une autre piste d'amélioration serait l'utilisation de supports numériques, pour lesquels les pères seraient plus sensibles. En effet, une étude réalisée au Canada par Da Costa et ses collaborateurs en 2017 montre que les pères et futurs pères utiliseraient internet en moyenne 4 à 6h par mois afin d'obtenir des informations sur la grossesse et la parentalité. Cette étude identifie également un besoin de disposer sur ces sites d'information sur la parentalité, sur les recours possibles pour améliorer les relations avec

leur partenaire et sur les manières de gérer le stress (35). Dans cette continuité, des applications mobiles ont également été développées, avec à l'étranger certaines spécifiquement pour les pères, et en France comme « Les 1000 Premiers jours » qui est destinée aux parents (21).

L'augmentation des moyens, une plus grande diversité dans les soins proposés ainsi que des consultations systématiques avec les coparents dès le début de la prise en charge sont également des axes d'amélioration soulevés par les répondants. Ils font écho aux précisions apportées précédemment par certains professionnels concernant les raisons de la non inclusion systématique des coparents dans les groupes de parole et ateliers, du fait du manque de place, ou de la nécessité de réserver des espaces de soin pour la mère.

Le rapport national des 1000 premiers jours mettaient en avant le besoin de favoriser et de soutenir l'investissement des coparents auprès de leur enfant en allongeant le congé paternité, en leur proposant une place plus grande dans les soins en périnatalité avec des interventions qui seraient plus adaptées à leur besoin, mais également qu'une plus grande flexibilité des horaires de travail pour les parents salariés soit possible (36). Ce constat ressort des propositions d'ajustement formulées par les répondants de l'étude, qui soulignaient également l'importance d'améliorer la disponibilité du coparent pour une prise en charge en périnatalité de meilleure qualité.

La question du sentiment de légitimité du coparent, qui est une donnée récurrente avancée par les répondants dans notre étude, est également citée comme un axe d'amélioration à prendre en compte. Nous pouvons supposer que la mise en place des ajustements cités plus haut permettrait en partie de favoriser ce sentiment de légitimité chez les coparents, et de ce fait leur investissement dans les soins.

CONCLUSION

La place du coparent en santé mentale périnatale constitue un enjeu majeur de santé publique. Néanmoins, les coparents sont sous représentés dans les prises en charge dans ce domaine de la santé. La littérature porte un intérêt croissant à cette question, démontre les enjeux pour la mère, le bébé, mais également le coparent lui-même, et soulève de nombreux freins et pistes d'amélioration pour une prise en charge optimale des coparents.

Toutefois, les données mériteraient d'être étayées sur ce sujet afin d'élaborer des recommandations claires et d'harmoniser les pratiques. De plus, le père reste le sujet principal des recherches scientifiques dans le domaine de la santé périnatale. Des études supplémentaires élargissant l'inclusion aux autres coparents seraient nécessaires afin d'atteindre une meilleure représentativité à l'image de la diversité des schémas familiaux actuels.

Dans notre étude, les praticiens mettent en avant une volonté d'améliorer l'inclusion du coparent dans les soins en périnatalité, et les résultats ont suggéré une participation significativement plus importante des coparents dans les consultations dans la période postnatale en comparaison de la période anténatale ($p = 0.0035$). De plus, les prises en charge spécifiques pour les coparents se développent dans les Pays de la Loire, à l'image des recommandations retrouvées dans la littérature sur la nécessité d'adapter les soins en prenant en compte les besoins spécifiques des pères. Malgré cela, l'accompagnement du coparent semble encore s'envisager dans une vision principalement systémique, et fait de l'ombre à une conception individualisée du coparent en tant qu'individu à part entière. L'évolution sur ce point permettrait au coparent de se sentir plus légitime vis-à-vis de leur place occupée dans le système de soins en périnatalité, et donc lever un des freins fréquemment relevés dans la littérature.

Le manque de moyen matériel et humain, ainsi que les craintes et réticences du coparent sont également des freins prégnants à l'élan d'intégration des coparents, et semblent être des pistes

d'amélioration à privilégier afin d'offrir une place satisfaisante pour les coparents en santé mentale périnatale.

Les initiatives régionales menées par l'ARS et les cliniciens, qui ont pour objectif de développer et renforcer l'offre de soins en santé mentale périnatale, pourraient être envisagées comme une opportunité de penser la place du coparent au centre des soins dès la naissance des différents projets, et non plus comme une plus-value aux prises en charge des familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fisher SD, Cobo J, Figueiredo B, Fletcher R, Garfield CF, Hanley J, et al. Expanding the international conversation with fathers' mental health: toward an era of inclusion in perinatal research and practice. Arch Womens Ment Health. oct 2021;24(5):841-8.

2. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/5/17/JUSC1236338L/jo/texte.

3. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2021/9/28/SSAP2124045D/jo/texte.

4. Tissot H, Frascarolo F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale: La psychiatrie de l'enfant. 22 déc 2011;Vol. 54(2):611-37.

5. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. Journal of Affective Disorders. févr 2020;263:491-9.

6. Philpott LF, Savage E, FitzGerald S, Leahy-Warren P. Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. Midwifery. sept 2019;76:54-101.

7. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: A Population Cohort Study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. avr 2008;47(4):390-8.

8. Paulson JF, Keefe HA, Leiferman JA. Early parental depression and child language development. Journal of Child Psychology and Psychiatry. mars 2009;50(3):254-62.

9. Rominov H, Giallo R, Pilkington PD, Whelan TA. "Getting help for yourself is a way of helping your baby:" Fathers' experiences of support for mental health and parenting in the perinatal period. Psychology of Men & Masculinity. juill 2018;19(3):457-68.

10. Neyrand G. La coparentalité : un principe central de la famille contemporaine difficile à mettre en œuvre: Recherches familiales. 24 juin 2021;n° 18(1):7-21.

11. O'Brien AP, McNeil KA, Fletcher R, Conrad A, Wilson AJ, Jones D, et al. New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety—Treatment Options: An Integrative Review. Am J Mens Health. juill 2017;11(4):863-76.

12. Doucet S, Letourneau N, Blackmore ER. Support Needs of Mothers Who Experience Postpartum Psychosis and Their Partners. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. mars 2012;41(2):236-45.

13. Nam SK, Chu HJ, Lee MK, Lee JH, Kim N, Lee SM. A Meta-analysis of Gender Differences in Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. Journal of American College Health. 23 sept 2010;59(2):110-6.

14. Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, De Stefano R, et al. When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. IJERPH. 11 févr 2020;17(4):1139.

15. Davenport C, Lambie J, Owen C, Swami V. Fathers' experiences of depression during the perinatal period: a qualitative systematic review. JBI Evidence Synthesis. sept 2022;20(9):2244-302.

16. Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy. Aust N Z J Psychiatry. sept 2007;41(9):718-25.

17. Kowlessar O, Fox JR, Wittkowski A. First-time fathers' experiences of parenting during the first year. Journal of Reproductive and Infant Psychology. janv 2015;33(1):4-14.

18. Chevauché M, Corfdir C. Les pères, patients en unité mère-bébé ? Une approche systémique en réflexion. L'Encéphale. mars 2023;S0013700623000179.

19. Noël R, Cyr F. Comment penser la fonction du père ? Vers une vision systémique de la fonction de triangulation. fili. 26 juill 2010;19(1):91-106.

20. Goldstein Z, Rosen B, Howlett A, Anderson M, Herman D. Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders. mars 2020;265:505-10.

21. Labalestra M, Culot S, Gaugue J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. Périnat. mars 2021;13(1):46-53.

22. Madsen SA. Men and perinatal depression. Trends Urology & Men Health. mars 2019;10(2):7-9.

23. Charandabi SMA, Mirghafourvand M, Sanaati F. The Effect of Life Style Based Education on the Fathers' Anxiety and Depression During Pregnancy and Postpartum Periods: A Randomized Controlled Trial. Community Ment Health J. mai 2017;53(4):482-9.

24. Rominov H, Pilkington PD, Giallo R, Whelan TA. A SYSTEMATIC REVIEW OF INTERVENTIONS TARGETING PATERNAL MENTAL HEALTH IN THE PERINATAL PERIOD: Paternal Perinatal Interventions. Infant Ment Health J. mai 2016;37(3):289-301.

25. Boiteau C, Apter G, Devouche E. À l'aube de la paternité… Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale: Devenir. 7 oct 2019;Vol. 31(3):249-64.

26. Glangeaud-Freudenthal MC, Gressier F. Accueillir les pères en périnatalité. Toulouse: Érès éditions; 2017. (Cahiers Marcé).

27. St-Arneault K, De Montigny F, Villeneuve R. Fathers' integration in Quebec's perinatal and early childhood public policies. Can J Public Health. janv 2014;105(1):e37-9.

28. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156.

29. Missonnier S. Des apprentis pères en groupe à la mater(pater)nité: Spirale. 1 août 2013;N° 66(2):127-37.

30. Culot S, Mauroy A, Fragnito LC, Gaugue J. Évaluation de la détresse psychologique paternelle en périnatalité : revue des instruments pour un screening de première ligne: Devenir. 15 juill 2020;Vol. 32(2):87-104.

31. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. J Adv Nurs. janv 2004;45(1):26-35.

32. Da Costa D, Zelkowitz P, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, Cruz R, et al. Dads Get Sad Too: Depressive Symptoms and Associated Factors in Expectant First-Time Fathers. Am J Mens Health. sept 2017;11(5):1376-84.

33. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. JAMA Psychiatry. 1 oct 2013;70(10):1100.

34. Dheensa S, Metcalfe ProfA, Williams R. What do men want from antenatal screening? Findings from an interview study in England. Midwifery. janv 2015;31(1):208-14.

35. Da Costa D, Zelkowitz P, Letourneau N, Howlett A, Dennis CL, Russell B, et al. HealthyDads.ca: What Do Men Want in a Website Designed to Promote Emotional Wellness and Healthy Behaviors During the Transition to Parenthood? J Med Internet Res. 11 oct 2017;19(10):e325.

36. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Tranche d'âge des répondants par catégorie professionnelle 10

Figure 2 : Répartition des lieux d'exercice concernant l'activité de périnatalité 11

Figure 3 : Répartition des motifs de consultation principaux chez les coparents en périnatalité..... 12

Figure 4 : Pourcentages de réponses à la question "La demande de soins en périnatalité chez les coparents émane principalement..." 13

Figure 5 : Répartition en pourcentage de l'origine des adressages des coparents vers les soins en périnatalité 14

Figure 6 : Répartition par lieux d'exercice des professionnels de santé sélectionnés comme principaux adresseurs 15

Figure 7 : Répartition du nombre de réponses à la question « Votre activité en périnatalité se centre principalement sur… » par catégorie professionnelle des répondants 16

Figure 8 : Répartition de la satisfaction des professionnels de santé au sujet de l'offre de soins en périnatalité pour les coparents 27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de l'activité professionnelle des répondants 9

Tableau II : Réponses à la question « Quelle(s) stratégie(s) adoptez-vous concernant le suivi des mères et des coparents en périnatalité ?» 17

Tableau III : Réponses à la question « Quelle(s) position(s) appliquez-vous concernant la prescription de traitements psychotropes ? », p = 0.9472 19

Tableau IV : Fréquence de la présence des coparents en consultation, p = 0.0035 20

Tableau V : Fréquence de participation des coparents aux groupes, p = 0.5928 21

Tableau VI : Fréquence de participation des coparents aux ateliers, p = 0.1035 22

Tableau VII : Nombre de réponses concernant les freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité 25

Tableau VIII : Résumé des réponses apportées à la question « Quels seraient les points à améliorer concernant la prise en charge des coparents en périnatalité ? » 26

Tableau IX : Résumé des réponses à la question « Selon vous, qu'est-ce qu'un coparent ? » 29

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS IX

RÉSUMÉ 3

INTRODUCTION 4

MÉTHODES 7

RÉSULTATS 9

1. Caractéristiques de la population interrogée 10

2. Motifs de consultation chez les coparents en périnatalité 11

3. Entrée du coparent dans les soins en périnatalité 13

4. Analyse des pratiques des répondants 15

4.1. Place occupée par chaque membre de la famille dans le suivi en périnatalité 15

4.2. Suivi psychothérapeutique et traitements psychotropes chez le coparent 17

5. La place des coparents en consultation 20

6. La place des coparents en groupes de parole et en ateliers thérapeutiques 21

6.1. Place des coparents en groupes de parole 21

6.2. Place des coparents en ateliers 22

6.3. Les groupes de parole et ateliers spécifiquement dédiés aux coparents 23

6.4. Autres soins spécifiques pour les coparents en périnatalité 23

7. Utilisation des échelles psychométriques chez les coparents 24

8. Identification des freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité 25

9. Perspectives d'amélioration des soins en périnatalité chez les coparents 26

10. Satisfaction concernant l'offre de soins pour les coparents en périnatalité 27

11. Projet national des 1000 premiers jours et place du coparent en périnatalité 28

12. Qu'est-ce qu'un coparent? 28

DISCUSSION 30

1. Définitions et contexte actuel 30

1.1. Qu'est-ce qu'un coparent ? 30

1.2. Contexte actuel 31

2. Biais et limites de l'étude 32

3. Résultats de l'étude au regard de la littérature 34

3.1. Caractéristique de la population étudiée 34

3.2. Entrée du coparent dans les prises en charge en santé mentale périnatale 34

3.3. Analyse des pratiques 37

3.4. Place des coparents dans les prises en charge en périnatalité 39

3.5. Utilisation des échelles psychométriques 42

3.6. Freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité 43

3.7. Amélioration des soins en périnatalité chez les coparents 45

CONCLUSION 47

BIBLIOGRAPHIE **49**
LISTE DES FIGURES **52**
LISTE DES TABLEAUX **53**
TABLE DES MATIERES **54**
ANNEXES ..... **I**
1. Questionnaire sur la place des coparents en périnatalité ..... **I**
2. Liste des structures de soin destinataires du questionnaire ..... **IX**

ANNEXES

1. Questionnaire sur la place des coparents en périnatalité

I - Généralités

Question 1

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Question 2

Votre tranche d'âge se situe entre :

- Moins de 30 ans
- 30 et 40 ans
- 40 et 50 ans
- 50 et 60 ans
- Plus de 60 ans

Question 3

Vous exercez en tant que :

- Psychiatre adulte
- Pédopsychiatre
- Psychologue
- Puéricultrice
- Infirmier(e)
- Psychomotricien(ne)
- Educateur(trice) de Jeunes Enfants
- Orthophoniste
- Autre :

Question 4

Vous exercez dans le secteur :

- Public
- Privé
- Mixte

Question 5

Concernant votre activité en périnatalité, vous exercez dans :

- Une unité d'hospitalisation complète parents-bébé de secteur public
- Une unité d'hospitalisation complète parents-bébé privée
- Un hôpital de semaine
- Un hôpital de jour
- Un CMP
- Une unité ambulatoire parents-bébé sans CATTP
- Une unité ambulatoire parents-bébé avec CATTP
- Un CATTP
- Un CMPP
- Un CAMSP
- Une unité d'urgences-liaison
- Autre :
- Nom de l'unité :

Question 6

Avez-vous une autre activité professionnelle que la périnatalité (exemple : psychiatrie périnatale et activité ambulatoire de consultation en CMP adolescent) ?

- Oui
- Non
- Si oui, quelle activité avez-vous en dehors de la périnatalité ?

Question 7

La demande de soins en périnatalité chez les coparents émane principalement :

- Des coparents eux-mêmes
- De l'entourage
- Des professionnels de santé

II - Analyse des pratiques

Question 8

Votre activité se centre principalement sur :

- Les 2 parents
- Le bébé
- Un des 2 parents
- Les parents et le bébé, et le lien entre les 2
- Les liens entre un des parents et le bébé

Question 9

Question pour les psychiatres adultes

Quelle place occupe la clinique du bébé dans vos prises en charge ?

- Vous prenez en charge les parents, et adressez la famille dans des centres de consultation spécialisés de périnatalité pour la prise en charge du bébé et des interactions
- Vous prenez en charge uniquement les parents
- Vous prenez en charge les parents, en ayant un regard sur le bébé et les interactions entre les 2

Question 10

Question pour les pédopsychiatres

Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous concernant la prescription de traitements psychotropes chez la mère ?

- Vous assurez la prescription du traitement, quand le patient n'a pas de psychiatre référent
- Vous assurez la prescription du traitement, quand le patient a un psychiatre référent
- Vous réadressez le patient vers son psychiatre adulte pour la prescription, quand le patient a un psychiatre référent
- Vous orientez le patient vers un psychiatre adulte, quand le patient n'a pas de psychiatre référent
- Vous travaillez de manière partenariale pour guider la prescription de traitements psychotropes par le psychiatre référent

Question 11

Question pour les pédopsychiatres

Adoptez-vous la même position concernant la prescription de traitements psychotropes chez les coparents ?

- Oui
- Non
- Si non :
    - Pourquoi ?
    - Quelle stratégie appliquez-vous ? (cf items de la question 9)

Question 12

Question pour les psychiatres et pédopsychiatres

Dans votre pratique, comment vous positionnez-vous concernant le suivi psychothérapeutique chez la mère ?

- Vous assurez le suivi psychothérapeutique, quand le patient n'en bénéficie pas avant de vous consulter
- Vous assurez le suivi psychothérapeutique, quand le patient a déjà un suivi
- Vous réadressez le patient vers un suivi psychothérapeutique, quand le patient a déjà un suivi
- Vous orientez le patient vers un suivi psychothérapeutique, quand le patient n'en bénéficie pas avant de vous consulter
- Vous travaillez de manière partenariale avec le professionnel de santé qui assure déjà le suivi psychothérapeutique

Question 13

Question pour les psychiatres et pédopsychiatres

Adoptez-vous la même position concernant le suivi psychothérapeutique chez les coparents ?

- Oui
- Non
- Si non :
    - Pourquoi ?
    - Quelle stratégie appliquez-vous ? (cf item Question 11)

Question 14

Par qui les coparents vous sont-ils adressés ?

- Médecin généraliste
- Pédiatre libéral
- Pédiatre hospitalier
- Pédiatre de PMI
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Sage-femme de PMI
- Puéricultrice hospitalière
- Puéricultrice de PMI
- Gynécologue-obstétricien libéral
- Gynécologue-obstétricien hospitalier
- Psychiatre libéral
- Psychiatre de secteur
- Psychiatre exerçant dans des structures privées
- Pédopsychiatre libéral
- Pédopsychiatre de secteur
- Pédopsychiatre exerçant dans une structure privée
- Psychologue libéral
- Psychologue de secteur
- Psychologue de la maternité
- Demande spontanée du patient
- Par le conjoint
- Identification au cours d'un entretien familial d'une indication de suivi individuel pour le coparent par les professionnels de santé de psychiatrie périnatale
- Autre :

Question 15

Question pour les psychiatres et pédopsychiatres

Quels sont les motifs de consultation principaux chez les coparents ?

- Trouble de l'interaction avec l'enfant
- Travail de la parentalité et accompagnement parental dans un contexte de placement de l'enfant
- Deuil parental
- Difficultés conjugales au sein du couple parental
- Trouble de l'humeur
- Trouble anxieux
- Trouble de stress post traumatique
- Trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Trouble de la personnalité

- Trouble du sommeil chez le bébé
- Autre :

Question 16

Depuis le projet national des 1000 premiers jours en 2020, avez-vous constaté une augmentation des prises en charge des coparents en périnatalité ?

- Oui
- Non

Question 17

Depuis le projet national des 1000 premiers jours en 2020, prenez-vous plus en compte les coparents dans vos prises en charge ?

- Oui
- Non

Question 18

Quelle part représente les coparents dans votre patientèle ?

- En entretien individuel :
    - En anténatal :
        - Jamais
        - Rarement
        - Souvent
        - Systématiquement

    - En postnatal :
        - Jamais
        - Rarement
        - Souvent
        - Systématiquement

- En consultation conjointe, le coparent avec le bébé :
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement
    -
- En consultation conjointe, les 2 parents avec le bébé :
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement

Question 19

Existe-t-il des groupes ou des ateliers dans les soins périnataux que vous proposez pour les parents (avec ou sans le bébé) ?

- Oui
- Non

<u>Questions 20 à 21 : réservées aux répondants qui ont sélectionné « oui » à la question 19 :</u>

Question 20

Les coparents sont-ils systématiquement invités aux groupes de parole mis en place pour les mères ?

- Oui
- Non
- Non applicable (pas de groupe de parole)
- Si non, pourquoi ? :

Question 21

Les coparents sont-ils systématiquement invités aux ateliers mis en place pour les mères ?

- Oui
- Non
- Non applicable (pas d'atelier)
- Si non, pourquoi ? :

Question 22

Quelle part représente les coparents dans votre patientèle ?

- En groupe de parole
  - En anténatal :
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement
  - En postnatal :
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement
- En atelier :
  - En anténatal :
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement
  - En postnatal
    - Jamais
    - Rarement
    - Souvent
    - Systématiquement

Question 23

Proposez-vous des soins spécifiques (autres que les consultations) pour les coparents ?

- Oui
- Non

<u>Questions 24 à 27 : réservées aux répondants ayant sélectionné « oui » à la question 23</u>

Question 24

Proposez-vous des soins différents en fonction du statut du coparent (père, mère, beau-père, ami de la famille) ?

- Oui
- Non
- Si oui : pouvez-vous préciser ces différences dans les prises en charge ?

Question 25

Proposez-vous des groupes de parole spécifiques pour les coparents :

- En anténatal :
  - Oui
  - Non
  - Si oui, quelles sont les thématiques proposées ?

- En postnatal :
  - Oui
  - Non
  - Si oui, quelles sont les thématiques proposées ?

Question 26

Proposez-vous des ateliers spécifiques pour les coparents :

- En anténatal :
  - Oui
  - Non
  - Si oui, pouvez-vous donner des précisions sur ces ateliers ?

- En postnatal :
  - Oui
  - Non
  - Si oui, pouvez-vous donner des précisions sur ces ateliers ?

Question 27

Proposez-vous d'autres soins spécifiques (autres que les consultations, groupes de parole et ateliers) pour les coparents ?

- Oui
- Non
- Si oui, lesquels :

Question 28

Utilisez-vous les échelles psychométriques auprès des mères (par exemple Edinbourg Postnatal Depression Scale) ?

- Oui
- Non
- Si oui, ces échelles sont-elles systématiquement transmises aux coparents ?
    - Oui
    - Non

III - Vers une amélioration des pratiques

Question 29

Quels sont les principaux freins que vous avez pu identifier concernant la non-présence des coparents sur les différentes prises en charge possibles ? (3 réponses possibles maximum)

- Difficultés de planification
- Refus du conjoint
- Non adhésion à la prise en charge proposée pour le coparent
- Pas de nécessité de consultation ressentie par le coparent
- Crainte/réticence du coparent
- Défaut de repérage par les professionnels de santé des coparents nécessitant une prise en charge spécifique par des centres de périnatalité
- Manque de connaissance des professionnels de santé concernant la possibilité de prise en charge des coparents en psychiatrie périnatale
- Autre :

Question 30

Êtes-vous satisfait de l'offre de soins disponible pour les coparents dans le contexte de périnatalité ?

- Tout à fait satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Question 31

D'après vous, les coparents sont-ils satisfaits de l'offre de soins en périnatalité ?

- Oui
- Non

Question 32

Quels seraient d'après vous les points à améliorer concernant la prise en charge des coparents en périnatalité ?

Question 33

Selon vous, qu'est-ce qu'un coparent ?

2. Liste des structures de soin destinataires du questionnaire

Maternité et service de gynécologie obstétrique :

- Centre Hospitalier Francis Robert – Ancenis (44)
- Centre Hospitalier - Châteaubriant (44)
- Clinique Bretéché - Nantes (44)
- Clinique Jules Verne - Nantes (44)
- Centre Hospitalier Universitaire – Nantes (44)
- Polyclinique de l'Atlantique - Saint-Herblain (44)
- Centre Hospitalier - Saint-Nazaire (44)
- Clinique de l'Anjou - Angers (49)
- Centre Hospitalier Universitaire – Angers (49)
- Centre Hospitalier - Cholet (49)
- Polyclinique du Parc - Cholet (49)
- Centre Hospitalier - Saumur (49)
- Centre Hospitalier - Laval (53)
- Centre Hospitalier Nord Mayenne (53)
- Centre Hospitalier Haut Anjou - Château-Gontier (53)
- Centre Hospitalier - Le Mans (72)
- Centre Médicochirurgical Pôle Santé Sud - Le Mans (72)
- Centre Hospitalier intercommunal Pôle Santé Sarthe et Loir - Le Bailleul (72)
- Centre Hospitalier - Challans (85)
- Centre Hospitalier - Fontenay (85)
- Centre Hospitalier Départemental de Vendée - La Roche-sur-Yon (85)
- Clinique Saint Charles - La Roche-sur-Yon (85)
- Centre Hospitalier Côte de Lumière - Les Sables d'Olonnes (85)

Service de psychiatrie périnatale :

- Unité d'hospitalisation Le Home (unité d'hospitalisation temps plein de semaine ou de jour) - Nantes (44)
- Unité ambulatoire avec l'Unité Ressource de Pédopsychiatrie Périnatale - Nantes (44)
- Hôpital de jour IPEA Denver (intervention précoce pour enfants avec troubles du développement ou trouble du spectre de l'autisme) - Nantes (44)
- Unité de Soins pour et autour du BéBé - Angers (49)
- ETAPP (Equipe Transversale d'Accompagnement en Psychiatrie Périnatale) - Angers (49)
- SIPHAD (Service d'Intervention Précoce Hôpital et A Domicile) - Cholet (49)
- Le CSMPE (Centre de Soins Médico-Psychologiques pour Enfants) - Cholet (49)
- Unité de Périnatalité – Le Mans (72)
- Centre Donald Winnicott - Centre du Tout Petit - La Roche sur Yon (85)
- Winni a dom – SPPID (Soins Pédopsychiatriques de Particulière Intensité à Domicile) - La Roche sur Yon (85)

CAMSP et CMPP :

- Centre Henri Wallon, CAMSP et CMPP Blain (44)
- CAMSP Chateaubriant (44)
- CAMSP Nantes (44)
- CAMSP Saint Nazaire (44)
- CAMSP Laval (53)
- Centre Françoise Dolto, CAMSP et CMPP Angers (49)
- CAMSP Laval (53)
- CAMSP du Mans (72)

Centre de Protection Maternelle et Infantile :

- Centre de Protection Maternelle et Infantile de la Mayenne (53)
- Centre de Protection Maternelle et Infantile de la Sarthe (72)

CROHIN Anaïs

La place du coparent en santé mentale périnatale : État des lieux des pratiques et de l'offre de soins dans les Pays de la Loire via un questionnaire à destination des professionnels de santé

RÉSUMÉ

Introduction : La période périnatale est une étape importante dans la vie d'une famille, tant pour les 2 parents que pour l'enfant. Cependant, le père semble être un membre de la famille sous représenté dans les prises en charge en santé mentale périnatale. De plus, avec l'évolution des structures familiales, le coparent n'est actuellement plus représenté uniquement par le père, mais également par toute personne qui occupe un rôle de parent auprès de l'enfant, en ayant ou non le statut légal ou biologique. La littérature manque d'études solides sur lesquelles s'appuyer et permettre l'élaboration de recommandations harmonisées concernant la prise en charge du coparent. Il semble intéressant d'identifier les pratiques en vigueur dans les Pays de la Loire afin d'appréhender les manques et les besoins dans le domaine de la santé mentale périnatale, et de mettre en lumière des perspectives d'amélioration.

Méthodes : Notre travail est une étude épidémiologique descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques. La population cible regroupe l'ensemble des professionnels, médicaux et paramédicaux, qui exercent une activité dans le domaine de la santé mentale périnatale dans les Pays de la Loire. Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire anonymisé envoyé par mail. L'analyse de ces données a été effectuée grâce au test non paramétrique de Fisher.

Résultats : 57 réponses ont été obtenues, soit un taux de 32%. Les résultats mettent en avant une origine multifactorielle concernant les freins à une prise en charge optimale des coparents en périnatalité. Les analyses statistiques font ressortir une présence plus importante du coparent en consultation dans la période postnatale en comparaison de la période anténatale. De plus, les soins proposés s'inscriraient davantage dans un accompagnement global de la famille, que dans une conception individualisée du coparent. Les prises en charge spécifiques proposées aux coparents font l'objet d'une attention particulière par certains professionnels, mais les moyens matériels et humains sont actuellement insuffisants pour permettre une inclusion systématique des coparents dans les soins.

Conclusion : La place du coparent en santé mentale périnatale est un enjeu de santé publique. Les praticiens interrogés ont montré un réel intérêt pour le sujet. Cet intérêt est également soulevé dans le rapport national des 1000 premiers jours, qui préconise une prise en compte plus systématique et précoce du coparent dans la période périnatale. La réforme des autorisations en psychiatrie, et notamment en psychiatrie périnatale, avec les travaux en cours sur les Pays de la Loire semble être une occasion de penser la place du coparent de manière égalitaire avec celle de la mère et du bébé dans les prises en charge en santé mentale périnatale.

Mots-clés : Coparent, santé mentale périnatale, enquête des pratiques, psychiatrie, pédopsychiatrie

The role of the co-parent in perinatal mental health : Inventory of practices and healthcare provision in Pays de la Loire region via a questionnaire for healthcare professionals

ABSTRACT

Introduction: The perinatal period is an important stage in a family's life, both for the 2 parents and for the child. However, the father seems to be an under-represented family member in perinatal mental health care. What's more, with the evolution of family structures, the co-parent is no longer represented solely by the father, but also by any person who occupies a parental role with the child, with or without legal or biological status. The literature lacks solid studies on which to base harmonized recommendations concerning the care of the co-parent. It seems worth identifying current practices in the Pays de la Loire region in order to identify gaps and needs in the field of perinatal mental health, and to highlight prospects for improvement.

Methods: Our work is a quantitative descriptive epidemiological study. It is a survey of practices. The target population includes all medical and paramedical professionals working in the field of perinatal mental health in the Pays de la Loire region. Data were collected using an anonymous questionnaire sent by e-mail. These data were analyzed using Fisher's non-parametric test.

Results: 57 responses were obtained, representing a response rate of 32%. The results point to a multifactorial origin concerning the obstacles to optimal care for co-parents in perinatal care. Statistical analyses show that more co-parents attend consultations in the postnatal period than in the antenatal period. What's more, the care offered is more in keeping with a global approach to family support, rather than an individualized approach to the co-parent. The specific care offered to co-parents is the subject of particular attention by certain professionals, but material and human resources are currently insufficient to allow systematic inclusion of co-parents in care.

Conclusion: The role of the co-parent in perinatal mental health is a public health issue. The practitioners interviewed showed a real interest in the subject. This interest is also reflected in the national report on the first 1,000 days, which calls for more systematic and early consideration of the co-parent in the perinatal period. The reform of authorizations for psychiatry, and in particular perinatal psychiatry, with work underway in the Pays de la Loire region, seems to provide an opportunity to consider the place of the co-parent on an equal footing with that of the mother and baby in perinatal mental health care.

Keywords : Co-parent, perinatal mental health, practice survey, psychiatry, child psychiatry

FACULTÉ DE SANTÉ
UNIVERSITÉ D'ANGERS